

Novembre 2022

Rapport 9

Promotion de la santé pour et avec les adolescent-e-s et les jeunes adultes

Résultats scientifiques et recommandations pour la pratique

Promotion Santé Suisse est une fondation soutenue par les cantons et les assureurs-maladie. En vertu de son mandat légal (Loi sur l'assurance-maladie, art. 19), elle exécute des mesures destinées à promouvoir la santé. La Fondation est soumise au contrôle de la Confédération. Son organe de décision suprême est le Conseil de Fondation. Deux bureaux, l'un à Berne et l'autre à Lausanne, en forment le secrétariat. Actuellement, chaque personne verse, en Suisse, un montant de CHF 4.80 par année en faveur de Promotion Santé Suisse. Ce montant est encaissé par les assureurs-maladie pour le compte de la Fondation. Informations complémentaires: www.promotionsante.ch

Dans la série «**Rapport Promotion Santé Suisse**», la Fondation publie des travaux réalisés par elle-même ou sur mandat, destinés aux spécialistes sur le terrain et aux scientifiques, ainsi qu'aux médias et aux intervenant-e-s de la politique de la santé. Ces rapports sont soumis à un contrôle de qualité (comité de révision, groupe d'accompagnement). Leur contenu relève de la responsabilité rédactionnelle de leurs auteur-e-s. Les rapports de Promotion Santé Suisse sont généralement disponibles sous forme électronique (PDF).

Impressum

Édité par

Promotion Santé Suisse

Auteurs et auteurs

- **Chapitre 1 Introduction et chapitre 10 Conclusion et recommandations:** Dr phil. Fabienne Amstad
- **Chapitre 2 Phase de vie:** Prof. Dr med. Joan-Carles Suris, Dr Yara Barrense-Dias
- **Chapitre 3 Principes et méthodes:** Prof. Dr med. Julia Dratva, Matthias Meyer, dipl. SozÖk, Prof. Dr phil. Karin Nordström
- **Chapitre 4 Égalité des chances:** lic. phil. Dominik Weber
- **Chapitre 5 Médias numériques:** MSc Jael Bernath, Prof. Dr Daniel Süss
- **Chapitre 6 Activité physique:** Prof. Dr Suzanne Suggs
- **Chapitre 7 Alimentation:** Dr Sophie Bucher Della Torre
- **Chapitre 8 Santé psychique:** Prof. Dr Frank Wieber, Prof. Dr Agnes von Wyl, Dr Annina Zysset
- **Chapitre 9 Interactions:** MSc Ronia Schiffan, MSc Anne-Françoise Wittgenstein Mani

Direction de projet Promotion Santé Suisse

- Fabienne Amstad, direction générale du projet Rapports de base
- Ilona Hannich, direction du projet Rapport de base adolescent-e-s et jeunes adultes
- Christa Rudolf von Rohr, publication

Groupe d'accompagnement

- Hanspeter Brigger, canton des Grisons, service de santé
- Christina Akre, canton de Vaud, Unisanté – Secteur systèmes et services de santé
- Joseph Oggier, canton de Saint-Gall, ZEPRA, service de médecine préventive
- Marco Mettler, vice-directeur et responsable programmes, Pro Juventute
- Marjory Winkler, directrice, Association romande CIAO
- Ronia Schiffan, psychologue de l'alimentation, ZEP
- Marina Delgrande Jordan, Addiction Suisse
- Unité programmes, Promotion Santé Suisse

Relecture

Christa Rudolf von Rohr

Série et numéro

Promotion Santé Suisse, Rapport 9

Citation

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. Promotion Santé Suisse.

Crédit photographique image de couverture

iStock

Renseignements et informations

Promotion Santé Suisse, Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne, Tél. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.promotionsante.ch

Texte original

Allemand et français

Numéro de commande

02.0451.FR 11.2022

Cette publication est également disponible en allemand et en italien (numéros de commande 02.0451.DE 11.2022 et 02.0451.IT 11.2022).

Télécharger le PDF

www.promotionsante.ch/publications

© Promotion Santé Suisse, novembre 2022

Éditorial

La santé, un bien essentiel

L'importance de la santé pour nous tou-te-s a été clairement démontrée, notamment au cours de ces dernières années marquées par une pandémie. La santé est un bien précieux, car elle nous donne la capacité d'agir et d'adopter un mode de vie qui nous convient. La pandémie a clairement mis en évidence et renforcé la pertinence de la promotion de la santé pour la société. La Fondation Promotion Santé Suisse souhaite profiter de cette prise de conscience pour faire progresser la promotion de la santé et poursuivre les succès précédents.

Programmes d'action cantonaux – histoire d'un succès

En 2007, la Fondation Promotion Santé Suisse a commencé à planifier et à mettre en œuvre, en collaboration avec les cantons, des programmes d'action cantonaux sur le thème «Poids corporel sain» chez les enfants et les adolescent-e-s. Ces programmes ont déclenché une dynamique positive de promotion de la santé dans toute la Suisse. Cinq ans plus tard, fort de son succès, le Conseil de fondation a décidé de développer les programmes d'action cantonaux et de les ouvrir au groupe cible des personnes âgées, ainsi que d'y inclure le thème de la santé psychique. Désormais, presque tous les cantons mettent en œuvre avec succès des programmes d'action cantonaux.

Basé sur des données scientifiques et orienté vers la pratique

Le présent rapport constitue la base des travaux que Promotion Santé Suisse mène sur ces thèmes auprès des groupes cibles et, donc, des programmes d'action cantonaux. Les bases scientifiques ont été mises à jour et, cette fois-ci, un rapport distinct a été consacré aux trois groupes cibles de la Fondation, à savoir:

- les enfants,
- les adolescent-e-s, les jeunes adultes et
- les personnes âgées.

Ces trois rapports suivent une structure uniforme et sont étayés de nombreuses connaissances spécialisées. Ainsi, différent-e-s expert-e-s ont rédigé des chapitres spécifiques aux groupes cibles sur les mêmes thèmes (santé psychique, activité physique et alimentation).

Le présent rapport sur les adolescent-e-s et les jeunes adultes montre les opportunités offertes par la promotion de la santé avec ce groupe cible et les interventions possibles basées sur des preuves.

La Fondation remercie les auteur-e-s et les membres du groupe d'accompagnement pour leur excellent et précieux travail et souhaite aux lecteur-trice-s une agréable lecture.



Thomas Mattig
Directeur



Bettina Abel
Vice-directrice

Table des matières

Management Summary	8
1 Introduction	12
2 La phase de vie des adolescent-e-s et jeunes adultes	14
2.1 Une période de transitions	14
2.2 Changements physiques et image corporelle	14
2.3 Changements cognitifs et relationnels	15
2.4 Comportements à risque	15
2.5 Une fenêtre d'opportunités	16
3 Principes et méthodes de promotion de la santé chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes	17
3.1 Promotion de la santé et prévention	17
3.2 Gestion des impacts et évaluation	20
3.3 La santé des adolescent-e-s et jeunes adultes en Suisse: chiffres actuels	22
3.4 Définition de la santé spécifique au groupe cible	24
3.5 Objectifs de promotion de la santé chez les adolescent-e-s et jeunes adultes	25
3.6 Settings et acteurs	25
3.7 Défis, potentiel et approches de la promotion de la santé chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes	26
4 L'égalité des chances en matière de santé	36
4.1 Promouvoir l'égalité des chances en matière de santé grâce à des mesures d'équité	37
4.2 Émergence de différences socialement déterminées en matière de santé	37
4.3 Ce que peut faire la promotion de la santé	38
4.4 Mesures éprouvées et critères de réussite	39
4.5 Définition des groupes cibles	40
5 Médias numériques	43
5.1 Gestion des médias	43
5.2 Médias sociaux	44
5.3 Opportunités et menaces	45
5.4 Médias numériques et promotion de la santé	46
6 Promotion d'une activité physique régulière	50
6.1 Bases et définitions	50
6.2 Pourquoi est-il utile de promouvoir l'activité physique auprès des adolescent-e-s?	51
6.3 Recommandations en matière d'activité physique	51
6.4 Comportement en matière d'activité physique: chiffres actuels	52
6.4.1 Activité physique	52
6.4.2 Participation à des activités sportives	52
6.4.3 Déplacement actif	53
6.5 Promouvoir l'activité physique auprès des adolescent-e-s	55
6.6 L'égalité des chances dans la promotion de l'activité physique	57
6.7 Facteurs de réussite et exemples de bonnes pratiques	58
6.8 Conclusion	59
7 Promotion d'une alimentation équilibrée	60
7.1 Pourquoi est-il utile de promouvoir une alimentation équilibrée chez les adolescent-e-s et jeunes adultes?	60

7.2	Recommandations nutritionnelles et alimentaires	60
7.3	Que mangent les adolescent-e-s et les jeunes adultes?	61
7.4	Facteurs influençant la consommation alimentaire	62
7.5	Interventions possibles et leur efficacité	63
7.5.1	Principes d'intervention auprès des adolescent-e-s	63
7.5.2	Exemples d'interventions	64
7.5.3	Littérature médiatique	66
7.6	L'égalité des chances dans la promotion d'une alimentation équilibrée	66
7.7	Conclusion	68
7.7.1	Professionnel-le-s de santé	68
7.7.2	Priorités d'action au niveau alimentaire	68
8	Promotion de la santé psychique	70
8.1	Principes et définitions	70
8.1.1	Santé psychique et troubles psychiques	70
8.1.2	L'adolescence en tant que phase de transition importante: impacts possibles sur la santé psychique	71
8.1.3	Ressources et contraintes	71
8.2	Pourquoi la promotion de la santé psychique des adolescent-e-s est-elle utile?	72
8.2.1	Renforcement des évolutions positives	72
8.2.2	Réduction des évolutions négatives	72
8.3	La santé psychique des adolescent-e-s en Suisse	73
8.3.1	Bien-être	73
8.3.2	Prévalence des maladies psychiques et du stress	73
8.3.3	Impact de la pandémie de coronavirus	75
8.3.4	Impact de l'insertion professionnelle	75
8.4	Promotion de la santé psychique durant l'adolescence	77
8.4.1	Favoriser l'auto-efficacité	77
8.4.2	Promouvoir les compétences de vie	78
8.4.3	Promouvoir les compétences en santé psychique	79
8.4.4	Promouvoir le soutien social	80
8.4.5	Détection et intervention précoces	81
8.5	Égalité des chances pour la promotion de la santé psychique	81
8.5.1	Origine sociale	81
8.5.2	Genre	81
8.5.3	Orientation sexuelle et identité de genre	82
8.5.4	Contexte migratoire	83
8.6	Conclusion	83
8.6.1	Facteurs de réussite	83
8.6.2	Recommandations	84
9	Interaction entre activité physique, alimentation et santé psychique	86
9.1	Introduction	86
9.2	Interaction entre les thèmes	86
9.2.1	Santé psychique et activité physique	86
9.2.2	Alimentation et activité physique	88
9.2.3	Santé psychique et alimentation	88
9.3	Exemple d'application: Healthy Body Image	89
10	Conclusions et recommandations	93
10.1	Arguments en faveur de la promotion de la santé: POURQUOI	93
10.2	Recommandations	94
11	Sources	97

Table des représentations

Figure 3.1	La roue du changement de comportement	19
Figure 3.2	Modèle d'impact pour un projet	21
Figure 3.3	Acteurs dans le domaine de la santé des enfants et des adolescent-e-s	26
Figure 3.4	Fenêtres temporelles sensibles pour les interventions	27
Figure 3.5	Proportion d'enfants et d'adolescent-e-s en surpoids et obèses par niveau scolaire (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2017/18, n= 13 916)	34
Figure 3.6	Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents niveaux scolaires (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2018/19, n= 14 531)	34
Figure 3.7	Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents niveaux scolaires (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2019/20, n= 14 197)	34
Figure 3.8	Proportion d'enfants en surpoids et obèses par niveau scolaire (Bâle, Berne et Zurich réunis), comparaison de quatre périodes	34
Figure 3.9	Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents cycles scolaires, de 2018/19 à 2020/21 (Bâle, Berne et Zurich réunis)	35
Figure 4.1	Explication des termes égalité des chances et équité des chances	36
Figure 4.2	Modèle d'explication des inégalités en matière de santé	38
Figure 6.1	Activité physique et mouvement pour les adolescent-e-s	50
Figure 6.2	Choix du moyen de transport pour tous types de trajets et tous usages en 1994, 2000, 2005, 2010 et 2015, par catégorie d'âge	54
Figure 6.3	Choix du moyen de transport sur le trajet de l'école en 1994 et 2015 selon l'âge	55
Figure 6.4	Importance des différentes motivations poussant à faire du sport (en % des sportifs de 15 à 19 ans)	56
Figure 6.5	Taux de participant-e-s aux activités J+S en fonction de l'âge et du genre, 2020	57
Figure 7.1	Facteurs influençant les choix et comportements alimentaires des adolescent-e-s	62
Figure 8.1	Modèle des deux continuums de Keyes (adapté)	70
Figure 8.2	Évolution des troubles psychoaffectifs récurrents ou chroniques chez les jeunes de 15 ans, 2002-2018	74
Figure 9.1	Des déterminants de santé aux thèmes transversaux entre alimentation, activité physique et ressources psychiques	87
Tableau 6.1	Évolution du choix du moyen de transport pour tous types de trajets (tous usages) chez les enfants et adolescent-e-s entre 1994 et 2015, par catégorie d'âge	54

Table des encadrés

Définitions

Définition 3.1 Empowerment et participation	20
Définition 3.2 Modèles pour mesurer l'impact	22
Définition 3.3 Modèle des deux continuums	24
Définition 3.4 Compétences de vie	25
Définition 3.5 Éducation par les pairs	31
Définition 8.1 Auto-efficacité	78
Définition 8.2 Intersectionnalité	81
Définition 8.3 LGBTIQ+	82

Focus

Poids corporel sain chez les adolescent-e-s – Il faut intervenir. Mais que faire?	32
Monitoring de l'IMC dans les conditions du coronavirus	35
Jeunes aidant-e-s	42
Jeunes actifs – Conditions de travail et santé	76

Connaissances de base, faits & figures

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé	17
Déclaration de Jakarta	18
Interaction entre le comportement et le contexte	18
Le retour sur investissement (ROI) comme variable d'évaluation économique	28
Une école attachée à la promotion de la santé	30
Déficiences individuelles et égalité des chances	41
Études sur le thème de l'usage des médias chez les jeunes	43
Comment mesure-t-on les troubles et maladies psychiques?	73
Diagnostic orienté selon le développement	74
Composantes d'une image corporelle positive	90

Management Summary

Le groupe cible des adolescent-e-s et des jeunes adultes a été au centre de l'attention dans le contexte de la pandémie de coronavirus, ce qui met en lumière l'importance d'agir en matière de promotion de la santé auprès de ce public cible. Dans ce contexte, il est important d'actualiser les données scientifiques, qui servent de base pour des mesures et des interventions efficaces. Ainsi, il est assuré que les programmes et les projets disposent de documents de base à jour. Le présent rapport démontre l'importance de s'engager en faveur de la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes. En s'appuyant sur des connaissances scientifiques, il montre pourquoi les thèmes de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique sont des piliers essentiels pour la santé à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Il présente en outre différentes recommandations ainsi que des interventions et approches qui ont fait leurs preuves.

Le **chapitre 2** relatif à la **phase de vie** montre que l'adolescence a tendance à s'allonger et qu'une définition plus large est aujourd'hui à privilégier. Cette phase de vie est pleine de transitions et de changements qui se réalisent en peu de temps. En particulier, l'autonomie croissante et la responsabilité que les adolescent-e-s et les jeunes adultes doivent assumer sont au premier plan. Les jeunes sont de plus en plus responsables de leur propre santé. Cependant, elles ou ils restent très influençables. Cette influence se manifeste de plus en plus par le biais des pairs et des médias, tandis que celle des parents ou des responsables légaux diminue mais reste toujours présente. Les changements physiques, l'image de soi et la soif de découverte, qui se manifeste par exemple par des comportements à risque, sont des enjeux importants durant cette phase de vie. Ces nombreux changements sont une opportunité pour la promotion de la santé: de nombreuses habitudes se forment pendant cette période et perdurent à l'âge adulte. En raison également de la curiosité et du développement de l'identité des adolescent-e-s, investir dans la promotion de la santé durant cette période de vie vaut la peine.

Le **chapitre 3** présente les **principes généraux et les méthodes** pour promouvoir la santé des adolescent-e-s et jeunes adultes. La promotion de la santé englobe des formes d'intervention qui visent l'amélioration des conditions de vie ayant une incidence sur la santé. Elle a pour but le renforcement des facteurs de protection et des ressources. La prévention consiste quant à elle à éviter l'apparition de maladies, ainsi qu'à réduire leur propagation et leur impact. La combinaison de mesures au niveau comportemental et structurel est considérée comme efficace. En effet, des mesures au niveau des structures peuvent faciliter des changements au niveau des comportements. Cependant, les mesures structurelles sont plus efficaces lorsqu'elles sont combinées avec des mesures comportementales. Idéalement, la promotion de la santé intègre différents niveaux: d'une part les facteurs comportementaux et psychiques, et d'autre part, les facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Les quatre niveaux d'un programme d'action cantonal (intervention, policy, mise en réseau et information au public) correspondent à cette conception. Par ailleurs, l'empowerment et la participation, éléments clés de la promotion de la santé, garantissent des offres adaptées aux besoins des groupes cibles, ce qui favorise la cohésion sociale, l'égalité des chances et l'ancrage à long terme des programmes et projets.

Avant 2020, la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes en Suisse bénéficiait d'une représentation positive: la plupart d'entre elles ou eux étaient en bonne santé et se sentaient bien. Avec la pandémie, la santé subjective s'est toutefois détériorée. Des études montrent une augmentation des inquiétudes, des angoisses et des problèmes psychiques. Environ un jeune sur cinq souffre d'une maladie ou d'un problème de santé chronique. Le respect des recommandations en matière d'activité physique diminue nettement avec l'âge et la fréquence de l'obésité augmente. En particulier les adolescentes et les jeunes femmes ont une activité physique insuffisante. Les comportements à risque pour la santé sont fréquents à cette étape de vie (p.ex. consommation de drogues, manque de sommeil, consom-

mation de nicotine) et seule une minorité suit la recommandation alimentaire de manger cinq portions de fruits et légumes par jour. De plus, environ la moitié des 15 à 25 ans ont des compétences en matière de santé problématiques ou insuffisantes. D'autres chiffres concernant l'activité physique, l'alimentation et la santé psychique des adolescent-e-s et des jeunes adultes en Suisse sont présentés dans les chapitres thématiques 6, 7 et 8.

Le **chapitre 4** sur l'**égalité des chances** montre que les chances en matière de santé sont inégalement réparties chez les jeunes et dépendent de facteurs sociaux. Le niveau d'éducation des parents, le sexe, le statut migratoire et l'orientation sexuelle sont quelques exemples de déterminants sociaux qui ont un impact négatif avéré sur la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes. Concernant les interventions, les critères de succès importants augmentant l'égalité des chances sont la participation du groupe cible, le travail axé sur les relations de proximité, l'adaptation du contenu et de la langue des offres, la facilité d'accès aux prestations, la collaboration multisectorielle et la coordination à petite échelle. Des approches plus spécifiques à des groupes cibles en situation de vulnérabilité sont présentées dans le focus ad hoc.

Le **chapitre 5** est consacré aux **médias numériques** – qui font désormais partie intégrante du quotidien des adolescent-e-s et des jeunes adultes – dans la promotion de la santé. Pratiquement chaque adolescent-e et chaque jeune possède un smartphone et utilisent quotidiennement les réseaux sociaux. Il est important de réduire l'utilisation intensive des écrans, qui va souvent de pair avec un manque d'activité physique. De plus, le lien entre l'utilisation des écrans le soir et les troubles du sommeil chez les adolescent-e-s (et les enfants) a été prouvé. Des problèmes de santé psychique peuvent découler de la dépendance à Internet, du cyberharcèlement, du harcèlement sexuel et de l'interférence avec le développement d'une image corporelle saine. Les médias numériques offrent également des opportunités, mais les aspects positifs quant à leur utilisation pour la santé ont été beaucoup moins bien étudiés. Il est prouvé que l'utilisation des médias numériques contribue à la régulation de l'humeur et à la relaxation, et que de ressentir le flux de certains médias a des effets positifs sur le

bien-être. De plus, les informations sur les questions de santé sont facilement accessibles et disponibles à tout moment et en tout lieu.

Le **chapitre 6** aborde la question de la promotion de l'**activité physique** chez les jeunes. De manière générale, selon les chiffres actuels, on constate une diminution de la fréquence et la durée de l'activité physique à l'adolescence. Avec une nuance, les garçons sont plus actifs que les filles. À noter qu'il existe un lien entre une bonne santé psychique, une bonne qualité de vie et le respect des recommandations en matière d'activité physique. Ces facteurs s'influencent mutuellement de manière positive. Nous constatons également qu'au printemps et en été, les jeunes sont plus nombreux à respecter la recommandation de 60 minutes d'activité physique par jour qu'en automne et en hiver. Les changements dus aux transitions scolaires et au passage vers un apprentissage ne sont pas seulement perceptibles dans les comportements d'activité physique en général, mais aussi dans le système Jeunesse+Sport. On retrouve le même schéma en ce qui concerne les comportements de mobilité, avec notamment une forte baisse de l'utilisation du vélo. Dans ce chapitre, divers facteurs favorables et défavorables à une vie active à l'adolescence sont présentés. Une approche basée sur la personne et son développement est mentionnée. Celle-ci part du principe que les adolescent-e-s ont envie de se sentir bien et d'être actifs, et sont donc intrinsèquement réceptifs aux offres de santé. Afin de susciter l'intérêt et d'encourager la participation, il est recommandé de développer les offres de manière participative, c'est-à-dire avec les adolescent-e-s.

La promotion d'une **alimentation équilibrée** est présentée au **chapitre 7**. De nombreux adolescent-e-s et jeunes adultes en Suisse sont en surpoids, et beaucoup ne suivent pas les recommandations en matière d'alimentation. Elles ou ils ne consomment pas assez de légumes et de fruits et trop de boissons sucrées. À cela s'ajoutent les nombreux en-cas, la consommation de fast-food ou de plats à emporter, le fait de sauter des repas. Heureusement, les repas en famille restent importants alors même que les habitudes alimentaires de l'enfance sont remises en question à l'adolescence. Il s'agit d'une occasion pour promouvoir des habitudes alimentaires saines et des attitudes positives envers la nourri-

ture. Le goût et la facilité (de préparation) des aliments sont des facteurs importants dans les décisions nutritionnelles. Cela étant, le temps, le coût et les préoccupations liées au poids ont également une influence sur les habitudes alimentaires des adolescent-e-s et des jeunes adultes. Une approche prometteuse consiste à commencer par les comportements pouvant être modifiés et en se concentrant sur les motivations importantes pour les jeunes ainsi que sur des approches actives, comme cuisiner des recettes simples. Les mesures structurelles sont particulièrement importantes pour promouvoir une alimentation équilibrée. Ainsi, les offres dans les écoles devraient être conçues pour être saines. Par ailleurs, l'éducation nutritionnelle devrait être intégrée au programme scolaire. Afin de soutenir l'égalité des chances, il est important enfin d'utiliser des éléments visuels et un langage simple, et de tenir compte des différences culturelles dans les habitudes alimentaires.

Le **chapitre 8** traite de la promotion de la **santé psychique** et présente en introduction le modèle des deux continuums. Ce modèle considère le bien-être psychique et les maladies et troubles psychiques comme des continuums distincts. Il offre la possibilité de promouvoir la santé psychique quel que soit la maladie. Un équilibre entre les ressources et les contraintes est essentiel pour le maintien de la santé psychique. Les ressources internes, tels qu'un niveau élevé d'auto-efficacité, de bonnes compétences de vie, un concept de soi positif, l'estime de soi et l'optimisme, sont des facteurs de protection importants. Les ressources externes qui sont particulièrement importantes pour les adolescent-e-s et les jeunes adultes sont les facteurs de protection familiaux (p.ex. qualité de l'attachement aux parents) ainsi que les contacts sociaux avec les pairs. La qualité des établissements d'enseignement est également importante. Les facteurs de risque sont notamment la pauvreté, un statut socio-économique bas, des expériences de violence ou la maladie psychique d'un parent. L'adolescence est un moment optimal pour les interventions. En effet, c'est à cette période que d'une part, la plupart des maladies psychiques et des comportements à risque se développent et que, d'autre part, au niveau du développement cérébral, la plasticité des schémas de pensée et de comportement est accrue. Les habitudes développées au cours de cette phase perdurent sur le

long terme. Le renforcement des moyens permet de réduire la fréquence des troubles psychiques, de réduire les conduites addictives et à risque, ce qui, en dernier ressort, contribue à la prévention du suicide.

La grande majorité des adolescent-e-s et des jeunes adultes en Suisse sont satisfaits de leur vie. Cependant, cette satisfaction est inférieure chez les 12 à 15 ans par rapport aux enfants de 11 ans. En 2018, environ un tiers des jeunes femmes et un cinquième des jeunes hommes âgés de 17 à 22 ans présentaient des signes de l'un des trois troubles psychiques que sont la dépression, l'anxiété ou les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). L'étude HBSC sur les enfants et adolescent-e-s de 11 à 15 ans a montré pour l'année 2018 les valeurs les plus élevées pour les problèmes de santé psychiques par rapport aux quatre évaluations précédentes. Enfin, la pandémie de coronavirus a aggravé le fardeau psychologique des adolescent-e-s et des jeunes adultes: dès le semi-confinement, environ un tiers ont été dépistés positifs pour une maladie psychique, et le nombre de cas dans les services ambulatoires d'urgence des cliniques psychiatriques pour enfants et adolescent-e-s a considérablement augmenté. La situation s'est aggravée lors de la deuxième vague.

Pour promouvoir la santé psychique, il est important de favoriser le sentiment d'auto-efficacité. Par rapport à la population générale, les 16 à 25 ans ont un niveau d'auto-efficacité inférieur et un sentiment de maîtriser leur vie (locus de contrôle) plus faible. Il est également important de promouvoir les compétences de vie de manière ciblée durant cette phase de vie. À cet égard, la gestion du stress et des émotions est particulièrement importante, car les sollicitations augmentent à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Le développement de compétences en communication et de compétences relationnelles doit également être favorisé. Elles soutiennent le développement de ressources avec l'entourage, et les relations sociales sont un facteur de protection clé pour la santé psychique. Les compétences psychiques en matière de santé, c'est-à-dire la capacité de réguler et d'améliorer sa santé psychique, sont importantes.

En ce qui concerne l'égalité des chances, il convient de noter que la santé psychique des adolescent-e-s diffère. De plus, les personnes LGBTIQ+ sont plus susceptibles d'être touchées par des troubles psy-

chiques que les personnes hétérosexuelles du même âge. Les mesures visant à faire évoluer les normes et les valeurs sociales sont importantes, tout comme l'adaptation des offres existantes aux besoins des personnes LGBTIQ+ et des projets pour ce groupe cible.

Le **chapitre 9** traite des **interactions entre activité physique, alimentation et santé psychique**. Ce chapitre met en évidence les nombreuses interfaces, liens et influences mutuelles entre les thématiques. Ainsi, l'activité physique favorise le bien-être, réduit le stress et peut favoriser l'auto-efficacité. L'activité physique et l'alimentation contribuent conjointement au développement moteur et psychique. De plus, le stress a une influence défavorable sur les habitudes alimentaires. L'alimentation est souvent influencée par les émotions. À l'inverse, une alimentation déséquilibrée peut également favoriser le développement d'une dépression (alimentation et santé psychique).

Les liens entre l'alimentation, l'activité physique et la santé psychique sont illustrés par l'exemple de l'image corporelle, un thème important à l'adolescence et chez les jeunes adultes. En Suisse, l'image que les jeunes ont de leur corps est très mitigée. Afin d'atteindre leurs objectifs (p.ex. perdre du poids, se muscler), de nombreux jeunes suivent un régime, font du sport ou prennent des compléments alimentaires. Les composantes d'une image corporelle positive qui doivent être promues sont l'appréciation du corps, l'acceptation et l'amour du corps, et la positivité intérieure. Une image corporelle positive est associée au bien-être psychique, à une alimentation intuitive et à une attitude positive envers la sexualité, les menstruations et d'autres aspects physiques. Il s'agit donc d'une ressource pour une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et le bien-être psychique.

Pour finir, le **chapitre 10 récapitule** les arguments en faveur de la promotion de la santé chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes. Des recommandations sur le contenu et les méthodes de promotion de la santé pour ce groupe cible sont formulées.

Arguments:

- L'adolescence, une phase de vie empreinte de transitions et de changements
- L'adolescence comme fenêtre d'opportunités
- Peu de mesures de promotion de la santé s'adressent aux 16-25 ans
- L'augmentation des problèmes de santé psychique (également dus au coronavirus)
- La remise en question des habitudes alimentaires en tant qu'opportunité
- Plus les adolescent-e-s sont âgé-e-s, moins elles ou ils bougent
- Une nécessité d'agir au niveau des compétences en santé

Recommandations de contenu:

- Compétences de vie: savoir quoi faire et comment le faire
- Promouvoir l'auto-efficacité
- Promouvoir le sport et l'activité physique au quotidien
- La promotion de l'alimentation va au-delà des connaissances en matière d'alimentation équilibrée
- Une image corporelle positive

Recommandations méthodiques:

- Adolescence prolongée
- Faire avec au lieu de faire pour
- Profiter des transitions
- Le temps libre comme setting important
- Impliquer les pairs
- Les parents conservent une influence majeure
- Approches centrées sur le développement harmonieux de l'individu
- Différencier le groupe cible
- L'autonomie comme facteur clé
- Intégrer les thématiques au lieu de les considérer isolément
- Les médias numériques: opportunités et risques

1 Introduction

• **Fabienne Amstad**, Promotion Santé Suisse

Promotion Santé Suisse travaille avec les cantons pour promouvoir la santé de la population en Suisse. Les projets et programmes d'action cantonaux éprouvés et couronnés de succès favorisent la santé psychique des enfants, des adolescent-e-s et des personnes âgées et les encouragent à faire une activité physique régulière et à adopter une alimentation équilibrée. La fondation publie régulièrement des documents de base à l'appui de ces programmes d'action et projets. Ceux-ci constituent la base scientifique de son engagement. Les rapports de base s'adressent à des groupes cibles spécifiques:

- Les enfants
- Les adolescent-e-s et jeunes adultes
- Les personnes âgées

Le présent rapport traite du groupe cible des adolescent-e-s et des jeunes adultes.

Définition du groupe cible des adolescent-e-s et des jeunes adultes

Le rapport de base sur les adolescent-e-s et les jeunes adultes fait suite au rapport de base sur les enfants et couvre la tranche d'âge allant de 13 à 25 ans environ ou jusqu'à la fin de l'apprentissage. Cela correspond aux phases de vie suivantes: milieu de l'adolescence (niveau secondaire I; généralement de la 7^e à la 9^e année) et fin de l'adolescence (niveau secondaire II/études; 10^e année scolaire, apprentissage, lycée, haute école/université).

Objectifs et destinataires des rapports

Les rapports de base résument les preuves scientifiques sur les thèmes de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique et sont élaborés sur la base de constats réels. Les rapports doivent montrer quels domaines ont besoin de mesures et quelles approches ont fait leurs preuves pour les différents groupes cibles et thèmes. Basés sur des découvertes scientifiques, les rapports de base pro-

posent une aide permettant d'appliquer dans la pratique ces connaissances scientifiques. Le rapport n'est pas conçu comme une aide à la mise en œuvre opérationnelle, cette fonction étant assurée par des conseils, des listes de contrôle mais aussi d'autres supports pratiques de Promotion Santé Suisse. Les rapports s'adressent avant tout aux publics suivants:

- Professionnel-le-s des cantons, des communes et des ONG responsables de la stratégie et de la mise en œuvre des programmes et projets de promotion de la santé
- Autres professionnel-le-s praticien-ne-s, issus également du milieu scientifique et de la recherche

Interdisciplinarité du rapport

En raison de la nature interdisciplinaire du rapport, différent-e-s auteur-e-s des domaines scientifiques concernés ont été impliqués (universités et hautes écoles). Un groupe d'accompagnement garantit la conformité des rapports aux exigences du public cible.

Pandémie de coronavirus

La pandémie de coronavirus influe sur la santé et le comportement individuel en matière de santé des personnes ainsi que sur le travail de promotion de la santé. Ses effets sont donc systématiquement examinés dans tous les chapitres du rapport.

Structure du rapport

Le présent rapport sur le groupe cible des adolescent-e-s et des jeunes adultes commence par un aperçu de la phase de vie correspondant à l'adolescence et au début de l'âge adulte, puis traite des bases et des méthodes de promotion de la santé chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes, de l'égalité des chances en matière de santé et des médias numériques dans la promotion de la santé. Viennent ensuite les chapitres sur l'activité physique, l'alimentation et la santé psychique. Le rapport se termine par un chapitre sur les interactions entre ces thèmes.

Pour les lecteur-trice-s pressé-e-s

Les informations stratégiques sont résumées dans le **Management Summary**. Les principales **conclusions et recommandations** figurent à la fin du rapport dans le chapitre 10.

Instructions de lecture

Dans les trois rapports spécifiques aux groupes cibles, un parallèle est délibérément maintenu au niveau de la structure et parfois du contenu, afin que le lectorat s'y retrouve plus facilement. Ces instructions de lecture ont pour but de permettre aux lectrices et lecteurs d'utiliser les rapports le plus efficacement possible.

Nous tenions à structurer les rapports de manière à ce qu'ils puissent être utilisés comme ouvrages de référence. L'accent a été mis sur des contenus pra-

tiques mais aussi sur la clarté et l'efficacité de la lecture. Chaque rapport constitue un aperçu distinct de la promotion de la santé auprès du groupe cible concerné.

Certains passages sont identiques dans les rapports sur les groupes cibles des enfants et des adolescent-e-s et jeunes adultes. Ils sont indiqués par une ligne orange en marge du texte. Une remarque se trouve également au début des chapitres concernés.

Des définitions, une bibliographie complémentaire, des explications sur la pandémie de coronavirus, des indications utiles pour la mise en œuvre et des informations de fond, mais aussi des notes complémentaires sur d'autres contenus intéressants sont proposées dans des encadrés de couleur.

**Encadré: Définition**

Les définitions des termes clés se trouvent dans les encadrés de couleur verte.

**Encadré: Bibliographie complémentaire**

Les références bibliographiques pour de plus amples informations figurent dans les encadrés de couleur orange. Les documents de travail et les brochures de Promotion Santé Suisse sont prioritaires (logo de Promotion Santé Suisse). Pour obtenir l'information souhaitée, il suffit de cliquer sur le produit recherché.

**Encadré: Pratique**

Une sélection d'exemples pratiques illustre la mise en œuvre des recommandations en Suisse.

**Encadré: Pandémie de coronavirus**

Des informations spécifiques liées à la pandémie sont disponibles dans les encadrés de couleur rouge.

**Encadré: Connaissances de base, faits & figures**

Des connaissances approfondies et des données pertinentes sur une thématique sont réunies dans les encadrés avec cette icône.

**Focus**

Des rubriques intéressantes et indépendantes sont proposées dans les encadrés de couleur bleue.

2 La phase de vie des adolescent-e-s et jeunes adultes

- Joan-Carles Surís, Unisanté
- Yara Barrense-Dias, Unisanté

On considère l'adolescence comme la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, qui dépend du **développement individuel** et des **normes culturelles** [2.1]. Bien que le début de l'adolescence se situe au moment de l'apparition de la puberté, le début de l'âge adulte n'est pas si clair. C'est au cours de l'adolescence que s'acquièrent des droits et des obligations. Par exemple, 16 ans est l'âge de la majorité sexuelle et du droit de choisir sa religion. De même, les droits de voter, de se marier, de conduire des véhicules ou de boire des alcools forts s'obtiennent à l'âge de 18 ans. Néanmoins, ces âges ne permettent pas, à eux seuls, de définir la fin de l'enfance. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les adolescent-e-s comme les individus âgés entre 10 et 19 ans et les jeunes (*youth*) comme les jeunes âgés entre 15 et 24 ans. Globalement, l'OMS entend par «jeunes gens» (*young people*) **la tranche d'âge allant de 10 à 24 ans**. Cette dernière définition a été récemment reprise par les chercheur-euse-s qui considèrent que l'adolescence devrait inclure les 10-24 ans plutôt que les 10-19 ans [2.2]. Ce rallongement de la limite supérieure s'explique surtout par le fait que les **transitions de rôles engendrées** par l'achèvement des études, l'autonomie financière-, ou la parentalité (entre autres), se font **plus tardivement** [2.2]. Ainsi, les changements observés en raison de facteurs économiques, éducationnels et sociaux font que l'adolescence se prolonge [2.3]. Une définition élargie de l'adolescence est ainsi essentielle pour une meilleure adaptation des lois, des politiques sociales et des systèmes de services visant le développement des jeunes [2.2].

2.1 Une période de transitions

En plus d'une transition de l'enfance à l'âge adulte [2.5], l'adolescence comprend plusieurs autres transitions importantes [2.4]. En premier lieu, elle est marquée par la transition de l'éducation obligatoire à l'éducation supérieure ou au travail impliquant des prises de décisions ayant des répercussions majeures sur le futur. De même, la transition de la dépendance aux parents à l'autonomie est aussi importante car elle implique le fait de devoir se débrouiller seul-e. Finalement, et surtout pour les jeunes atteints d'une maladie chronique, la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes ainsi que la transition du traitement contrôlé par les parents à l'autocontrôle impliquent une prise de conscience de leur responsabilité en matière de santé. À noter que toutes ces transitions surviennent en une très courte période.

2.2 Changements physiques et image corporelle

Avec le début de la puberté vont apparaître les premiers changements physiques. Les adolescent-e-s grandissent très vite (c'est ce qu'on appelle le pic de croissance) et cette croissance représentera à peu près 20% de leur taille adulte [2.3]. De même, tandis que la masse maigre augmente chez les garçons, elle diminue chez les filles qui acquièrent plus de masse grasse [2.3]. Bien que la grande majorité des adolescent-e-s vivent ces changements physiques dans une période de temps similaire, des variations de la normalité pubertaire (par excès ou par défaut) sont possibles. Sans pathologie sous-jacente, une puberté avancée par rapport aux pairs est vécue positivement par les garçons mais pas par les filles, l'inverse étant vrai pour une puberté retardée [2.6]. Tous ces **changements physiques rapides** peuvent avoir une **influence sur la façon dont on se perçoit (image de soi)**. À un âge où les jeunes sont forte-

ment influençables, certains facteurs (médias, performance sportive, famille, pairs) peuvent favoriser une image corporelle négative pouvant avoir des conséquences importantes pour la santé [2.9] telles qu'un comportement alimentaire altéré, une détresse psychologique ou une estime de soi diminuée [2.10]. Une image corporelle négative est fortement associée à des relations moins favorables avec le sexe opposé chez les garçons et avec le même sexe chez les filles [2.11]. **Internet** et les **réseaux sociaux** jouent un rôle important dans cette problématique car ils offrent un nouvel espace à la comparaison sociale [2.12]. Les thèmes de l'image corporelle et des médias numériques sont traités de manière plus approfondie dans les **chapitres 9** et **5**, respectivement.

2.3 Changements cognitifs et relationnels

Durant l'adolescence, on acquiert une capacité de raisonnement plus avancée, on évolue de la pensée concrète à la pensée abstraite et on est capable d'imaginer ce que pensent les autres [2.3-2.5].

De même, c'est la période durant laquelle s'établit l'**autonomie**, se développe un **sentiment d'identité** et se dessine une orientation future, avec des objectifs vocationnels qui deviennent de plus en plus réalistes [2.3, 2.4].

Cette période se caractérise aussi par des **changements dans les relations** [2.3, 2.5]. Ainsi, les jeunes adolescent-e-s s'éloignent de leurs parents pour se réfugier dans leur groupe de pairs (initialement du même sexe, puis mixte), puis se rapprochent à nouveau de leurs parents à la fin de l'adolescence. C'est aussi le début des relations amoureuses qui leur permettent de développer leurs compétences dans les domaines de la communication, la négociation ou la résolution de conflits [2.3].

La **sexualité** joue un rôle important dans la vie des individus, que ce soit sur le plan physique, mental, émotionnel et relationnel [2.15], et ce particulièrement durant l'adolescence, période au cours de laquelle la plupart des jeunes ont leurs premiers rapports sexuels. Ces premières expériences marquent souvent une transition vers l'âge adulte, personnellement et socialement. Encourager les jeunes à adopter des comportements sexuels non risqués et respecter les droits sexuels de chacun-e fait partie des enjeux majeurs en termes de santé publique,

notamment parce que leurs actions à l'adolescence peuvent également avoir des conséquences à l'âge adulte.

Internet et les médias ne sont pas à négliger dans ce domaine: le développement et l'exploration sexuels des jeunes se faisant aujourd'hui également à travers les technologies. En plus de la problématique de l'accès à la pornographie, des nouvelles pratiques (p. ex. applications de rencontre, «nude-sexting») sont apparues et peuvent impacter le bien-être, les conceptions et le vécu des jeunes en matière de sexualité.

2.4 Comportements à risque

L'adolescence est une **phase de recherche** et ceci inclut des **comportements exploratoires** ou **à risque** [2.5]. Les plus souvent décrits sont l'usage de substances, la violence et les rapports sexuels non protégés, mais il y en a bien d'autres, tels que le temps d'écran excessif (bien que de nombreux débats soient actuellement en cours sur les limites), les jeux d'argent et de hasard, les troubles du comportement alimentaire, le manque d'exercice physique, par exemple. La plupart de ces comportements sont plus fréquents parmi les garçons. Ces comportements exploratoires ou à risque font partie du développement des jeunes [2.16], et celles et ceux qui n'adoptent aucun comportement de ce type sont très minoritaires [2.17]. De plus, la grande majorité des jeunes adoptent de multiples comportements à risque [2.17, 2.18]. En effet, l'adoption d'un comportement à risque augmente la probabilité d'en adopter d'autres, car ceux-ci auraient notamment des causes communes ou des facteurs de risque corrélés [2.19]. Un comportement exploratoire est un comportement qui peut entraîner des conséquences négatives, mais ces dernières sont alors compensées par des effets positifs perçus par les jeunes [2.20]. Dans ce contexte, l'**effet du groupe** a une place particulière chez les adolescent-e-s: la présence de pairs augmente la probabilité d'adopter un comportement à risque en influant positivement sur la perception d'obtenir une récompense [2.21].

La plupart de ces comportements semblent augmenter jusqu'à l'âge de 20 ans. Depuis lors, ils tendent à se stabiliser ou à diminuer, en particulier lorsque les individus commencent à intégrer des rôles de la vie adulte (p. ex. trouver un travail, se mettre en couple, fonder une famille) [2.16].

2.5 Une fenêtre d'opportunités

L'adolescence est considérée comme une fenêtre d'opportunités [2.5] parce que la plupart des habitudes de santé vont s'acquérir pendant cette période. Or, ces habitudes auront des conséquences sur la vie adulte [2.5] ainsi que sur la génération suivante. C'est donc une phase de vie propice à la promotion de la santé, favorisée par la curiosité des adolescent-e-s et le développement de leur identité [2.5].

L'**adolescence** est une **période cruciale** et devrait comprendre la mise en œuvre d'**actions préventives** et de gestion des **maladies chroniques** [2.2] sur le plan individuel mais aussi familial, scolaire, communautaire et sociétal.

3 Principes et méthodes de promotion de la santé chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes

- **Julia Dratva**, Université des sciences appliquées de Zurich
- **Matthias Meyer**, Université des sciences appliquées de Zurich
- **Karin Nordström**, Université des sciences appliquées de Zurich

Les parties marquées d'une ligne orange sont identiques à celles dans le chapitre 3 du rapport 8 [Promotion de la santé pour et avec les enfants](#).

3.1 Promotion de la santé et prévention

Des approches complémentaires avec un objectif commun

La promotion de la santé et la prévention sont deux stratégies complémentaires, mais différentes par leur origine et leur principe d'action. Alors que le concept de prévention (des maladies) remonte aux découvertes scientifiques et médicales sur l'hygiène et les conditions de vie difficiles du 19^e et du début du 20^e siècle, le concept de promotion de la santé trouve son origine dans les récents débats sur les politiques de santé à l'OMS et se réfère aux connaissances des sciences sociales et de la santé.

La promotion de la santé et la prévention sont liées par un objectif commun: le «gain de santé». Il s'agit dans les deux cas «d'interventions ciblées d'acteurs, pour la plupart des personnes ou institutions autorisées publiquement et/ou professionnellement, en vue d'influencer une détérioration nasissante ou déjà en cours de la santé d'individus ou de

groupes de population». Ces interventions visent l'amélioration de l'état de santé des individus ou le renforcement des comportements favorables à la santé, notamment dans le cadre d'une «compensation des inégalités de santé liées aux circonstances sociales» [3.1]. Le principe d'action de la prévention est pathogénique, celui de la promotion de la santé est salutogénique [3.1].

La promotion de la santé

Le concept élargi de santé de l'OMS apparu en 1946 est devenu décisif pour la promotion de la santé, définie comme «le renforcement des opportunités de développement sanitaire». La promotion de la santé désigne les formes d'intervention qui servent à améliorer les conditions de vie liées à la santé de la population et vise à renforcer les facteurs de protection ainsi que les ressources internes et externes [3.1-3.5]. Les jalons importants de la promotion de la santé sont la Charte d'Ottawa et la Déclaration de Jakarta.



La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986)

- Définit la santé comme «une partie essentielle de la vie quotidienne»
- Représente un modèle salutogénique et de politique de la santé
- Axe la promotion de la santé sur «la promotion de conditions de vie saines et du bien-être général» [3.2].



Déclaration de Jakarta (1997)

La Déclaration de Jakarta formule les priorités pour le 21^e siècle en référence à la Charte d'Ottawa et met l'accent sur les preuves et la comparabilité des interventions de promotion de la santé. Les priorités sont:

- la promotion de la responsabilité sociale de la société
- l'intensification des investissements dans le développement de la santé
- le renforcement et l'élargissement des partenariats pour la santé
- le renforcement du potentiel de promotion de la santé des communautés
- le renforcement de la capacité d'agir de l'individu
- la mise en place d'une infrastructure pour la promotion de la santé

La prévention

La prévention vise «à éviter l'apparition de maladies et ainsi à réduire leur propagation et à diminuer leur impact» [3.1]. La démarche consiste donc à «anticiper» les maladies [3.2] ou «réduire ou éliminer complètement les facteurs déclenchant des maladies» [3.1]. Elle est basée sur une «estimation de la probabilité d'occurrence» d'une maladie. Les facteurs de risque sont identifiés afin d'intervenir dans la «dynamique de la pathogenèse» avec des actions d'intervention [3.1]. Il existe différentes formes de prévention, classées selon les stades de prévention, les cibles et le niveau des mesures.

Outre les maladies, la prévention permet également d'éviter les accidents.

Les stades de la prévention

En ce qui concerne les stades de la prévention, une distinction est faite entre la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ces trois catégories ne se distinguent pas toujours clairement, mais se chevauchent parfois [3.2].

- **La prévention primaire** – Mesures pour réduire la probabilité d'apparition de nouveaux cas ou pour réduire les facteurs de risque comportementaux
- **La prévention secondaire** – Mesures pour la détection précoce et le traitement des maladies encore cliniquement peu visibles

- **La prévention tertiaire** – Mesures visant à prévenir l'aggravation ou la progression d'une maladie existante et à prévenir une rechute dans le processus de guérison

Les cibles de la prévention

En ce qui concerne les cibles de la prévention, une distinction est faite entre la prévention universelle, sélective et indiquée (www.addictionsuisse.ch).

- La prévention universelle – Mesures visant l'ensemble de la population ou des segments de la population
- La prévention sélective – Mesures visant les groupes vulnérables par rapport à un risque
- La prévention indiquée – Mesures destinées aux personnes présentant un risque manifeste

Niveau de mesure de la prévention

Une autre distinction est faite entre la prévention comportementale et contextuelle. La prévention comportementale s'adresse directement aux individus pour stimuler des comportements préventifs face aux maladies ou aux accidents et tenter de minimiser les comportements à risque pour la santé. La prévention contextuelle concerne quant à elle les conditions de vie ou les mesures normatives-réglementaires afin d'influer sur les infrastructures et l'environnement [3.6]. Les deux approches jouent un rôle important chez les enfants et les adolescent-e-s.



Interaction entre le comportement et le contexte

Généralement considérée comme efficace, la combinaison de la prévention comportementale et de la prévention contextuelle est appelée «approche setting». Des mesures contextuelles peuvent faciliter un changement de comportement ou le rendre possible, par exemple en faisant en sorte que le choix le plus simple soit aussi le choix le plus sain. Les mesures structurelles sont toutefois plus efficaces si elles sont associées à une prévention comportementale (p. ex. accroître la motivation ou les connaissances des personnes pour qu'elles utilisent certaines offres structurelles ou respectent les règles établies) [3.6].

Comprendre et influencer les comportements de santé grâce aux enseignements de la psychologie de la santé

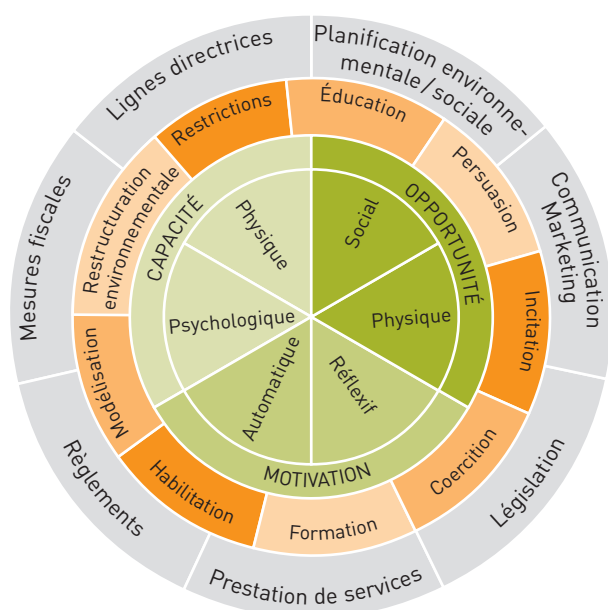
Les modèles et les approches d'intervention en psychologie de la santé deviennent de plus en plus importants pour la prévention. La psychologie de la santé étudie l'expérience et le comportement des personnes en lien avec la santé et la maladie, plus particulièrement les comportements préventifs et à risque, les facteurs psychologiques et sociaux et leurs interactions avec les maladies et handicaps physiques [3.7]. Les théories et concepts du comportement individuel en matière de santé peuvent aider à concevoir des mesures préventives efficaces. Ils présentent les éléments qui peuvent influencer et expliquer le processus de changement de comportement [3.8].

La roue du changement de comportement [3.9] et la taxonomie des techniques de changement de comportement [3.10] sont deux jalons importants en psychologie de la santé.

FIGURE 3.1

La roue du changement de comportement

- Sources de comportement
- Fonctions d'intervention
- Catégories de politiques



Source: [3.9]

Behaviour Change Wheel (BCW):

- Méthode de systématisation et de conception d'interventions pour le changement de comportement
- Au cœur du changement de comportement se trouvent la capacité, l'opportunité et la motivation.
- Autour de ces sources de comportement, neuf formes d'intervention et sept politiques sont identifiées afin de les activer.

Behaviour Change Technique Taxonomy (BCTT):

- Taxonomie des techniques de changement de comportement
- Dans un processus complexe, 93 techniques différentes de changement de comportement ont été identifiées et évaluées.

Approches de promotion de la santé ayant porté leurs fruits

Les mesures de promotion de la santé sont souvent caractérisées par l'approche dite setting (voir [section 3.7](#)), selon laquelle les individus sont compris comme partie intégrante des systèmes sociaux dans lesquels elles ou ils vivent [3.4]. Pour améliorer le développement sanitaire, quatre catégories de facteurs de protection doivent être renforcées [3.1]:

- Facteurs sociaux et économiques
- Facteurs environnementaux
- Facteurs comportementaux et psychiques
- Accès aux services de santé.

Un modèle à plusieurs niveaux, qui classe les mesures de promotion de la santé en fonction de leur relation avec les différents niveaux de la société, a fait ses preuves pour une promotion de la santé efficace. En Suisse, on distingue les trois objectifs clés que sont l'environnement matériel, l'environnement social et les ressources, et les comportements personnels du groupe cible, ainsi que les quatre niveaux des programmes d'action cantonaux:

- Interventions
- Policy
- Mise en réseau
- Information au public



Définition 3.1

Empowerment et participation

Les éléments centraux de la promotion de la santé sont l'empowerment et la participation. L'empowerment consiste en la capacité de mener une vie plus autodéterminée et de représenter ses propres intérêts sous sa propre responsabilité. Chacun-e devrait apprendre à connaître et à utiliser les ressources qui lui sont propres. La participation consiste à impliquer les personnes concernées, à les faire participer tout en les laissant prendre leurs décisions [3.2]. L'empowerment et la participation s'enrichissent et se renforcent mutuellement. La participation engendre de nombreux effets positifs [3.11]:

- Adéquation avec les besoins des groupes cibles et donc plus grande adhésion des groupes cibles aux projets
- Renforcement de la cohésion sociale
- Plus grande égalité des chances, pour autant qu'une attention particulière soit portée aux personnes en situation de vulnérabilité
- Renforcement des processus intersectoriels
- Effets multiplicateurs
- Ancrage à long terme des programmes ou projets



Informations complémentaires de l'OFSP sur la promotion de la santé et la prévention

- [Stratégie nationale pour la prévention des maladies non transmissibles 2017-2024 \(Stratégie MNT\)](#), Résumé
- [Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles \(stratégie MNT\)](#)
- [Guide d'économie comportementale](#)

3.2 Gestion des impacts et évaluation

Les mesures de promotion de la santé et de prévention interviennent le plus souvent dans les cadres de vie des groupes cibles et sont essentiellement financées par des fonds publics. Par conséquent, elles doivent présenter un excellent rapport coût-bénéfice. Leur intérêt réside dans un effet social ou individuel qui doit être un objectif à atteindre. Pour les adolescent-e-s, les cadres de vie que constituent l'espace public, le domicile parental, l'école et les associations revêtent une importance particulière. Weare et Nind ont montré que la prise en charge de la santé psychique dans les écoles à l'aide de mesures spécifiques ne produisait statistiquement que des changements mineurs, mais ces petits changements ont entraîné une amélioration majeure de la situation des personnes concernées [3.12]. Il n'est pas facile de prouver un tel effet, il y a souvent un manque d'indicateurs et de mesures facilement accessibles, contrairement aux organisations à but lucratif qui disposent de résultats financiers [3.13].

Comme dans d'autres domaines où un impact social doit être atteint, des modèles d'impact sont en cours d'élaboration pour la promotion de la santé et la prévention [3.14-3.16]. Ceux-ci posent d'une part les bases théoriques pour mesurer l'impact et peuvent d'autre part être utilisés pour montrer comment différentes mesures contribuent individuellement ou collectivement à la réalisation d'un objectif d'impact à long terme.

Le modèle d'impact justifie ou non la mise en œuvre de mesures individuelles ou d'une combinaison de celles-ci. Représenter la structure des impacts peut



Informations complémentaires sur la promotion de la santé et la prévention

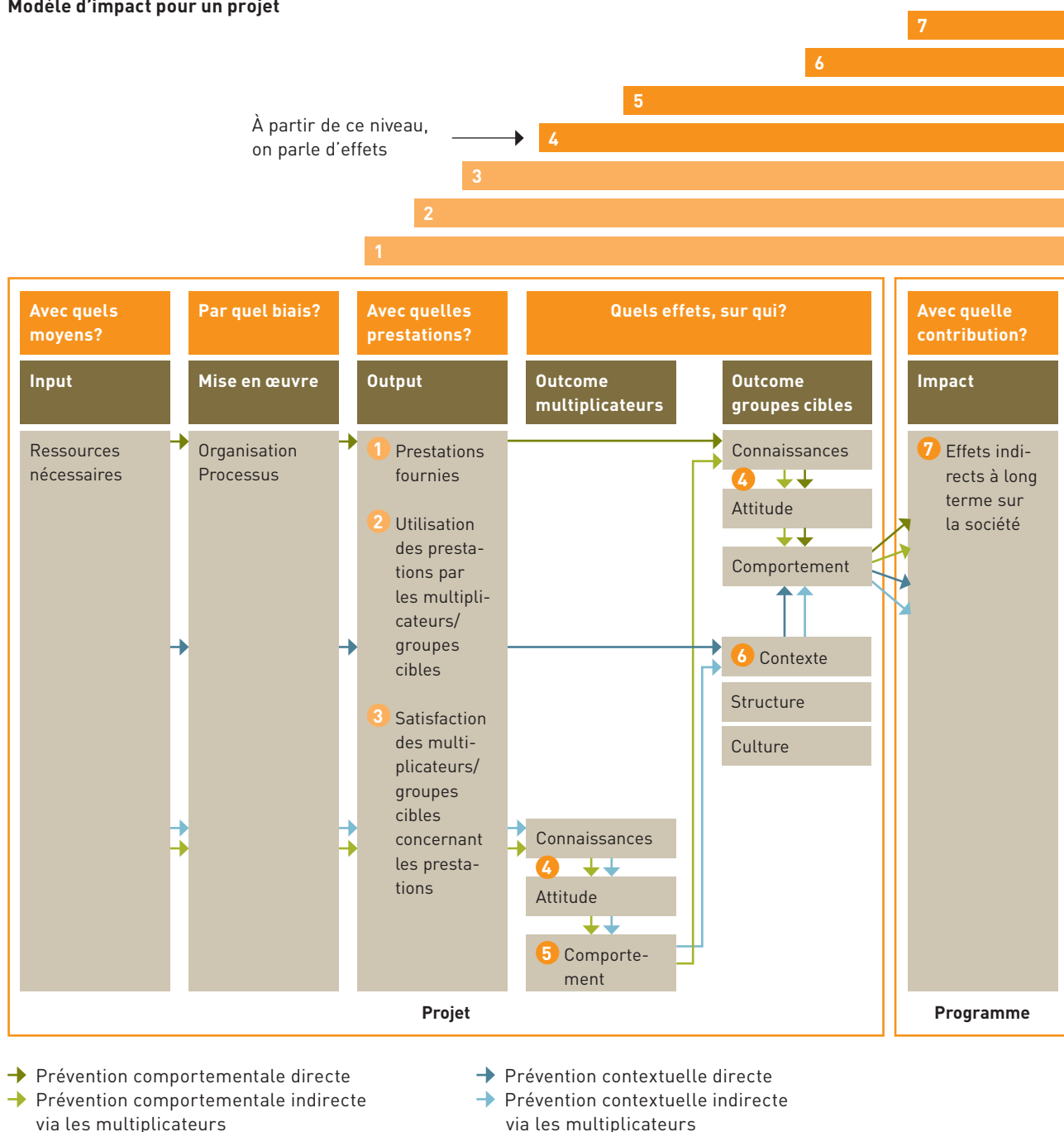
- Document de travail 60: [L'application des approches comportementales aux mesures gouvernementales](#)
- [Argumentaire Promotion de la santé et prévention](#) (Document de travail 53, infographies et vidéos)
- Document de travail 48: [La participation en matière de promotion de la santé](#)
- Brochure: [Soutien financier à des projets consacrés à la promotion de la santé et à la prévention en Suisse](#)

en outre soutenir le développement des mesures existantes ou l'élaboration de nouvelles mesures: des lacunes ou des activités non adaptées peuvent être mises en évidence dans la chaîne des impacts. Promotion Santé Suisse a abordé très tôt la question

de l'impact attendu des programmes et projets qu'elle soutient. Elle a par ailleurs documenté le niveau à atteindre en matière d'impacts, qui fait partie intégrante du développement des programmes et des projets (figure 3.2).

FIGURE 3.2

Modèle d'impact pour un projet



Source: [3.19]



Malgré une bonne base théorique et les modèles d'impact, l'évaluation d'impact reste un défi majeur. Comment mesurer les indicateurs définis et évaluer l'effet sans recourir à des méthodes complexes et souvent coûteuses? Une approche fiable consiste à inclure dès le départ la mesure d'impact dans les projets. De cette manière, les données de processus et surtout les données nécessaires peuvent être collectées en continu. Les données de routine existantes peuvent également être utilisées pour l'évaluation.

Les premières expériences en promotion de la santé ont été faites avec le Goal Attainment Scaling qui provient à l'origine de la psychologie clinique et qui est utilisé en Suisse dans le domaine de la réadaptation ou de la psychiatrie [3.18]. Cette méthode consiste à définir un objectif clair (résultat, output ou impact souhaité), divers scénarios d'attentes vis-à-vis de celui-ci (chacun deux niveaux supérieurs ou deux niveaux inférieurs à l'objectif souhaité) et des indicateurs de réalisation des objectifs avant qu'une mesure ne soit mise en œuvre. L'atteinte de l'objectif peut être évaluée à l'aide d'une échelle à cinq points où 0 correspond à la cible souhaitée [3.17]. Une particularité de la méthode est l'implication du groupe cible et des professionnel-le-s à toutes les étapes [3.17].



Définition 3.2

Modèles pour mesurer l'impact

Le modèle d'impact constitue la base de l'évaluation et de la mesure de l'impact. Ce n'est que si l'on a défini les mesures ou les moyens par lesquels l'impact doit être obtenu que l'on peut mesurer de manière pertinente si l'impact souhaité a finalement été atteint par la mise en œuvre des différentes mesures. L'évaluation et la mesure spécifiques s'appuient sur des objectifs définis d'impact, d'outcome et d'output [3.19-3.21].

Informations complémentaires sur la gestion des impacts

- Document de travail 46: [Évaluation de l'impact des interventions](#)
- Feuille d'information 26: [Promotion de la santé et prévention: Examiner l'efficacité des mesures](#)
- Document de travail 42: [Démontrer et optimiser les impacts de la promotion de la santé](#)

3.3 La santé des adolescent-e-s et jeunes adultes en Suisse: chiffres actuels

Les auteur-e-s du [Rapport national sur la santé 2020](#) se sont attelés à décrire la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes en Suisse [3.22]. Ce rapport présente en détail l'état des connaissances en 2019 sur la santé des enfants, des adolescent-e-s et des jeunes adultes, tout en sachant qu'un tel document, aussi récent soit-il, présente déjà des données «anciennes». La question de la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes se pose donc en continu: comment se présente leur santé aujourd'hui, comment sera-t-elle demain?

Bien que la santé de l'entier d'un groupe d'âge change rarement du jour au lendemain, la pandémie de coronavirus témoigne de la façon dont des modifications soudaines dans l'environnement de vie des jeunes peuvent avoir des effets importants sur la santé en très peu de temps.

Le Rapport national sur la santé des enfants, des adolescent-e-s et des jeunes adultes dresse sur la base des données **d'avant** 2020 un bilan largement positif: la plupart des adolescent-e-s et des jeunes adultes étaient en bonne santé et se sentaient bien [3.22]. À ce moment-là, l'évaluation subjective de son propre bien-être différait selon l'âge, le genre et le statut social des parents. Selon l'étude HBSC, qui observe de manière récurrente des enfants et adolescent-e-s de 11 à 15 ans, 10,4% des enfants de 11 ans en 2018 ont déclaré se sentir raisonnablement bien et 1,1% se sentaient mal [3.23]. Dans l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2017, la grande majorité des 16-25 ans décrivaient leur qualité de vie comme bonne [3.24]. En 2022, on ne peut que constater la détérioration de la santé subjective

dans le sillage de la pandémie. Diverses études et milieux intéressés en Allemagne et à l'étranger soulignent une augmentation significative des inquiétudes, des peurs et des problèmes psychiques chez les enfants et les adolescent-e-s [3.25]. Il est encore trop tôt pour évaluer comment la pandémie affectera à long terme la santé et le bien-être des adolescent-e-s et des jeunes adultes en Suisse.



La promotion de la santé durant la pandémie de coronavirus

- Document de travail 56: [Impact de la pandémie de coronavirus sur la promotion de la santé](#)
- Document de travail 52: [Effets de la pandémie du coronavirus sur le stress et les ressources liées à la santé de la population](#)

Les changements sociétaux ont plutôt un impact latent et régulier sur la santé. L'épidémie d'obésité, qui inquiète les professionnel-le-s depuis la fin du 20^e siècle, en est une illustration [3.26, 3.27]. Elle montre également que les interventions de promotion de la santé ont souvent un effet retardé et lent sur l'impact souhaité – dans ce cas une diminution du surpoids.

Le Rapport sur la santé 2020 estime qu'environ un-e adolescent-e ou jeune adulte sur cinq souffre d'une maladie chronique ou d'un problème de santé chronique [3.22]. 16,7% des 15-24 ans déclarent un problème de santé chronique [3.24]. Parmi les maladies chroniques, les maladies des voies respiratoires ou les maladies associées à une hypersensibilité héréditaire (asthme, névrodermite) sont relativement fréquentes (>5%). Les risques cardiométaboliques, comme l'obésité ou l'hypertension (1 à 5%), sont également fréquents. Ces troubles sont liés à la fois aux circonstances et aux comportements individuels. Le surpoids est nettement plus fréquent que l'obésité. Heureusement, le monitoring de l'IMC par les services médicaux scolaires montre que le surpoids et l'obésité sont en baisse chez les jeunes enfants et stagnent à un niveau plus élevé chez les adolescent-e-s [3.27]. Au niveau primaire (1-3 HarmoS) 8,7% des enfants sont en surpoids et 3,7% obèses, entre la 5^e et la 7^e HarmoS les chiffres atteignent 13,9% et 3,5%, alors qu'au niveau secon-

daire (10-11 HarmoS) on en est à 16,6% de surpoids et 4,8% d'obésité. Les recommandations d'activité physique sont aussi significativement moins suivies avec l'avancée en âge [3.28], même si les bases des comportements favorables à la santé sont déjà posées durant l'enfance. Il n'existe actuellement aucune donnée suisse sur la résilience et les compétences des enfants en matière de santé. Particulièrement les adolescent-e-s et les jeunes femmes ont une activité insuffisante. Les risques pour la santé, tels que la consommation de drogues, le manque de sommeil, la conduite et les comportements sexuels à risque, sont des problèmes de santé importants à l'adolescence et au début de l'âge adulte [3.29]: en 2018, 6,4% des garçons de 11 à 15 ans et 5,3% des filles du même âge fumaient occasionnellement des cigarettes. Dans la tranche d'âge des 16-25 ans, une personne sur trois fume, la plupart tous les jours. Diverses études révèlent qu'un tiers des jeunes présentent des symptômes d'insomnie. Seule une minorité suit la recommandation de manger cinq portions de fruits ou de légumes par jour. Chaque année, près de 200 jeunes sur 10000 (0-25 ans) sont blessés dans des accidents de la route, bien plus qu'à la maison, dans le cadre du sport ou des loisirs. 8,3% des adolescent-e-s et 6,4% des jeunes adultes sexuellement actifs-ves ne se protègent pas contre les grossesses non désirées et les maladies sexuelles.

Les bases d'un comportement soucieux de sa santé sont posées dans l'enfance et l'apprentissage des compétences en matière de risque et de santé est essentiel à l'adolescence. Une étude nationale de 2015 sur les compétences en santé a révélé qu'environ la moitié des 15-25 ans montraient des compétences en santé générale problématiques (47%) ou insuffisantes (1%) [3.30]. D'autre part, une étude récente sur les compétences en santé en Suisse montre que les jeunes (18-39 ans) évaluent leurs compétences en santé numériques comme meilleures que celles des participant-e-s plus âgé-e-s de l'étude [3.31].

Si l'on veut décrire l'état de santé des jeunes en Suisse et l'influencer positivement à long terme, il vaut la peine d'analyser la situation actuelle et de jeter un regard sur l'avenir et les changements sociaux qui peuvent avoir une influence sur la santé et le bien-être.

3.4 Définition de la santé spécifique au groupe cible

«La santé des enfants est la mesure dans laquelle des enfants ou des groupes d'enfants sont capables ou rendus capables (a) de développer et de réaliser leur potentiel, (b) de satisfaire leurs besoins et (c) de développer les aptitudes qui leur permettent d'interagir avec succès avec leur environnement biologique, physique et social.» [3.32]

Cette définition de la santé de l'enfant et de l'adolescent du National Research Council, Institute of Medicine (États-Unis) est basé sur la définition de la santé figurant dans la Charte d'Ottawa [3.6]. Cette dernière considère la santé comme un élément essentiel de la vie quotidienne et établit que la promotion de la santé vise le bien-être physique, mental et social (voir [section 5.4](#)). La santé durant l'enfance et l'adolescence est donc bien plus que l'absence de maladie. Le «modèle à double continuum» utilisé en santé psychique peut aussi s'appliquer à la santé physique. La santé et la maladie sont donc des états distincts mais simultanés, qui se manifestent avec des caractéristiques différentes à des moments différents [3.33, 3.34].



Définition 3.3

Modèle des deux continuums

Le «modèle des deux continuums» offre une perspective contemporaine sur les troubles et la santé psychique. Il décrit ces deux concepts comme nettement différents mais évoluant parallèlement. Dans ce modèle, la santé psychique est conçue comme des sentiments et un fonctionnement positifs, tandis que le contraire représente la maladie psychique. Un niveau élevé de santé psychique est qualifié de «florissant», ce qui illustre l'effet positif sur le développement de l'enfant et l'effet protecteur vis-à-vis de la maladie psychique.

(<https://cspm.csyw.qld.gov.au/>)

Le terme «développement» dans cette conception de la santé mérite une attention particulière. Un développement physique, psychique, intellectuel et social favorable est à la fois l'objectif de la promotion de la santé et un élément fondamental pour le suc-

cès de celle-ci. La promotion de la santé doit adapter non seulement ses thèmes et ses contenus, mais aussi ses méthodes au niveau du développement de chacun-e, en fonction des publics cibles.

Un accès adapté à l'âge est également crucial pour promouvoir les compétences en santé des jeunes. Tse et al. ont ainsi découvert, par exemple, que l'utilisation de designs de médias sociaux multimodaux peut être utile pour promouvoir les compétences des adolescent-e-s en matière de santé, car cela permet également d'améliorer leurs compétences de lecture et d'utilisation de formats d'information multimodaux [3.35].

L'âge et le niveau de développement structurent également la compréhension qu'ont les adolescent-e-s de la santé dans l'Union européenne. Dans le projet européen «Child Health Indicators of Life and Development (CHILD)» [3.36] 15 États membres ont défini des thèmes clés et un ensemble d'indicateurs de santé qui identifient les besoins ainsi que certains indicateurs spécifiques tout au long du développement et de la progression en âge des enfants et des adolescent-e-s. Les thèmes clés incluent les politiques de promotion de la santé, la santé psychique, le bien-être, l'alimentation et la croissance. Pour la promotion de la santé, il est essentiel de disposer de données sur la santé et le développement des adolescent-e-s afin d'identifier le besoin d'intervention et la réussite du dispositif.

Le jeune âge adulte, souvent appelé «âge adulte émergent» pour souligner le processus dynamique de croissance, est également caractérisé par des processus de développement et des transitions qui peuvent être pertinents pour la santé [3.37].

Cette compréhension dynamique de la santé est mise en exergue par les «théories sociales et écologiques» appliquées à la promotion de la santé [3.38], qui décrivent une interaction continue entre l'individu ou les groupes de population et l'environnement physique, culturel, social et politique. Malgré une indépendance et une responsabilité individuelle croissantes, l'interaction avec l'environnement à l'adolescence et au début de l'âge adulte ne se fait souvent pas directement, mais indirectement par l'intermédiaire de personnes de référence. Une compréhension holistique de la santé dans cette phase de la vie inclut donc toujours les parents et les proches, mais aussi le quartier, la communauté ainsi que les systèmes sociaux, politiques et éducatifs dans lesquels vit la personne.

3.5 Objectifs de promotion de la santé chez les adolescent-e-s et jeunes adultes

Conformément aux explications ci-dessus (voir [section 3.1](#)), la promotion de la santé vise à la fois à instaurer des conditions-cadres favorables à la santé et à permettre à l'individu d'améliorer sa propre santé [3.1, 3.33]. Par rapport à cette seconde option, on parle aussi souvent d'empowerment qui se traduit par des objectifs concrets pour la promotion de la santé durant l'adolescence:

- Transmettre des connaissances (qu'est-ce qui est favorable à ma santé, qu'est-ce qui est bon pour moi?)
- Acquérir des compétences de vie (voir [définition 3.4](#))
- Renforcement de la participation (à la société)



Définition 3.4

Compétences de vie

L'OMS définit les compétences de vie comme les compétences de base suivantes qui favorisent la santé et le bien-être des jeunes [3.40]:

- Résolution de problèmes et prise de décision
- Pensée créative et pensée critique
- Communication et relations interpersonnelles
- Conscience de soi et empathie
- Gestion du stress et des émotions

L'OMS et d'autres ONG attachent une grande importance à l'enseignement des compétences de vie. Les compétences de vie peuvent aider les adolescent-e-s à mieux faire face aux problèmes et/ou à les éviter. Ils permettent aux adolescent-e-s de traduire les connaissances, les attitudes et les valeurs en compétences réelles (c'est-à-dire quoi faire et comment le faire) et d'assumer de plus en plus la responsabilité de leur santé. L'adolescence constitue à cet égard une phase de vie importante. Le cadre de vie primaire se déroule de plus en plus en dehors du contexte familial, et les adolescent-e-s et les jeunes adultes expérimentent et acquièrent des comportements qui façonnent la vie future et constituent une base importante pour la santé tout au long de la vie [3.41]. Cela comprend, entre autres, les attitudes et les comportements liés à la santé et la prise de décisions (in)conscientes liées à la santé [3.42].

Dans le même temps, la promotion de la santé vise à créer des conditions-cadres favorables à la santé. Cette approche structurelle de la réalisation des objectifs était évidente lors de la 9^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui a eu lieu à Shanghai en 2016 et a mis les législateur-trice-s et la société face à leurs responsabilités [3.43]. Dans le cadre des objectifs de développement durable de l'Agenda 2030 des Nations Unies, trois piliers prioritaires de la promotion de la santé ont été formulés lors de la conférence:

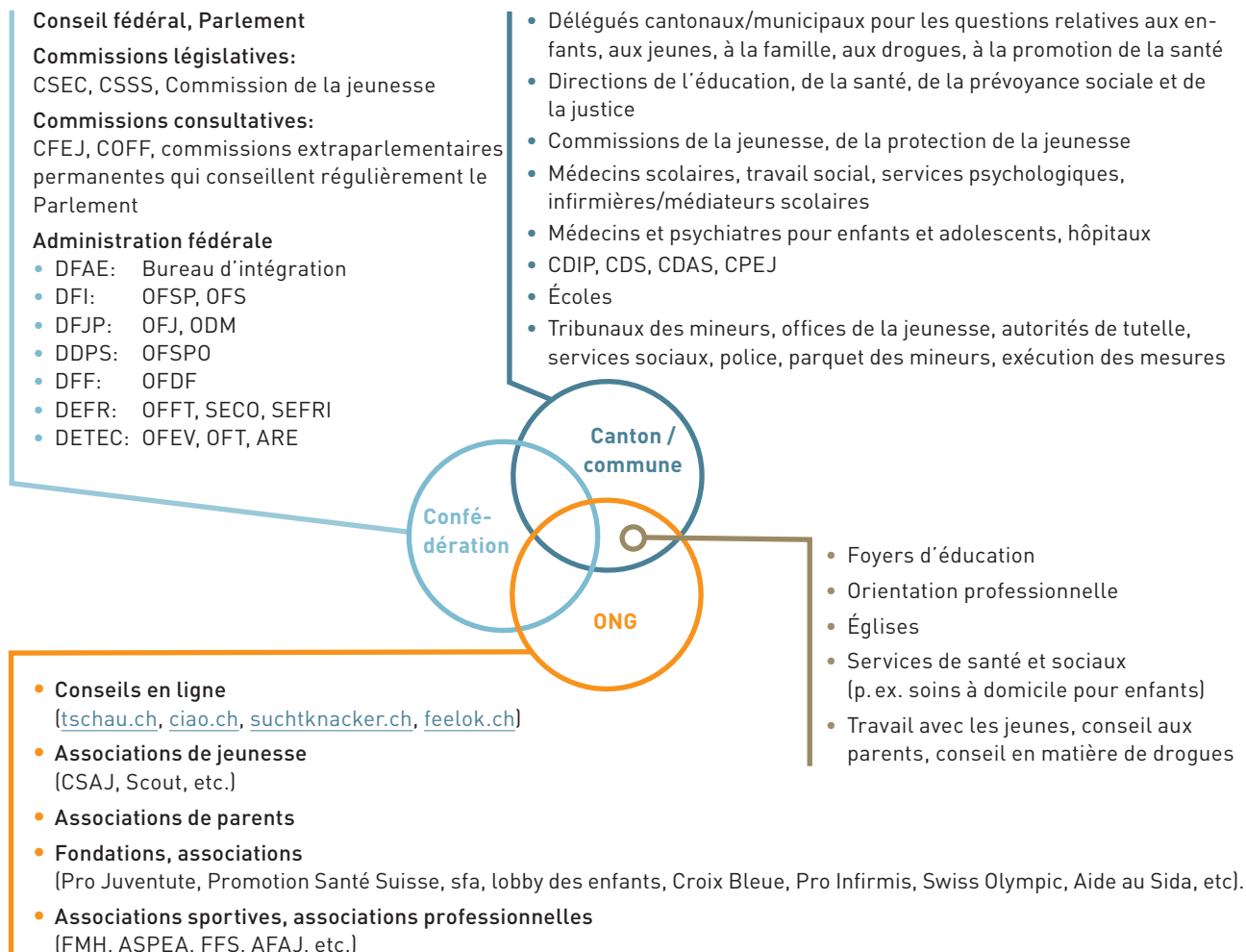
- Villes-santé (healthy cities)
- Bonne gouvernance (good governance)
- Compétences en santé (health literacy)

3.6 Settings et acteurs

La promotion de la santé repose sur l'apprentissage social et cognitif [3.38]. L'apprentissage social chez les adolescent-e-s et jeunes adultes se déroule principalement dans la famille, même si les environnements non familiaux comme l'école, la formation, l'espace public ou les loisirs structurés (club sportif, chorale, etc.) gagnent en importance avec l'âge. Ces settings offrent des points d'ancrage pour la promotion de la santé (voir [section 3.7](#)) et mobilisent différents acteurs.

Un grand nombre d'acteurs dans différents secteurs sont responsables de la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes. C'est ce qui s'appelle la responsabilité intersectorielle. La [figure 3.3](#) montre comment pratiquement tous les domaines sont impliqués au niveau national, de la santé à l'éducation en passant par le droit, l'environnement ou les transports. Au niveau des cantons et des communes, les responsabilités relatives au bien-être des enfants peuvent être attribuées à des services spécifiques et liées à des mandats concrets. Ici aussi, le thème de la santé s'étend bien au-delà du domaine sanitaire classique et comprend, entre autres, l'urbanisme, l'éducation et la police. Dans le 3^e cercle, on retrouve les ONG et les organisations privées qui travaillent pour les adolescent-e-s et les jeunes adultes, en leur donnant la parole et en créant des offres qui leur sont destinées.

FIGURE 3.3

Acteurs dans le domaine de la santé des enfants et des adolescent-e-s

Source: adaptation d'après [3.44]

3.7 Défis, potentiel et approches de la promotion de la santé chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes

Les défis peuvent aussi se transformer en opportunités, lorsqu'ils promeuvent un meilleur accès à un groupe cible, une optimisation des méthodes et une allocation pertinente des ressources. Les défis suivants pour les adolescent-e-s et les jeunes adultes sont des champs d'action importants.

- **Augmentation des problèmes de santé psychique [3.45]**

Un bon cinquième des jeunes de moins de 25 ans sera victime à un moment ou un autre d'une crise ou d'une maladie psychique. Même à un âge pré-

coce, les enfants peuvent ressentir directement ou dans leur environnement immédiat un stress ou des difficultés psychiques. La pandémie de coronavirus a entraîné une hausse de prévalence, du moins à court terme. Pour contrer ce phénomène, un défi permanent consiste à renforcer la résilience et les mécanismes d'adaptation des enfants et des adolescent-e-s dans les cadres de vie que sont la famille, l'école et les loisirs.

- **Compétences en santé insuffisantes [3.31]**

Un niveau élevé de compétences en santé est un facteur de protection pertinent et permet de prendre des décisions éclairées concernant sa santé tout au long de la vie. Les compétences en santé s'acquièrent par la lecture, les médias,

les sciences et le monde numérique. Un manque de compétences en santé laisse place à des mythes sur la santé qui se forment dès l'adolescence et continuent d'avoir un impact à l'âge adulte.

- **Augmentation de l'utilisation des médias et de la dépendance aux médias** [3.46, 3.47]

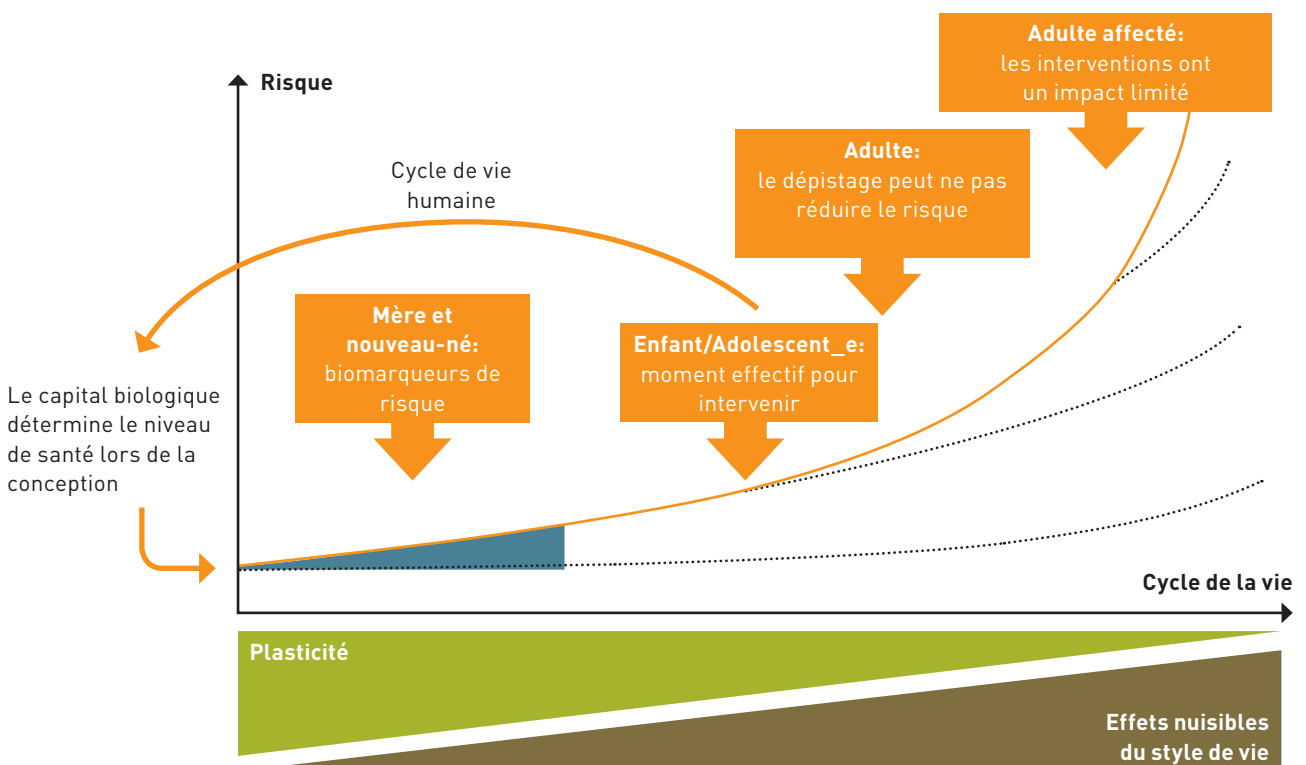
Les adolescent-e-s et les jeunes adultes sont des utilisateur-trice-s fréquents des médias sociaux, et l'utilisation problématique des médias est en augmentation. De plus, les adolescent-e-s en particulier sont fortement influencés par le contenu des médias sociaux. Les influenceuses et les influenceurs, mais aussi les entreprises, ciblent les adolescent-e-s et jeunes adultes avec leurs campagnes marketing. La promotion de la santé doit donc également être présente dans le cadre de vie des adolescent-e-s et renforcer très tôt leurs compétences en matière de médias.

Outre ces défis, la phase de vie entre 15 et 25 ans offre un potentiel considérable à exploiter afin de promouvoir la santé.

- Une jeunesse et un développement sains produisent des effets durables sur la santé à l'âge adulte [3.48]. La perspective d'une vie en santé souligne l'importance et le potentiel d'une adolescence en bonne santé pour le reste de l'existence. De la naissance au début de l'âge adulte, les individus traversent diverses phases intensives de développement physique, psychologique, social et intellectuel et font preuve d'une grande plasticité [3.49]. La phase de la jeunesse est souvent considérée sous l'angle du risque, comme un espace temporel vulnérable («créneau de vulnérabilité accrue») même si heureusement, seule une minorité peut être considérée comme «vulnérable». Pour tous les jeunes, en revanche, cette phase d'âge constitue un «créneau d'opportunités» ou un espace temporel sensible pour renforcer la résilience et les comportements favorables à la santé et pour éviter les comportements dangereux.
- Investir dans la santé et dans les conditions-cadres favorables aux adolescent-e-s rapporte financièrement à la société [3.51]. Les adoles-

FIGURE 3.4

Fenêtres temporelles sensibles pour les interventions



Source: [3.50]

cent-e-s sont des «consommateurs» dès leur plus jeune âge et sont sensibles à la publicité ou aux messages marketing [3.52], mais aussi à la promotion de la santé et à la prévention. Bien que la qualité des données varie en fonction des comportements de santé, certaines études indiquent un bon rapport coût-bénéfice dans le domaine de la nutrition/obésité [3.52] et des comportements addictifs [3.53, 3.54], par exemple. De plus, on suppose maintenant que les coûts sociaux du surpoids dans les pays occidentaux sont plus élevés que ceux du tabagisme [3.52, 3.55]. De plus, il a été démontré que le risque de surpoids est significativement plus élevé dans les couches économiquement défavorisées de la population que dans les couches aisées [3.52]. En raison des coûts sociaux élevés, on peut supposer que le ROI pour les mesures de lutte contre l'obésité est au moins aussi élevé que pour les mesures de prévention du tabagisme (ROI=41) [3.51].



Le retour sur investissement (ROI) comme variable d'évaluation économique

Il existe une forme d'évaluation économique issue du domaine de la gestion commerciale que l'on appelle le retour sur investissement (ROI). Le retour sur investissement montre l'impact monétaire d'un investissement. Il mesure la différence entre les coûts avant et après l'investissement par rapport aux coûts d'investissement eux-mêmes. Un retour sur investissement positif indique qu'un investissement permet de réduire les coûts à long terme. Cependant, d'autres facteurs d'influence qui ne peuvent pas être attribués à l'investissement (p. ex. une mesure de promotion de la santé) ne peuvent généralement pas être entièrement pris en compte. En Suisse, les calculs de ROI ne sont disponibles que pour les accidents de la circulation (ROI=9,4), la consommation d'alcool (ROI=23) et de tabac (ROI=41) [3.51]. Ces valeurs montrent de façon éloquent le potentiel d'économies permis par la promotion de la santé et de la prévention.

$$\text{ROI} = \frac{\text{coût actuel} - \text{coût après investissement}}{\text{coût d'investissement}}$$

Plus tôt la santé sera renforcée et les comportements à risque ou la maladie évités, plus longtemps les individus et la société en bénéficieront. Alors que la famille et la maternelle/école sont les environnements les plus importants pour les enfants, l'indépendance croissante des adolescent-e-s vis-à-vis de leur famille se traduit également par le développement de nouveaux cadres de vie. En s'appuyant sur l'approche des settings, le maintien et l'apparition de nouveaux cadres de vie offrent différents potentiels pour la promotion de la santé.

Potentiels dans le cadre de vie de l'espace public

L'espace public est utilisé par les adolescent-e-s pour leurs loisirs. Outre les avantages pratiques tels qu'une bonne accessibilité et des coûts réduits, l'une des principales raisons pour lesquelles les jeunes suisses utilisent les espaces publics est leur libre accès [3.56]. L'espace public est donc également utilisé dans le «travail en milieu ouvert pour l'enfance et la jeunesse». Il offre un espace d'apprentissage dans lequel les jeunes acquièrent, entre autres, des compétences de vie «qui sont une condition préalable à leur participation active dans notre société» [3.56].

Dans l'espace public de notre société, les adolescent-e-s ont accès aux bibliothèques (plutôt peu attrayantes pour eux) ainsi qu'aux maisons des jeunes, aux associations, aux parcs et aux installations sportives. Bien que les adolescent-e-s recherchent des lieux qui ne leur sont pas assignés ou ne sont pas contrôlés [3.56], le succès du projet «Midnight-Sports» souligne également la nécessité d'opportunités de réunions structurées.



MidnightSports

«MidnightSports» est une offre destinée aux jeunes de 13 à 17 ans – sans distinction de genre, de statut social et d'origine ethnique. «MidnightSports» s'adresse essentiellement à des groupes socialement défavorisés, généralement difficiles à atteindre par les actions de prévention. Tous les samedis soir des mois d'hiver, des salles de sport ouvrent dans toute la Suisse pour offrir aux adolescent-e-s un lieu de rencontre et de défouloir sportif et ludique. «MidnightSports» confère aux adolescent-e-s le rôle de coachs tandis que les jeunes adultes sont responsables de l'organisation et de la mise en œuvre des événements. En plus de l'exercice physique de l'ensemble des participant-e-s, la résilience des jeunes employé-e-s est également encouragée.

Les mesures structurelles dans l'espace public visent souvent des conditions-cadres qui renforcent l'ordre et la sécurité. Elles peuvent toutefois également avoir une influence durable et favorable sur le comportement des adolescent-e-s. De telles mesures sont peu coûteuses à mettre en œuvre et présentent donc un très bon rapport coût-bénéfice. On peut faire beaucoup grâce à l'aménagement de l'environnement et de l'espace public:

- Les espaces verts et la variété des terrains de sport de quartier augmentent l'activité physique [3.57].
- Les opportunités publiques de rencontrer d'autres adolescent-e-s offrent des possibilités d'acquérir des compétences sociales et de bénéficier d'un soutien [3.56].
- Des voies de circulation sûres réduisent le risque d'accidents [3.58].
- L'offre et l'accès à une alimentation saine influencent les habitudes alimentaires [3.52].
- La réduction des émissions atmosphériques et du bruit favorise la santé respiratoire et cardiovasculaire [3.59].

Ces points ont en commun de réduire le risque de maladie durant l'adolescence et la vie d'adulte et de lutter contre les inégalités sociales par une meilleure santé et une charge de maladie moindre pour toutes et tous.

Dans un sens plus large, la société et les conditions qu'elle offre peuvent également être comprises comme un espace public. Les mesures prises à ce niveau peuvent être spécifiques aux adolescent-e-s (prévention sélective ou promotion de la santé) ou viser la société dans son ensemble (prévention universelle ou promotion de la santé). L'interdiction de la publicité dans les lieux fréquentés par les adolescent-e-s, l'intégration de thèmes liés à la santé mentale dans le matériel scolaire obligatoire ou l'activité physique et les mesures nutritionnelles dans les écoles sont des exemples de mesures de prévention sélective.

Les mesures de prévention universelle sont, par exemple, la réduction du sel et du sucre dans les aliments ou les soins dentaires scolaires [3.60]. L'exemple de l'obésité montre, entre autres, que les modifications structurelles sont efficaces. Il a été démontré que l'environnement alimentaire, c'est-à-dire l'offre, le prix et la promotion d'aliments (favorables ou non à la santé), est corrélé à la prévalence du surpoids et de l'obésité [3.52].

Les clubs offrent aux adolescent-e-s et aux jeunes adultes un environnement structuré et organisé pendant leur temps libre. Les offres structurelles garantissent un haut niveau de sécurité et de fiabilité. Les associations de jeunesse permettent en outre aux adolescent-e-s de trouver des jeunes plus âgés ou de jeunes adultes à qui parler. Si celles-ci véhiculent des messages de promotion de la santé et de prévention, alors cela semble particulièrement crédible [3.61]. C'est pourquoi on s'efforce de plus en plus d'agir dans les associations par des mesures de promotion de la santé et de prévention. Les mesures visant à modifier la structure se sont également révélées particulièrement efficaces ici (p. ex. [Cool and Clean](#)).

De plus, les adolescent-e-s et les jeunes adultes ont besoin que des intermédiaires les soutiennent en cas de problème ou de détresse. À cet égard, Internet a pris une place beaucoup plus importante ces dernières années en tant que plateforme de communication pour ces groupes d'âge [3.62]. Globalement, les offres d'aide aux jeunes doivent être simples et faciles d'accès. Elles contribuent à réduire le risque de développer des maladies graves, notamment en cas de stress psychique.

L'espace public est un cadre de vie important pour la promotion de la santé. Il permet un accès bas seuil à la promotion de la santé et accroît ainsi l'égalité des chances.



Potentiels dans le cadre de vie familial

Bien que l'influence du cadre de vie familial diminue avec l'âge, il continue à influencer fortement sur la promotion de la santé et la prévention des maladies chez l'adolescent-e lorsqu'il/elle grandit. Ce sont les consignes et le comportement des parents qui continuent à orienter le comportement des adolescent-e-s et des jeunes adultes et qui les marquent à long terme: les parents le font par exemple en fixant des règles concernant l'utilisation du téléphone portable, en indiquant à quelle heure les jeunes doivent rentrer à la maison après une sortie, mais aussi en donnant eux-mêmes l'exemple en matière d'alimentation, d'activité physique et en prenant soin consciemment de leur propre santé psychique. C'est pourquoi les parents sont extrêmement importants en tant que multiplicateur-trice-s dans la promotion de la santé et la prévention. Cependant, ils ne sont pas toujours faciles à atteindre. La puberté des enfants, pendant laquelle de nombreux parents cherchent des conseils et de l'aide, est un bon créneau pour entrer en contact avec les parents. En raison de leur propre implication, mais aussi de la tolérance de la société face aux nombreuses questions qui se posent à la puberté, les parents sont ouverts aux offres de conseil et aux manifestations spécifiques ou contactent des professionnel-le-s. Ils visitent davantage les sites web contenant des informations (voir encadré suivant), des conseils et des possibilités d'échange. La promotion de la santé peut également consister à responsabiliser les parents dans leur propre utilisation des médias et des offres numériques.

De bonnes relations entre les adolescent-e-s et jeunes adultes et leurs parents ainsi que le niveau d'information des parents sont des facteurs de protection. Les parents sont également les destinataires de la promotion de la santé à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

Site pour parents et newsletter Addiction Suisse

Addiction Suisse s'engage depuis de nombreuses années en faveur du renforcement des parents dans leur rôle d'éducateurs. Le site web et le [bulletin d'information](#) destinés aux parents abordent certaines questions liées aux substances addictives ou à l'éducation. Un large éventail de documents d'information est à la disposition des mères et des pères. Le bulletin des parents est publié deux à trois fois par an.

Potentiels dans le cadre de vie de l'école et de la formation

L'école ou le lieu de formation sont des espaces de vie ambivalents pour les adolescent-e-s et les jeunes adultes. Ils comportent à la fois des facteurs de protection et des risques. Les jeunes passent beaucoup de temps à l'école, à l'université ou en apprentissage. Il est donc important que ces environnements soient propices à leur santé.



Une école attachée à la promotion de la santé

Selon l'OMS, une école attachée à la promotion de la santé prend en considération [3.40]:

- l'environnement physique (bâtiments scolaires et salles de classe),
- la nourriture offerte à l'école,
- l'environnement psychosocial (culture scolaire, attitudes et croyances des élèves et du personnel),
- les conditions sociales et psychologiques affectant l'éducation et la santé.

Le [Réseau d'écoles²¹](#) associe la promotion de la santé et le développement de la qualité dans des «écoles en santé et durables» et crée ainsi des conditions-cadres et des contenus pour un environnement de vie, d'apprentissage et de travail favorable à la santé au sein de l'école. L'école est aussi importante pour le développement social que pour le développement intellectuel. Les adolescent-e-s acquièrent une grande variété de compétences pertinentes pour leur vie future. Cela va des mathé-

matiques à la cuisine durant les cours d'économie domestique, en passant par la découverte de nouveaux sports, la formation à la gestion des conflits ou encore l'entraînement aux candidatures dans les classes correspondantes. Une grande partie de l'échange social avec les pairs a lieu à l'école. Hors de la présence des parents, les enfants tissent de nouvelles amitiés avec leurs camarades, s'intègrent dans une classe et peuvent aussi trouver des adultes de confiance supplémentaires parmi le corps enseignant. L'école est toutefois aussi un lieu où de nombreux facteurs de stress peuvent intervenir (p.ex. attente de performance, stress scolaire, pression des pairs) [3.63]. Le [Netzwerk Gesunde Hochschulen](#) s'est jusqu'à présent davantage concentré sur les employé-e-s et les activités générales de promotion de la santé, mais l'augmentation du stress psychique chez les étudiant-e-s pendant la pandémie de coronavirus et les activités des syndicats d'étudiant-e-s ont initié un changement d'approche. De nombreux aspects des «écoles saines» peuvent être transposés aux apprentissages. Le droit du travail fixe le cadre initial de la formation professionnelle, puis le contrat d'apprentissage peut édicter d'autres règles de comportement et d'autres attentes.



Définition 3.5

Éducation par les pairs

L'éducation par les pairs dans le domaine de la santé décrit l'enseignement ou la transmission d'informations sur la santé et le comportement individuel en matière de santé par des personnes du même groupe d'âge ou de statut. L'éducation par les pairs est souvent utilisée à l'école et en entreprise ou sur le lieu de travail, dans les loisirs structurés ou non structurés et dans les centres de jeunesse [3.61] (voir aussi [encadré MidnightSports](#)).

Il existe différentes formes de promotion de la santé et de prévention à l'école ou dans le cadre des formations. Outre la modification évoquée des facteurs environnementaux, il est important de transmettre des contenus favorables à la santé. Étant donné que certains adolescent-e-s et jeunes adultes en âge scolaire ou d'apprentissage ont déjà adopté des comportements à risque (tabagisme, abus d'alcool, manque d'activité physique, etc.), la promotion de la santé et la prévention ne visent pas seulement à promouvoir des comportements sains, mais aussi à réduire ou à enrayer les comportements à risque. L'éducation par les pairs s'est avérée particulièrement efficace [3.61]. Les mesures ont notamment montré leur efficacité si elles sont poursuivies sur une période prolongée. Les interventions ponctuelles en classe sans traitement ultérieur du sujet sont largement inefficaces [3.64, 3.65]. L'intégration de contenus favorisant la santé dans l'enseignement est donc judicieuse. Dans leur revue systématique de la littérature, Weare et Nind soulignent à quel point il est efficace d'intégrer des contenus de promotion de la santé dans les enseignements au lieu de les traiter dans des cadres séparés [3.12].

Le [Lehrplan 21](#) s'est fixé pour objectif de promouvoir des compétences transverses, telles que la gestion des conflits et des risques en parallèle aux compétences disciplinaires. Les enseignant-e-s peuvent ainsi intégrer continuellement l'augmentation des compétences de vie comme objectif d'apprentissage et contenu d'apprentissage dans l'enseignement (voir [définition 3.4](#)), afin que les élèves apprennent à mieux faire face aux facteurs de stress scolaires et parascolaires.

Le cadre de vie de l'école et de la formation assure un haut niveau d'accessibilité pour les adolescent-e-s, ce qui accroît l'égalité des chances. Les contenus de promotion de la santé et de renforcement des compétences sont véhiculés par le corps enseignant ou les pairs dans une atmosphère «d'apprentissage commun et ludique» et connaissent un haut niveau d'acceptation sociale et de diffusion.



Focus

Poids corporel sain chez les adolescent-e-s – Il faut intervenir. Mais que faire?

- **Dominik Steiger**, EvaluateScience

Situation initiale

La prévalence de surpoids et d'obésité chez les adolescent-e-s au niveau international et en Suisse est élevée depuis des années. Au cours de l'année scolaire 2018/19, la prévalence avait atteint un pic record dans le monitoring des villes (figures 3.5 à 3.8), ce qui a justifié une enquête auprès d'expert-e-s.

Qu'est-ce qui a été examiné?

Une discussion entre cinq professionnel-le-s¹ a eu lieu pour savoir comment la situation se présentait, si les interventions existantes fonctionnaient et comment les mesures devraient être renforcées, le cas échéant.

Principales constatations

Au cours des 15 dernières années, la prévalence de surpoids et d'obésité dans les premiers degrés scolaires a diminué, alors qu'au niveau secondaire, elle reste à un niveau élevé ou tend à augmenter. Le besoin d'intervention est donc toujours présent. Mais que faire?

L'évolution pondérale chez les adolescent-e-s est considérablement influencée aux premiers stades de développement. En même temps, la puberté est un tournant important en termes de physiologie et de psychologie du développement ainsi que pour la conception de stratégies d'intervention. Par conséquent, les interventions précoces restent importantes (et se reflètent dans l'amélioration de la situation dans les premiers degrés scolaires). Les interventions auprès des adolescent-e-s sont également importantes mais plus difficiles: l'autonomie augmente avec la puberté.

De ce fait, et compte tenu de la plus grande fragmentation des cadres de vie (sous-groupes culturels, influence diminuée des instances de référence que sont les parents et l'école, plus grande importance des pairs), il est plus difficile d'atteindre les adolescent-e-s. Une participation réelle (soutien) et une auto-efficacité élevée sont importantes. Les interventions bien conçues adressées aux adolescent-e-s en tiennent compte; pour leur efficacité, il est crucial d'atteindre les groupes socialement défavorisés. Ce qui n'est pas facile à réaliser.

Conclusions et recommandations

- Ce qui se passe avant la puberté est central: la promotion de la santé et la prévention dans la petite enfance et l'enfance reste d'une importance primordiale.
- Le contexte socio-économique et socioculturel a une énorme influence et devrait être fortement pondéré lors du choix des groupes cibles et de la conception des interventions.
- Avec la puberté, la réponse des jeunes devient plus exigeante. Souvent, on n'atteint pas suffisamment ceux qui en ont le plus besoin. Les aspects communautaires, les conditions favorables à l'activité physique et l'accent mis sur les groupes cibles particulièrement vulnérables peuvent avoir un effet positif. C'est précisément dans les écoles professionnelles et auprès des apprenti-e-s qu'il y a un grand besoin d'agir, mais aussi d'importants défis à relever: l'environnement scolaire étant très restreint, une meilleure approche pourrait également passer par la communauté ou les entreprises.
- En ce qui concerne les problèmes d'évolution du surpoids chez les adolescent-e-s, l'intervention précoce est un sujet important: les évolutions

¹ Les expert-e-s interviewé-e-s: Prof. Dagmar L'Allemand, médecin-chef, endocrinologie/diabétologie pédiatrique, Ostschweizer Kinderspital; Prof. Christine Joisten, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft, Deutsche Sporthochschule Köln; Dr Robert Sempach, jusqu'en 2021: responsable des affaires sociales, Fédération des coopératives Migros, chef de projet Network Caring Communities; Dr Hanspeter Stamm, associé, Lamprecht et Stamm Social Research and Consulting AG; Dr Eva Cubes, directrice adjointe et médecin scolaire, service de santé de l'enfance et de la jeunesse, Bâle-Ville.

de surpoids et d'obésité devraient être identifiées à un stade précoce. L'absence de parcours d'intervention/de traitement constitue un problème majeur à cet égard: les pédiatres constatent par exemple des évolutions de surpoids défavorables, mais ne disposent que de peu d'offres ou de prestations à prescrire aux familles pour y donner suite. Des initiatives de coordination avec le domaine de la prévention dans le domaine des soins (PDS), par

exemple avec le projet «[Starke Familie](#)», ou avec tous les acteurs autour des enfants et adolescent-e-s, par exemple avec le projet «[A DISPO](#)», existent et devraient être renforcés.

- Il convient de développer des stratégies d'intervention en lien avec d'autres domaines d'intervention (p. ex. prévention dans le domaine des soins, gestion de la santé au travail) et en vue de développer une stratégie pour les groupes socialement défavorisés.

FIGURE 3.5

Proportion d'enfants et d'adolescent-e-s en surpoids et obèses par niveau scolaire (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2017/18, n = 13 916)¹

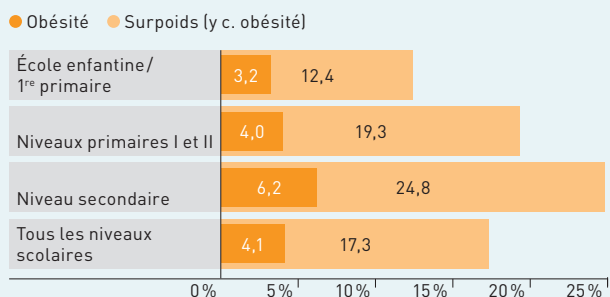


FIGURE 3.6

Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents niveaux scolaires (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2018/19, n = 14 531)¹

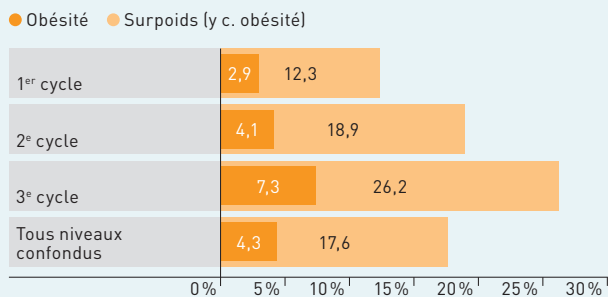


FIGURE 3.7

Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents niveaux scolaires (Bâle, Berne et Zurich réunis, année scolaire 2019/20, n = 14 197)¹

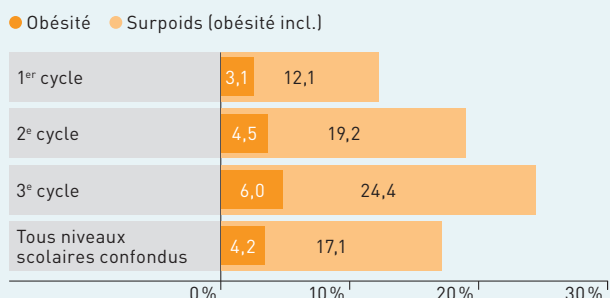
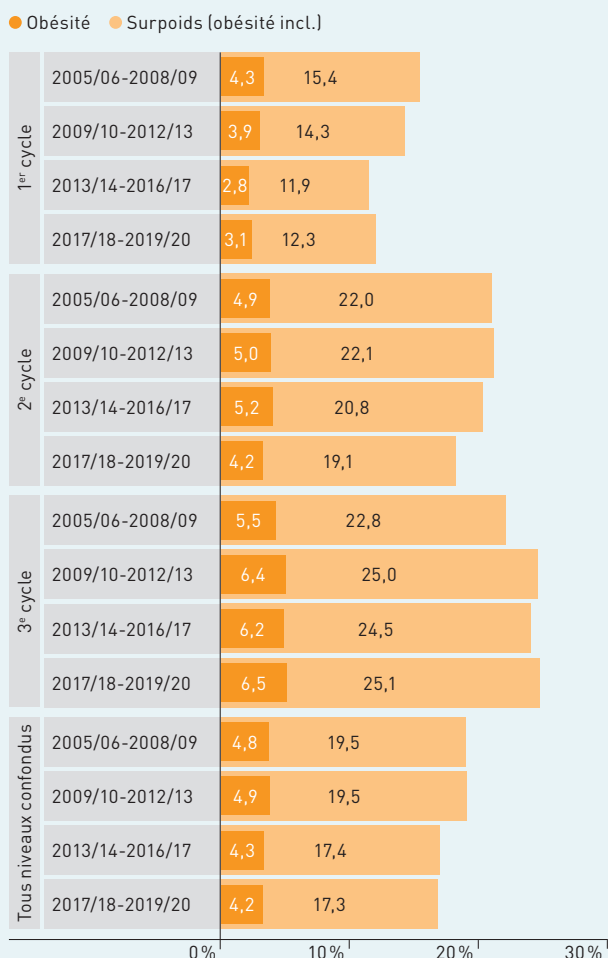


FIGURE 3.8

Proportion d'enfants en surpoids et obèses par niveau scolaire (Bâle, Berne et Zurich réunis), comparaison de quatre périodes*¹



¹ Remarque: la catégorie «surpoids» comporte toujours aussi les enfants et adolescent-e-s obèses. Les différences entre les niveaux scolaires sont statistiquement significatifs ($p < .05$) pour le surpoids comme pour l'obésité.

Sources: Monitoring des données pondérales issues de trois villes en 2017/18, 2018/19 et 2019/20; comparaison temporelle et entre les niveaux scolaires de l'évolution du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescent-e-s [3.66-3.68]

* Les trois premières périodes comprennent chacune quatre années d'études, tandis que la dernière période n'en comprend que trois.



Focus

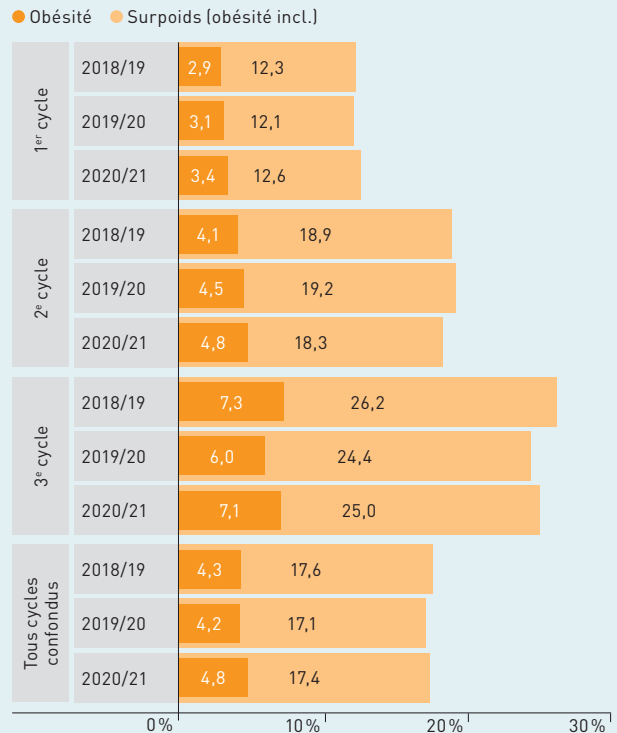
Monitoring de l'IMC dans les conditions du coronavirus

- **Hanspeter Stamm**, Lamprecht & Stamm
Sozialforschung und Beratung AG Zurich

Les analyses du monitoring de l'IMC [3.69] montrent qu'au cours de l'année scolaire 2020/21, la prévalence globale de surpoids et d'obésité de 17,4 % n'est que légèrement supérieure à la valeur de l'année précédente (17,1 %) (figure 3.9). À première vue, les résultats disponibles n'indiquent pas un «effet coronavirus» sur le surpoids. Cela signifie qu'à priori, ni le confinement, ni les fermetures d'écoles au printemps 2020, ni les opportunités de sport et d'activité physique restreintes pendant la pandémie de Covid-19 n'ont entraîné une augmentation significative de la prévalence du surpoids. Cependant, une analyse complémentaire suggère un «effet coronavirus» à court terme: dans les écoles où les examens médicaux scolaires ont été effectués peu après les vacances d'été, et donc relativement peu de temps après le confinement, on constate une nette augmentation de la proportion d'élèves en surpoids et obèses. Cela n'est pas le cas dans les écoles où les examens ont eu lieu plus tard. Quoi qu'il en soit, la part d'enfants obèses a nettement augmenté immédiatement après le confinement. Les mesures engagées face au coronavirus semblent donc avoir eu un impact sur les enfants qui étaient déjà en surpoids.

FIGURE 3.9

Proportion d'enfants en surpoids et obèses dans les différents cycles scolaires, de 2018/19 à 2020/21 (Bâle, Berne et Zurich réunis)



Nombre de cas: année scolaire 2018/19: n = 14 531; année scolaire 2019/20: n = 14 197; année scolaire 2020/21: n = 12 843. Année scolaire 2020/21 sans le 2^e cycle à Bâle. Les différences entre les cycles scolaires sont statistiquement significatives sur les trois années d'enquête avec $p < .05$. Les différences en matière d'obésité sont significatives au 3^e cycle entre les années scolaires 2018/19 et 2019/20 et dans tous les cycles pour les années scolaires 2019/20 et 2020/21. Les autres différences ne sont pas significatives.

Informations complémentaires sur le monitoring de l'IMC

- Site web [Monitoring de l'IMC](#)
- Feuille d'information 69: [Monitoring des données pondérales effectué par les services de santé scolaires des villes de Bâle, Berne et Zurich 2020/21](#)
- Document de travail 58: [Monitoring comparatif des données relatives au poids des enfants et des adolescent-e-s en Suisse](#)
- Document de travail 45: [Poids corporel sain chez les enfants et les adolescent-e-s](#)



4 L'égalité des chances en matière de santé

• **Dominik Weber**, Promotion Santé Suisse

Les parties marquées d'une ligne orange sont identiques à celles dans le chapitre 4 du rapport 8 [Promotion de la santé pour et avec les enfants](#).

En Suisse, les conditions d'une vie longue et en bonne santé sont meilleures que dans la plupart des autres pays. Cela ne s'applique cependant pas à tous les groupes de population dans la même mesure. Notre disposition à grandir, vivre et vieillir en bonne santé dépend considérablement de caractéristiques sociales, en Suisse comme dans le reste du monde:

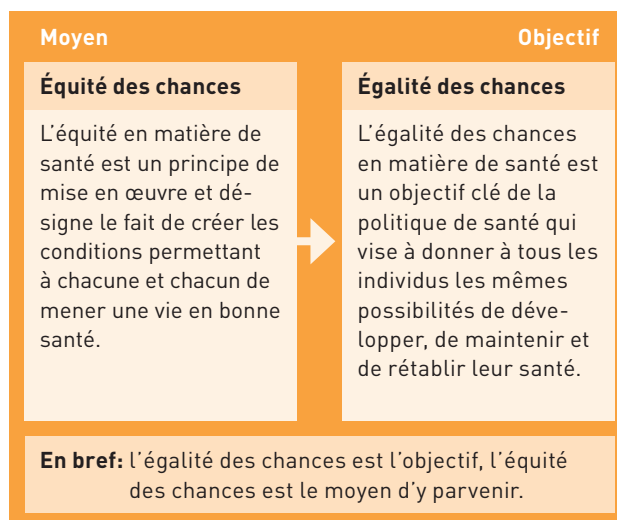
- Les adolescent-e-s du niveau secondaire dont les parents n'ont pas de diplôme ont environ trois fois plus de risques d'être en surpoids que les adolescent-e-s dont les parents ont un diplôme d'études secondaires [4.1].
- Les adolescents de sexe masculin et les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sont plus susceptibles d'être suffisamment actifs physiquement ou considérés comme «en forme» que les femmes du même âge (88% contre 77%) [4.2].
- Les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont plus susceptibles de manger au moins trois portions de fruits et légumes par jour que les hommes du même âge (57% contre 46%) [4.2].
- Les adolescent-e-s et les jeunes adultes issus de l'immigration signalent plus fréquemment que leurs pairs non issus de l'immigration un stress mental moyen à élevé (20,2% contre 11,5%) et des symptômes de dépression modérée à sévère (11,8% contre 6,7%) [4.3].
- Les adolescent-e-s homosexuel-le-s sont cinq fois plus susceptibles de développer une dépression et de faire une tentative de suicide que leurs pairs hétérosexuels [4.4].

Ces différences ne sont dues ni au hasard ni à des raisons biologiques. Elles sont plutôt liées à la socialisation et/ou suivent un modèle social clair: les personnes socialement défavorisées souffrent plus souvent d'une mauvaise santé et ont une espérance de vie plus courte que les personnes mieux loties dans la société. Parce que ces différences sont socialement déterminées, on dit qu'elles sont largement évitables et injustes [4.5, 4.6]. On parle alors d'injustice en matière de santé («health inequities») [4.7].

Les inégalités en matière de santé appellent la société à agir. En effet, l'inégalité des chances en matière de santé est contraire à l'idée que la Suisse se fait d'elle-même et aux principes fondamentaux de l'État (p. ex. l'article 2, paragraphe 3 de la Constitution fédérale, selon lequel la plus grande égalité des chances doit être garantie en général), elle met en danger la cohésion sociale et entraîne des surcoûts inutiles et substantiels [4.7]. Aucun pays ne peut donc se permettre de ne pas lutter contre l'inégalité des chances en matière de santé [4.8].

FIGURE 4.1

Explication des termes égalité des chances et équité des chances





Coronavirus et égalité des chances

La pandémie agit comme une loupe sur les injustices de la société: plutôt que de créer de nouvelles inégalités, elle a grossi les inégalités existantes.

Dans le domaine de la santé, c'est le principe «same script, different illness» qui s'applique: les effets du coronavirus suivent des schémas épidémiologiques communs, c'est-à-dire qu'il existe une corrélation entre les caractéristiques sociales mentionnées en introduction et l'ampleur de l'atteinte du coronavirus. Empiriquement, nous constatons des différences d'origine sociale, notamment en ce qui concerne les indicateurs suivants:

- Contamination et gravité de l'évolution du Covid-19 [4.28-4.30]
- Compétences en santé à l'égard du Covid-19 [4.31]
- Intérêt pour les effets des mesures de protection [4.32-4.34]
- Volonté de se faire vacciner [4.35-4.38]



Informations complémentaires sur le thème de l'égalité des chances

- Rapport de base: [Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse](#)
- Version courte du rapport de base: [Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention](#)

4.1 Promouvoir l'égalité des chances en matière de santé grâce à des mesures d'équité

La promotion de la santé et la prévention sont plus susceptibles d'atteindre les groupes de statut socio-économique moyen ou élevé [4.9-4.11]. Par conséquent, les offres de promotion de la santé atteignent rarement les groupes sociaux qui en bénéficieraient le plus [4.11].

Accroître l'égalité des chances en matière de santé est donc l'un des objectifs prioritaires de la promo-

tion de la santé. En Suisse, cet objectif est défini dans la stratégie Santé2030 du Conseil fédéral, la stratégie MNT et la stratégie nationale Addictions. L'égalité des chances en matière de santé ne signifie pas que tout le monde devrait être également en bonne santé: au lieu de résultats égaux («une santé égale pour toutes et tous»), elle vise à l'égalité en termes d'opportunités et de conditions («des chances égales de santé pour toutes et tous»).

4.2 Émergence de différences socialement déterminées en matière de santé

Pour établir les champs d'intervention de la promotion de la santé et de la prévention et réduire les inégalités en matière de santé, nous devons d'abord comprendre comment elles surviennent et se reproduisent. Un modèle explicatif général – c'est-à-dire adapté à tous les groupes cibles – est présenté ci-dessous.

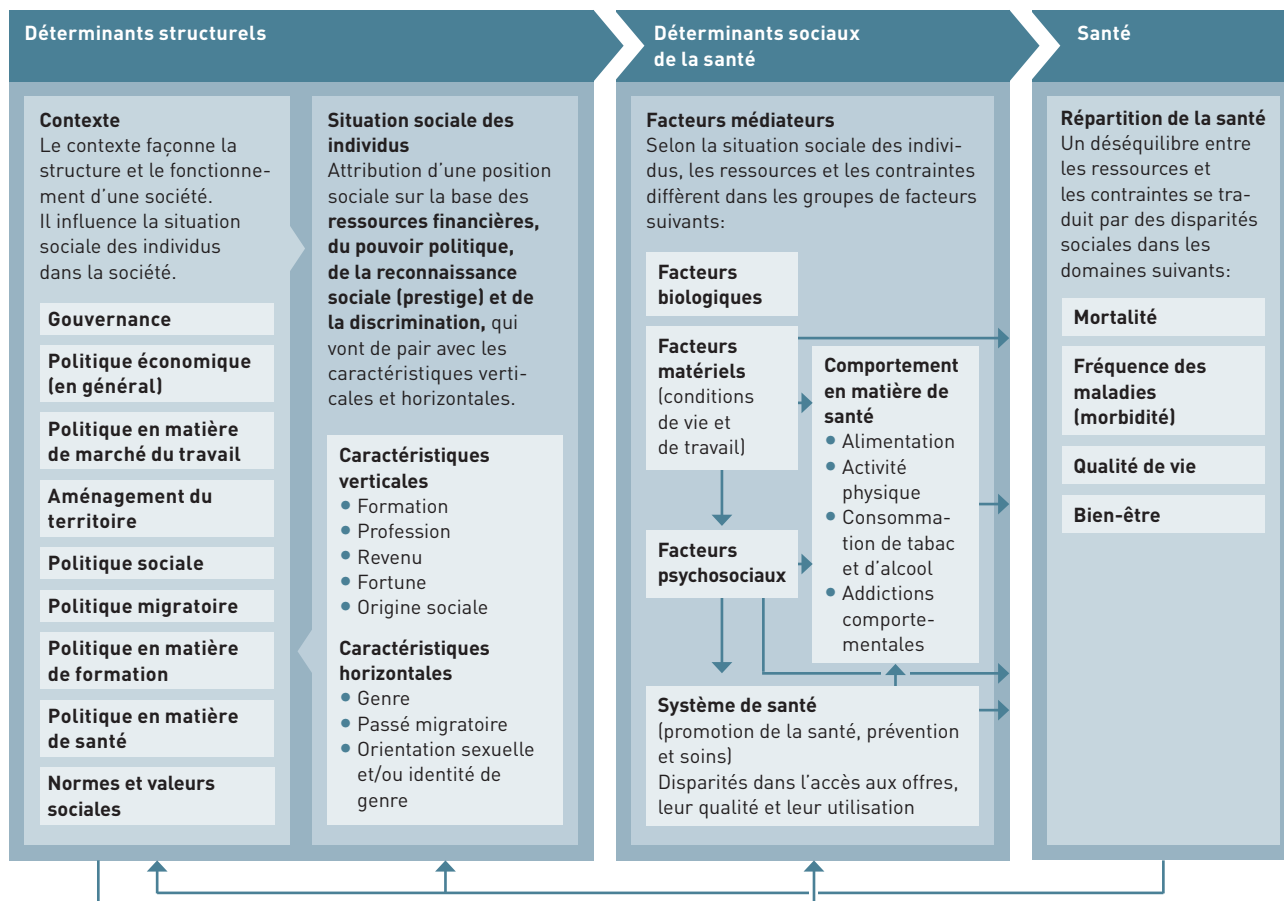
Par exemple, un revenu élevé ne nous rend pas automatiquement en meilleure santé. Au contraire, les inégalités économiques ont un impact complexe – et pas toujours clairement explicable – sur notre vie et donc sur notre santé. Le modèle suivant (figure 4.2) tente d'expliquer en quatre étapes comment les inégalités en matière de santé surviennent (pour une discussion approfondie, voir [4.7]).

Il démontre que l'inégalité sociale – c'est-à-dire la répartition inégale des ressources matérielles et immatérielles dans une société – affecte clairement la santé. L'injustice en matière de santé n'est donc pas seulement un problème individuel, mais aussi et surtout un problème social. Le comportement en matière de santé – souvent cause directe des maladies – ne dépend pas seulement d'une volonté forte, les conditions-cadres contribuent considérablement à le façonner.

Bien sûr, la responsabilité personnelle est également au cœur des questions de santé et doit donc être renforcée de manière ciblée. En même temps, nous devons reconnaître qu'un problème social ne peut pas être résolu uniquement par des mesures qui ne s'adressent qu'aux individus (niveau comportemental). Il faut surtout réunir certaines conditions pour permettre à toutes et à tous d'être, de devenir et de rester en bonne santé (niveau structurel).

FIGURE 4.2

Modèle d'explication des inégalités en matière de santé



Le modèle présente uniquement les interactions déterminantes qui contribuent à instaurer l'iniquité en santé. On trouve en parallèle de nombreuses autres interactions (p. ex. entre les facteurs biologiques et le comportement sanitaire ou entre le comportement sanitaire et les facteurs psychosociaux).

Source: [4.7]

4.3 Ce que peut faire la promotion de la santé

Une promotion durable de l'égalité des chances en matière de santé nécessite, premièrement, une réduction des inégalités sociales dues à des caractéristiques telles que le revenu, l'éducation, le sexe, l'origine migratoire, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Les mesures correspondantes se situent généralement en dehors de la politique de santé et relèvent de la sphère d'influence de la politique du marché du travail, de la politique sociale et de la politique de l'éducation. Cependant, il incombe aux acteurs du secteur de la santé de sensibiliser d'autres domaines politiques en conséquence («agenda setting») et d'initier une coopération ciblée (multisectorielle).

Deuxièmement, il est recommandé de rendre les déterminants sociaux de la santé – c'est-à-dire les conditions dans lesquelles nous grandissons, vivons, jouons, travaillons et vieillissons – favorables à la santé pour toutes et tous. Les mesures correspondantes relèvent également de la sphère d'influence de la promotion de la santé et de la prévention. Il est important de promouvoir à la fois les ressources et la capacité d'agir des personnes socialement défavorisées et d'alléger leurs charges. Cela peut être fait dans les domaines suivants [4.7]:

- Conditions matérielles de vie et de travail
- Facteurs psychosociaux
- Comportement et compétence en matière de santé
- Système de santé

Le repérage précoce de facteurs de stress particuliers et les interventions précoces correspondantes jouent un rôle important. Sur son site web, l'OFSP propose des connaissances pratiques et des guides pour l'intervention précoce chez les enfants et les adolescent-e-s.

4.4 Mesures éprouvées et critères de réussite

En raison des schémas d'évolution variables du vieillissement et de l'inégalité des chances en matière de santé, les mesures universelles destinées à l'ensemble de la population doivent tenir compte de la diversité sociale et des différentes exigences d'action («ouverture des offres»). En outre, il peut être opportun de concevoir et de mettre en œuvre des mesures spécifiques aux groupes cibles.

Les approches d'intervention qui améliorent de manière avérée les opportunités de santé pour les personnes défavorisées sont présentées plus loin dans le rapport et en particulier pour les thèmes suivants:

- Activité physique ([chapitre 6](#))
- Alimentation ([chapitre 7](#))
- Santé psychique ([chapitre 8](#))

Le succès de ces approches dépend dans une large mesure de la manière dont elles sont conçues, mises en œuvre et évaluées. La [version courte](#) du rapport «Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse» résume les critères de réussite qui déterminent l'efficacité des mesures auprès des groupes socialement défavorisés. Les critères de réussite suivants sont particulièrement importants:

- La **participation** du groupe cible à toutes les phases d'intervention ou de projet (de la conception et planification à la mise en œuvre et l'évaluation) [4.12, 4.13].
- Le **travail basé sur les relations**: les personnes et institutions de liaison professionnelles et informelles se révèlent être des «bâtisseurs de ponts» et simplifient l'accès aux groupes défavorisés [4.14, 4.15]. Il est crucial que ces relais aient une relation de confiance avec le groupe

cible (p. ex. spécialistes de la santé et de la médecine, ONG telles que la Croix-Rouge suisse, Caritas et l'EPER, associations et personnes clés ainsi que membres de la famille et voisin-e-s). Il est important que les services des médiateur-trice-s formels et informels soient récompensés matériellement ou symboliquement [4.16].

- Des **offres variées** et l'**adaptation de leur contenu et de leur langue** au groupe cible et à son cadre de vie socioculturel sont prometteuses. Cela comprend, par exemple, du matériel d'information dans une langue compréhensible ou dans différentes langues de migration, un contenu orienté vers le cadre de vie, des formateur-trice-s issus de l'environnement socioculturel des participant-e-s («éducation par les pairs») et la mise en œuvre dans les settings des communautés spécifiques (p. ex. églises et associations de migrant-e-s) [4.12, 4.17-4.21].
- Il est plus facile d'utiliser les offres si elles sont **aussi concrètes et faciles d'accès que possible**, c'est-à-dire si les informations sont pratiques et simples à mettre en œuvre, comme des instructions étape par étape visant un changement de comportement [4.20, 4.21].
- Les mesures structurelles – par exemple dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique – n'ont généralement d'effets que lorsqu'elles sont associées à des interventions au niveau individuel, par exemple sous forme d'information et de sensibilisation (**combinaison de mesures structurelles et comportementales**) [4.22-4.26].
- Afin de promouvoir l'égalité des chances en matière de santé de manière durable et efficace, l'engagement de différents domaines politiques est nécessaire. Il convient donc de consolider tout autant le principe **«Health in All Policies»** (santé dans toutes les politiques) que la **collaboration multisectorielle** et la **coordination à petite échelle** [4.13].
- Pour mieux comprendre l'évolution des inégalités de santé et promouvoir des mesures efficaces, le **monitoring** et l'**évaluation** des mesures et des progrès réalisés sont importants.



Exemples pratiques en Suisse

«Roundabout» (CH); «GLL – Das andere Schulprojekt» (CH); campagne de prévention du suicide «Reden kann retten» (ZH); «My Perspective» (CH); «Più Forte» (TI); «Queere Jugendplattform» (CH); «Offre de soutien aux Young Carers» (CH); «Femmes-Tische» et «Hommes-Tische» (CH)



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Au travers de sa [liste d'orientation](#), Promotion Santé Suisse publie régulièrement un aperçu de mesures actuelles et éprouvées et de projets de promotion de la santé. Elle comprend des mesures dans les domaines intervention, politique, réseautage et relations publiques.

4.5 Définition des groupes cibles

L'objectif de la promotion de la santé est toujours d'améliorer la santé de l'ensemble de la population – mais dans l'idéal, son engagement est d'autant plus intensif que les populations individuelles sont défavorisées (principe de **l'universalisme proportionné**) [4.8].

Les caractéristiques qui entraînent des désavantages particuliers dépendent de la thématique et peuvent différer selon qu'il s'agit d'un comportement concernant l'activité physique, le suicide ou le recours à un dépistage médical précoce.

Les statistiques suisses montrent que l'analyse de l'inégalité des chances en matière de santé doit accorder une attention particulière aux caractéristiques suivantes liées aux inégalités [4.27]: le statut socio-économique (SSE), c'est-à-dire l'éducation, le statut professionnel, les revenus, les actifs et l'origine sociale (foyer parental), mais aussi le sexe, une éventuelle origine migratoire et l'orientation sexuelle et l'identité de genre (communauté LGBTIQ+).

Les éléments suivants doivent être pris en compte lors de la définition des groupes cibles:

- La situation de vie, les ressources et les charges d'une personne ne peuvent généralement pas être attribuées à une seule caractéristique. Si l'on prend l'exemple de la population migrante, il est évident que la situation de vie d'une écolière française diffère fondamentalement de celle d'un adolescent qui a fui la Syrie. La santé d'une personne n'est pas seulement ou principalement influencée par les caractéristiques de «l'origine migratoire», mais aussi par l'éducation, le revenu, le genre et le statut migratoire. Par conséquent, la dénomination «population migrante» suffit rarement à définir la cible d'un projet. En règle générale: Plus une personne possède de caractéristiques pertinentes pour les inégalités, plus les maladies sont probables et plus l'espérance de vie est courte. Les caractéristiques sociales qui se chevauchent doivent donc faire l'objet d'une attention particulière lors de la définition du groupe cible (**intersectionnalité**).
- Les données sur la santé démontrent un lien entre les caractéristiques pertinentes pour les inégalités et la santé (p. ex. «des parties de la population migrante sont plus fréquemment touchées par les maladies»), mais ne l'expliquent généralement pas. D'autres analyses sont donc nécessaires pour déterminer ce qui est réellement responsable d'un risque accru de maladie. Est-ce que – dans l'exemple de la population migrante – la méconnaissance d'une langue nationale, un manque d'intégration sociale et économique ou un statut de séjour précaire sont déterminants?

Les mesures sont d'autant plus efficaces que notre image du groupe cible est différenciée et que les ressources et les charges concrètes du groupe cible sont prises en compte avec plus de précision.



Informations complémentaires sur le thème de l'égalité des chances

Le rapport [Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse](#) [4.7] aborde les sujets suivants plus en détail:

- Arguments en faveur du renforcement de l'égalité des chances en matière de santé
- Clarifications terminologiques et conceptuelles sur ce sujet complexe – et souvent vague
- Contributions pour la planification systématique d'une promotion équitable de la santé
- Approches d'intervention fondées sur des données probantes et critères de réussite pratiques

Version courte du rapport de base:

[Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention](#)

Autres publications sur le sujet:

- Feuille d'information 19: [Les minorités sexuelles et de genre dans la promotion de la santé et la prévention](#)
- Document de travail 59: [Comment recueillons-nous des informations sur le sexe, le passé migratoire et le statut socio-économique?](#)
- Rapport: [Les compétences en santé dans des contextes difficiles](#)
- Feuille d'information 62: [Évaluation 2019-2021 «Femmes-Tische et Hommes-Tische](#)
- Document de travail 48: [La participation en matière de promotion de la santé](#)



Déficiences individuelles et égalité des chances

Les personnes peuvent être vulnérables sur le plan de la santé pour deux raisons: un désavantage social et/ou une déficience individuelle [4.7]. Ce chapitre se concentre sur les personnes dont la santé est vulnérable en raison d'un désavantage social (p. ex. en raison de l'éducation, du revenu, d'une origine migratoire, de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle). La vulnérabilité en matière de santé due aux déficiences dites individuelles est tout aussi importante. Par exemple, des troubles physiques (tels qu'une maladie ou un handicap existant) ou psychologiques (tels qu'un traumatisme ou la prise en charge de proches) peuvent favoriser la survenue de (nouvelles) maladies et incapacités [4.7]. Il convient de noter que les déficiences individuelles (comme les handicaps) peuvent également aller de pair avec un désavantage social.

Prenons l'exemple des handicaps physiques: l'[Office fédéral de la statistique](#) estime qu'en 2019, pas moins de 22 % des personnes en Suisse vivaient avec un handicap et qu'environ 5 % présentaient même un handicap sévère. Ces pourcentages sont plus faibles chez les jeunes et augmentent avec l'âge. Les personnes en situation de handicap présentent un risque accru de restrictions et de troubles (supplémentaires) mentaux, physiques, cognitifs et sensoriels (OMS). Les parents de jeunes en situation de handicap font souvent face à des défis supplémentaires. Un texte d'introduction sur le sujet [«Inclusion et promotion de la santé»](#) est accessible sur le site web du Centre fédéral allemand d'éducation pour la santé.



Focus

Jeunes aidant-e-s

- **Agnes Leu**, Careum Hochschule Gesundheit
- **Hannah Wepf**, Careum Hochschule Gesundheit

Les enfants, les adolescent-e-s et les jeunes adultes qui prennent en charge des tâches de soins pour des proches ayant des problèmes de santé sont désignés dans la littérature spécialisée comme des jeunes (adultes) aidant-e-s [4.39]. Une maladie physique ou mentale, une déficience cognitive, la vieillesse ou une dépendance de la personne aidée donnent par exemple lieu à un tel rôle. La personne aidée est généralement un membre de la famille (parent, grand-parent, frère ou sœur) ou une autre personne proche. Certains jeunes aidant-e-s prennent en charge plusieurs personnes.

Les résultats de la recherche montrent qu'environ 8% des enfants et des jeunes âgés de 9 à 15 ans en Suisse ont un rôle de soutien [4.40].

La part semble encore plus élevée chez les jeunes en transition vers l'âge adulte [4.41]. La prévalence est légèrement plus élevée chez les filles que chez les garçons [4.40].

Les rôles de soutien des jeunes couvrent un large éventail de tâches (tâches ménagères pratiques, soins personnels et physiques et soins infirmiers, soutien émotionnel, tâches administratives, soins aux frères et sœurs, etc.). De nombreux jeunes aidant-e-s n'assument pas ces tâches volontairement, mais par nécessité car il n'y a pas d'alternative. Il y a un manque d'arrangements de soins appropriés, accessibles et abordables ou de famille et d'ami-e-s adultes [4.39].

Les résultats d'études nationales et internationales montrent qu'un rôle d'aidant-e pour les

jeunes comporte de nombreux défis qui peuvent avoir un impact à plus long terme sur leur propre santé, leur développement et l'égalité des chances (pour des aperçus, voir [4.39, 4.42, 4.43]). Cependant, il convient de souligner que de nombreux jeunes aidant-e-s identifient des aspects positifs à ces soins (p. ex. [4.44, 4.41]). L'un des principaux défis de l'identification des jeunes aidant-e-s est que beaucoup d'entre elles ou eux (veulent) rester «invisibles». En Suisse, comme dans de nombreux autres pays, la situation des jeunes aidant-e-s n'a jusqu'à présent reçu que peu d'attention publique et politique [4.45-4.47]. De plus, la prise en charge du rôle d'accompagnement est progressive dans de nombreux cas et n'est donc pas perçue consciemment et directement par les jeunes aidant-e-s [4.48]. Un sentiment de normalité et d'autres raisons peuvent conduire à cacher le rôle de soutien. Les besoins de soutien les plus fréquemment mentionnés par les jeunes aidant-e-s de 9 à 15 ans sont l'aide en cas d'urgence, des informations et des conseils pour les urgences ainsi que sur les tâches de soins, la possibilité de s'adonner à des loisirs et le fait d'être sollicité sur son avis [4.49]. Les proches aidant-e-s âgés de 16 à 25 ans expriment le plus souvent le désir d'une aide d'urgence, d'aide à la famille et aux autres proches, de conseils en matière d'argent et d'assurances, de discussions avec des professionnel-le-s de santé et d'échange avec des personnes en situation similaire [4.49]. Il existe peu d'offres qui s'adressent spécifiquement au groupe cible des jeunes aidant-e-s [4.46]. L'offre «[YC-Get-together](#)» est particulièrement utilisée actuellement. Une autre offre nationale est en cours de développement: [Carte du réseau suisse](#).

5 Médias numériques

- **Jael Bernath**, Université des sciences appliquées de Zurich
- **Daniel Süss**, Université des sciences appliquées de Zurich

Ce chapitre montre pourquoi la promotion de la santé doit également aborder l'univers numérique des adolescent-e-s et des jeunes adultes. Les médias numériques font désormais partie intégrante de leur vie et peuvent offrir de nouvelles opportunités d'intervention et de prévention. L'importance des médias numériques dans la vie des jeunes en Suisse et les opportunités et risques sanitaires liés à leur utilisation sont présentés. Des recommandations aux parents et aux professionnel-le-s afin de promouvoir les compétences médiatiques sont formulées. Enfin, il est montré où se situent de nouvelles opportunités de promotion de la santé chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes en lien avec les médias numériques.

5.1 Gestion des médias

Les médias numériques jouent un rôle central dans la vie des jeunes en Suisse. À la lumière des résultats actuels de l'**étude JAMES** (Jugend Aktivitäten Medien Erhebung Schweiz), ce qui suit décrit le quotidien des médias pour les jeunes [5.1].

Chiffres actuels

Dès l'âge de 12 ans, presque tou-te-s les adolescent-e-s en Suisse disposent de leur propre smartphone et ont ainsi plus de contrôle et de responsabilité sur leurs activités numériques. Une grande partie de leur utilisation des médias se fait sur leur smartphone qui est utilisé quotidiennement pour une variété d'activités pratiques et de divertissement. Presque tous les jeunes en Suisse surfent régulièrement sur Internet (quotidiennement ou plusieurs fois par semaine), écoutent de la musique et utilisent les réseaux sociaux. Alors que la télévision

classique a perdu une partie de son importance au cours des dix dernières années (en 2020, 60% des jeunes regardaient encore régulièrement la télévision), les fournisseurs de films et de vidéos sur Internet ont connu une forte montée en puissance. Les plus populaires chez les jeunes sont **YouTube** et **Netflix** [5.2]. En 2020, les trois quarts de tous les ménages suisses dans lesquels vivent des jeunes avaient un abonnement permettant de regarder des films et des séries en streaming. Les visuels numériques ont également **gagné en importance**: 60% des jeunes créent régulièrement des photos numériques (2010: 25%) et 25% des vidéos (2010: 7%). Cette augmentation s'explique en partie par les évolutions techniques (amélioration des appareils photos des smartphones), mais aussi parce que les images et vidéos sont devenues un moyen de communication important (voir [section 5.2](#)). Outre ces développements dynamiques, l'importance des **jeux vidéo** a peu changé ces dernières années. Depuis 2010, la proportion de jeunes qui jouent régulièrement à des jeux est d'environ un tiers. C'est au niveau des jeux vidéo que réside la **différence de genre** la plus visible **dans l'utilisation des médias**



Études sur le thème de l'usage des médias chez les jeunes

- Tous les deux ans, l'[étude JAMES](#) de la Haute École de Zurich pour les Sciences Appliquées fournit des chiffres actuels et représentatifs sur l'usage des médias et les loisirs chez les jeunes en Suisse.
- Les données correspondantes pour l'Allemagne sont collectées chaque année dans l'[étude JIM](#).
- Le chapitre «Médias numériques: opportunités et risques sanitaires» du Rapport national sur la santé 2020 [5.6] offre un aperçu complet de l'état actuel des recherches concernant les liens entre l'utilisation des médias numériques et la santé des enfants et adolescent-e-s.

par les jeunes. Alors que les deux tiers des garçons jouent à des jeux plusieurs fois par semaine, seule une fille sur dix le fait à cette fréquence. Les garçons visionnent également davantage les vidéos en ligne. Les filles, en revanche, écoutent plus souvent de la musique, utilisent les réseaux sociaux et font beaucoup de photos et de vidéos.

Recommandations pour les parents et les professionnel-le-s

Les compétences médiatiques jouent un rôle central pour réduire les risques liés à l'utilisation des médias numériques et en exploiter leurs opportunités. Par compétence médiatique est entendu l'apprentissage de l'utilisation des médias de manière consciente et responsable. Cette compétence comprend différents aspects [5.3]. **Les parents et les adultes de référence** sont des modèles dans leurs relations avec les médias. La façon dont les enfants interagissent avec les médias doit toujours être évaluée dans le contexte de la vie quotidienne dans son ensemble. Si l'enfant entretient des amitiés, réussit bien à l'école, bouge régulièrement et dort suffisamment, alors les heures consacrées aux médias constituent une extension positive de l'espace d'expérience et d'action et non un danger. Lorsqu'un enfant commence à utiliser un média, il a tout d'abord besoin d'un accompagnement plus rapproché afin de se mouvoir en toute sécurité et selon ses besoins dans ce nouvel environnement. Si les parents ne comprennent pas certaines préférences de leur enfant, par exemple les jeux violents, elles ou ils

doivent alors discuter avec leur enfant: qu'est-ce qui est apprécié? Quelles expériences y sont vécues? Sur cette base, des **règles communes** peuvent être **établies** pour l'utilisation des médias. À l'école, les médias sont utilisés et analysés de diverses manières, mais il convient également de préciser à quel moment ceux-ci sont utiles et quand s'en passer permet d'avancer. Lors d'interventions de professionnel-le-s, il est conseillé de ne pas systématiquement considérer l'utilisation des médias comme la cause du problème, mais aussi comme une tentative pour l'enfant de faire face à des difficultés qui peuvent avoir des origines complètement différentes.

5.2 Médias sociaux

Les médias sociaux sont au cœur du paysage médiatique quotidien des jeunes. Il existe un large éventail de plateformes en ligne qui permettent aux utilisateur-trice-s de communiquer entre elles ou eux et de partager des contenus générés par elles/eux-mêmes tels que des textes, des photos et des vidéos dans des groupes fermés ou publiquement [5.4]. Les réseaux sociaux sont particulièrement pertinents pour les adolescent-e-s. Ils permettent de créer et de tenir à jour un profil personnel, et de réseauter au sein de communautés en ligne. Presque tous les jeunes en Suisse sont inscrits sur au moins un réseau social et utilisent régulièrement une plateforme correspondante. En 2020, **Instagram** et **Snapchat** étaient les réseaux sociaux les plus populaires chez les jeunes. Plus de 90% des adolescent-e-s avaient un compte sur ces deux plateformes. La plateforme **TikTok** se classait en troisième position en comptabilisant 74% des adolescent-e-s parmi ses usager-ère-s. Ces trois plateformes mettent l'accent sur les images et les vidéos comme moyen de communication et de présentation. La popularité des différentes plateformes varie fortement avec le temps. Dans un passé récent, l'exemple de Facebook et de TikTok l'ont clairement démontré: alors que Facebook était encore le réseau social le plus populaire chez les adolescent-e-s en 2014, seulement 14% l'utilisaient régulièrement en 2020, et presque exclusivement des jeunes plus âgés. En revanche, TikTok a pris énormément d'importance. Utilisé par une petite minorité en 2018, plus de la moitié des adolescent-e-s l'utilisaient régulièrement en 2020. La majorité des adolescent-e-s uti-



Informations complémentaires d'autres organisations sur le thème des compétences médiatiques

- La plateforme nationale [Jeunes et médias](#) propose des brochures sur le thème de l'éducation aux médias destinées aux parents, enseignant-e-s et autres professionnel-le-s. Des dépliants contenant des recommandations sur l'utilisation des médias numériques sont disponibles pour trois tranches d'âge différentes (enfants en bas âge, enfants de l'école primaire, adolescent-e-s) en 16 langues.
- Le site web d'Addiction Suisse fournit un [guide](#) aux parents pour aider les jeunes à utiliser judicieusement les médias numériques.



Informations complémentaires de Pro Juventute sur le thème des médias numériques

Pro Juventute fournit des informations et des conseils aux enfants et aux adolescent-e-s sur l'utilisation des médias numériques sur son [site web](#).

lisent les réseaux sociaux de manière passive ou réactive; c'est-à-dire en lisant, «likant», commentant ou partageant les messages des autres. Seuls 10% des adolescent-e-s publient régulièrement des contributions visibles publiquement. Pour de nombreux adolescent-e-s, le réseautage et l'établissement de contacts sociaux semblent être plus importants que leur propre mise en scène.

Les réseaux sociaux peuvent aider les adolescent-e-s à surmonter un certain nombre d'**exigences de développement spécifiques à leur âge**. Ils leur permettent de se connecter avec leurs pairs, de maintenir des contacts sociaux et de réseauter avec des personnes partageant les mêmes idées et intérêts. Ils offrent en outre un terrain d'expérimentation pour la recherche identitaire, la réflexion personnelle et l'expression créative de soi, pouvant ainsi soutenir les adolescent-e-s dans leur développement personnel et identitaire [5.5].

Les adolescent-e-s sont également confronté-e-s à certains risques sur les réseaux sociaux. Ceux-ci sont abordés dans la section suivante.

5.3 Opportunités et menaces

La diffusion des nouvelles technologies numériques, telles que les smartphones ou les réseaux sociaux, entraîne des **changements majeurs** dans la **conception des loisirs** et l'**utilisation des médias** par les adolescent-e-s. Ces évolutions engendrent des craintes quant à un éventuel impact négatif de ces nouvelles technologies sur la santé et le développement des adolescent-e-s. Alors que les effets d'une utilisation des médias potentiellement nocive pour la santé sont largement étudiés et discutés, les aspects potentiellement favorables ont été analysés de manière beaucoup moins approfondie.

Risques liés à l'utilisation des médias numériques

L'utilisation intensive des écrans peut avoir des conséquences négatives sur la santé physique, sur-

tout si elle est associée à un **manque de mouvement**. Des études montrent un lien clair entre l'utilisation intensive des écrans, l'inactivité physique et le surpoids ou l'obésité [5.7, 5.8]. Dans le même temps, l'utilisation intensive des écrans est souvent associée à des postures inconfortables prolongées et à des séquences de mouvements répétitifs qui peuvent favoriser la survenue de troubles locomoteurs tels que douleurs dorsales et cervicales [5.9, 5.10]. Un lien entre **l'utilisation des écrans le soir et les problèmes de sommeil** chez les enfants et les adolescent-e-s [5.11, 5.12] a aussi été démontré. Utiliser l'écran avant d'aller au lit peut rendre plus difficile l'endormissement, mais aussi provoquer des insomnies. Outre la lumière bleue des écrans qui inhibe la sécrétion de mélatonine, l'hormone induisant le sommeil, le contenu trépidant des films ou des jeux ainsi que les interférences du téléphone portable allumé peuvent également en être en partie responsables.

L'utilisation intensive des médias numériques est aussi associée à un certain nombre de **difficultés psychiques**. Lorsque le contrôle sur l'utilisation d'Internet et l'équilibre entre les activités en ligne et hors ligne disparaissent, l'usage intensif du numérique peut se transformer en dépendance [5.13]. L'addiction aux jeux vidéo et aux jeux de hasard est reconnue comme un diagnostic clinique selon l'ICD-11. Parallèlement à une utilisation intensive des médias, des expériences négatives comme le **harcèlement en ligne** ou le **harcèlement sexuel** peuvent affecter le bien-être psychologique des adolescent-e-s. En 2020, un quart de tous les jeunes avaient déjà été victimes d'une forme de cyberharcèlement et 44% avaient été sollicités par un inconnu avec des demandes à caractère sexuel indésirables. Les filles sont plus fréquemment touchées par les insultes et le harcèlement sexuel que les garçons [5.1]. En outre, le **«sexting»** (envoi de ses propres photos nues) a augmenté chez les 16-19 ans, en particulier chez les filles. Les images de beauté et d'idéaux de vie irréalistes qui circulent sur les réseaux sociaux peuvent également perturber le développement d'une image corporelle saine et la confiance en soi chez les adolescent-e-s [5.14]. L'effet positif ou négatif de l'utilisation des réseaux sociaux sur les jeunes dépend de divers facteurs personnels et sociaux et n'a pas été suffisamment étudié à ce jour. De manière générale, peu de liens entre l'utilisation des médias numériques et leurs effets négatifs sur la santé ont été établis et les

études longitudinales permettant de se prononcer sur les conséquences effectives de ces liens sont peu nombreuses [5.6].

Opportunités liées à l'utilisation des médias numériques

Les **aspects positifs** de l'utilisation des médias numériques pour la santé sont empiriquement **beaucoup moins étudiés** que les risques qu'ils engendrent. Les médias peuvent contribuer à la régulation de l'humeur et à la relaxation, et avoir ainsi un effet positif sur le bien-être. Aussi, certaines expériences médiatiques sont liées à l'expérience de «flow», un état d'absorption et d'immersion complète dans une activité associée au plaisir et au bien-être [5.15].

Les médias numériques sont également une **ressource importante pour la promotion de la santé et la prévention**, tout comme pour le **traitement et l'accompagnement de certaines maladies**. Pour les adolescent-e-s, Internet est une ressource importante qui fournit des informations sur les problèmes de santé facilement accessibles et disponibles indépendamment de l'heure et du lieu (voir [chapitre 5.4](#)). Les groupes présents sur les réseaux sociaux ou les forums thématiques offrent également aux personnes malades et à leurs proches la possibilité de dialoguer avec d'autres malades, de partager des expériences et de recevoir un soutien social [5.16]. Depuis quelques années, divers **programmes de prévention et d'intervention utilisant Internet ou des applications** ont été développés dans le but, entre autres, de promouvoir l'activité physique chez les jeunes [5.17] ou de prévenir la consommation de substances [5.18]. D'autres programmes ont été spécifiquement conçus pour les jeunes atteints de certaines maladies, par exemple pour améliorer l'auto-gestion des maladies chroniques [5.19] ou pour le traitement et la prévention des récurrences de troubles psychiques telles que la dépression, l'anxiété ou les troubles alimentaires [5.20, 5.21]. Des études ont montré les effets positifs des programmes d'intervention de thérapie comportementale en ligne pour les enfants et les adolescent-e-s [5.22]. Globalement, cependant, l'efficacité de nombreuses interventions de santé utilisant Internet et des applications n'a pas été suffisamment étudiée et il **n'y a pas assez d'études** attestant d'une efficacité **durable** de ces interventions [5.6].

5.4 Médias numériques et promotion de la santé

Les médias numériques représentent également un champ d'action central pour la promotion de la santé auprès des jeunes. Ces dernières années, les sites web, les réseaux sociaux et les portails vidéo sont devenus les sources d'information les plus importantes pour les adolescent-e-s et les jeunes adultes, tandis que les moyens d'information classiques tels que les quotidiens, les magazines, mais aussi les émissions de télévision et de radio enregistrent un recul croissant [5.1].

Des études montrent que dans les pays technologiquement avancés, entre la moitié et les trois quarts des jeunes utilisent Internet pour **chercher des informations sur la santé** [5.23-5.25]. Les sujets fréquemment recherchés ont trait à la **santé mentale**, à la **sexualité**, à la **forme physique** et à l'**alimentation** [5.23, 5.25]. Internet offre aux jeunes des informations peu coûteuses, facilement accessibles et consultables à tout moment. De plus, les jeunes peuvent accéder à l'information de manière **anonyme**, ce qui est un avantage supplémentaire, notamment s'il s'agit de sujets sensibles ou qu'elles ou ils n'osent aborder autrement. Outre ces avantages, la recherche d'informations sur Internet comporte cependant certains risques. La **quantité** d'informations est quasiment **infinie** et leur **qualité** très **hétérogène**. Reconnaître la fiabilité et la crédibilité d'une source d'information est un défi et nécessite que les jeunes aient un haut niveau de compétences diverses qui se résume en termes de compétences en santé numérique («**eHealth literacy**»). Norman et Skinner [5.26] définissent l'«eHealth literacy» comme «la capacité de rechercher, de localiser, de comprendre et d'évaluer des informations sur la santé à partir de sources électroniques et d'utiliser les connaissances acquises pour résoudre un problème de santé.» Des travaux ultérieurs [5.27, 5.28] ont étendu le modèle de compétences de Norman et Skinner pour inclure une composante sociale. Ils soulignent que l'«eHealth literacy» n'est pas seulement déterminée par les capacités individuelles, mais aussi par les aspects sociodémographiques et les prérequis conférés par le système social, comme le système de santé ou la disponibilité et l'accessibilité d'offres adaptées. Deux champs d'action s'ouvrent ainsi pour la promotion de la santé [5.29]. Il s'agit d'une part de favoriser, au **niveau individuel**, **les compétences numériques en santé** des adoles-

cent-e-s, par exemple en leur enseignant des stratégies de recherche et en leur montrant comment faire la distinction entre les fausses informations et les informations de qualité. D'autre part, il faudrait créer des **offres en ligne** facilement accessibles proposant des informations sur la santé **aux adolescent-e-s en fonction de leurs besoins et de leur âge**. Parallèlement à la mise à disposition d'informations via des sites web, les technologies numériques ont créé de nouvelles opportunités pour atteindre les adolescent-e-s avec des **messages de promotion de la santé**. Quelques exemples sont présentés ci-dessous.

Médias sociaux et inclusion possible d'influenceur-euse-s

Les adolescent-e-s utilisent les médias sociaux non seulement pour se divertir, mais aussi pour s'informer sur divers sujets [5.1]. Certains **portails** possèdent donc un grand potentiel pour la prévention et la promotion de la santé. Les informations destinées aux jeunes peuvent être placées sur ces plateformes sous une forme qui leur est familière et qui est adaptée au groupe cible. Le contenu peut alors être commenté, «liké» ou partagé par les utilisateur-trice-s. La possibilité d'**interactions mutuelles** favorise la participation active, le soutien social et les expériences d'auto-efficacité, autant d'aspects qui jouent également un rôle important en termes de promotion de la santé [5.4]. Une coopération ciblée avec des personnes ayant une large audience sur les plateformes pertinentes et dans le groupe cible visé peut encore davantage accroître la diffusion et l'accessibilité des informations. De nombreuses entreprises travaillent désormais avec ce qu'on appelle des **influenceur-euse-s** afin de communiquer efficacement et durablement sur des sujets, des marques ou des produits. Pour la promotion de la santé, de **nouveaux canaux de communication** s'ouvrent ainsi pour toucher les jeunes atteint-e-s dans leur santé. Grâce à une sélection ciblée des personnes, il est également possible de s'adresser à des groupes sociaux qui sont difficiles à atteindre autrement. Outre l'**audience**, la **crédibilité** et l'**adaptation thématique** constituent des critères importants à prendre en considération dans une collaboration de ce type [5.30]. Les influenceur-euse-s doivent être soutenus pour transmettre des informations sur la santé de manière crédible et fiable. Il faut par ailleurs veiller à ce que la visée de promotion de la santé demeure

lors de la diffusion des messages. Il convient donc de vérifier soigneusement à l'avance les valeurs promues par les influenceur-euse-s dans le cadre de partenariats publicitaires déjà conclus [5.31].

Applications de santé

Ces dernières années, l'offre d'applications de santé s'est développée à une vitesse vertigineuse. Il s'agit d'un marché très dynamique et complexe, et il n'existe toujours pas de normes de qualité uniformes pour ce type de produits. Diverses initiatives ont récemment été prises pour améliorer la transparence dans ce domaine. eHealth Suisse a également publié un catalogue de critères qui devraient être pris en compte par les fournisseurs d'applications et offrir une orientation aux utilisateur-trice-s [5.32]. Comme presque tous les jeunes en Suisse possèdent un smartphone, leur présence sur les applications est généralement jugée élevée [5.33]. Actuellement, il n'existe toutefois **pas de données concernant l'utilisation réelle** et l'importance conférée aux applications de santé par les adolescent-e-s en Suisse. Dans un article de synthèse, Claudia Lampert [5.34] arrive à la conclusion que les applications de santé et de prévention dans les médias et le répertoire d'applications destinés aux enfants et aux adolescent-e-s ne jouent encore **qu'un rôle mineur**. De son point de vue, cela pourrait être dû au fait que les jeunes ne jugent pas cela nécessaire et qu'elles ou ils ont peu d'intérêt pour les problèmes de santé lors de l'utilisation de leur smartphone. Les applications de santé sont également en concurrence avec un large éventail d'applications axées sur la communication et le divertissement, qui correspondent probablement davantage aux intérêts des adolescent-e-s. Néanmoins, l'utilisation d'applications pour la promotion de la santé possède un potentiel varié qui est encore sous-utilisé [5.34, 5.35]. Les opportunités résident notamment dans les **possibilités techniques** qui permettent de présenter un contenu multimédia de manière interactive et personnalisée [5.34]. Il existe toutefois des risques dans le domaine de la **protection des données** [5.36]. Les applications de santé nécessitent souvent la divulgation de données personnelles et liées à la santé ou collectent des informations de localisation et de déplacement. Ce n'est que dans de rares cas qu'il est expliqué à l'utilisateur-trice de manière transparente et compréhensible quelles données sont collectées et à quelles

fins. Il existe un besoin particulier de protection et d'éducation au niveau des mineur-e-s [5.34]. Par ailleurs, il existe un autre risque potentiel: être fixé et préoccupé de manière excessive à l'égard de ses données de santé, ce qui peut engendrer une éventuelle augmentation de l'utilisation des smartphones [5.34]. Pour tirer profit du potentiel des applications de santé à l'avenir, les opportunités doivent être correctement identifiées et exploitées, tandis que les risques doivent être réduits.

Serious games et gamification

Les interventions numériques **ludiques** offrent également **de nouvelles opportunités** pour la promotion de la santé, car elles peuvent influencer positivement la motivation et l'engagement à traiter un sujet. Ceci est particulièrement important lorsque des contenus complexes sont traités sur une période prolongée et que, par exemple, des processus de changement de comportement doivent être initiés [5.37].

Les serious games sont des jeux avec un **objectif pédagogique** sous-jacent clairement formulé. Ils sont destinés à promouvoir des connaissances et des compétences ou à initier un changement de comportement, tout en conservant au premier plan le **facteur de divertissement** [5.37]. Bien que les connaissances sur l'efficacité des serious games pour la promotion de la santé sont encore minces, un **fort potentiel** leur est attribué dans ce domaine. Dans des cas isolés, des effets positifs ont déjà été identifiés en matière d'augmentation des connaissances et de changement d'attitude et de comportement [5.38]. Une méta-analyse portant sur 54 études de serious games dans le domaine de la promotion de la santé a démontré un effet faible mais positif sur la promotion d'un mode de vie sain, en particulier en termes d'acquisition de connaissances [5.39]. Dans une autre méta-analyse, les effets positifs des serious games sur la **réduction des symptômes** de différents **troubles psychiques** ont été prouvés [5.40]. Des groupes cibles ayant une affinité pour les médias ou les jeux pourraient notamment être atteints plus largement grâce à des applications appropriées [5.37]. L'utilisation de serious games pour la promotion de la santé a toutefois aussi ses **limites** si l'on suppose que les jeunes choisissent un jeu en particulier et qu'elles ou ils ont accès à une large offre, dont certaines gratuites, répondant pleinement à leur besoin de divertissement [5.38]. Les

serious games conviennent probablement mieux à la **prévention tertiaire** pour les personnes qui ont déjà un intérêt de base concernant un sujet de santé spécifique.

On désigne par gamification les éléments ludiques pouvant être mis en place dans des processus ou des applications existants et destinés à augmenter la motivation ou les performances. Ces éléments peuvent être des systèmes à points, des gratifications, des indicateurs de progrès ou des interactions sociales [5.37]. La gamification est déjà de plus en plus utilisée dans le domaine de la promotion de la santé. Dans les applications visant à promouvoir la santé physique, les éléments de gamification sont fréquents et des effets positifs sont rapportés [5.41, 5.42]. Une évaluation de l'application de coaching interactif «ready4life» de la Ligue pulmonaire démontre un intérêt élevé en cas de recrutement proactif. Bien que seule une faible implication des participant-e-s ait été enregistrée au fil du temps, un effet positif a pu être identifié dans tous les domaines [5.43]. Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, la gamification paraît particulièrement utile lorsque la **motivation** des utilisateur-trice-s pour traiter un sujet est plutôt faible ou que les activités sont perçues comme ennuyeuses ou dérangementes [5.37].

Afin de poursuivre le développement des serious games et de la gamification dans le domaine de la promotion de la santé, le **réseau «Netzwerk Serious Games und Gamification for Health»** a été fondé en 2019. Ce réseau recense les connaissances existantes et rassemble les différents acteurs de ce domaine interdisciplinaire.

Nouveaux formats journalistiques en ligne des fournisseurs de médias

Pour diffuser des contenus lors d'une campagne de promotion de la santé, des **collaborations avec des fournisseurs de médias publics ou privés** peuvent aussi s'avérer intéressantes [5.31]. Parallèlement au recul croissant des médias classiques tels que la télévision ou la radio chez les jeunes, les nouveaux **formats en ligne** deviennent particulièrement attrayants.

Par exemple, la Radio Télévision Suisse (RTS) se concentre de plus en plus sur des formats qui peuvent être diffusés en continu via ses propres réseaux ou YouTube et qui sont spécialement adaptés aux jeunes. En Suisse romande, la RTS propose le

programme [«Tataki»](#). L'émission [«Rehmann SOS – Sick of Silence»](#) de SRF Virus, où des jeunes racontent leur expérience personnelle avec la maladie, aborde par exemple des thèmes relatifs à la santé. SRF est également présent sur Instagram, notamment avec la chaîne [«Youngbulanz»](#). Les jeunes s'y expriment sur divers sujets, donnent des conseils concernant des situations de la vie quotidienne et échangent avec des expert-e-s. Les problèmes de santé comme le traitement des TDAH ou le body shaming sont aussi abordés. Ringier propose de son côté un magazine sur les réseaux sociaux intitulé [«Izzy-Projects»](#). Cette offre est accessible via une application ou divers médias sociaux et s'adresse à un jeune public. Les questions de société actuelles y sont reprises et présentées de manière ludique.

Les prestataires proposant ce type de formats en ligne, adaptés aux jeunes générations, peuvent devenir des partenaires intéressants pour la promotion de la santé. Grâce à une communauté déjà existante, ils ont une certaine portée et peuvent donc être d'importants multiplicateurs pour la diffusion de messages de promotion de la santé. Leur efficacité doit cependant encore être étudiée.

Ces exemples montrent que les médias numériques offrent des opportunités intéressantes pour la promotion de la santé. L'utilisation de **nouveaux canaux de communication** facilite l'atteinte de certains groupes cibles, tandis que les **nouveaux formats** permettent **un transfert interactif et personnalisé de connaissances**. Les adolescent-e-s peuvent ainsi s'informer sur la santé de manière plus familière, être rendus attentives et attentifs à l'importance des contacts avec les adultes de référence et faire plus ample connaissance avec les offres d'aide et de soutien existants.

6 Promotion d'une activité physique régulière

- **Prof. L. Suzanne Suggs**, Università della Svizzera italiana

6.1 Bases et définitions

L'activité physique désigne tout mouvement du corps augmentant la fréquence cardiaque, sollicitant les muscles et permettant de dépenser des calories. Elle comprend l'exercice et le sport, mais pas seulement. L'activité physique peut et doit faire partie de la vie quotidienne et être facile d'accès pour tou-te-s, quelle que soient la condition physique, les préférences en matière d'activités et l'accès à des espaces et clubs sportifs.

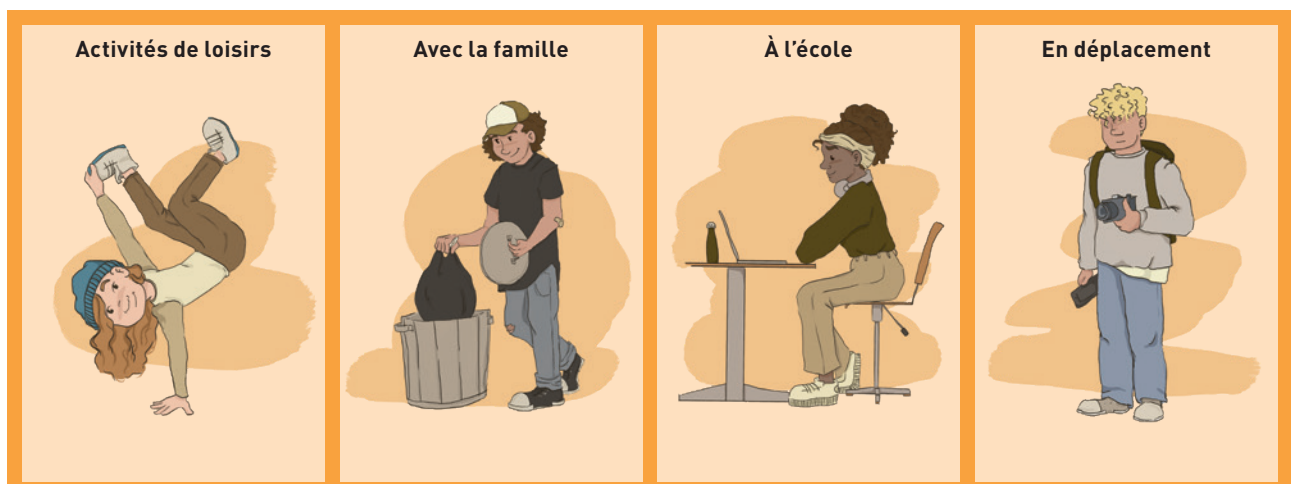
La définition de l'activité physique la plus répandue est celle de l'Organisation mondiale de la Santé, qui la définit en tant que: «tout mouvement corporel produit par la musculature squelettique qui requiert une dépense énergétique supérieure au métabolisme de base et qui comprend les tâches ménagères, les activités récréatives et l'activité physique structurée» [6.1].

L'activité physique des jeunes peut être classée en plusieurs domaines (déplacement actif, éducation physique et sports/loisirs, voir [figure 6.1](#)) et en plusieurs types (exercices aérobiques et de renforcement musculaire et osseux, ainsi que les étirements) [6.2, 6.3]. Cela inclut une très large gamme d'activités, telles que la marche, la course à pied, le vélo, la randonnée, le patinage, l'escalade, la natation, le jeu, la danse, le nettoyage, le jardinage, le yoga, le basket, la corde à sauter, l'athlétisme et bien plus encore. Comme le suggère le Réseau européen pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé: «l'activité physique n'a pas besoin d'être intense pour être efficace» [6.4].

On confond souvent la promotion de l'activité physique avec la promotion de la forme physique ou des activités sportives. Si toutes les activités citées ci-dessus ont leurs mérites et leur utilité, la priorité en termes de santé globale et d'équité est la promotion de l'activité physique. Car l'activité physique implique de mener une vie active au quotidien et est accessible à tou-te-s. Bien que l'exercice physique présente des avantages considérables, il peut également être perçu comme une «corvée» et une activité ajoutée et non intégrée à sa journée. La pratique

FIGURE 6.1

Activité physique et mouvement pour les adolescent-e-s



d'un sport présente des bienfaits indéniables, notamment l'intégration sociale, la confiance en soi, le sentiment d'appartenance, l'esprit d'équipe et le sentiment de solidarité. Mais le sport ne convient pas à tout le monde – ou plutôt, tous les sports ne conviennent pas à tout le monde – et, par conséquent, la promotion de l'activité sportive est un élément supplémentaire important de la promotion de l'activité physique pour la santé des adolescent-e-s.

6.2 Pourquoi est-il utile de promouvoir l'activité physique auprès des adolescent-e-s?

«L'activité physique est essentielle pour la santé et le bien-être; elle apporte de la vie à vos années et des années à votre vie.»

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l'OMS [6.5]

L'activité physique est importante à tous les stades de la vie. Les habitudes de vie pendant l'enfance et la jeunesse se transposent souvent à l'âge adulte, ce qui fait qu'il est plus facile de rester physiquement actif plus tard dans la vie que de commencer à l'être. En d'autres termes, les adolescent-e-s actifs sont plus susceptibles d'être des adultes actifs. C'est d'autant plus important que l'adoption de comportements sains, tels qu'une activité physique régulière, pendant l'adolescence, contribue à prévenir les maladies non transmissibles plus tard dans la vie [6.6, 6.7].

L'activité physique présente de nombreux bienfaits. Elle contribue à prévenir les maladies non transmissibles et améliore également la santé psychique et le bien-être global des adolescent-e-s. Elle réduit le risque de symptômes dépressifs, améliore la gestion du poids, la forme cardiovasculaire et musculaire, la santé osseuse et cardiaque, la concentration, la confiance en soi, l'estime de soi et les résultats scolaires [6.2, 6.8, 6.9]. Les bienfaits à long terme sont particulièrement pertinents du point de vue politique et du système de soins, étant donné que la prévention des maladies et le bien-être tôt dans la vie sont beaucoup plus économiques que le traitement de maladies par la suite. Par exemple, au niveau mondial, on estime que l'inactivité physique est associée à 5,3 millions de décès chaque année [6.10] et coûte plus de 54 milliards de dollars améri-

cains en soins directs, dont 31 milliards sont payés par le secteur public [6.11]. Bien que les conséquences économiques de l'inactivité physique en Suisse soient basées sur les données des adultes, elles sont comparables aux données internationales. En 2013, on estime ces conséquences à 1,610 milliard de francs, plus 40 433 années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) [6.12].

Par conséquent, la promotion de l'activité physique chez les jeunes peut être rentable en prévenant les maladies et en favorisant le bien-être global avec des bienfaits tout au long de la vie. Toutefois, le financement et la hiérarchisation des efforts de prévention peuvent s'avérer difficiles en raison du manque de preuves directes de leurs impacts; en effet, il est difficile de prouver ce qui ne s'est pas produit et de prouver qu'un programme ou une combinaison de programmes a permis de prévenir une ou plusieurs maladies des années plus tard dans la vie. Cependant, des preuves existent concernant les coûts de l'inactivité et la rentabilité de la promotion de l'activité physique [6.2, 6.10-6.13]. Ces preuves montrent que la promotion de l'activité physique et l'intervention auprès des adolescent-e-s ont plusieurs bienfaits tangibles et intangibles.

6.3 Recommandations en matière d'activité physique

La Suisse adopte les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant l'activité physique (www.hepa.ch). Les lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et les comportements sédentaires de 2020 [6.2] recommandent que les adolescent-e-s pratiquent **au moins 60 minutes d'activité journalière variée en aérobic, d'intensité modérée à élevée. Des activités aérobiques à intensité élevée, pour le renforcement musculaire et osseux, doivent être intégrées au moins trois fois par semaine.**

Dès l'âge de 18 ans, l'adolescent-e doit adopter les recommandations hebdomadaires destinées aux adultes, consistant à effectuer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée; ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité élevée; ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et élevée pendant la semaine.

6.4 Comportement en matière d'activité physique: chiffres actuels

6.4.1 Activité physique

Plusieurs études menées en Suisse montrent que la population suisse, dont les adolescent-e-s, se posent des questions au sujet de leur comportement en matière d'activité physique. Bien que la Suisse présente de multiples opportunités d'activités en plein air, récréatives et sportives, les études montrent de façon répétée que les adolescent-e-s ne bougent pas assez. Ces données soulignent le besoin d'efforts continus et plus intenses pour promouvoir l'activité physique auprès des adolescent-e-s en Suisse. La mise à disposition d'infrastructures dédiées aux activités récréatives et sportives et au déplacement actif en fait partie.

L'étude menée en 2018 sur les comportements de santé des enfants en âge scolaire ([HBSC](#)), a montré que les jeunes de 11 à 15 ans avaient le même niveau d'activité physique qu'en 2002. Selon leur auto-évaluation, 14% des participant-e-s appliquent la recommandation consistant à pratiquer au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée chaque jour. Moins de la moitié (env. 45%) pratiquent une activité physique au moins cinq fois par semaine. Les garçons sont plus actifs que les filles et l'activité physique diminue avec l'âge. [6.14]. En 2012, le projet ENERGY a mesuré l'activité physique à l'aide d'accéléromètres et a montré que des proportions importantes de jeunes adolescent-e-s (âgés de 10 à 12 ans) ne suivaient pas les recommandations et étaient sédentaires pendant de longues périodes [6.15]. En 2020, Sport Suisse a montré qu'au cours des six dernières années, l'activité sportive des jeunes âgés de 10 à 19 ans a augmenté, puisqu'environ la moitié faisait du sport pendant près de cinq heures par semaine. Si l'on inclut les cours d'éducation physique à l'école, les résultats sont encore meilleurs: les jeunes âgés de 15 à 19 ans pratiquaient en moyenne 7,5 heures (médiane: 6,1 heures) d'activité sportive et physique par semaine [6.16].

Les conclusions de l'étude SOPHYA illustrent également le besoin d'une promotion plus efficace de l'activité physique. SOPHYA a été la première étude nationale à évaluer le niveau d'activité physique, en utilisant de façon objective les accéléromètres, chez les enfants et les adolescent-e-s. Elle a été lancée en

2013 ([SOPHYA 1](#)) et répétée en 2019-2020 ([SOPHYA 2](#)). Elle a révélé un besoin important de promotion de l'activité physique auprès des jeunes dans toutes les régions. En moyenne, SOPHYA 1 a révélé que les jeunes ne consacraient que 10% du temps à une activité modérée à élevée et que pendant 90% de la journée, ils restaient assis, couchés ou avaient une faible activité. Dans le sous-groupe de jeunes âgés de 5 à 10 ans, pour lequel plusieurs données transversales sont disponibles, ils consacraient 13,9% de leur temps à une activité modérée à intense en 2014, et 13,4% en 2020. En 2014, ils consacraient en moyenne 87,2% de leur temps à une activité sédentaire à faible, et 86,6% en 2020 [6.17, 6.18]. L'analyse longitudinale couvrant l'enfance à l'adolescence a montré une diminution de l'activité physique, les jeunes âgés de 6 à 16 ans consacrant 10,8% de leur temps à être actif, puis 5,8% en 2019, 5 ans plus tard, lorsqu'ils étaient âgés de 11 à 20 ans. Dans les analyses transversales répétées, les garçons âgés de 5 à 10 ans étaient plus actifs physiquement que les filles (111 contre 87 minutes d'activité physique par jour en 2014 et 113 contre 93 minutes en 2020). Aucune différence importante n'a été décelée entre les jeunes vivant dans des régions rurales ou urbaines, mais il existe des différences régionales. Le suivi des recommandations était également associé aux saisons, les jeunes étant beaucoup plus susceptibles de faire 60 minutes d'activité physique par jour au printemps (69,5%) et en été (72,7%) qu'en automne (59,3%) et en hiver (60,6%). Le bien-être psychique et la qualité de vie étaient également associés au suivi des recommandations en matière d'activité physique quotidienne, une meilleure qualité de vie étant associée à une pratique plus intense de l'activité physique.

6.4.2 Participation à des activités sportives

Comme indiqué dans le [chapitre 6.1](#), la participation à des activités sportives présente de nombreux bienfaits. Depuis 2014, la participation à des activités sportives chez les jeunes a augmenté, mais reste relativement faible. En tirant parti des données de 2014 à 2020, le dernier rapport de l'Office fédéral du sport a constaté que 12% des jeunes âgés de 10 à 14 ans et 18% des jeunes âgés de 15 à 19 ans ne pratiquaient aucun sport hors de l'éducation physique obligatoire à l'école. Et la participation diminue avec l'âge, les jeunes âgés de 10 à 14 ans participant plus

que ceux âgés de 15 à 19 ans [6.19]. L'étude HBSC de 2018 a révélé que 90 % des 11 à 15 ans avaient indiqué faire du sport hors de l'école au moins une fois par semaine et 75 % au moins deux fois par semaine; ces résultats sont similaires aux données de 2002 [6.14]. L'étude SOPHYA a trouvé des résultats similaires en évaluant les mêmes enfants au fil du temps, une première fois en 2013 et à nouveau en 2019-2020: 39 % avaient réduit leur activité sportive du début (de 11 à 15 ans) jusqu'à la fin de l'adolescence (16 à 20 ans) [6.18]. Les filles diminuent leur participation à des activités sportives davantage que les garçons lorsqu'elles passent de la tranche d'âge de 6 à 10 ans à l'adolescence (11 à 15 ans) [6.18]. Cela souligne notamment l'importance de l'enseignement sportif obligatoire dans les écoles suisses.

Les raisons du manque de participation à des activités sportives varient, mais environ un-e jeune inactif sur dix indique ne pas pouvoir trouver la bonne offre (le sport adapté, au bon moment, au bon endroit, au bon prix). Certain-e-s indiquent des contraintes financières concernant la participation, alors que d'autres affirment ne pas avoir assez de temps pour faire du sport, ne pas aimer vraiment le sport, ou avoir d'autres hobbies et intérêts plus appréciés. L'étude SOPHYA a également révélé que la préférence pour le type d'activité physique varie avec l'âge des jeunes, avec une forte diminution des sports de natation, de cyclisme et de football et une augmentation des activités physiques de randonnée, de course à pied et de fitness [6.18]. On constate également cette variation lors du passage de l'adolescence (16 à 20 ans) à l'âge adulte (21 à 25 ans) chez les jeunes des régions de Suisse italienne et française et de nationalité étrangère (non suisses ou ayant la double nationalité) [6.18].

Une étude récente menée auprès d'adolescent-e-s âgés de 15 à 16 ans en Suisse a montré que celles et ceux qui planifiaient leur activité physique (p. ex. plan d'action global) et participaient à un nombre plus important d'activités dans des clubs risquaient moins de réduire leur temps d'activité lors du passage à l'éducation secondaire supérieure [6.20].

6.4.3 Déplacement actif

Le déplacement actif est un moyen simple et efficace de promouvoir l'activité physique dans le cadre d'un mode de vie sain. Faire du vélo pour se déplacer, se rendre à l'école, rencontrer des amis, se rendre au club de sport, à des manifestations sociales ou rendre visite à la famille aide les jeunes à se sentir indépendants et à faire l'expérience des bienfaits de l'activité physique pour la santé [6.21]. Cependant, le nombre de jeunes possédant un vélo en Suisse a diminué, alors que la proportion de jeunes devant se partager un vélo et prendre des dispositions pour l'utiliser a augmenté. Entre 1994 et 2015, la proportion d'enfants âgés de 6 à 12 ans possédant un vélo qu'ils pouvaient utiliser sans restrictions est passée de 90 % à 71 %. Environ 85 % des jeunes âgés de 13 à 15 ans et 80 % des jeunes âgés de 16 à 20 ans possèdent un vélo. Les jeunes vivant plus loin des centres villes sont plus susceptibles de se déplacer activement. 90 % des jeunes âgés de 13 à 15 vivant à la campagne ont un accès non restreint à des vélos, alors que seul-e-s 78 % de ceux vivant à proximité de centres villes ont un vélo [6.21].

Vue d'ensemble de l'évolution du choix du moyen de déplacement

Le [tableau 6.1](#) et les [figures 6.2](#) et [6.3](#) montrent les changements dans le choix du moyen de déplacement, entre 1994 et 2015.

Enfants de 13 à 15 ans: l'usage du vélo se stabilise après avoir régressé au profit du déplacement à pied, des transports publics et des transports individuels motorisés (TIM)

Les enfants de 13 à 15 ans effectuent encore près d'un tiers de leurs déplacements à pied et presque un cinquième à vélo. Ce groupe d'âge parcourt ainsi également plus de la moitié de ses trajets habituels de manière active. Les trajets en transports publics et en transports individuels motorisés (TIM) représentent chacun environ 20 %. En 2015, le vélo a légèrement regagné en importance, après avoir perdu des parts conséquentes, depuis 1994, en faveur des déplacements à pied, des transports publics et des TIM.

TABLEAU 6.1

Évolution du choix du moyen de transport pour tous types de trajets (tous usages) chez les enfants et adolescent-e-s entre 1994 et 2015, par catégorie d'âge

	À pied	Vélo	Transports publics	TIM
6-12 ans	Pas de changement +/-0%	Forte diminution -33%*	Pas de changement +2%	Augmentation +22%*
13-15 ans	Légère augmentation +11%*	Forte diminution -42%*	Forte augmentation +41%*	Augmentation +20%*
16-20 ans	Augmentation +29%*	Forte diminution -64%*	Forte augmentation +42%*	Légère diminution -7%*

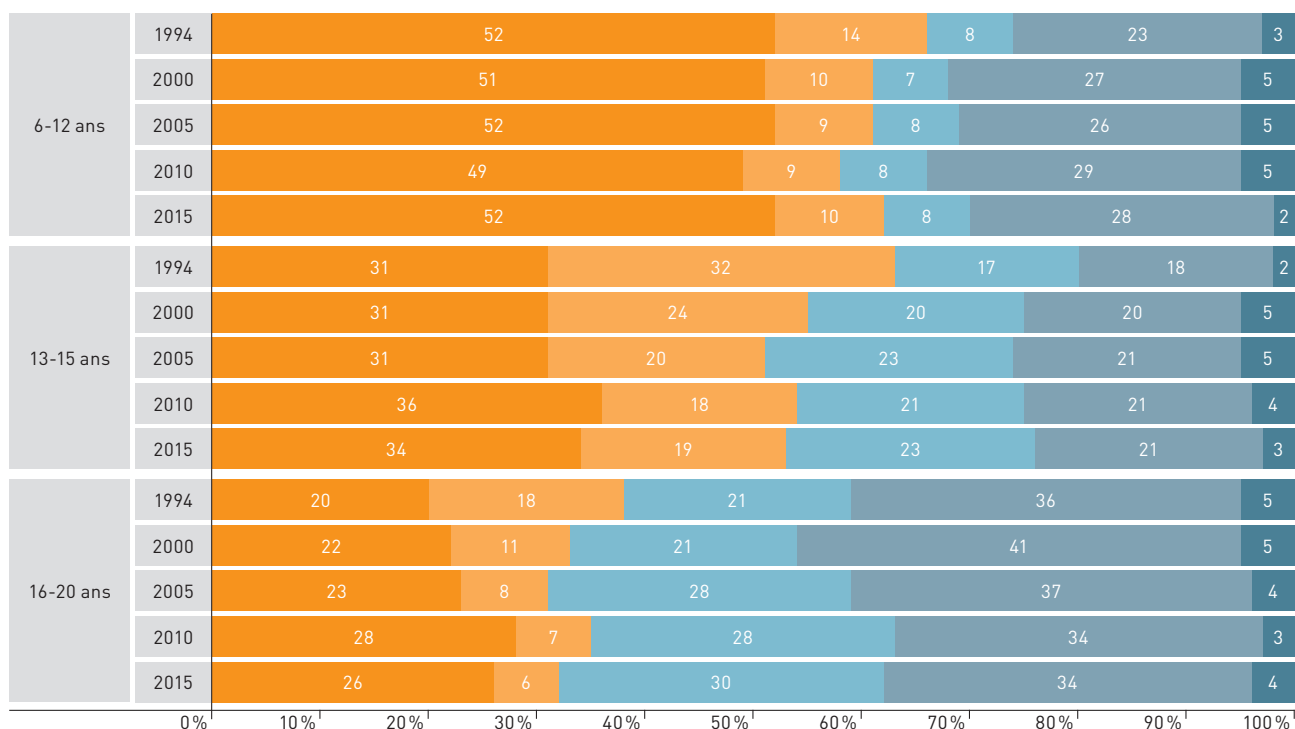
* représente une différence significative ($p < .05$), c.-à-d. qu'il y a 95% de chances qu'elle ne soit pas due au hasard.

Source: [6.21]

FIGURE 6.2

Choix du moyen de transport pour tous types de trajets et tous usages en 1994, 2000, 2005, 2010 et 2015, par catégorie d'âge (base: respectivement 9847, 18 631, 18 785, 34 864 et 36 883 trajets d'enfants et d'adolescent-e-s)

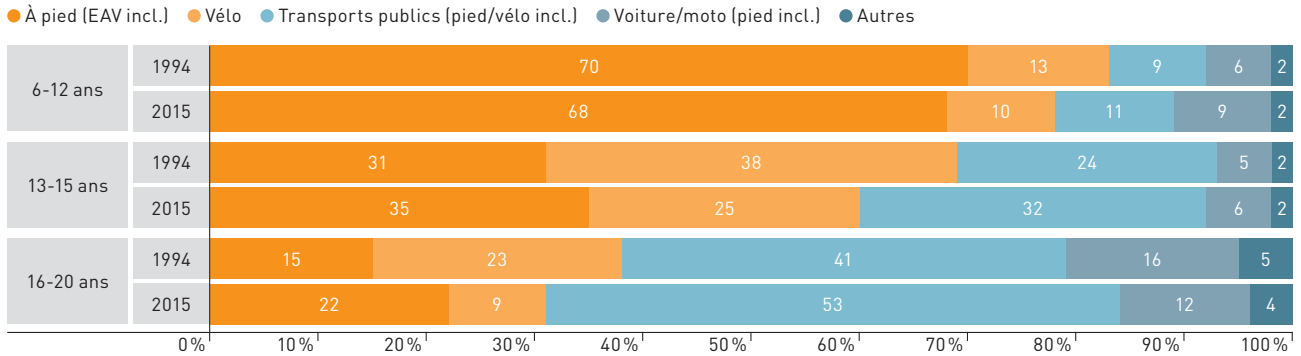
● À pied (EAV incl.) ● Vélo ● Transports publics (pied/vélo incl.) ● Voiture/moto (pied incl.) ● Autres



EAV: engins assimilés à un véhicule

Source: [6.21]

FIGURE 6.3

Choix du moyen de transport sur le trajet de l'école en 1994 et 2015 selon l'âge (base: respectivement 3730 et 13419 trajets)

EAV: engins assimilés à un véhicule

Source: [6.21]

Jeunes adultes âgés de 16 à 20 ans: considérablement plus de trajets à pied et en transports publics, moins de vélo et de TIM

C'est dans la catégorie d'âge des jeunes adultes de 16 à 20 ans que le modèle de mobilité a le plus évolué ces deux dernières décennies. Les trajets en transports publics ont augmenté de 42 % et les trajets à pied de 29 %. En parallèle, les trajets à vélo ont diminué de 64 % et les TIM de 7 %. Un tiers des trajets de cette catégorie d'âge sont des déplacements actifs (26 % à pied, 6 % à vélo), un autre se fait en transports publics (30 %) et le dernier en véhicules à moteur (34 %).

Entre 16 et 20 ans, la plupart des trajets d'école – plus de la moitié – sont parcourus en transports publics; cette part a fortement augmenté, principalement à cause des distances plus longues. Pour un cinquième des trajets on utilise ses pieds, ce qui est également plus qu'auparavant. Le vélo et les TIM ont, eux, perdu en importance.

6.5 Promouvoir l'activité physique auprès des adolescent-e-s

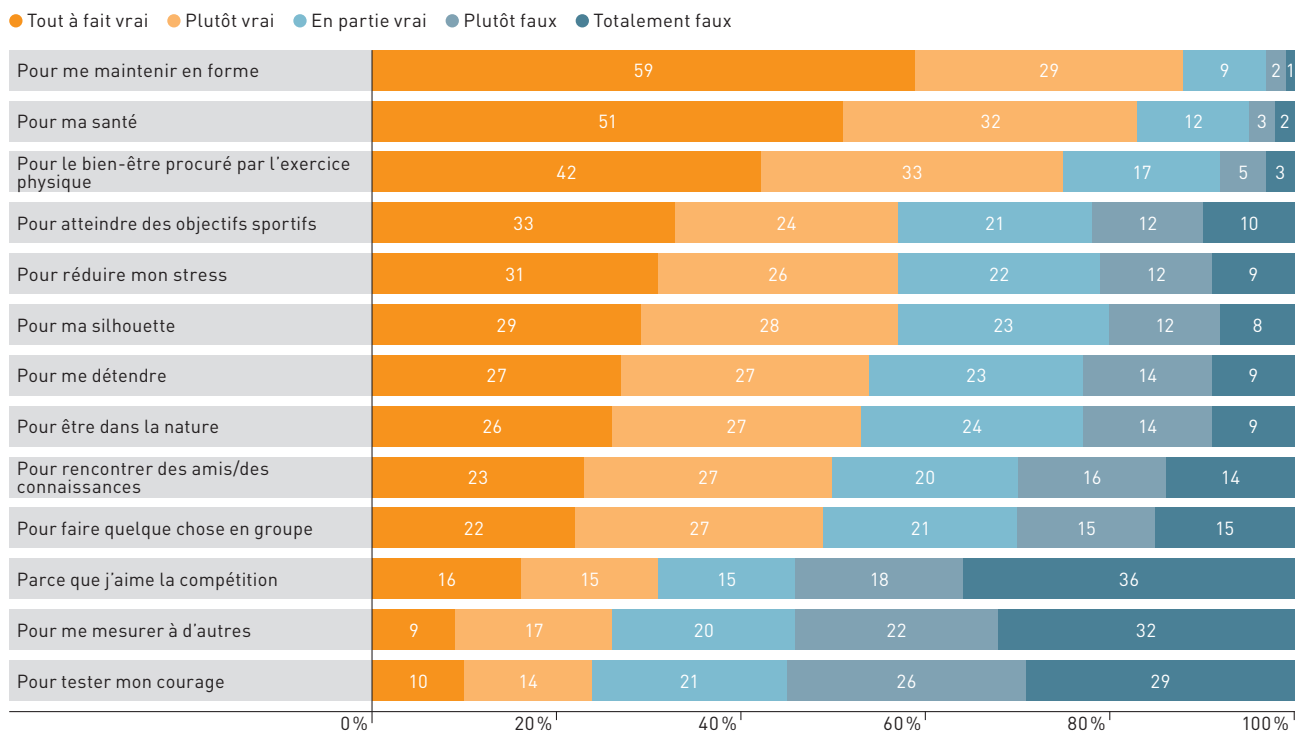
Les mesures visant à promouvoir l'activité physique auprès des adolescent-e-s sont un outil essentiel qui aide les adolescent-e-s à pratiquer la quantité d'activité physique recommandée et à avoir un mode de vie sain. Par conséquent, les mesures de promo-

tion de l'activité physique sont importantes. Les interventions ponctuelles ou celles ciblant uniquement l'éducation et la motivation ne sont pas suffisantes pour augmenter et/ou maintenir un niveau d'activité suffisant. Les efforts et mesures à long terme incluant une bonne politique, une planification urbaine, des environnements favorables, l'activité dans les écoles et les communautés, le renforcement des compétences et de la motivation, associés à la promotion d'un mode de vie actif, sont essentiels [6.22, 6.23].

Il est essentiel de commencer par savoir pourquoi les jeunes pratiquent ou non une activité physique pour concevoir des programmes et des politiques qui seront efficaces. L'étude «Sport Suisse» [6.19] a montré que les jeunes âgés de 15 à 19 ans participaient à des activités sportives pour les raisons suivantes: remise en forme, santé, plaisir de bouger, atteindre des objectifs, réduire le stress, être belle/beau, se détendre, rester à l'extérieur/avec des amis ou la famille (figure 6.4).

Les adolescent-e-s plus jeunes (10-14 ans) ont besoin de plus de temps et de moins d'autres engagements (26 %), d'une offre adaptée à proximité (20 %), d'amis pour les motiver (16 %), que les activités sportives soient amusantes (9 %) et correspondent à leurs capacités (4 %), qu'elles favorisent la santé (8 %) et qu'elles ne soient pas trop onéreuses (3 %). Concernant les adolescent-e-s inactifs plus âgés, les raisons varient. Celles et ceux âgés de 14 à 19 ans

FIGURE 6.4

Importance des différentes motivations poussant à faire du sport (en % des sportifs de 15 à 19 ans)

Source: [6.19]

déclarent être motivés par leur silhouette/apparence (68%), la relaxation/la réduction du stress (65%), le plaisir de faire du sport (53%), la nature (36%), le contact/être ensemble (34%), le risque/challenge (30%), la compétition et la performance (18%) [6.19]. Par conséquent, la promotion effective de l'activité physique doit se concentrer sur les différents types d'activités physiques que les jeunes aiment pratiquer ou qui pourraient leur plaire après y avoir été exposés par le biais d'efforts déployés par les écoles ou les communautés [6.24]. En leur présentant une grande variété d'activités, en tant que mouvement au quotidien, jeu ou divertissement, il est possible de motiver les adolescent-e-s à bouger plus. La campagne VERB au long cours et efficace aux États-Unis ciblait les jeunes avec le slogan «It's What You DO!» («C'est ce que tu fais!») et insistait sur le fait que l'activité physique était amusante, rassemblait les gens, permettait d'avoir plus de temps pour soi et n'était pas une «corvée» [6.25].

Le projet suisse «GORILLA» promeut le sport et l'activité physique (p.ex. des sports de freestyle et tendance) dans les écoles et au niveau des

communes. Il a eu comme impact une meilleure conscience de l'importance d'une activité quotidienne. Les données issues de l'autoévaluation des participant-e-s à l'enquête révèlent un niveau d'activité physique de base élevé au début de l'étude et une légère augmentation entre le début et la fin de l'intervention [6.26]. Les activités sont appréciées des adolescent-e-s et les soutiennent ainsi, dans les écoles et les communes, à maintenir une activité physique et à prendre conscience de son importance.

Le programme de promotion du sport le plus important pour les jeunes suisses est sans doute Jeunesse+Sport (J+S) [6.27], qui organise des cours avec les cantons, les fédérations sportives et les organisations pour la jeunesse. À l'heure actuelle, environ 47% de toutes les personnes âgées de 5 à 20 ans en Suisse participent à des activités J+S et les taux de participation les plus élevés concernent les jeunes âgés de 11 à 14 ans (env. 80% des garçons et 60% des filles). Ce programme, comme de nombreux autres, constate une diminution de la participation après l'âge de 14 ans (figure 6.5).

Le pouvoir de l'influence sociale et de l'observation est également essentiel. Cela implique que les parents et autres personnes de référence incitent les jeunes à se rendre à l'école à vélo, à participer activement aux jeux, à passer moins de temps assis et à bouger régulièrement en révisant. De plus, les adultes actifs, admirés par les adolescent-e-s, doivent les inciter à devenir eux-mêmes actifs. En fait, les enfants de parents inactifs pratiquent beaucoup moins d'heures de sport que les enfants de parents actifs [6.19] et les jeunes dont les parents sont actifs et attachent de l'importance à l'activité physique sont effectivement plus actifs [6.18]. Une minute d'activité physique d'intensité modérée à élevée supplémentaire de la mère et du père était associée à 0,24 et 0,21 minutes d'activité en plus, respectivement, chez les jeunes [6.28]. L'activité des parents a plus d'influence sur l'activité de leurs enfants que le niveau d'éducation et le revenu [6.19]. Lorsque les parents endossent un rôle de modèle et encouragent une culture du mouvement et une vie active au sein de la famille, cela influence positivement le comportement des adolescent-e-s (p.ex. les familles font du vélo, se baladent, font de la randonnée, du sport et des activités physiques ensemble). Les risques liés à un abus d'exercice physique ou à une addiction comportementale ne doivent pas em-

pêcher la promotion de l'activité physique. Comme avec tout comportement malsain, qu'il s'agisse d'une activité physique, de l'alimentation, de l'abus de substances, de l'automutilation ou autre, une intervention précoce et des services de soins doivent être fournis et accessibles lorsque cela est nécessaire.



Informations complémentaires sur la promotion de l'activité physique

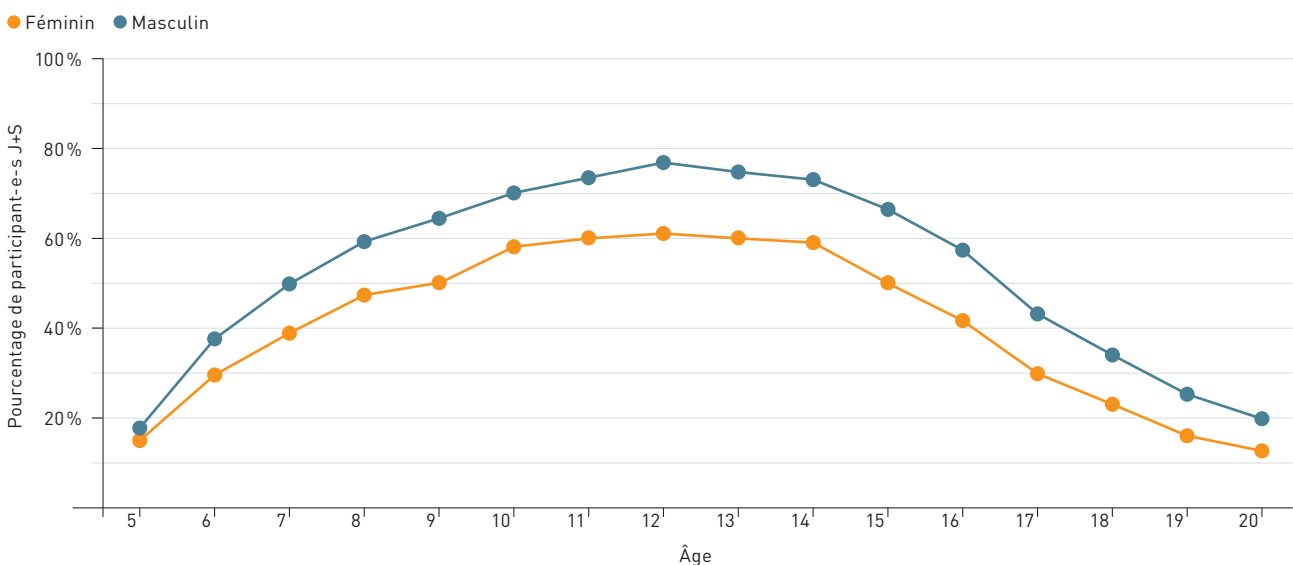
- Feuille d'information 68: [Évaluation du projet GORILLA, 2020-2021](#)
- Feuille d'information 57: [Évaluation de «L'école bouge»](#)
- Feuille d'information 52: [Évaluation du projet DÉFI VÉLO](#)

6.6 L'égalité des chances dans la promotion de l'activité physique

Afin de promouvoir l'accès à l'activité physique pour tou-te-s, il faut créer des opportunités équitables. Cela implique d'être à l'écoute de ce que veulent les jeunes en examinant les faits et en les impliquant

FIGURE 6.5

Taux de participant-e-s aux activités J+S en fonction de l'âge et du genre, 2020



Source: https://www.sportobs.ch/inhalte/Indikatoren_PDF_neu/Ind_6_Sportobs.pdf; les données de référence pour l'ensemble de la population, par catégorie d'âge, proviennent de l'OFS et couvrent l'année 2019.

dans la planification des programmes et d'offrir un accès aux activités physiques et au sport, ainsi que des opportunités et des infrastructures au niveau communal pour les jeunes et leurs familles, indépendamment des capacités physiques et cognitives ou du niveau socio-économique [6.29]. Comme indiqué dans les sections précédentes, les filles sont moins actives que les garçons en Suisse et le niveau d'activité baisse avec l'âge, pour les deux sexes. Par ailleurs, les contraintes financières et le manque d'accès aux activités que les gens apprécient et adaptées à leurs capacités freinent la participation. Par conséquent, une approche uniforme n'est pas adaptée en Suisse.

Le fait de mettre l'accent sur l'activité physique quotidienne, le jeu actif et une large gamme de sports augmente les chances pour tous les adolescent-e-s de faire plus souvent l'activité qui leur plaît et de prendre conscience de l'importance de bouger. Cela implique cependant que les écoles et communes mettent à disposition les infrastructures nécessaires, qu'elles soient sûres et entretenues. C'est d'autant plus important pour les jeunes qui n'ont pas de modèles saillants dans leur famille, pour qui l'entourage offre un accès à bas seuil aux activités. Il s'agit, par exemple, de créer des parcs et des espaces verts là où sont les jeunes et non là où il y a effectivement des zones vertes mais que le lieu est peu adapté à l'usage par les jeunes. Cela requiert une planification urbaine intelligente offrant des trottoirs, des terrains de jeu, de rues peu fréquentées, des pistes cyclables et pédestres, des terrains de sport et de jeu sûrs et accueillants et en fasse la promotion. Ce n'est pas seulement un gain pour les jeunes; c'est toute la communauté et l'ensemble de la société suisse qui en profite.

La communication doit être inclusive et ne pas favoriser involontairement les garçons ou les jeunes aisés. Les affiches et promotions doivent être attrayantes pour le public visé mais veiller à ne pas véhiculer des stéréotypes, faire de discrimination ou mettre en avant certaines morphologies, ou suggérer que certaines activités ou certains sports sont uniquement adaptés à certains types de jeunes. C'est pour cela que les personnes avec un handicap, en surpoids, migrant-e-s, issues de la communauté LBGTIQ+ ou d'un milieu socio-économique défavorisé doivent également y figurer. Tant les espaces construits que la communication visant à promouvoir

l'activité physique doivent être axés sur la communauté, le plaisir, l'intégration sociale et l'accessibilité pour tous les adolescent-e-s suisses.



Informations complémentaires sur l'environnement favorisant l'activité physique

- Site web [Environnement propice à l'activité physique: offres et matériel d'information pour les professionnel-le-s](#)

6.7 Facteurs de réussite et exemples de bonnes pratiques

La Suisse dispose de nombreux projets et programmes visant à promouvoir l'activité physique chez les adolescent-e-s [6.30] (voir encadré: liste d'orientation). Cependant, tous ne sont pas évalués, ce qui empêche non seulement de savoir s'ils sont efficaces, mais aussi d'améliorer leurs points faibles et de s'appuyer sur leurs points forts. Néanmoins, des bonnes pratiques sont appliquées en Suisse et à l'étranger.

Les environnements sociaux et bâtis favorables sont des facteurs clés du comportement des adolescent-e-s en matière d'activité physique. Les mesures politiques doivent donc aspirer à favoriser le changement dans ces domaines. Les adolescent-e-s profitent d'environnements bâtis favorisant tout un éventail de comportements d'activité physique (y compris le déplacement actif, le jeu et le sport), ainsi que d'un environnement social stimulant à l'école et en-dehors.

Les écoles sont considérées comme étant un cadre idéal pour modifier les habitudes sédentaires des adolescent-e-s et promouvoir un style de vie plus actif [6.31, 6.32]. L'accessibilité des jeunes, la présence d'éducatrices et d'éducateurs compétents, qui font figure de modèles crédibles pour les adolescent-e-s et le soutien de l'école dans l'accès aux infrastructures d'activité physique ne sont que quelques-uns des points forts d'une approche en milieu scolaire [6.31]. De plus, l'école permet la participation à des activités sociales passionnantes. Comme l'a démontré le programme américain FunAction, qui a permis d'améliorer considérable-

ment l'attention et la concentration d'adolescent-e-s ayant participé à des activités de 45 minutes proposées chaque jour à l'heure du déjeuner dans les écoles [6.33]. Les études montrent que **les mesures pédagogiques en matière d'activité physique visant une activité quotidienne** sont plus efficaces et montrent des impacts positifs sur le métabolisme et la condition physique [6.8, 6.32]. Différentes études montrent que les mesures destinées aux populations issues de milieux socio-économiques défavorisés sont plus efficaces pour promouvoir l'activité physique auprès des enfants lorsqu'elles sont collectives ou liées à l'école [6.34].

Les mesures à plusieurs niveaux et contextualisées s'avèrent plus efficaces que les approches limitées à l'enseignement [6.33, 6.35-6.41]. Un programme à plusieurs niveaux a montré que la transmission des savoirs, le changement comportemental et la mise à disposition de nouvelles opportunités d'activité physique en milieu scolaire et récréatif avaient un impact favorable sur la participation des adolescent-e-s aux activités et réduisait le temps de position assise [6.39]. Des mesures politiques et contextualisées (comme le fait de permettre aux élèves d'utiliser les espaces dédiés à l'activité physique en-dehors des cours) associées à des mesures spécifiques à l'alimentation, se sont révélées efficaces pour accroître l'activité physique des jeunes [6.38]. Les comportements liés à l'activité physique des adolescent-e-s peuvent être améliorés en combinant des stratégies scolaires à des mesures contextualisées et individuelles, comme l'implication des parents en tant qu'environnement soutenant hors de l'école [6.35].

Une «approche basée sur la personne et sur le développement» (PBDO) a montré des résultats prometteurs en termes d'activité physique durable et d'autres comportements de santé [6.42]. Elle part du postulat que les adolescent-e-s ont le désir d'être en forme et actifs et de viser un mode de vie sain et les effets positifs sur le corps qu'il implique (p.ex. être en forme, fort-e et avoir de l'énergie), plutôt que de se focaliser sur la prévention des maladies. Comme avec le rapport suisse sur l'égalité

en matière de santé, l'implication des jeunes dans la conception de programmes qui leur seront bénéfiques peut donner lieu à une meilleure adhésion et à des programmes plus équitables [6.29].



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Au travers de sa [liste d'orientation](#), Promotion Santé Suisse publie régulièrement un aperçu de mesures actuelles et éprouvées et de projets de promotion de la santé. Elle comprend des mesures dans les domaines intervention, politique, réseautage et relations publiques.

6.8 Conclusion

Pour résumer, une promotion efficace de l'activité physique auprès des adolescent-e-s en Suisse est essentielle. Le niveau d'activité physique est trop faible pour éviter les conséquences à long terme en matière de santé et d'économie. Dans de nombreux pays, les investissements dans les activités quotidiennes, en plus des activités sportives, sont les plus fructueux. Les mesures durables à plusieurs niveaux, axées sur les facteurs individuels, sociaux et contextuels, y compris une bonne planification urbaine, des politiques favorables à la santé, des modèles de rôle positifs, avec un fort accent sur le développement positif et le plaisir, sont fortement recommandées pour la promotion de l'activité physique à l'avenir. Des programmes qui vont au-delà de la motivation et à de la sensibilisation et qui aboutissent en des mesures et des pratiques politiques ciblant le mode de vie et le plaisir de bouger et offrant de nombreuses opportunités dans l'environnement social et physique sont nécessaires pour que nos jeunes bougent suffisamment, remédier à la baisse d'activité liée à l'âge, leur offrir plus d'opportunités et leur permettre de profiter des nombreux avantages tangibles et intangibles à court et à long terme qu'offre un mode de vie sain.

7 Promotion d'une alimentation équilibrée

- **Sophie Bucher Della Torre**, Haute école de santé Genève

Au niveau alimentaire, l'adolescence représente une transition entre une alimentation essentiellement contrôlée et organisée par les parents ou d'autres adultes, vers une autonomie des choix alimentaires, plus ou moins influencée par les pairs [7.1]. Durant cette période de vie, les besoins nutritionnels évoluent, de même que la relation à l'alimentation.

7.1 Pourquoi est-il utile de promouvoir une alimentation équilibrée chez les adolescent-e-s et jeunes adultes?

Une alimentation équilibrée est essentielle pour apporter à l'organisme l'énergie et les nutriments dont il a besoin pour fonctionner de façon optimale et pour favoriser la santé à moyen et long terme. Un déséquilibre alimentaire, tant au niveau du type d'aliments ou des quantités consommés, est reconnu comme un facteur de risque de maladies chroniques [7.2]. Les données suisses montrent que 14,2% des adolescent-e-s entre 15 et 19 ans et 25,7% des 20-24 ans souffrent de surpoids et d'obésité [7.3]. Également en lien avec l'alimentation, les troubles des conduites alimentaires touchent environ 3,5% des 15-60 ans au cours de leur vie [7.4].

À l'adolescence, les habitudes alimentaires développées durant l'enfance sont remises en question par les adolescent-e-s qui doivent se les réapproprier et trouver leur propre équilibre. Or, il a été démontré que les habitudes alimentaires des adolescent-e-s perdurent à l'âge adulte et ont le potentiel de se transmettre à la génération suivante [7.5].

L'adolescence représente donc à la fois une période à risque et une opportunité de promouvoir des habitudes alimentaires saines et plus généralement d'une relation positive à l'alimentation pour la vie. Dans un environnement parfois qualifié de «toxique», qui pousse à la consommation d'aliments et de bois-

sons peu favorables à la santé, il est nécessaire d'outiller les adolescent-e-s et les jeunes adultes pour faire des choix judicieux. Les développements de l'autonomie et de la capacité de raisonnement abstraite font de l'adolescence et des premières années de l'âge adulte une période cruciale pour bâtir toutes les fondations clés d'un-e mangeur-euse compétent-e [7.6, 7.7].

7.2 Recommandations nutritionnelles et alimentaires

L'intense croissance et les modifications de composition corporelle caractéristiques de l'adolescence ont une influence directe sur les besoins nutritionnels et énergétiques des adolescent-e-s. C'est aussi à partir de cette période de vie que les besoins nutritionnels se différencient entre filles et garçons.

Les besoins en énergie sont augmentés et peuvent expliquer l'appétit sans fin que démontrent les adolescent-e-s certains jours. Les besoins en certains nutriments (p. ex. calcium, fer, zinc ou vitamine A) sont particulièrement augmentés. Une alimentation variée et équilibrée permet de couvrir cette augmentation des besoins, mais des habitudes déséquilibrées ou des régimes peuvent être la cause de carences [7.8]. Les [recommandations alimentaires suisses](#), publiées par la Société Suisse de Nutrition (SSN), permettent de couvrir les besoins nutritionnels en favorisant des repas équilibrés complétés par des collations saines. Concrètement, la SSN publie un [feuillet de recommandations détaillé comprenant de nombreux conseils pratiques](#) [7.9]. Les recommandations en termes de composition des repas ou de structure des prises alimentaires sur la journée offrent de nombreuses possibilités pour être conciliées avec les envies et les réalités des adolescent-e-s en pleine phase de transition et d'autonomisation.

7.3 Que mangent les adolescent-e-s et les jeunes adultes?

Il n'existe à ce jour aucun monitoring de l'alimentation des adolescent-e-s en Suisse. Plusieurs études disponibles montrent cependant, tout comme dans la population générale, **un écart important entre les recommandations et les consommations alimentaires chez les adolescent-e-s**:

- Dans l'étude HBSC réalisée en Suisse en 2018, moins de 20 % des 11-15 ans respectaient la recommandation de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes chaque jour. Environ la moitié de l'échantillon consommait des boissons sucrées plus d'une fois par semaine et 11 % plusieurs fois par jour [7.10].
- Une étude suisse réalisée auprès de 1800 jeunes âgés de 15 à 24 ans, a également montré un faible suivi des recommandations, particulièrement pour les légumes (adhésion de 17 % chez les filles et 11 % chez les garçons) et les produits laitiers (adhésion de 10 % et 18 % respectivement). Dans cette étude, les filles suivaient généralement davantage les recommandations que les garçons, excepté pour les recommandations portant sur la consommation de poisson et de produits laitiers [7.11].
- Au niveau européen, l'étude HELENA a rapporté que les adolescent-e-s ne mangent que 50 à 60 % de la quantité recommandée de fruits, légumes, lait et produits laitiers, mais consomment trop de viande, de produits carnés, de graisses et de sucreries [7.12]. En termes de nutriments, des apports insuffisants en folates, en vitamines A, C, B6 et E ainsi qu'en fer, magnésium, zinc, phosphore et calcium ont été observés. Alors que la plupart des adolescent-e-s ont un apport insuffisant en fibres, elles ou ils consomment trop de lipides totaux, d'acides gras saturés, de sodium et de sucres libres [7.13].
- Bon à savoir: une enquête nationale sur l'alimentation ([menuCH-Kids](#)) mandatée par l'OSAV est en cours de préparation et doit fournir des informations détaillées sur la situation nutritionnelle des jeunes âgés de 6 à 17 ans en Suisse.

Au niveau du comportement alimentaire, les habitudes des adolescent-e-s se caractérisent souvent par des grignotages fréquents, une consommation de fast-food et le fait de sauter des repas, en particulier le petit-déjeuner [7.14]. Chez les 11-15 ans, l'étude HBSC a montré que seuls 46 % des filles et garçons prenaient un vrai petit-déjeuner chaque jour (davantage qu'un verre de lait ou de jus de fruits) [7.10]. Alors que les adolescent-e-s et les jeunes adultes sont plutôt de grands consommateurs de repas pris au restaurant et à emporter ainsi que de collations pré-emballées [7.14], il est intéressant de noter que plus de 90 % des participant-e-s de 11-15 ans de l'étude HBSC déclarent prendre leurs repas en famille plusieurs jours par semaine ou tous les jours [7.10].

Chez les jeunes adultes, plusieurs études ont mis en évidence des habitudes alimentaires sous-optimales [7.15] et un risque augmenté de prise de poids [7.16]. Tant chez les adolescent-e-s que chez les jeunes adultes, on observe une ouverture d'esprit, une appétence pour la nouveauté, des convictions fortes et des intérêts personnels très variés, ce qui mène à des cultures alimentaires et des motivations très variées parmi les jeunes [7.17]. La thématique du développement durable est un exemple en lien avec l'alimentation puisque de nombreux conseils alimentaires et environnementaux convergent [7.18].



Pour aller plus loin:

- [App MySwissFoodPyramid](#)



Promotion Santé Suisse propose également le dépliant suivant:

- [Combien de morceaux de sucre les boissons contiennent-elles?](#)

7.4 Facteurs influençant la consommation alimentaire

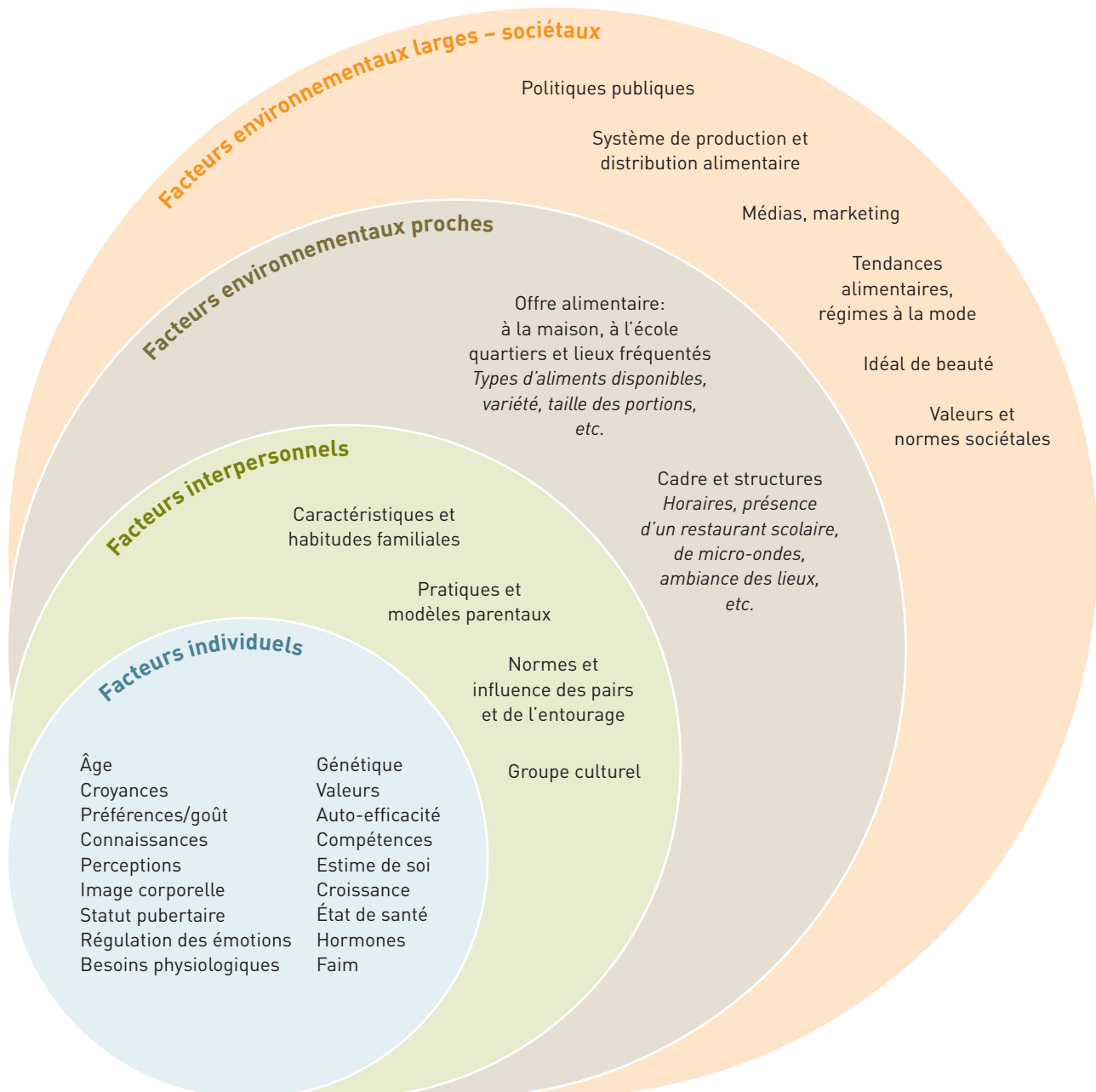
De nombreux facteurs internes et externes influencent les choix, les consommations et les comportements alimentaires. Selon le modèle socio-écologique, ces facteurs peuvent être classés selon quatre niveaux:

- Niveau individuel
- Niveau interpersonnel
- Niveau communautaire
- Niveau sociétal

La **figure 7.1** présente les facteurs connus pour influencer l'alimentation des adolescent-e-s, en fonction de ces différents niveaux.

FIGURE 7.1

Facteurs influençant les choix et comportements alimentaires des adolescent-e-s



Le goût et la commodité (de consommation ou de préparation) sont souvent cités comme les principaux facteurs d'influence des choix alimentaires des adolescent-e-s. D'autres facteurs jouent cependant un rôle important: il peut s'agir de l'apparence des aliments, la faim et le pouvoir rassasiant des aliments, le temps à disposition, le choix et la disponibilité, le coût, les habitudes, l'humeur, les interactions sociales, le bénéfice perçu (dont la santé) ainsi que des préoccupations liées au poids ou à l'image corporelle [7.21].

Sur ce dernier point, dans un contexte de changements corporels rapides et parfois disharmonieux, les adolescent-e-s déclarent fréquemment des préoccupations importantes pour leur poids et/ou leur image corporelle. Au lieu de servir de motivation à mettre en place des comportements sains, plusieurs études ont montré que ces préoccupations peuvent mener à des comportements contre-productifs tels que des régimes stricts, le fait de sauter un repas ou de consommer des suppléments alimentaires controversés. À plus long terme, l'insatisfaction corporelle et la pratique de régimes restrictifs ont été associées à la fois au développement de surpoids et au développement de troubles des conduites alimentaires [7.22].

L'autonomie des adolescent-e-s par rapport à leur alimentation est progressive et dépend des contextes. En prenant de l'âge, les adolescent-e-s sont toujours plus indépendant-e-s dans la planification des repas, les achats et la préparation des aliments. Ces compétences se développent graduellement pour les repas de midi, durant les week-ends, dans certains environnements (à la maison ou au restaurant) et en compagnie des pairs [7.1]. En effet, les facteurs sociaux tels que passer du temps avec des ami-e-s sont en effet une caractéristique importante des environnements alimentaires à cet âge [7.23]. Les choix alimentaires varient également selon les contextes (maison, école, lieux de loisirs, de sport, restaurants ou magasins) et l'offre alimentaire présente. Une étude récente a montré que les lieux de loisirs et de sport étaient aussi ceux où l'alimentation des adolescent-e-s était la plus déséquilibrée [7.24].

Plusieurs études qualitatives ont mis en évidence que les adolescent-e-s comprennent l'importance d'une alimentation équilibrée pour la santé et disposent de connaissances de base. Elles ou ils jugent cependant difficile de les mettre en pratique en rai-

son de barrières telles qu'un manque de temps, de sentiment de compétence en la matière, d'options saines à l'école, de sentiment d'urgence par rapport à la santé, ou le fait de préférer le goût d'autres aliments [7.23, 7.25].

7.5 Interventions possibles et leur efficacité

7.5.1 Principes d'intervention auprès des adolescent-e-s

Lors d'interventions ciblant les adolescent-e-s, il est important de garder en tête certaines caractéristiques liées à cette phase de vie [7.26, 7.27]:

- Développement des compétences de pensée abstraite, possibilité d'intégrer la complexité liée à l'alimentation et les conséquences de choix alimentaires
- Volonté de prendre ses propres décisions, mais plus grande ouverture aux informations sur la santé
- Autonomie et responsabilité croissante dans les choix alimentaires
- Influence importante des pairs et méfiance envers les adultes (surtout au début de l'adolescence)

Les interventions ciblant des adolescent-e-s devraient respecter leur indépendance et encourager leurs capacités de prise de décision tout en appliquant les principes suivants [7.26, 7.27]:

- 1) **Cibler des comportements modifiables:** se concentrer sur des comportements ou des pratiques sur lesquels les jeunes ont un certain contrôle.
- 2) **Baser les activités sur des motivations importantes pour les jeunes:** leur motivation peut être le fait d'avoir de l'énergie, de bien performer physiquement et cognitivement, d'être fort-e, d'avoir une belle peau ou de beaux cheveux. Les bénéfices directs sont par exemple l'aspect pratique, le goût ou le coût.
- 3) **Utiliser des méthodes actives et utiliser de vrais aliments lorsque cela est possible:** les activités de préparation et de dégustation d'aliments sont très efficaces, mais chaque activité devrait avoir un but précis en lien avec l'objectif de l'intervention. La réalisation de recettes simples est un moyen efficace pour augmenter la motivation des jeunes, dépasser leurs barrières perçues et développer leurs compétences culinaires. Choisir

des recettes faciles et rapides qui permettent à chacun et chacune d'être acteur-trice.

- 4) **Fournir un contenu de manière appropriée en termes de niveau de développement cognitif:** sans être trop difficile, les activités devraient être suffisamment stimulantes et donner aux participant-e-s l'envie de relever le défi.
- 5) **Incorporer l'auto-observation et l'auto-évaluation:** sans tomber dans le contrôle malsain, les jeunes peuvent être encouragés à suivre leurs progrès.
- 6) **Aborder les normes sociales et les influences des pairs:** les interventions en groupe sont l'occasion de faire prendre conscience et faire réfléchir les jeunes de manière critique aux pressions qui s'exercent sur eux, par exemple en analysant des publicités, des techniques de marketing ou l'offre alimentaire autour de leur école pour mesurer l'influence puissante de leur environnement.
- 7) **Incorporer le domaine affectif:** en permettant aux jeunes des expériences positives dans un environnement sécurisant, on leur permet également de développer leur estime de soi.
- 8) **Favoriser l'autorégulation cognitive:** les jeunes sont soumis à de nombreuses forces extérieures pour leurs choix alimentaires. Les interventions nutritionnelles sont l'occasion d'aider les participant-e-s à se fixer un objectif personnel concret et raisonnable et de les accompagner pour trouver des solutions créatives pour les atteindre.
- 9) **Intégrer les jeunes:** une implication active des jeunes dans la conception et la réalisation des interventions favorise leur intérêt et la réussite des projets.

7.5.2 Exemples d'interventions

A Promouvoir les connaissances et les compétences

Des connaissances nutritionnelles sont nécessaires mais non suffisantes à la mise en place de comportements sains. En effet, les connaissances doivent être liées à des compétences et à la prise de décision critique pour mener à des choix alimentaires éclairés. Le concept de «littératie alimentaire» (food literacy) a été défini comme «un ensemble de connaissances, de compétences et de comportements interdépendants nécessaires pour planifier, gérer, sélectionner,

préparer et manger des aliments pour répondre aux besoins et déterminer l'apport alimentaire» [7.28]. Définie ainsi, la littératie alimentaire n'est pas seulement une connaissance nutritionnelle, mais elle comprend également des compétences et des comportements, allant de la connaissance de la provenance des aliments à la capacité à sélectionner et à préparer ces aliments ainsi qu'à mettre en pratique les comportements recommandés.

Éducation nutritionnelle

L'éducation nutritionnelle est donc l'une des composantes de la littératie alimentaire. Une étude autrichienne a analysé l'association du nombre d'heures d'éducation nutritionnelle et des qualifications des enseignant-e-s avec les connaissances nutritionnelles et le comportement alimentaire des élèves. Les résultats ont montré qu'une éducation nutritionnelle plus poussée était associée à de meilleures connaissances de la nutrition et une plus grande littératie nutritionnelle. Les analyses ont également montré qu'une meilleure connaissance de la nutrition était indépendamment associée à une consommation plus faible de viande et de thé froid ainsi qu'à une consommation plus élevée de légumes et d'huiles végétales. L'éducation nutritionnelle était également significativement associée à une consommation plus élevée de pain complet, une consommation plus faible de viande et de boissons énergisantes avec des édulcorants [7.29].

Ateliers de cuisine

Les études basées sur des ateliers pratiques de cuisine ont montré des résultats positifs en termes de confiance en soi, de compétences culinaires et de dégustation de nouveaux aliments [7.30]. Les ateliers de cuisine sont l'occasion pour les adolescent-e-s et les jeunes adultes d'expérimenter positivement avec la préparation de mets sains et appétissants [7.31].

De plus, les compétences culinaires semblent perdurer à l'âge adulte et ont été associées à de saines habitudes alimentaires. Dans une étude suivant des participant-e-s entre l'âge de 15-18 ans et 24-28 ans, il a été démontré que les compétences alimentaires et les comportements appris à l'adolescence se maintenaient. D'après cette étude, la préparation des aliments enseignée aux adolescent-e-s peut avoir un effet sur la modification du comportement alimentaire [7.14]. De même, une étude réalisée en



Suisse auprès de plus de 3500 adultes a mis en évidence qu'une participation plus fréquente à des activités culinaires pendant l'enfance prédisait de meilleures compétences culinaires à l'âge adulte, tant chez les hommes que chez les femmes. Or, dans les deux cas, de meilleures compétences culinaires étaient associées à une meilleure qualité de l'alimentation [7.32]. Les approches digitales semblent également prometteuses, même si encore peu étudiées. Le programme «Squire's Quest» inclut par exemple la réalisation de repas dans une cuisine virtuelle [7.33]. D'autres études ont utilisé des serious games, des avatars virtuels ou le visionnage de vidéos [7.34].

Jardinage

Même si l'effet à long terme est encore à démontrer, les interventions de jardinage (centré sur les fruits et légumes) avec les adolescent-e-s ont montré des effets positifs tels que l'augmentation de leurs préférences et de leur volonté de goûter les fruits et légumes ainsi que l'amélioration de leur consommation de ces aliments [7.30].

Notion de plaisir et éducation sensorielle

Le plaisir de manger est l'un des fondements d'une relation positive à l'alimentation et devrait donc être largement présent dans les interventions de promotion d'une alimentation équilibrée. Le plaisir de manger comporte plusieurs dimensions telles que les expériences sensorielles, les expériences sociales, le processus de préparation des aliments, la nouveauté, la variété, l'alimentation consciente, les sensations physiques, le lieu de consommation des aliments et les souvenirs associés à l'alimentation [7.35]. Les activités d'éducation sensorielle et de dégustation en pleine conscience permettent d'explorer l'alimentation avec tous ses sens et de s'ouvrir à une plus grande variété d'aliments. Les principes de dégustation, basés sur l'utilisation de tous les sens, peuvent être utilisés dans les interventions avec des adolescent-e-s [7.36]. Les interventions décrites dans les paragraphes précédents participent à favoriser le plaisir par des stratégies axées sur les expériences sensorielles, la cuisine et/ou le partage d'activités, l'alimentation consciente et les souvenirs positifs liés à une alimentation saine. En ce sens, elles se révèlent également prometteuses [7.35].

Quelques exemples

- [Projet GORILLA](#): le projet vise à transmettre aux jeunes le plaisir de bouger et à les encourager à choisir une alimentation équilibrée grâce à des ateliers et une plateforme éducative.
- [Kebab+](#): selon les activités, les jeunes préparent eux-mêmes des repas savoureux, tout en découvrant les principes d'une alimentation équilibrée, et/ou organisent des repas en commun, pour le groupe ou pour d'autres.
- [Projet Regi&Na](#): durant des camps d'une semaine, les jeunes sont invités à porter un regard critique sur la production d'aliments et leur culture alimentaire, et à mieux percevoir les besoins et signaux envoyés par leur organisme.
- [Projet Sant«e»scalade](#): dans le cadre des entraînements pour la course populaire genevoise de l'Escalade, les jeunes participent à des séances sur les thèmes de l'alimentation et de l'activité physique.

B Modifier l'offre alimentaire, faciliter l'accès et la disponibilité

De nombreux expert-e-s s'accordent pour prôner la mise en place d'un environnement facilitant les choix sains, là où se trouvent les adolescent-e-s. Les choix les plus sains devraient aussi être les plus faciles. Sont visés en premier lieu les écoles et les autres lieux de formation, puisque les adolescent-e-s y passent une proportion importante de leur temps et qu'il s'agit d'un moyen efficace pour toucher des adolescent-e-s de tous les milieux.

Les écoles fournissent aliments et boissons au sein des restaurants scolaires, mais également via d'éventuels distributeurs automatiques ou d'autres points de vente ponctuels. Les interventions possibles peuvent se situer à plusieurs niveaux:

- Augmentation de l'offre: distribution de fruits et légumes ou d'eau dans les écoles; mise en place de standards pour les aliments et boissons servis dans les écoles.
- Restriction de l'offre: mise en place de standards nutritionnels pour les aliments et boissons vendus dans les écoles.
- Adaptation de l'architecture du choix pour faciliter les choix sains.

- Variation du prix des denrées: augmentation du prix de certains aliments ou boissons (p. ex. boissons sucrées) et réduction du prix de certains aliments (p. ex. menu équilibré, salade, soupe de légumes, fruits)

Les évaluations menées dans de nombreux pays ont conclu que les interventions visant à favoriser un environnement promoteur d'une alimentation équilibrée en améliorant l'offre alimentaire est une mesure efficace pour améliorer les habitudes alimentaires, en augmentant la consommation d'aliments ou boissons sains et/ou en réduisant la consommation d'aliments ou boissons à faible intérêt nutritionnel [7.37, 7.38].

D'autres mesures visant à créer des environnements favorables à une alimentation saine et équilibrée sont possibles à un niveau plus large mais ne seront pas discutées ici. Ces mesures incluent par exemple l'amélioration de l'étiquetage alimentaire avec des labels ou des scores nutritionnels pour faciliter les choix lors des achats, les mesures limitant les pratiques marketing visant les enfants, les outils économiques (taxes, subventions) qui facilitent l'accès à des produits sains et réduisent l'attractivité d'autres produits ou l'amélioration de la composition nutritionnelle des aliments par les industriels.



Quelques exemples

- **Fourchette verte**: label décerné aux établissements de restauration qui proposent un plat du jour équilibré, présent dans de nombreux établissements scolaires.
- Distributeurs de fruits en Valais: 16 tonnes de pommes distribuées en Valais durant l'année scolaire 2017/18. [Enquête](#) de la Fédération romande des consommateurs.
- Kiosque de la récréation («[Pausenkiosk](#)») à Berne: des jeunes du niveau secondaire développent ensemble des idées de snacks sains et savoureux qu'elles ou ils vendent directement au kiosque de la récréation.

7.5.3 Littératie médiatique

Les adolescent-e-s sont bombardés de messages sur l'alimentation, la santé et le corps. L'éducation aux médias est une composante importante de la

littératie alimentaire et s'est montrée efficace pour prévenir le développement des troubles de conduites alimentaires. Les programmes d'analyse critique des médias visent entre autres les objectifs suivants:

- sensibiliser aux messages médiatiques concernant le poids, la silhouette idéale, les stéréotypes de genre et l'objectification du corps (voir [chapitre 5](#));
- renforcer l'esprit critique sur les messages alimentaires (régimes, etc.), les «fake news», ainsi que sur les techniques de marketing et de manipulation utilisées dans les médias pour créer des images idéales.

En matière d'alimentation et de nutrition, de nombreux influenceur-euse-s ou blogueur-euse-s communiquent déjà par voie numérique et publient des informations, des opinions, des conseils, des photos et des recettes, souvent sans fondement scientifique. Les réseaux sociaux ont un grand potentiel pour motiver les jeunes à cuisiner et manger sainement mais l'offre numérique est encore lacunaire et le développement et l'évaluation de contenu de qualité est nécessaire.

L'éducation aux médias a également des bénéfices plus larges qui sont discutés dans le [chapitre 9](#) [7.39, 7.40].



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Au travers de sa [liste d'orientation](#), Promotion Santé Suisse publie régulièrement un aperçu de mesures actuelles et éprouvées et de projets de promotion de la santé. Elle comprend des mesures dans les domaines intervention, politique, réseautage et relations publiques.

7.6 L'égalité des chances dans la promotion d'une alimentation équilibrée

Les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé sont touchées de manière disproportionnée par l'obésité qui représente un important facteur de risque de maladie chronique [7.41]. Une étude suisse a montré qu'une alimentation déséquilibrée explique une partie de ce fardeau, même si

d'autres facteurs jouent également un rôle [7.42]. Les populations socialement défavorisées font face à de nombreuses barrières pour manger sainement [7.43] dont il est essentiel de tenir compte dans la mise en œuvre d'interventions.

Les mesures structurelles de la promotion d'une alimentation équilibrée ont l'avantage de toucher toute la population et sont particulièrement efficaces pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé. Chez les adolescent-e-s socialement défavorisé-e-s, les interventions menées dans les écoles ont fait leur preuve, en particulier les projets visant à améliorer l'offre alimentaire au sein de l'école ou à intégrer dans les plans d'études la promotion d'une alimentation équilibrée [7.44]. L'efficacité de ces mesures est renforcée lorsqu'elles sont combinées à des interventions au niveau individuel, d'où l'importance d'associer des mesures comportementales et des mesures structurelles [7.44].

Parmi les mesures de promotion de littératie alimentaire, les interventions basées sur des ateliers de cuisine se sont révélées efficaces pour améliorer l'alimentation auprès des adolescent-e-s issu-e-s de communautés à faible revenu [7.30]. Pour faciliter l'accès aux programmes d'éducation alimentaire, une attention particulière devrait être portée sur l'utilisation de documents visuels (rédigés pour un lectorat à faible niveau de littératie et si possible traduits) et d'images d'aliments (réels, factices ou d'emballages alimentaires).

D'une manière générale, l'orientation des interventions sur un groupe cible spécifique et la participation du groupe cible au développement et à la réalisation du projet sont également des facteurs de réussite. L'implication des parents reste importante pour soutenir les adolescent-e-s socialement défavorisé-e-s, c'est pourquoi leur implication dans les projets semble bénéfique. Finalement, l'aspect ludique des activités est particulièrement important [7.44].

Dans le cadre de la promotion d'une alimentation équilibrée, trois aspects importants devraient encore être pris en compte pour favoriser l'égalité des chances. Premièrement, les habitudes alimentaires sont profondément liées à la culture d'origine et personne ne devrait choisir entre sa culture et sa santé. Des compétences culturelles sont nécessaires dans le développement d'interventions de promotion d'une alimentation équilibrée [7.45]. Deuxièmement, la promotion de la littératie alimentaire,

en particulier le développement des compétences culinaires, peut également être vue comme un moyen de lutter contre les stéréotypes de genre et la répartition inégale du travail domestique entre les hommes et les femmes [7.31]. Finalement, l'insécurité alimentaire est une réalité dont il est nécessaire de tenir compte dans les interventions de promotion d'une alimentation équilibrée [7.46], par exemple en:

- mettant à disposition des informations sur les ressources d'aides dans la région,
- utilisant des aliments de saison, mais également des fruits et légumes surgelés ou en conserve,
- enseignant aux adolescent-e-s plus âgé-e-s comment planifier des menus et réaliser une liste de courses,
- proposant des recettes à base d'œufs ou de légumineuses,
- promouvant la consommation de l'eau du robinet.



Exemples de projets en Suisse

- [Agent-e-s de santé communautaire](#): ce projet vise à promouvoir une alimentation saine, entre autres, chez les personnes migrantes à Genève, via des ateliers co-animés par des agent-e-s de santé communautaire et des professionnel-le-s de santé.
- Site web [«Gut, gesund und günstig essen»](#): promotion des compétences alimentaires au quotidien grâce à du matériel gratuit.



Pour aller plus loin

Rapport [Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques](#), rédigé par D. Weber. Berne: PSCH, OFSP, CDS (2020).

7.7 Conclusion

En conclusion, malgré le grand nombre d'études évaluant des interventions de promotion d'une alimentation saine et équilibrée auprès des adolescent-e-s, les évidences manquent pour pointer les types d'interventions les plus efficaces, ainsi que les modalités de durée et de mise en œuvre les plus prometteuses [7.30].

Les expert-e-s s'accordent à recommander une durée et une intensité d'intervention suffisante et l'utilisation de modèles théoriques et d'outils validés pour structurer et évaluer les interventions [7.27, 7.30]. Plusieurs stratégies prometteuses ont également été identifiées sur la base de programmes existants:

- Interventions dans le milieu scolaire
- Implication des parents
- Actions combinant alimentation et activité physique
- Programme d'enseignement sur la nutrition et l'activité physique
- Actions sur l'environnement
- Sessions d'activité physique
- Durée d'intervention relativement longue (au moins un an)

Même si les résultats obtenus jusqu'à présent sur les changements de comportements sont encourageants à court ou moyen terme, les effets à long terme restent incertains [7.47]. La question de la relation dose-effet reste ouverte, de même que la nécessité de prévoir des «boosters» aux interventions. En attendant de telles réponses, il semble raisonnable d'œuvrer à la diffusion de messages et d'interventions cohérents, dans divers contextes et pour chaque phase de vie.

7.7.1 Professionnel-le-s de santé

Le rôle des professionnel-le-s de santé doit aussi être souligné. En effet, dans le cadre de leur action, les professionnel-le-s de santé ont l'opportunité de transmettre les messages de promotion d'une alimentation variée et équilibrée, mais également de repérer les jeunes qui présenteraient des facteurs de risque de développer un excès de poids, un trouble des conduites alimentaires ou une carence nutritionnelle. En étant attentifs au risque de stigmatisation, les professionnel-le-s de santé peuvent aider les adolescent-e-s et leurs familles à se concentrer

moins sur le poids et davantage sur un changement de comportement durable en suivant les recommandations suivantes [7.48, 7.49]:

- Décourager les régimes alimentaires et soutenir plutôt l'adoption de comportements alimentaires et d'activité physique favorables à la santé, pouvant être maintenus sur une base continue
- Promouvoir une image corporelle positive
- Encourager des repas familiaux plus fréquents et plus agréables
- Encourager les familles à moins parler de poids et à faire plus à la maison pour favoriser une saine alimentation et l'activité physique
- Tenir compte du fait que les adolescent-e-s en surpoids ont certainement subi des mauvais traitements liés au poids et aborder ce problème avec les adolescent-e-s et leurs familles

7.7.2 Priorités d'action au niveau alimentaire

Sur la base des évidences scientifiques et des expériences disponibles à ce jour, les priorités d'action pour promouvoir des habitudes alimentaires saines auprès des adolescent-e-s et jeunes adultes se déclinent en fonction des différents niveaux d'influence décrits précédemment et sont résumées ci-dessous [7.26, 7.27, 7.48].

Au niveau individuel:

- Promouvoir une alimentation variée, plaisante et équilibrée et des apports adaptés aux besoins individuels en mettant l'accent sur des comportements modifiables:
 - Manger au moins cinq portions de fruits et légumes par jour
 - Limiter la consommation de boissons sucrées et promouvoir la consommation de boissons non sucrées
 - Manger un petit-déjeuner chaque jour
 - Porter attention à la taille des portions et aux signaux de faim et de rassasiement
 - Éviter les pratiques malsaines de contrôle du poids
- Développer les compétences en lien avec l'acquisition, la préparation et la consommation des aliments
- Expliquer les nombreux changements qui se déroulent à l'adolescence.

Au niveau interpersonnel:

- Promouvoir une culture et une relation positive à l'alimentation en évitant de catégoriser les aliments en «bons» ou «mauvais»
- Encourager l'autonomie et la prise de décision dans le domaine alimentaire
- Garder une place importante pour les repas en famille et favoriser une ambiance détendue lors de ces moments
- Promouvoir une image corporelle positive et encourager des comportements sains
- Lutter activement contre les moqueries et remarques sur le poids et l'apparence, qu'elles se déroulent dans le cadre familial, scolaire, sportif ou autre

Dans l'environnement:

- Favoriser une offre alimentaire qui facilite les choix sains
- Travailler pour améliorer le goût et l'apparence des aliments sains
- Remplacer les aliments moins sains par des options plus saines
- Simplifier les choix sains en rendant les aliments sains plus disponibles et plus pratiques, par exemple en utilisant les «nudges» alimentaires
- Rendre l'alimentation saine «cool» – faire de la publicité

8 Promotion de la santé psychique

- **Frank Wieber**, Université des sciences appliquées de Zurich
- **Agnes von Wyl**, Université des sciences appliquées de Zurich
- **Annina Zysset**, Université des sciences appliquées de Zurich

8.1 Principes et définitions

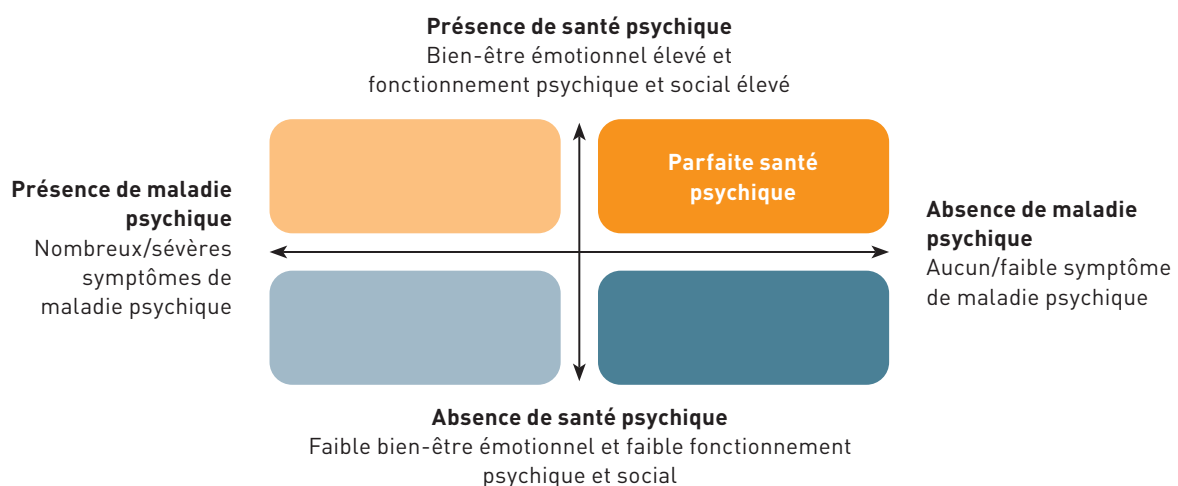
8.1.1 Santé psychique et troubles psychiques

La santé psychique est définie par l’OMS comme «un état de bien-être dans lequel une personne est capable d’exploiter ses capacités, de faire face aux contraintes normales de la vie, de travailler de manière productive et d’apporter une contribution à sa communauté» [8.1].

Le modèle bien établi du continuum santé-maladie d’Antonovsky est utilisé pour illustrer la transition fluide entre la santé et la maladie. En outre, pour la période de l’adolescence, le **modèle des deux continuums** [8.2] constitue une grille d’évaluation pratique et utile dans le domaine de la promotion de la santé (voir le rapport de l’Obsan 72 [8.3]). Il aide à identifier le stress mental qui ne se manifeste pas comme un trouble psychique. L’axe vertical du modèle (figure 8.1) représente le bien-être psychique (avec un niveau de fort à faible), tandis que l’axe horizontal représente le trouble ou la maladie psychique (avec un niveau fort à faible). Ainsi, les adolescent-e-s sans troubles psychiques peuvent malgré tout avoir un faible niveau de bien-être mental, tandis que les adolescent-e-s avec des troubles psychiques peuvent avoir un niveau élevé de bien-être mental [8.3].

FIGURE 8.1

Modèle des deux continuums de Keyes (adapté)



- Personnes ayant un bien-être psychique élevé, sans trouble psychique
- Personnes ayant un bien-être psychique élevé, avec un trouble psychique pouvant être diagnostiqué
- Personnes ayant un bien-être psychique faible, sans trouble psychique
- Personnes ayant un faible bien-être psychique, avec un trouble psychique pouvant être diagnostiqué

Sources: [8.2, 8.3]

8.1.2 L'adolescence en tant que phase de transition importante: impacts possibles sur la santé psychique

L'adolescence s'accompagne de nombreux changements. Certains peuvent entraîner du stress: c'est notamment à cause de cela que l'adolescence et le jeune âge adulte constituent une phase vulnérable pour la santé psychique.

Au **niveau neurobiologique**, des changements se produisent avec des effets possibles sur le développement psychologique. Par exemple, on s'interroge pour savoir si **l'immaturité du cortex préfrontal** en raison du développement est responsable du contrôle des impulsions et favorise les comportements à risque des adolescent-e-s [8.4]. Les interactions sont peut-être plus complexes [8.5, 8.6], mais l'adolescence est une phase de développement caractérisée par des **modifications structurelles et fonctionnelles importantes du cerveau** qui ne s'achèvent généralement que vers 25 ans. Par conséquent, cette phase est **encline à l'établissement de stratégies de gestion du stress inadaptées**, qui ont à leur tour une **influence négative** sur la **santé psychique** et peuvent entraîner une sensibilité et une vulnérabilité accrues [8.7]. Cependant, la puberté, avec sa poussée de développement, est **aussi** perçue comme une **«deuxième chance»** grâce à laquelle les déficits de développement et les comportements dysfonctionnels de l'enfant peuvent être corrigés ou compensés.

8.1.3 Ressources et contraintes

Les ressources et les contraintes (souvent aussi appelés facteurs de risque et facteurs de protection) sont des facteurs qui peuvent potentiellement avoir un effet négatif ou positif sur la santé psychique. Les ressources renforcent la santé psychique et peuvent également réduire l'impact négatif des contraintes. **L'équilibre entre les ressources et les contraintes est essentiel** au maintien de la santé psychique. Les ressources et les contraintes peuvent être internes (facteurs internes) ou externes (facteurs externes) à la personne. Une approche pour promouvoir la santé psychique des enfants et des adolescent-e-s consiste à **renforcer leurs ressources internes et externes**.

Il est possible de distinguer **deux groupes principaux** de facteurs de risque pour les **troubles psychiques** [8.8]:

- **Caractéristiques biologiques ou psychologiques** (facteurs internes), p.ex. une contrainte génétique
- **Caractéristiques psychosociales de l'environnement** (facteurs externes), p.ex. négligence, mauvais traitements et abus, troubles psychiques des parents

En ce qui concerne les ressources, la recherche a pu démontrer l'**effet protecteur des ressources internes** suivantes:

- Auto-efficacité élevée (voir 8.4.2)
- Bonnes compétences de vie (voir 8.4.3)
- Perception positive de soi (estime de soi)
- Amour-propre
- Attitude positive envers la vie (optimisme)

Les offres de promotion de la santé universelle se concentrent souvent sur **le renforcement des ressources internes, modifiables**, comme par exemple **l'auto-efficacité** [8.9-8.11] ou les **compétences de vie**. Mais il existe aussi des approches qui tiennent compte des facteurs externes tels que le cadre de vie, l'école ou la formation afin de favoriser un environnement favorable et de renforcer ainsi les ressources externes.

Les **ressources externes** à l'adolescence sont, en parallèle aux **facteurs de protection familiaux** (qualité des liens et des relations, climat familial positif), de plus en plus les **contacts sociaux avec les pairs**. Il est important de renforcer les facteurs de protection familiaux dès la petite enfance et le plus tôt possible. Les ressources sociales (voir 8.4.4) jouent un rôle fondamentalement important, de même que la qualité des institutions de formation [8.12].

Dans le cas d'enfants et d'adolescent-e-s déjà exposés à plusieurs facteurs de risque (stress), il est recommandé de renforcer les ressources et de **réduire ces facteurs de risque** [8.11]. Il s'agit de facteurs tels que la pauvreté, un statut socio-économique faible, des expériences de violence, des parents mineurs ou une maladie (psychique) des parents.



Informations complémentaires sur le thème de la promotion de la santé psychique chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes

Pour les professionnel-le-s:

- Brochure [Ressources sociales](#)
- Fiche d'infos [10 activités pour la santé psychique](#)
- Rapport 6: [La santé psychique tout au long de la vie](#)



Informations complémentaires d'autres organisations sur ce thème

Pour les professionnel-le-s:

- Brochure [La santé psychique chez les jeunes: sensibilisation et détection précoce. Informations spécialisées pour la pratique pédiatrique et généraliste](#)
- [Projet de recherche sur la santé psychique des adolescent-e-s: conclusions et outils](#)
- [Promouvoir la santé psychique des adolescent-e-s à l'école et dans l'espace social. Cahier de référence pour les professionnel-le-s](#)

Pour les parents:

- [Renforcer une image corporelle positive: Extrait de la lettre aux parents d'adolescents](#) de Pro Juventute
- [Messages spéciaux](#) de Pro Juventute sur divers thèmes, par exemple les adolescent-e-s, la pression et le stress, l'argent et la consommation
- www.projuventute.ch
- www.kinderschutz.ch
- www.elternbildung.ch

Pour les adolescent-e-s:

- [«Heb der Sorg!» Une boîte à outils pour les adolescent-e-s qui veulent relever activement les défis](#)
- [10 activités pour ta santé psychique](#)
- Campagne [«Kensch es?»](#) du canton de Zoug
- Campagne [santépsy.ch](#) pour les adolescent-e-s de 13 à 18 ans
- ABC des émotions de la campagne [«Comment vas-tu?»](#)
- www.feel-ok.ch/www.ciao.ch et www.ontecoute.ch

8.2 Pourquoi la promotion de la santé psychique des adolescent-e-s est-elle utile?

La promotion de la santé psychique à l'adolescence vaut la peine à bien des égards.

8.2.1 Renforcement des évolutions positives

L'adolescence est un **moment optimal pour les interventions**. C'est à cette période que d'une part, la plupart des maladies psychiques et des comportements à risque apparaissent et que, d'autre part, au niveau du développement cérébral, la plasticité des schémas de pensée et de comportement est accrue [8.13]. Grâce aux mesures de soutien, les adolescent-e-s apprennent à prendre activement soin de leur santé psychique et de **gérer elles/eux-mêmes leur comportement de santé**. Ce processus d'apprentissage est au cœur du **développement d'habitudes à long terme** et des modes comportementaux. Précisément en raison du lien étroit entre la santé psychique et physique, cela s'avère payant tout au long de la vie [8.14].

8.2.2 Réduction des évolutions négatives

Les facteurs de risque augmentent continuellement la vulnérabilité face aux troubles psychiques et de plus en plus jusqu'à l'âge adulte. Des ressources solides aident à réduire la fréquence des troubles psychiques ou à modifier les cheminements attendus dans le sens de conséquences moins invalidantes [8.15].

Une mauvaise santé psychique est souvent associée à des comportements à risque tels que la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances, ainsi qu'à des comportements sexuels à risque et à la violence, qui ont des effets à vie et peuvent avoir de graves conséquences [8.16, 8.17]. L'amélioration de la santé mentale est donc une mesure efficace pour prévenir la toxicomanie, les maladies transmissibles et la violence. **Empêcher ou réduire les comportements à risque** contribue également à réduire la souffrance des tiers. Ainsi, l'expérience de la violence est souvent associée à des problèmes psychiques chez les victimes.

Après les accidents, les **suicides** sont la cause la plus fréquente de décès chez les adolescent-e-s plus âgé-e-s [8.13]. Plus de 90 % des adolescent-e-s à risque suicidaire ont eu **un trouble psychique pendant l'année précédente**. Il s'agissait souvent d'une dépression clinique associée à la consommation de

substances et à d'autres facteurs de stress tels que le décès ou la perte d'un être cher, la violence ou l'incertitude quant à l'orientation sexuelle [8.18]. La promotion de la santé psychique aide à prévenir les troubles psychiques et les conduites addictives, ce qui contribue également à la prévention du suicide. Le caractère chronique des troubles psychiques entraîne des coûts élevés (p.ex. en raison d'une perte de revenus) et des souffrances. La **promotion de la santé psychique** réduit le risque de maladie psychique chronique. Ainsi, il existe de **fortes preuves économiques** en faveur d'interventions scolaires visant à améliorer la santé psychique des enfants et des adolescent-e-s [8.19, 8.20]. En conséquence, l'OMS recommande des programmes d'apprentissage socio-émotionnel en milieu scolaire dans sa liste d'interventions rentables pour promouvoir la santé psychique dans les pays à revenu intermédiaire et élevé [8.21] aussi bien pour tous les enfants que pour les enfants à risque.

8.3 La santé psychique des adolescent-e-s en Suisse

8.3.1 Bien-être

L'**étude représentative HBSC** pose un certain nombre de questions sur l'état de santé général des adolescent-e-s et leur satisfaction à l'égard de la vie. Les chiffres de 2018 montrent que la **majorité des 11-15 ans se sentaient bien**: 90,7% des garçons et 83,7% des filles de cet âge ont déclaré un niveau de satisfaction à l'égard de la vie plutôt élevé à très élevé [8.22]. Les valeurs sont restées similaires pour les cinq enquêtes (période de 2002 à 2018). Cependant, cette satisfaction est inférieure chez les 12-15 ans par rapport aux enfants de 11 ans.

8.3.2 Prévalence des maladies psychiques et du stress

Il n'existe actuellement pas de synthèse fiable des données sur les maladies et troubles psychiques chez les adolescent-e-s en Suisse (voir encadré suivant). C'est pourquoi jusqu'à aujourd'hui sont cités les chiffres de prévalence de l'**étude ZESCAP** (Zurich Epidemiological Study of Child & Adolescent Psychopathology) de 1994 et de l'étude longitudinale basée sur celle-ci nommée **ZAPPS** (étude zurichoise sur la psychologie et la psychopathologie des adolescent-e-s, collectes de données de 1994 à 2004/05;

voir p. ex. [8.23]). Dans cette étude représentative du canton de Zurich, la prévalence à 6 mois des troubles psychiques chez les 14-17 ans en 1994 était de 12,8%. Cela signifie qu'environ **13% des adolescent-e-s** de cet âge ont souffert d'un **trouble psychique** dans un délai de six mois. Ces chiffres sont comparables aux mesures internationales: dans une méta-analyse à partir de 41 études de 2015 dans 27 pays différents, une prévalence moyenne de 13,4% a été identifiée pour les quatre plus grands groupes de troubles psychiatriques (troubles anxieux, dépressions, TDAH, troubles du comportement) [8.24].



Comment mesure-t-on les troubles et maladies psychiques?

Si la prévalence des troubles ou maladies psychiques est mentionnée dans les études, on peut supposer que celles-ci ont été recueillies sur la base d'entretiens diagnostiques et des diagnostics de troubles psychiques qui en découlent. Étant donné que cette méthode est très complexe et donc coûteuse, de nombreuses études épidémiologiques utilisent des instruments dits de dépistage. Il s'agit de questionnaires remplis directement par les répondant-e-s. Cependant, ces questionnaires ne fournissent que des indications sur la présence d'un trouble psychique. Cette circonstance est prise en compte en parlant d'instabilité psychique ou de stress. Il est souvent indiqué avec quelle probabilité un trouble psychique est présent.

Pour les jeunes adultes, il existe une étude représentative actuelle sur la prévalence des problèmes de santé psychique: la **Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH)**. Les données de 3840 personnes âgées de **17 à 22 ans** ont été examinées. En 2018, environ un tiers des jeunes femmes et un cinquième des jeunes hommes âgé-e-s de 17 à 22 ans présentaient des signes d'un des trois **troubles psychiques que sont la dépression, l'anxiété** ou les **TDAH**. Il est frappant de constater que près de la moitié de ces personnes n'estimaient pas qu'un traitement thérapeutique était nécessaire. De plus, les deux tiers n'ont jamais demandé l'aide d'un-e professionnel-le. Les raisons pourraient être

une connaissance insuffisante des symptômes cliniques ou une incapacité à rechercher un traitement thérapeutique [8.25, 8.26].

Pour les **enfants et adolescent-e-s de 11 à 15 ans**, l'étude **HBSC** collecte les données sur les troubles psychoaffectifs tels que **la tristesse, la mauvaise humeur, la nervosité, la fatigue, l'anxiété, l'irritabilité et les difficultés d'endormissement** [8.22]. La **figure 8.2** montre le pourcentage d'enfants et d'adolescent-e-s ayant souffert d'un trouble spécifique (p. ex. tristesse), plusieurs fois par semaine ou plus fréquemment (c'est-à-dire de façon chronique) au cours des six derniers mois. Pour tous les troubles, l'année 2018 affiche la valeur la plus élevée par rapport aux quatre mesures précédentes. Seule l'expérience d'agacement chronique ou de colère a légèrement diminué. Les données montrent également que toutes les valeurs pour **les filles** sont plus **élevées** que pour **les garçons** [8.22].

En plus des troubles courants que sont la dépression, l'anxiété et le TDAH, d'autres troubles psychiques prennent de plus en plus d'importance à l'adolescence. Ce sont les **troubles de l'alimenta-**

tion et les **addictions**. La **schizophrénie** commence également souvent à l'adolescence. Le diagnostic des troubles psychiques doit être combiné à un processus d'évaluation complet qui tient compte du stade de développement de l'adolescent-e.

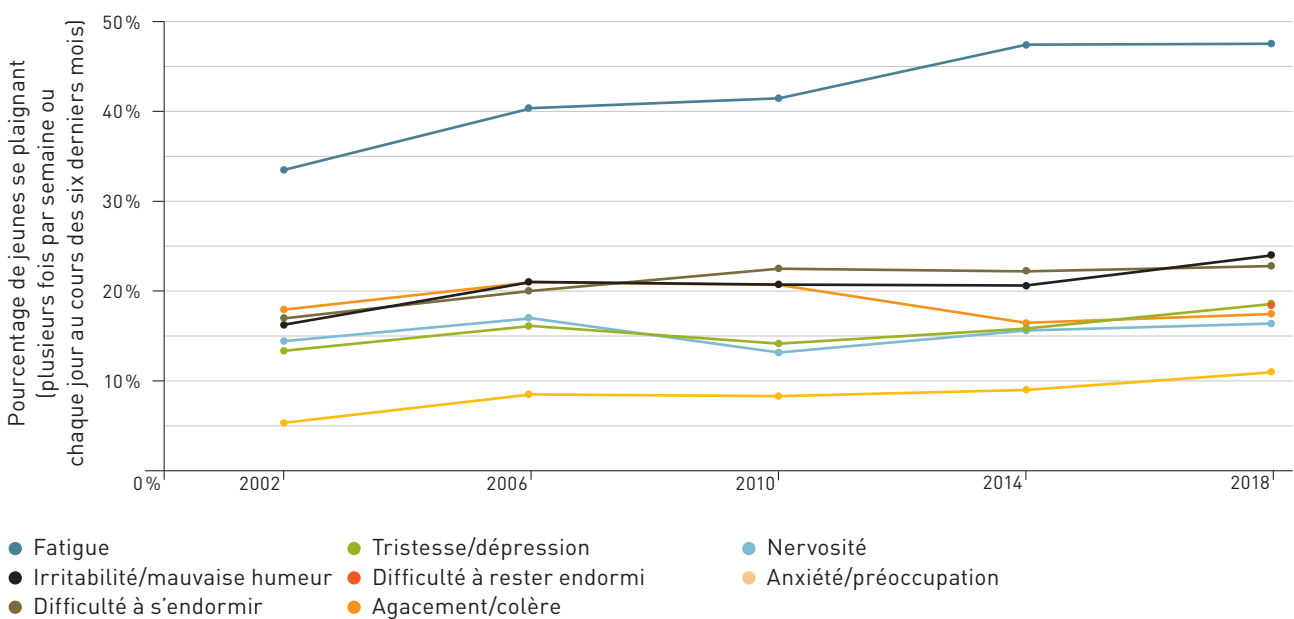


Diagnostic orienté selon le développement

Le diagnostic des troubles psychiques chez les enfants et adolescent-e-s doit toujours s'intéresser au stade de développement de la personne concernée. Cela signifie que le processus de diagnostic doit être adapté au niveau de développement de l'enfant. Les différentes manifestations des troubles psychiques aux stades respectifs du développement doivent également être prises en compte. Tous les domaines de la vie des enfants et des jeunes peuvent également être touchés: en plus des relations avec la famille et les pairs, l'école est également particulièrement importante.

FIGURE 8.2

Évolution des troubles psychoaffectifs récurrents ou chroniques chez les jeunes de 15 ans, 2002-2018



Source: Addiction Suisse – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

8.3.3 Impact de la pandémie de coronavirus

Diverses études montrent que la crise actuelle du coronavirus a un effet psychique **plus important sur les jeunes que sur les personnes plus âgées** (p.ex. [8.27, 8.28]). L'influence du premier lockdown sur la santé psychique des jeunes en Suisse a également été examinée par Mohler-Kuo et al. [8.25]. Environ **un tiers** (35,2%) des enfants et adolescent-e-s âgé-e-s de 12 à 17 ans ont été dépistés positifs à une **maladie psychique**. De plus, 30,1% des jeunes de cet âge ont un **usage problématique d'Internet**; ceci est également confirmé par d'autres études [8.29]. L'augmentation significative du nombre de cas dans les **services ambulatoires des cliniques psychiatriques pour enfants et adolescent-e-s** est un indicateur du stress excessif pesant sur les enfants et les adolescent-e-s. Cela était déjà détectable lors du semi-confinement au printemps 2020, mais encore plus évident lors de la deuxième vague de la pandémie de l'automne 2020 au printemps 2021 [8.29]. Diverses autres études montrent les effets considérables de la pandémie du coronavirus sur le bien-être psychologique des adolescent-e-s. Les revues narratives que Dratva et al. ont réalisées en 2021 et 2022 pour l'OFSP et la SSPH+ offrent un aperçu des résultats en Suisse et en Europe [8.30, 8.31]. Bien qu'il y ait des signes d'une légère amélioration avec le retrait des mesures relatives au coronavirus, il faut s'attendre à ce que les **effets de la pandémie** sur la santé psychique **perduent** encore quelques temps. Par conséquent, **l'observation régulière, détaillée de la santé psychique** des adolescent-e-s et l'optimisation des **offres de financement** seront également prioritaires dans les années à venir.

8.3.4 Impact de l'insertion professionnelle

Outre la pandémie, la **transition après l'école** constitue un défi pour la santé psychique. En Suisse, près d'un-e adolescent-e sur six ne trouve pas de débouché professionnel après la scolarité obligatoire [8.32]. Les filières de transition accompagnent ces adolescent-e-s dans leur recherche d'apprentissage et d'emploi. Cependant, les adolescent-e-s qui n'ont pas de solution de suivi après la scolarité obligatoire sont significativement plus souvent touchés par des déficiences et des troubles psychiques que celles et ceux en apprentissage ou dans une école de maturité [8.33]. D'une part, **l'absence de place de formation** entraîne un stress psychique et d'autre part, de nombreux jeunes ne trouvent **pas de place d'apprentissage en raison d'un trouble psychique**. Cette situation se reflète dans les rentes AI. Comme l'ont montré Baer et al. [8.34] seules 14% des personnes ayant perçu une pension d'invalidité avant l'âge de 23 ans avaient terminé une formation professionnelle avec un certificat fédéral de capacité (CFC). Alors que l'octroi d'une rente d'invalidité pour raisons psychologiques diminue dans les autres tranches d'âge depuis 2005, il augmente d'environ 6% par an chez les très jeunes (18-19 ans) depuis 1995 et d'environ 2% par an chez les 20-24 ans. Il n'est pas rare qu'il s'agisse de rentes AI à taux plein, souvent versées jusqu'à l'âge de la retraite AVS: l'octroi d'une rente intervient souvent avant l'âge de 23 ans et des pensions de 100% sont accordées dans 84% des cas [8.34], ce qui entraîne des coûts énormes. Quitter prématurément le marché du travail peut également entraîner une déstabilisation sociale pour les personnes concernées et donc des complications psychologiques. Par conséquent, **l'insertion précoce sur le marché du travail est importante**.



Corona et promotion de la santé

- Document de travail 56: [Répercussions de la pandémie de coronavirus sur la promotion de la santé](#)
- Document de travail 52: [Effets de la pandémie du coronavirus sur le stress et les ressources liées à la santé de la population](#)

Le projet [«LIFT»](#), un programme de transition de l'école primaire à la formation professionnelle pour les jeunes en situation initiale difficile, [«Apprentice»](#) pour promouvoir la santé psychique des apprenant-e-s, et [«préc@WORK»](#) pour les adultes en for-

mation, qui vise à réduire l'absentéisme et les manquements liés à l'usage de substances addictives et à sensibiliser aux facteurs de risque et de protection, constituent des exemples de projets dans le cadre de la formation et de la vie professionnelle.



Focus

Jeunes actifs – Conditions de travail et santé

- **Ilona Hannich**, Promotion Santé Suisse

Le [document de travail 55](#) de Promotion Santé Suisse [8.60] résume les résultats sur la santé et le stress du travail et les ressources des jeunes actifs âgés de 16 à 24 ans.

État de santé et situation de vie

Les jeunes actifs perçoivent leur propre état de santé comme étant bon ou très bon plus souvent que les actifs plus âgés. Elles ou ils ont moins de maladies chroniques, souffrent moins souvent d'hypertension et ont un indice de masse corporelle (IMC) plus bas. Les groupes d'âge plus jeunes, en revanche, sont en moyenne plus stressés psychologiquement et les pensées suicidaires sont plus fréquentes parmi ce public cible que chez les actifs plus âgés. Elles ou ils possèdent moins de ressources personnelles telles que l'auto-efficacité et les capacités d'adaptation. En ce qui concerne les ressources dans la vie privée, les jeunes actifs se sentent plus soutenus par un réseau social que les autres tranches d'âge. Elles ou ils ont beaucoup moins de contraintes dans leur vie privée, telles que les tâches ménagères et les responsabilités liées à la garde des enfants.

Contraintes liées au travail

Les jeunes actifs signalent un stress physique plus important dans la vie professionnelle quotidienne que les personnes actives plus âgées. Elles ou ils sont moins touchés par la pression du temps, la polyvalence et les interruptions de travail, mais se sentent plus souvent dépassés par le contenu et perçoivent plus souvent

les tâches comme contradictoires que leurs collègues plus âgés.

Ressources liées au travail

Les jeunes actifs ont plus souvent l'occasion d'apprendre de nouvelles choses au travail, tout en ayant moins de possibilités d'action et de participation. Elles ou ils se sentent mieux soutenus par leurs supérieur-e-s et au sein de l'équipe que les personnes actives plus âgées. Le soutien social est donc l'une des ressources centrales des jeunes actifs.

Le **Job Stress Index (JSI)** décrit la relation entre les différentes contraintes et ressources liées au travail. Depuis le début des enquêtes en 2014, les jeunes actifs sont les plus stressés parmi toutes les catégories d'âge, c'est-à-dire qu'elles ou ils présentent le pire rapport entre contraintes et ressources. Environ 30 à 40 % sont exposés à un niveau de contrainte si élevé que l'on peut supposer des effets négatifs sur la santé et des pertes de productivité liées à la santé. On note également une forte perméabilité entre vie professionnelle et vie privée chez les jeunes actifs: les problèmes personnels ont un plus fort impact sur le travail et vice versa.

Recommandations d'action en un coup d'œil

Champ d'action: personnes de référence

- Renforcement ciblé des responsables de la formation professionnelle dans les entreprises avec formations de base et formations continues, mise à disposition de ressources et valorisation de cette fonction
- Échanges réguliers d'informations entre les différents acteurs
- Promotion des échanges entre pairs

Champ d'action: conception du travail et tâches

- Conception de tâches motivantes avec des objectifs clairs et suffisamment de liberté créative pour faire l'expérience de l'auto-efficacité et du sens
- Gestion des contraintes physiques favorable à la santé: réduction des contraintes évitables, développement des ressources et des mesures de protection
- Focalisation sur le soutien individuel avec une place accordée aux incertitudes, aux questions et aux erreurs, et un équilibre entre le soutien et la responsabilité individuelle
- Vigilance quant aux interactions entre travail et vie privée

Champ d'action: défis psychologiques

- Sensibilisation préventive et renforcement des connaissances sur des sujets tels que la

maîtrise du stress et la santé psychique chez les apprenant-e-s et les responsables de la formation professionnelle

- Renforcement des stratégies d'adaptation et soutien au développement des compétences de gestion du stress et de régulation des émotions
- Identification précoce des contraintes psychiques en abordant les difficultés avec ouverture et empathie (p. ex. présentisme, manque de concentration au travail, stress, consommation d'alcool et de drogues)

Dans le cadre d'Apprentice, Promotion Santé Suisse a développé des offres permettant de promouvoir la santé psychique des apprenant-e-s dans le cadre de l'entreprise. L'offre se concentre aussi bien sur le niveau comportemental que structurel. Pour plus d'informations, voir fws-apprentice.ch.

8.4 Promotion de la santé psychique durant l'adolescence

La promotion de la santé psychique chez les adolescent-e-s est de plus en plus au centre de l'attention ces dernières années. Ainsi, l'initiative «**Helping Adolescents Thrive**» (HAT) [8.35] de l'OMS appelle tous les pays à mettre en œuvre des interventions pour promouvoir la santé psychique des adolescent-e-s. Les interventions ne doivent pas seulement porter sur l'individu, mais aussi sur son environnement [8.36, 8.37].



Liste d'orientation de Promotion Santé Suisse

Au travers de sa [liste d'orientation](#), Promotion Santé Suisse publie régulièrement un aperçu de mesures actuelles et éprouvées et de projets de promotion de la santé. Elle comprend des mesures dans les domaines intervention, politique, réseautage et relations publiques.

De nombreuses approches se sont révélées prometteuses pour la promotion de la santé psychique. Les comportements de santé tels qu'un sommeil suffisant, de l'activité physique, une alimentation équilibrée ou une utilisation consciente des médias ont un effet positif sur la santé psychique [8.38]. Dans ce chapitre, nous nous concentrons sur les **facteurs psychologiques de protection: l'auto-efficacité, les compétences de vie** («life skills education» [8.39]) et les **compétences en santé** en tant que ressources internes ainsi que **l'aide sociale** en tant que ressource externe.

8.4.1 Favoriser l'auto-efficacité

L'auto-efficacité est une ressource interne et un facteur de protection psychique. Un niveau élevé d'auto-efficacité aide à ne pas se laisser décourager par des difficultés ou des revers dans la poursuite d'objectifs personnels. Ne pas baisser les bras et persévérer est souvent un facteur décisif pour réussir à long terme dans l'atteinte de ses objectifs, du comportement en matière de santé à la réussite scolaire.



Définition 8.1

Auto-efficacité

L'auto-efficacité décrit la croyance subjective que l'on est capable de créer ou d'apprendre quelque chose. Par conséquent, on parle souvent d'auto-perception de l'efficacité personnelle. Les personnes ayant une auto-efficacité élevée sont plus susceptibles de penser «Je peux le faire!» que «C'est trop difficile, je ne peux pas». [8.11, 8.40, 8.41]



Informations complémentaires sur le thème de l'auto-efficacité

- Vidéo: [Qu'est-ce que l'auto-efficacité et comment est-elle encouragée?](#)
- Auto-efficacité: [Un guide pour les responsables de projets des programmes d'action cantonaux pour la promotion de l'auto-efficacité et des compétences de vie](#)

Le rapport sur la santé documente la nécessité de promouvoir l'auto-efficacité chez les adolescent-e-s [8.36]. Par rapport à l'ensemble de la population suisse, les **16-25 ans** ont un niveau **d'auto-efficacité moindre** (65,7% contre 71,8%) et ont un sentiment de maîtriser leur vie plus faible (locus de contrôle; 29,8% contre 37,4%) [8.36].

L'auto-efficacité peut, selon Bandura [8.42], être développée en particulier par:

- de propres expériences de réussites (l'expérience directe a la plus grande influence),
- des expériences par procuration (observation de personnes similaires accomplissant avec succès une tâche, modèle d'apprentissage),
- l'encouragement et la persuasion par autrui (expérience symbolique).

La [vidéo](#) explicative de Promotion Santé Suisse pour promouvoir l'auto-efficacité chez les adolescent-e-s offre différents exemples de fonctionnement de ces processus [8.43].

En général, le **traitement conscient de l'esprit et du corps** favorise l'auto-efficacité en tant que ressource interne. Les adolescent-e-s qui connaissent des stratégies pour se déconnecter et se ressourcer se sentent mieux dans leur peau [8.9]. Les adoles-

cent-e-s qui ne sont pas familiarisés avec de telles stratégies courent le risque de recourir à des comportements qui conduisent à un sentiment d'auto-efficacité à court terme (p. ex. régimes alimentaires, activité sportive excessive ou utilisation de tranquillisants et de substances addictives). Cependant, ces comportements sont problématiques et potentiellement néfastes pour la santé à long terme [8.9, 8.44].

8.4.2 Promouvoir les compétences de vie

Le **concept de compétences de vie** a été influencé par l'OMS [8.45] et sert de cadre conceptuel à de nombreux projets de promotion de la santé. Les compétences de vie peuvent également être comptées parmi les ressources internes et les facteurs psychologiques de protection. Elles reflètent les compétences générales de base dont une personne a besoin pour faire face aux divers défis de la vie. Au total, on distingue dix compétences de vie réparties en cinq paires [8.45]:

- 1) Résolution de problèmes – prise de décision
- 2) Pensée créative – pensée critique
- 3) Compétences en communication – compétences relationnelles
- 4) Conscience de soi – empathie
- 5) Gestion du stress – gestion des émotions

[Promotion santé Valais](#) fournit aux adolescent-e-s des [vidéos](#) explicatives sur les compétences de vie en français et en allemand.

Bien que toutes les compétences de vie soient importantes à l'adolescence, la gestion du stress et des émotions semble particulièrement centrale pour la promotion de la santé. La **gestion du stress** est une compétence de vie importante qui devient de plus en plus importante à l'adolescence et au début de l'âge adulte, à mesure que les exigences augmentent et que les possibilités d'y faire face ne sont pas toujours suffisantes [8.44]. Selon le modèle dit de stress transactionnel [8.46], il existe quatre approches centrales pour la prévention du stress:

- 1) Réévaluation de la situation de départ
- 2) Renforcement des ressources d'adaptation existantes
- 3) Perception opportune des signaux de stress
- 4) Identification des situations individuelles de déclenchement de stress

Développé en Allemagne, le projet [«SNAKE – Stress nicht als Katastrophe erleben»](#) constitue un exemple

en matière d'amélioration de la gestion du stress. Il améliore la façon dont les adolescent-e-s gèrent le stress en milieu scolaire en utilisant des principes de thérapie comportementale tels que des techniques de relaxation et de résolution de problèmes. La **régulation des émotions** en tant que compétence de vie est essentielle pour contrôler les sentiments négatifs et positifs extrêmes et éviter les fortes fluctuations. Elle est abordée, par exemple, dans les projets [«Start Now»](#) et [«Stress – wir packen das!»](#). D'autres compétences de vie comme les **compétences en communication** et les **compétences relationnelles** sont importantes pour établir et entretenir des relations. Les relations font partie des ressources externes et comprennent l'intégration sociale et le tissu social. De bonnes relations sociales sont un facteur de protection essentiel qu'il convient de renforcer pour la santé psychique. Un exemple de projet visant à promouvoir des compétences relationnelles, l'empathie et des compétences de communication efficaces est [«Denk-Wege»](#).

Un autre exemple est le **programme de pleine conscience «MoMento»** qui favorise l'apprentissage socio-émotionnel et l'établissement de relations dans les écoles primaires (1^{re} à la 6^e année HarmoS). La **perception de soi** et l'**empathie** sont également des compétences de vie qui peuvent être spécifiquement abordées dans les projets de promotion de la santé psychique. La perception consciente de ce que l'on fait et de ce qui est bon pour soi constitue une base importante pour identifier les actions qui sont un obstacle ou un avantage pour sa propre santé psychique. Ces compétences de vie sont utilisées, par exemple, dans le projet [«Bodytalk PEP»](#). [«#SOBINICH»](#) est une plateforme sur l'image corporelle positive; celle-ci collabore avec le programme [«#MOICMOI»](#) en Suisse romande. Les deux projets visent à promouvoir une image corporelle positive chez les jeunes.

En plus des approches ciblant spécifiquement les compétences de vie individuelles, des mesures ont également été **développées** pour promouvoir les **compétences de vie en général**. Ainsi, des suggestions pédagogiques et didactiques pour les écoles ont été développées dans la publication [«Développer les compétences de vie – Une aide au travail pour les écoles»](#) [8.47]. Une autre offre est [«feel-ok»](#) qui propose diverses méthodes de promotion de la santé psychique pour l'animation socioculturelle

enfance et jeunesse et pour l'école autour des compétences de vie. La brochure [«Prends soin de toi!»](#) aborde des sujets importants pour les jeunes tels que le stress des examens, les chagrins d'amour et l'addiction avec des conseils et des exercices concrets, également en allemand et en italien ([«Heb der Sorg!»](#) ou [«Abbi cura di te!»](#)).

Un programme réussi et scientifiquement fondé pour promouvoir la santé psychique, qui est mis en œuvre dans les écoles primaires et secondaires (7^e à 11^e année HarmoS) par la Fondation suisse pour la santé RADIX, s'intitule [«MindMatters»](#). Ce programme complet s'adresse autant aux élèves qu'aux enseignant-e-s et directions d'école. MindMatters poursuit une approche holistique dans laquelle les enseignant-e-s, les parents et l'environnement scolaire sont également impliqués afin de favoriser un climat scolaire positif et bienveillant. Il vise à renforcer les compétences psychosociales des élèves par le biais notamment d'outils pédagogiques spécialement conçus pour les écoles. L'auto-efficacité, la gestion du stress, la confiance en soi, la capacité à gérer des problèmes, le respect, les compétences socio-émotionnelles y sont entre autres transmises et renforcées. Les résultats de l'évaluation ont montré des changements positifs chez les élèves, tels qu'une réduction du stress scolaire, du stress psychologique de l'école et des sentiments négatifs [8.48].



Informations complémentaires sur le thème des compétences de vie

- [Compétences de vie](#)

8.4.3 Promouvoir les compétences en santé psychique

La **compétence en santé** («health literacy») constitue une autre ressource interne et un facteur de protection psychologique pour la santé psychique. Elle permet aux adolescent-e-s de trouver, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer les informations sur la santé de manière appropriée [8.49]. Cette compétence fondamentale permet aux adolescent-e-s de naviguer parmi la vaste quantité d'informations disponibles sur la santé. Une compétence élevée en santé est associée à une meilleure santé [8.50].

Les **compétences en santé psychique** peuvent être comprises comme faisant partie des compétences en santé qui mettent l'accent sur la capacité de réguler et d'améliorer sa santé psychique. Au cœur de ces compétences se trouvent les éléments suivants: savoir comment atteindre et maintenir une bonne santé psychique, ce que sont les maladies mentales, comment elles sont traitées, ainsi que quand et où obtenir de l'aide.

La suppression des tabous liés aux troubles psychiques est également centrale. Déstigmatiser la maladie psychique en changeant les normes et les valeurs sociétales peut aider à promouvoir la santé psychique. La combinaison de transmission de connaissances et d'établissement de contacts entre les personnes concernées et celles qui ne le sont pas est particulièrement efficace.

Les campagnes [«Comment vas-tu?»](#) et [«Santépsy»](#), qui non seulement offrent des connaissances, mais veulent également sensibiliser sur ce thème et faire comprendre qu'il est important de pouvoir parler de tout, y compris de la santé mentale et des troubles psychiques, constituent des exemples. La campagne associée [«ABC der Emotionen»](#) est visuellement spécialement adaptée aux jeunes.

Des visites scolaires et des ateliers proposés par différents acteurs offrent aux adolescent-e-s l'occasion d'échanger sur les troubles psychiques avec les personnes concernées, leurs proches et les spécialistes sur un pied d'égalité, et d'apprendre les un-e-s des autres. Rendre compte de ce thème du point de vue de toutes les personnes impliquées aide également les personnes extérieures à mieux le comprendre, à briser les préjugés et à mieux les gérer (p. ex. [Trialog et Antistigma Suisse](#)).

8.4.4 Promouvoir le soutien social

Le **soutien social**, qui désigne **l'attente et l'obtention d'aide et de soutien**, en particulier lorsque des situations difficiles ou stressantes doivent être surmontées, constitue une ressource externe centrale et un facteur de protection pour les adolescent-e-s. La perception subjective du réseau social personnel et du soutien disponible est plus déterminante que le réseau objectivement existant [8.51].

Cinq types de soutien social peuvent être distingués [8.51]:

- Aide informationnelle (informations et conseils)
- Soutien instrumental et matériel
- Soutien émotionnel
- Contact social positif, intégration sociale, sécurité relationnelle et soutien
- Aide d'évaluation

Selon le problème, différents types de soutien sont nécessaires. Dans les situations de vie stressantes, le soutien social, une compassion sincère, l'estime de soi, le soutien émotionnel et cognitif, les distractions sociales ainsi que les conseils et les informations se sont avérés des formes concrètes de soutien efficaces dans la pratique quotidienne [8.51].

L'efficacité du soutien social attendu, reçu ou même donné dépend de **l'étendue et de la qualité des relations sociales favorables**. Dans le cas d'amitiés profondes, le soutien est généralement plus important que dans le cas de relations sociales vagues, comme la fréquentation d'une même école. Ce n'est pas seulement la quantité, mais aussi la qualité des relations sociales qui sont déterminantes pour le soutien social. La simple possibilité de pouvoir mobiliser un réseau familial et amical en cas de crise a un effet positif sur la santé psychique, même si le soutien n'est pas sollicité. L'attente ne correspond pas toujours au soutien réellement disponible. Dans certaines configurations, le soutien social peut également avoir des effets négatifs si les attentes de soutien sont déçues ou si le soutien est non souhaité, inadéquat ou inefficace. En principe, cependant, on peut présumer un effet positif.

Afin de favoriser l'accompagnement social des jeunes, les interventions peuvent débuter dans différents contextes. Ainsi **à l'école** [«Positive Peer Culture»](#) constitue par exemple un projet dans le cadre duquel les adolescent-e-s se rencontrent régulièrement pour se conseiller et se soutenir mutuellement. **Des organisations de jeunesse** comme [Milchjugend](#) offrent des possibilités aux personnes LGBTIQ+ de trouver des informations, mais aussi du soutien social (voir 8.5.3).



8.4.5 Détection et intervention précoces

En plus de promouvoir la santé psychique, **l'identification précoce de troubles psychiques**, en particulier des premiers signes ou stades précurseurs, est un élément important pour améliorer la santé psychique des adolescent-e-s. Un diagnostic précoce peut aider à identifier et traiter rapidement les troubles psychiques dans le sens d'une intervention précoce afin de prévenir la chronicité. Les **médecins généralistes et pédiatres** jouent un rôle central dans le dépistage précoce des troubles psychiques chez les adolescent-e-s [8.52]. En règle générale, ils ont une relation de confiance avec les adolescent-e-s, observent leur évolution sur une période prolongée et peuvent ainsi souvent reconnaître le lien entre les plaintes somatiques et éventuellement les problèmes psychologiques sous-jacents (voir à ce sujet le projet «[Take Care](#)» de la Haute École de Zurich pour les Sciences Appliquées).

8.5 Égalité des chances pour la promotion de la santé psychique

La promotion de la santé et la prévention ont pour tâche de permettre à chacun-e de réaliser pleinement son potentiel de santé, c'est-à-dire de lui permettre de contrôler son état de santé. Pour cela, il convient de **réduire les inégalités** et de **créer des opportunités similaires** [8.53]. Les adolescent-e-s ont également des chances inégales en matière de santé psychique, et pour certains groupes, l'apparition de troubles psychiques est plus probable.



Définition 8.2

Intersectionnalité

Dans le contexte de l'inégalité des chances, il convient de noter que les individus peuvent avoir plusieurs caractéristiques constitutives d'inégalité conduisant à une accumulation de désavantages sociaux. Les caractéristiques ne doivent donc pas être considérées séparément les unes des autres, mais dans leur ensemble.

Informations complémentaires sur le thème de l'égalité des chances

Les informations et approches suivantes proviennent en grande partie du rapport de base «[Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse](#)» [8.54]. On y trouve des approches d'intervention actuelles fondées sur des données probantes et les critères de réussite des mesures visant à promouvoir l'égalité des chances en matière de santé.

Version courte du rapport de base: «[Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse](#)»

8.5.1 Origine sociale

Le **statut socio-économique** (SSE), pour les adolescent-e-s celui des parents, est un facteur important d'inégalité en matière de santé. Afin d'améliorer la santé psychique des personnes au statut socio-économique inférieur, des mesures sont nécessaires pour s'attaquer aux déterminants structurels et sociaux.

Les **campagnes de réduction de la stigmatisation** des personnes souffrant de maladies psychiques constituent une **mesure structurelle**. D'autres mesures améliorent indirectement la santé psychique en créant des conditions favorables et en contribuant à la réduction des inégalités (p.ex. réduction de la pauvreté, accès facilité au marché du travail, programmes de réinsertion). Ces mesures peuvent s'adresser aux adolescent-e-s ou à leurs parents; les adolescent-e-s bénéficient d'une meilleure situation socio-économique de leurs parents.

Les **mesures sociales** comprennent par exemple un **accès facilité au système et aux informations de santé** ainsi qu'à des **espaces de détente** comme des parcs ou des forêts. Les interventions en milieu scolaire sur l'auto-efficacité, les compétences de vie, la «mental health literacy» et la pleine conscience sont également efficaces chez les enfants socialement défavorisés et celles et ceux issus de minorités.

8.5.2 Genre

En ce qui concerne le genre, l'inégalité des contraintes et des ressources psychosociales peut entraîner des prévalences de maladies psychiques spécifiques au sexe. Au début de l'adolescence, les filles affichent ainsi un niveau de satisfaction dans la

vie légèrement inférieur à celui des garçons et signalent plus tard un stress psychologique plus fréquent [8.22, 8.55]. Si les maladies psychiques sont environ aussi fréquentes pour les deux sexes, **les filles sont toutefois plus susceptibles de souffrir de troubles d'intériorisation** (p.ex. troubles affectifs et anxiété) **tandis que les garçons** souffrent plutôt de **troubles extériorisés** (p.ex. TDAH et troubles du comportement social [8.56]). Les stéréotypes de genre impliquent, entre autres, que les hommes ont tendance à avoir des difficultés à faire usage des offres de soutien. Par conséquent, les jeunes hommes devraient être encouragés à demander de l'aide pour des problèmes de santé psychique et la demande d'aide de la part des hommes devrait être déstigmatisée.

Les **interventions universelles**, qui ne tiennent pas compte du genre, peuvent avoir des **effets différents chez les femmes et les hommes**. Cela s'applique également aux interventions dans les écoles. Les approches professionnelles impliquent de prendre en compte et de compenser les effets sexospécifiques des mesures. À titre d'exemple, le projet «[La petite différence](#)» d'Addiction Suisse sur les thèmes du stress et des expériences de violence met à disposition des enseignant-e-s des vidéos et du matériel pédagogique.

8.5.3 Orientation sexuelle et identité de genre

Au cours de leur enfance et de leur adolescence, en raison de la stigmatisation de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle, **les personnes LGBTIQ+** sont considérablement plus touchées **par certaines addictions, dépressions et tentatives de suicide** que les personnes hétérosexuelles du même âge chez qui l'identité de genre et le sexe correspondent (personnes cis) [8.57].

Les personnes LGBTIQ+ ne sont pas représentées dans les enquêtes de santé suisses, car les identités de genre et les orientations sexuelles ne sont pas questionnées et/ou les personnes ne veulent pas en parler. Ainsi, les connaissances sur l'état de santé des personnes LGBTIQ+ en Suisse sont limitées. Cependant, on sait grâce à d'autres études qu'il existe une vulnérabilité accrue aux troubles psychiques et au suicide [8.53].

Dans ce contexte, les **mesures pour changer les normes et les valeurs sociales** sont primordiales. Il est important de sensibiliser les spécialistes du domaine de la prévention et promotion de la santé ainsi que les enseignant-e-s afin que les offres existantes puissent être adaptées ou élargies aux besoins des personnes LGBTIQ+. Pour l'adolescence, les **directives contre le harcèlement dans les écoles** sont pertinentes et ont démontré un effet positif sur la santé psychique. Ces directives ont également un effet positif sur la santé psychique des personnes LGBTIQ+ si elles incluent explicitement l'orientation sexuelle. Au niveau individuel, le renforcement des compétences de vie des jeunes LGBTIQ+ pourrait conduire à une meilleure gestion du stress, voire même à une baisse de la dépression.

En Suisse, il existe des projets individuels pour sensibiliser et éduquer aux questions LGBTIQ+ dans les écoles:

- [GLL – Das andere Schulprojekt](#)
- [Diversité de genre et d'orientation sexuelle \[Digos\]](#)
- [ABQ Schulprojekt](#)
- [Milchjugend](#)
- [mosaic-info](#)
- [Schulprojekt Comout](#)



Définition 8.3

LGBTIQ+

LGBTIQ+ est un acronyme qui désigne les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans*, intersexes, queers et toute autre personne qui se sent appartenir à la communauté queer [8.58].



Informations complémentaires sur le thème LGBTIQ+

- Feuille d'information 19: [Minorités de genre et minorités sexuelles dans la promotion de la santé et la prévention](#)

8.5.4 Contexte migratoire

Les enfants et les adolescent-e-s issu-e-s de la migration sont plus à risque dans certains domaines de la santé, y compris dans celui de la santé psychique, que celles et ceux qui n'ont pas de parcours migratoire [8.59]. Les réfugié-e-s **mineur-e-s non accompagné-e-s** (MNA) constituent un **groupe particulièrement vulnérable**.

Selon le contexte culturel, la maladie psychique peut être stigmatisée, ce qui rend plus difficile l'accès aux services de santé. Afin de permettre un **accès bas seuil au système et aux informations de santé** pour les adolescent-e-s, les offres doivent être formulées dans un langage simple ou traduites dans la langue maternelle (pour les adolescent-e-s qui n'ont que peu ou pas de connaissances d'une des langues nationales). D'autres facteurs de succès sont une conception des offres axée sur le groupe cible et l'implication de celui-ci dans leur planification et mise en œuvre (participation).

Il n'existe actuellement que quelques approches d'intervention spécifiques pour les jeunes issu-e-s de la migration mais il a été démontré que la **formation à la pleine conscience** renforçait la santé psychique des adolescent-e-s issu-e-s de minorités et constituait un facteur de protection pouvant atténuer l'impact négatif de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé psychique. Un exemple de projet destiné aux jeunes migrant-e-s est [«Più Forte»](#) en Suisse italienne: il vise à promouvoir la santé psychique via la promotion de la santé sexuelle.

Les projets [«MYSELF»](#) (plateforme en ligne qui accompagne les adolescent-e-s dans leur transition vers l'autonomie) et [«My Perspective»](#) (portraits vidéos avec des ancien-ne-s MNA) s'adressent aux jeunes réfugié-e-s. Dans ce cadre, pendant une semaine, les adolescent-e-s abordent leurs souhaits et leurs questions sur l'avenir et les mettent en pratique dans des interviews filmées avec des jeunes adultes.

8.6 Conclusion

Le besoin de promouvoir la santé psychique des jeunes est élevé. Durant la pandémie de Covid-19, plus d'un tiers des adolescent-e-s ont souffert de stress psychique sévère et plus de 13% ont été diagnostiqués avec des troubles psychiques. Afin de réduire la surcharge actuelle des offres thérapeutiques et d'éviter de futurs problèmes d'approvisionnement, **une promotion de la santé et une prévention efficaces** ainsi qu'une **intervention précoce et effective** sont primordiales.

8.6.1 Facteurs de réussite

Pour la promotion de la santé psychique, le développement de **l'auto-efficacité**, des **compétences de vie**, des **compétences (psychiques) en matière de santé** et du **soutien social** se sont avérés être des **facteurs de succès**. Ils font partie de nombreuses interventions et projets existants visant à promouvoir la santé psychique et peuvent être mis en œuvre selon différentes approches et différents contextes. Lors de l'élaboration d'interventions visant à promouvoir la santé psychique, **l'approche par setting** a fait ses preuves. Elle permet d'atteindre les **groupes cibles en situation de vulnérabilité en évitant** le danger d'une stigmatisation possible lors d'interventions ciblées, lorsque, par exemple, seuls quelques enfants d'une classe participent à une offre de soutien. Les settings possibles pour atteindre les adolescent-e-s et mettre en œuvre des offres et des programmes sont la famille, l'école et la formation (professionnelle), le lieu de travail, les loisirs et les clubs/associations, les pédiatres et les médecins généralistes ainsi que les communes. Pour cela, le **setting «commune»** est particulièrement prometteur. Il comprend à la fois l'environnement scolaire et extrascolaire des adolescent-e-s. De plus, il favorise la coordination entre tous les acteurs impliqués ainsi qu'entre les différents contextes de vie (setting). Un exemple de bonne pratique pour le setting «commune» est le projet [«CTC \(Communities that care\)»](#). À l'aide d'enquêtes auprès des jeunes, les facteurs de risque et de protection qui doivent être traités par des mesures ciblées sont identifiés. Sur une base scientifique, «CTC» favorise un développement en bonne santé des enfants et des adolescent-e-s et il est prouvé qu'il contribue à la réduction des maladies psychiques, des addictions, de la violence et d'autres



Informations complémentaires sur le recueil de données sur le sexe, l'origine migratoire et le statut socio-économique

- Document de travail 59: [Comment recueillons-nous des données sur le sexe, l'origine migratoire et le statut socio-économique?](#)

formes de délinquance, des problèmes scolaires et d'autres problèmes de comportement.

De plus, l'**approche par les pairs** est adaptée afin d'offrir un soutien à bas seuil aux adolescent-e-s sur la question sensible de la santé psychique: les pairs ont un accès plus direct aux jeunes de leur âge que les adultes. Deux exemples: le [Peer-Chat](#) de Pro Juventute en coopération avec Kinderseele Schweiz, dans lequel les adolescent-e-s peuvent parler aux jeunes adultes de problèmes de santé psychique ainsi que les forums de www.ciao.ch et www.ontecoute.ch.

Enfin, l'**approche participative** a fait ses preuves pour l'élaboration des offres. Elle permet aux adolescent-e-s de faire l'expérience de l'auto-efficacité et d'adapter les offres aux besoins du groupe cible respectif. Ce faisant, il convient d'inclure les groupes cibles vulnérables afin d'accroître l'égalité des chances. Le projet [«Kensch es?»](#), dans le cadre duquel les adolescent-e-s ont travaillé avec des professionnel-le-s de la santé des enfants et des adolescent-e-s pour élaborer des conseils visant à promouvoir la santé psychique, constitue un bon exemple.

8.6.2 Recommandations

La connaissance des facteurs de succès dans la conception des offres en faveur de la santé psychique des adolescent-e-s n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Néanmoins, il reste encore de nombreuses questions et un grand potentiel d'amélioration. Dans ce qui suit, **quatre aspects** sont mis en avant, car ils apparaissent particulièrement pertinents pour améliorer encore la santé psychique des adolescent-e-s.

Dans quelle mesure **les offres atteignent-elles réellement les adolescent-e-s**? Souvent, la communication en matière de santé ne s'adresse pas de manière assez ciblée aux adolescent-e-s et ne prend pas suffisamment en compte leur diversité. Certaines offres utilisent certes des caractéristiques individuelles du groupe cible, telles que le genre, pour y répondre spécifiquement (p.ex. [«La petite différence»](#), voir 8.5.2). Cependant, il n'existe pratiquement pas d'offres pour promouvoir la santé psychique des adolescent-e-s utilisant une **analyse de segmentation différenciée**. Cette approche de marketing social permet de constituer différents groupes au sein d'un groupe cible, ceux-ci pouvant être caractérisés par une combinaison spécifique

de caractéristiques psychographiques, démographiques et comportementales. Un exemple en est le projet de prévention du tabagisme [«Reach»](#). Ici, il s'est avéré qu'il existait un segment avec plus de 50% d'adolescent-e-s qui fumaient. Celui-ci comprend 10% de tous les adolescent-e-s et se caractérise par un faible niveau de bien-être, une faible orientation vers l'avenir et la performance, une faible estime de soi, un stress élevé, peu de soutien social, peu de loisirs structurés, un cadre de vie urbain, un environnement avec des fumeur-euse-s et une situation financière tendue. Une telle connaissance des segments permet de s'adresser aux adolescent-e-s de manière ciblée et avec des offres adaptées. Il s'agit d'une approche prometteuse, notamment sur les réseaux sociaux, pour rendre les campagnes de santé psychique encore plus efficaces avec des messages et des recommandations d'action spécifiques aux segments, par exemple avec le soutien d'influenceur-euse-s, et pour s'adresser également aux adolescent-e-s difficiles à atteindre. Les **offres existantes** sont-elles suffisantes, en particulier afin **d'aider efficacement** les adolescent-e-s en situation de vulnérabilité? De nombreuses offres renforcent principalement les facteurs de protection tels que l'auto-efficacité ou les compétences de vie. Dans de nombreux cas, cependant, il serait également important, pour la **réduction des facteurs de risque**, d'aborder la pauvreté ou le faible statut socio-économique. Ici, des efforts afin d'améliorer les **conditions-cadres** sont particulièrement nécessaires afin de changer l'environnement physique et psychique.

Comment est-ce que les offres existantes interagissent? Il existe de nombreuses offres dans les domaines **de l'éducation, des affaires sociales et de la santé** qui contiennent des éléments pour promouvoir la santé psychique, mais ne sont souvent pas **coordonnées** ou seulement dans une mesure limitée. Ici, les approches au niveau communautaire offrent une voie prometteuse. En particulier en relation avec les plateformes numériques intégratives. Elles peuvent être mieux reliées au-delà des settings, des acteurs et des tranches d'âge afin d'obtenir une couverture complète et un effet durable sur l'adolescence.

Comment réussir à progresser dans la **planification** et sur une **conception** des offres basée sur la théorie et l'**évidence scientifique**? Enfin, il ne faut pas oublier d'améliorer **les données épidémiolo-**

giques encore insuffisantes sur la santé psychique des adolescent-e-s pour mieux planifier les offres de promotion et de prévention de la santé. Parallèlement, les offres de promotion de la santé psychique devraient se baser **encore plus systématiquement** sur les **concepts théoriques établis** et leur **efficacité** devrait être vérifiée **dans le cadre d'évaluations pertinentes**.

En résumé, il est démontré que les **offres contribuent à la** promotion de la **santé psychique** des adolescent-e-s. Cependant, la **pandémie de corona-**

virus a considérablement augmenté le stress et les défis psychologiques et **des efforts encore plus importants sont nécessaires**. Mais cette situation offre aussi des **opportunités**, notamment en termes de **déstigmatisation du thème de la santé psychique** ou de progrès en direction d'une **politique intégrant la «santé psychique dans toutes les offres»**. Utilisons-les pour améliorer le bien-être des générations actuelles et futures, alléger le domaine des soins et augmenter le bonheur national brut.

9 Interaction entre activité physique, alimentation et santé psychique

- **Ronia Schifftan**, PEP Prävention Essstörungen Praxisnah
- **Anne-Françoise Wittgenstein Mani**, Haute école de travail social Genève, Filière Psychomotricité

Les parties marquées d'une ligne orange sont identiques à celles dans le chapitre 9 du rapport 8 [Promotion de la santé pour et avec les enfants](#).

Les enfants et les adolescent-e-s n'ont jamais de problèmes isolés liés à l'alimentation, au stress ou à leur activité physique.» [9.1]

9.1 Introduction

Pour les jeunes, mouvement et alimentation prennent un statut d'interfaces avec la famille et les pairs renforçant tout autant leur image de soi que leur condition physique. Les liens entre corps et nourriture sont par ailleurs importants à cet âge puisque notre époque est celle des régimes alimentaires et d'une attention excessive accordée au corps et à son image [9.2]. De même, le bien-être psychique influence les rapports des jeunes à leur corps et à leur alimentation.

9.2 Interaction entre les thèmes

Sur le plan scientifique, les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé psychique peuvent être attribués à différentes disciplines. Des recherches intensives sont menées dans chacune des disciplines et les sociétés spécialisées se concentrent sur un domaine spécifique. Mais dans la pratique, c'est différent: isoler les différents thèmes dans le travail pratique avec les enfants et les jeunes n'est pas pertinent. La [figure 9.1](#) montre comment ces thèmes sont imbriqués et comment ils devraient

être intégrés dans une compréhension plus large de la santé. Les intersections qui apparaissent entre les trois domaines mettent en évidence les effets réciproques et devraient inspirer l'approche pratique dans les projets. Des thèmes centraux apparaissent au centre des intersections qui intègrent tous les aspects et qui constituent des thèmes d'application aussi bien pratiques que théoriques.

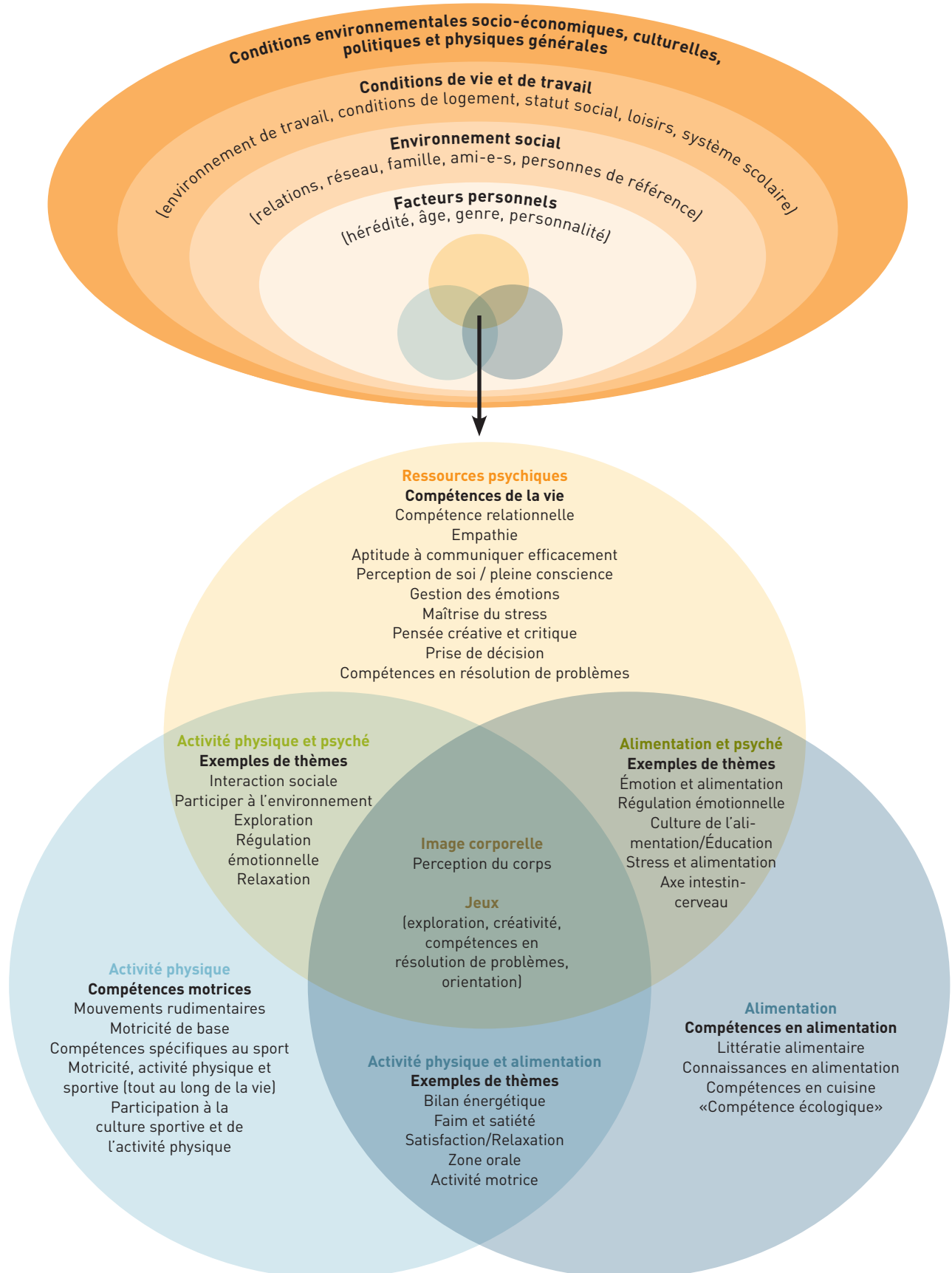
9.2.1 Santé psychique et activité physique

Souvent, les effets de l'activité physique sur le bien-être sont étudiés sous l'angle des activités sportives et notamment leur intensité [9.3] ainsi que leur rôle pour la qualité de vie globale, en agissant sur les facteurs qui interviennent dans différentes dimensions (baisse du niveau de stress, satisfaction par rapport au corps, satisfaction par la participation active à la vie sociale) [9.4]. Les recherches montrent également que la pratique d'un sport semble protéger du stress et du risque de troubles alimentaires. Cependant à l'adolescence, vivre son corps n'est pas une mince affaire.

En effet, dans la trajectoire des parcours de vie, les transformations de l'adolescence vont avoir un impact si fort sur la relation d'une jeune personne à son corps qu'elle peut avoir le sentiment de ne plus le reconnaître, qu'il lui échappe tout comme l'équilibre psychocorporel qu'elle a progressivement construit. L'adolescent-e peut alors ressentir de la gêne face à ce corps et aux transformations qu'il subit. Paradoxalement cependant, son corps est aussi un moyen pour l'adolescent-e de retrouver la maîtrise d'elle/lui-même. Elle ou il va alors rechercher de nouvelles sensations fortes dans des activités physiques la/le conduisant à se dépasser [9.5, 9.6]. À travers des pratiques souvent sportives, elle ou il éprouve ainsi un corps vivant qui lui redonne confiance en elle/lui et contribue à restaurer son schéma corporel et son image du corps. Certains auteur-e-s montrent cependant qu'une pratique sportive intense peut avoir des effets délétères chez les jeunes, notamment sur les comportements addictifs ou de risque, les sensations fortes,

FIGURE 9.1

Des déterminants de santé aux thèmes transversaux entre alimentation, activité physique et ressources psychiques



le plaisir immédiat prenant le pas sur leur satisfaction corporelle. Il est essentiel alors que les personnes encadrant les jeunes lors de pratique d'activité physique promeuvent une approche globale qui tienne compte des enjeux développementaux de cette période de vie en favorisant l'estime de soi, le dialogue par une écoute ainsi qu'une présence bienveillantes [9.7, 9.8].

9.2.2 Alimentation et activité physique

Dès la naissance, nutrition et mouvement contribuent conjointement au développement moteur et psychique. À l'adolescence, travailler autour de l'alimentation peut amener des tensions autour de thèmes comme l'apparence (p. ex. maigreur, obésité, marques de la puberté) mais permet aussi de rappeler des expériences sensorielles propices au soutien de l'identité par la mobilisation de liens affectifs et gustatifs [9.8, 9.2]. La dimension groupale renforce aussi souvent des processus qui mobilisent le corps et un sentiment d'unité corporelle contribuant à sa mise en mouvement alors même que, lors de cette étape du développement qui fragilise l'estime de soi, le sentiment de soi, il «échappe».

La nutrition joue également un rôle important vis-à-vis du mouvement et favorise la santé psychique grâce à l'apport d'énergie qui assure les fonctions métaboliques nécessaires pour l'activité physique et contribue ainsi au sentiment de satisfaction de pouvoir s'engager dans l'action comme en sport en manifestant ses qualités d'endurance par la régulation des mécanismes de dépenses ou de récupération que ce soit dans l'exercice physique ou la détente [9.9].

Si cet équilibre se rompt en raison d'une consommation ou d'une dépense énergétique trop élevée ou trop faible, cela peut mener à un changement de poids. Le métabolisme et le besoin d'énergie ou de consommation sont très individuels et dépendent de nombreux facteurs personnels et environnementaux. Les mécanismes d'action complexes liés au changement de poids sont par exemple expliqués dans l'**Obesity System Atlas** [9.10]. Les auteur-e-s montrent comment des facteurs liés à l'alimentation (production et consommation d'aliments), à l'activité physique (environnement et comportement individuel en matière d'activité physique), à la psyché (aspects socio-psychologiques et expérience et comportement individuels) ainsi qu'à sa

propre physiologie peuvent influencer le bilan énergétique et ainsi avoir un impact sur la santé. Cela permet de mettre en évidence les points sur lesquels la promotion de la santé peut intervenir et comment les facteurs environnementaux peuvent avoir un impact significatif sur le comportement en matière de santé.

9.2.3 Santé psychique et alimentation

Le comportement alimentaire individuel se développe tout au long de la vie et peut être décrit selon le modèle biopsychosocial [9.11, 9.12] comme une interaction de facteurs d'influence au niveau biologique, psychologique et social [9.13]. L'interaction entre les domaines de la psyché et de l'alimentation en particulier offre un potentiel de travail en promotion de la santé. En effet, à quel moment peut-on vraiment séparer l'alimentation et le psychisme dans la vie quotidienne?

Comment la psyché façonne le comportement alimentaire

Manger émotionnellement signifie «manger en raison de certains états émotionnels tels que la colère ou la peur» [9.14]. Afin de faire face aux émotions négatives, c'est-à-dire pour rétablir l'équilibre psychologique, l'être humain essaie de réguler le déséquilibre ressenti en mangeant. Pour ce faire, il mange beaucoup et souvent des aliments riches en calories (p. ex. aliments sucrés, salés, gras, réconfortants) [9.15-9.17]. L'interaction entre les émotions et la nourriture est réciproque: «Les émotions peuvent réguler l'alimentation et la nourriture peut réguler les émotions» [9.18]. On peut également ressentir des sentiments positifs par rapport à la nourriture dans les interactions sociales (p. ex. la fondue traditionnellement partagée ou les événements associés positivement à la nourriture, comme la barbe à papa à la fête du village). Manger est étroitement lié à l'expérience psychologique.

Le stress peut aussi avoir un impact sur les habitudes alimentaires. Des études réalisées chez des adultes montrent que le stress lié au travail influence négativement le comportement alimentaire; par exemple en mangeant plus vite, en grignotant plus, en faisant moins de pauses, en mangeant plus souvent devant l'écran ou en modifiant ses choix alimentaires [9.19-9.26].

L'éducation influence également la biographie alimentaire des individus: a-t-on été récompensé ou puni par la nourriture? [9.14] A-t-on eu le droit à une glace si on était sage, et pas de dessert en cas de désobéissance? Un repas sans un bon morceau de viande était-il considéré comme insignifiant? Ou fallait-il toujours finir toute son assiette alors que le corps donnait déjà le signal de la satiété? Notre comportement alimentaire est le résultat de notre vécu et de notre comportement individuel ainsi que de notre environnement.

Les médias sociaux démontrent que l'environnement a une influence considérable sur le comportement alimentaire et la santé psychique. Fitness et alimentation y tiennent une place centrale [9.27] et reflètent ainsi l'intérêt accru de la population pour les questions d'alimentation. Nombre de jeunes pensent sans arrêt à la nourriture et perdent la sensation de faim ou de satiété. Dans les cas extrêmes, on parle d'une compulsions à «manger sain», ou d'orthorexie dans le langage spécialisé [9.28]. Klotter indique qu'il existe une tendance au comportement orthorexique dans la société en général: la «santé» serait considérée comme un bien précieux et les préoccupations liées aux questions alimentaires comme de bon ton. Cela génère le risque que la promotion de la santé évolue négativement. Seule une attitude détendue envers l'alimentation pourrait promouvoir la santé [9.28].

Des études relèvent que les réseaux sociaux ont une influence significative sur les informations transmises en matière de santé et d'alimentation, sur la modification des apports alimentaires ou sur la satisfaction par rapport à sa propre image corporelle [9.29-9.42] (voir également le [chapitre 5](#)). Les enfants et les jeunes ont besoin de soutien pour faire face aux représentations idéalisées; elles ou ils doivent apprendre à penser de manière critique et à remettre en question les connaissances qui leur ont été transmises.

Quand l'alimentation affecte le psychisme

L'apparition du signal de la faim est une interaction complexe [9.43] entre le tractus gastro-intestinal, le cerveau et la circulation sanguine; la faim se manifeste physiquement (p.ex. gargouillements d'estomac, douleurs gastriques, baisse de la pression artérielle), psychologiquement et cognitivement (comme une attention sélective accrue à

l'égard de tout ce qui est comestible, vision en tunnel) [9.43] et émotionnellement (impatience, surexcitation ou même colère, ou encore sentiments positifs comme le plaisir et la joie de manger). Le terme «hangry» – un néologisme anglais formé à partir du mot «hungry» (qui signifie avoir faim) et «angry» (être en colère) – décrit de manière humoristique cette expérience psychologique déclenchée physiquement par la faim.

La diététique met l'accent sur la question «Quoi manger?». Cependant, il est important de prendre en compte également le chemin qui mène de l'assiette au psychisme. Par exemple, une alimentation déséquilibrée peut favoriser l'apparition d'une dépression, qui à son tour peut entraîner d'autres maladies physiques [9.44]. Une méta-analyse de différentes études a pu démontrer une influence favorable à la santé d'une intervention nutritionnelle sur une dépression clinique et subclinique [9.45]. La recherche sur l'axe intestin-cerveau permet d'avoir une explication possible de ce phénomène. L'axe intestin-cerveau décrit le lien entre le système nerveux central et le tractus gastro-intestinal, en particulier le microbiome [9.46, 9.47]. Les recherches actuelles confirment l'hypothèse selon laquelle le microbiome pourrait avoir une influence directe sur l'humeur, la cognition, la perception de la douleur et même le surpoids [9.46].

9.3 Exemple d'application: Healthy Body Image

L'adolescence se caractérise par de nombreuses étapes de développement [9.48]. Alors que la puberté transforme le corps, que le choix d'une profession est en cours et que la séparation avec les parents débute, d'autres défis ponctuent l'adolescence: trouver sa propre identité, ses propres attitudes et désirs, son propre rôle dans la société – en bref, se trouver soi-même [9.49]. Durant cette phase, les jeunes sont particulièrement vulnérables. L'exemple de l'image corporelle montre comment l'interaction entre l'alimentation, l'activité physique et les ressources psychologiques peut également être combinée dans le contexte pratique de la promotion de la santé et comment l'expression de l'image corporelle peut être une ressource solide ou un facteur de stress important dans la mise en place d'un comportement favorable à la santé.



Composantes d'une image corporelle positive

(cité de Tylka [9.60], traduit de l'anglais et adapté)

- **Apprécier son corps:** apprécier son corps signifie le respecter, l'honorer, l'aimer et être reconnaissant de ses caractéristiques uniques, de sa fonctionnalité et de sa santé. Il n'est pas contradictoire d'avoir une grande estime pour son corps et d'en être toutefois quelque peu insatisfait.
- **Acceptation du corps et amour:** les personnes qui ont une image corporelle positive aiment leur corps, se sentent à l'aise avec leur corps et acceptent leurs caractéristiques physiques uniques.
- **Investissement corporel adaptatif:** les personnes qui ont une image corporelle positive s'investissent dans le soin de leur corps. Cet investissement implique de prendre régulièrement soin de soi (p. ex. bonne hygiène, dormir suffisamment, pratiquer une activité physique, manger des aliments qui donnent de l'énergie au corps).
- **La positivité intérieure influence le comportement extérieur:** cette composante comprend l'interaction entre les sentiments positifs liés au corps, les sentiments positifs en général (p. ex. confiance, optimisme, bonheur) et l'expression de ces sentiments dans le comportement (p. ex. aider les autres, sourire, s'affirmer, «avoir la tête haute»).
- **Filtrage protecteur:** filtrer les informations de manière à protéger le corps implique d'accepter les informations qui correspondent à une image corporelle positive tout en rejetant les messages qui pourraient la mettre en danger.

Modèles et réseaux sociaux

Durant cette période, le groupe de pairs, c'est-à-dire les ami-e-s, gagne en importance, tant comme personnes de référence et soutien social que comme modèles [9.48]. La comparaison, entre les pairs ainsi qu'avec des modèles, devient importante. Le [chapitre 5](#) montre la pertinence des médias sociaux pour les jeunes et l'importance des influenceur-euse-s. Des études ont montré que plus on passe de temps sur les réseaux sociaux, plus le risque est grand d'être insatisfait de son propre corps et de développer des habitudes alimentaires restrictives ou un trouble du comportement alimentaire [9.50, 9.32, 9.51-9.54]. La proximité supposée des influenceur-euse-s donne le sentiment de pouvoir tout réaliser soi-même. Les influenceur-euse-s ont donc une forte influence sur les comportements des enfants et des jeunes en matière de santé.

L'image corporelle

L'image corporelle décrit «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» [9.55]. Ainsi, l'image corporelle se compose du niveau des sentiments (niveau affectif), du niveau des pensées (niveau cognitif), du niveau de la perception (niveau perceptif) et du niveau du comportement (niveau comportemental) [9.56]. Elle est bien plus qu'une simple apparence, elle englobe également les capacités, les compétences et les caractéristiques de son propre corps. L'image corporelle doit être comprise comme un continuum. Elle n'est pas statiquement positive ou négative, mais évolue tout au long de la vie et se déplace sur un continuum tantôt dans une direction positive, tantôt dans une direction négative. Il se peut donc qu'un changement pubertaire apporte de nouvelles particularités au corps qui doivent être reclassées. L'image corporelle est fortement (voir [figure 9.1](#)) influencée par la personne et son environnement et par les trois dimensions que sont l'alimentation, l'activité physique et la santé psychique.



Expression négative et positive de l'image corporelle

Deux enquêtes menées par Promotion Santé Suisse [9.57, 9.58] ont démontré que la satisfaction corporelle des jeunes interrogé-e-s en Suisse était mitigée. Elles ou ils sont nombreux à vouloir perdre du poids (plutôt les filles) et/ou à vouloir être plus musclés (plutôt les garçons). Pour atteindre ces objectifs, elles ou ils suivent un régime, font du sport et prennent des compléments alimentaires [9.57, 9.59]. En résumé, ces composantes d'une image corporelle positive (voir encadré «Composantes d'une image corporelle positive») signifient que les personnes qui valorisent, acceptent et aiment leur corps, mènent une vie saine et prennent soin d'elles-mêmes et de leur corps. La recherche montre qu'une image corporelle positive est associée au bien-être psychologique (optimisme, estime de soi, adaptation proactive, affect positif, satisfaction dans la vie, bonheur subjectif, intelligence émotionnelle et sentiment d'être connecté à la nature), à une alimentation intuitive (capacité à ressentir ce dont le corps a besoin et en quelles quantités [9.61]) ainsi qu'une attitude positive envers la sexualité, les menstruations et d'autres aspects physiques. Ce sont des facteurs de protection contre les effets néfastes des médias sur la santé [9.60].

Questions de réflexion sur mon attitude en tant que professionnel-le

(inspirées des principes Health at Every Size®, HAES Community, 2021 [9.62])

- Quelle est mon attitude face à la diversité des corps?
- Est-ce que je respecte la diversité des corps?
- Mon projet/approche/travail intègre-t-il (également dans la communication) les différences de taille, d'âge, d'ethnie, de handicap, de religion, de situation socio-économique, d'orientation sexuelle?
- Ai-je une conscience critique et est-ce que je remets en cause mes attitudes culturelles et professionnelles?
- Est-ce que je respecte les diverses expériences des personnes avec lesquelles je travaille?
- Est-ce que je reconnais les besoins individuels de chaque individu et ai-je une attitude fondamentale d'égalité des chances?
- Dans mon travail, ai-je pleine conscience des interactions entre alimentation, activité physique et santé psychique par rapport à l'image corporelle?
- Suis-je conscient-e de la réalité quotidienne de mon groupe cible et ai-je connaissance de son utilisation des médias?



Comment promouvoir une image corporelle positive?

Ces résultats montrent l'importance de promouvoir une image corporelle positive. Il s'agit donc d'une ressource pour un comportement alimentaire équilibré, une activité physique régulière et le bien-être psychique. La promotion d'une image corporelle positive peut s'intégrer à tout travail de promotion de la santé et commence avant tout par l'attitude propre des professionnel-le-s, qui doivent faire l'objet d'une réflexion (voir encadré «Questions de réflexion»). C'est à partir de cette attitude que se développent des questions de recherche et des projets visant à renforcer l'image corporelle positive [9.58] autour de la reconnaissance de la diversité, d'une gestion soigneuse du corps et des compétences qui y sont liées (compétences de vie, compétences de mouvement et «food literacy»).



Projets issus de la pratique

- BodyTalk PEP
- MoiCMoi et SoBinIch
- Courant Normal
- Roundabout
- Fleur de chantier

Liste des projets:

www.healthybodyimage.ch

Informations complémentaires sur le thème de l'image corporelle positive

- Site web [Healthy Body Image](#)
- Renforcer une image corporelle positive: [Extrait du message aux parents Pro Juventute](#)
- Feuille d'information 25: [Image corporelle positive chez les adolescents en Suisse](#)
- Fiche thématique: [Image corporelle positive](#)
- Feuille d'information 16: [L'image corporelle des jeunes en Suisse alémanique](#)
- Document de travail 35: [L'image corporelle saine des jeunes en Suisse alémanique](#)
- Document de travail 29: [Image corporelle positive chez les adolescents](#)
- Document de travail 28: [Poids corporel sain chez les enfants et les adolescents](#)
- Fiche d'information: [Nos investissements dans une alimentation équilibrée et plus d'activité physique](#)
- Feuille d'information 21: [Activités pour l'alimentation et l'activité physique des enfants et des adolescents](#)
- Document de travail 3: [Image corporelle saine \(Healthy Body Image\)](#)
- Argumentaire ICP (disponible dans le CUG ou sur demande auprès de kommunikation@promotionsante.ch)

10 Conclusions et recommandations

• **Fabienne Amstad**, Promotion Santé Suisse

Ce chapitre résume les principaux arguments du rapport en faveur d'une promotion de la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes. Il propose aussi des recommandations pour la mise en pratique des résultats de cette analyse scientifique. Ces recommandations portent sur la manière de procéder (*comment*) et sur ce dont il faut tenir compte (*quoi*) – c'est-à-dire les contenus que devraient couvrir les mesures.

10.1 Arguments en faveur de la promotion de la santé: POURQUOI

L'adolescence, une phase de vie empreinte de transitions et de changements

Grandir signifie passer par beaucoup de transitions et de changements en peu de temps. La transition de l'école au travail, de la dépendance à l'indépendance financière, de la fille à la jeune femme ou du garçon au jeune homme constituent quelques exemples. Réussir à maîtriser ces transitions et ces changements est un défi particulier de l'adolescence qui doit être soutenu.

L'adolescence comme fenêtre d'opportunités

Dans le processus de développement du cerveau qui ne s'achève que vers l'âge de 25 ans, il y a une plasticité accrue des schémas de pensée et de comportement. Les habitudes développées durant cette période sont conservées à long terme et assurent ainsi la pérennité des interventions réussies.

Peu de mesures de promotion de la santé s'adressent aux 16-25 ans

La disponibilité des données concernant la santé des plus de 16 ans est assez bonne en Suisse et montre clairement un besoin d'action. Les projets efficaces pour ce groupe d'âge font toutefois largement défaut. Dès que les adolescent-e-s quittent l'école obligatoire, il est beaucoup plus difficile

d'accéder au monde dans lequel elles ou ils vivent. Ce manque doit être comblé par des mesures spécifiques pour ce groupe cible.

L'augmentation des problèmes de santé psychique (également due au coronavirus)

Plus de 20 % des adolescent-e-s vivent une crise ou une maladie psychique avant l'âge de 25 ans. À la suite de la pandémie de coronavirus, cette prévalence a augmenté de plus d'un tiers (espérons qu'il s'agisse d'une augmentation à court terme seulement). Le coronavirus a ainsi exacerbé la situation. Le stress de la pandémie (p. ex. inquiétudes, peur) et les mesures de protection associées ont entraîné une augmentation du stress psychique chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes. Les maladies psychiques et le nombre de cas pris en charge dans les centres d'urgence psychiatrique pour adolescent-e-s ont augmenté de manière significative. La nécessité d'agir s'est ainsi renforcée.

La remise en question des habitudes alimentaires en tant qu'opportunité

Les habitudes alimentaires de l'enfance sont remises en question à l'adolescence, ce qui permet de s'orienter vers des habitudes alimentaires saines et une attitude positive vis-à-vis de l'alimentation.

Plus les adolescent-e-s sont âgés, moins elles ou ils bougent

Les adolescent-e-s en Suisse ne sont pas suffisamment actifs pour prévenir d'éventuelles conséquences sanitaires et économiques à long terme liées à la sédentarité.

Une nécessité d'agir au niveau des compétences en santé

La moitié des jeunes ont des connaissances en santé problématiques ou insuffisantes. Des compétences numériques et de gestion des risques sont également des éléments essentiels pour une bonne santé des adolescent-e-s. À cet égard, l'utilisation croissante des médias numériques et la dépendance vis-à-vis de ceux-ci posent un défi spécifique.

10.2 Recommandations

Afin de promouvoir la santé psychique, une activité physique régulière et une alimentation équilibrée chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes, il convient d'aborder plus particulièrement les éléments suivants:

Priorités pour la promotion de la santé: QUOI

Compétences de vie: savoir que faire et comment le faire

Selon l'OMS, les compétences de vie suivantes sont essentielles à la santé et au bien-être des adolescent-e-s et des jeunes adultes: prise de décision et résolution de problèmes, pensée critique et créative, communication et relations interpersonnelles, conscience de soi et empathie, et surtout, gestion du stress et des émotions. Ces compétences de vie permettent aux adolescent-e-s et aux jeunes adultes d'acquérir des connaissances, de remettre en question et de consolider des attitudes et de traduire leurs valeurs en compétences et actions concrètes dans la vie quotidienne. Elles ou ils peuvent ainsi assumer la responsabilité de leur santé.

Promouvoir l'auto-efficacité

Comparativement à la population générale, les 16 à 25 ans ont un niveau d'auto-efficacité inférieur. Cela signifie qu'elles ou ils sont moins convaincus de pouvoir mener à bien les actions souhaitées en fonction de leurs propres compétences, tout comme elles ou ils sont moins sûrs de pouvoir mener leur vie de manière autodéterminée (faible locus de contrôle). Ces ressources sont cependant importantes pour une bonne santé psychique et la motivation à pratiquer une activité physique régulière et à manger de manière équilibrée.

Promouvoir le sport et l'activité physique au quotidien

Les programmes d'activité physique devraient être axés sur le sport *et* le mouvement au quotidien. Des interventions à long terme qui incluent une planification urbaine favorisant l'activité physique ainsi que des mesures favorisant le développement positif, le plaisir et l'amusement sont recommandées pour la promotion de l'activité physique. Par ailleurs, des mesures spécifiques en fonction du genre sont utiles pour s'adresser aux jeunes femmes et aux jeunes hommes.

La promotion de l'alimentation va au-delà des connaissances en matière d'alimentation équilibrée

Pour adopter des comportements favorables à la santé, il ne suffit pas de savoir quels comportements vont dans ce sens. Ainsi, une alimentation équilibrée débute par l'achat d'aliments favorables à la santé et comprend la préparation et la dégustation des repas. Ces différents éléments sont à promouvoir pour favoriser une alimentation équilibrée. Toutefois, la prise en compte du niveau affectif et des facteurs de motivation devrait permettre d'augmenter le taux de réussite des mesures.

Une image corporelle positive

Dans cette phase de la vie, l'image corporelle constitue un thème central. Afin de promouvoir une image corporelle positive, il est important de soutenir l'appréciation et l'acceptation de son corps, des comportements respectueux envers ce dernier et une attitude intérieure positive. Une image corporelle positive est associée au bien-être psychique, à une alimentation intuitive et à une relation sereine avec la sexualité, les menstruations et d'autres caractéristiques physiques. L'image corporelle positive est donc à la fois une conséquence et une ressource pour une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et le bien-être psychique.

Éléments clés sur le plan méthodologique: COMMENT

Outre le fait de savoir *pourquoi* il est important de promouvoir la santé des adolescent-e-s et jeunes adultes et ce qu'il faut promouvoir (*quoi*), il est précieux de savoir *comment* le faire. Il convient de traiter les particularités du groupe cible de manière spécifique et de les utiliser comme une opportunité. Les conclusions les plus importantes du rapport sont donc résumées ci-dessous.

Adolescence prolongée

L'évolution des facteurs éducatifs, économiques et sociaux a entraîné un allongement de l'adolescence. Les jeunes adultes d'aujourd'hui terminent leur formation initiale plus tard, ce qui retarde aussi leur prise d'indépendance et d'autonomie. Il est important d'inclure cette limite d'âge prolongée dans la planification des mesures de promotion de la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes.

Faire avec au lieu de faire pour

Les critères de succès importants pour les interventions de promotion de la santé sont la participation des adolescent-e-s et des jeunes adultes ainsi que le travail basé sur les relations. Le public cible doit être inclus dans la conception des projets et des programmes le concernant. Il devrait pouvoir participer et avoir son mot à dire, l'objectif étant, en fin de compte, une participation à la société en général.

Profiter des transitions

Le passage à l'âge adulte est une transition intéressante. Les «premiers» événements comme le départ du foyer familial ou le début d'une carrière professionnelle jouent un rôle important. Ces transitions ou événements de vie constituent une approche intéressante et efficace du groupe cible qui devrait être utilisée pour la promotion de la santé.

Le temps libre comme setting important

Les structures de loisirs, les associations de jeunesse et les clubs offrent aux jeunes un environnement structuré et semi-organisé. Les adolescent-e-s plus âgé-e-s ou les jeunes adultes sont souvent des personnes de contact et de référence importantes pour les plus jeunes. Les mesures de changement structurel, telles que celles visant la formation continue des moniteur-trice-s, peuvent s'avérer efficaces à cet égard. Il existe un gros potentiel car, par exemple, les infrastructures de loisirs et de sport sont les lieux où les adolescent-e-s et les jeunes adultes mangent le moins équilibré. L'école reste toutefois un cadre idéal pour promouvoir durablement la santé des «plus jeunes». On le voit dans l'exemple du sport scolaire obligatoire.

Impliquer les pairs

L'environnement social s'élargit durant l'adolescence. Les pairs deviennent importants en ce qui concerne les comportements favorisant la santé. Ce n'est pas seulement l'existence d'un groupe de pairs qui joue un rôle, la relation sociale entre les adolescent-e-s est centrale. Cela se reflète dans le soutien social mutuel ainsi que dans les activités ludiques que les jeunes ont plaisir à réaliser ensemble.

Les parents conservent une influence majeure

Alors que les pairs deviennent de plus en plus importants au cours de l'adolescence, les parents ou les adultes de référence demeurent des personnes

centrales qui exercent une influence majeure sur la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes. L'implication des parents dans les mesures de promotion de la santé reste donc importante à l'adolescence.

Approches centrées sur le développement harmonieux de l'individu

Les interventions fondées sur la doctrine biomédicale et les approches de réduction des risques de maladie ont une efficacité limitée. Les programmes les plus efficaces, tels que ceux promouvant l'activité physique, se concentrent sur l'adolescent-e et son bien-être général. Il ne s'agit pas de promouvoir uniquement une augmentation de l'activité physique, mais bien d'intégrer celle-ci à la vie quotidienne.

Différencier le groupe cible

Un facteur clé dans la conception de mesures visant à garantir l'égalité des chances consiste à différencier précisément le groupe cible. Le manque d'activité physique est par exemple plus prononcé chez les adolescentes que chez les adolescents. À l'inverse, les adolescentes consomment des aliments plus favorables pour leur santé que leurs homologues masculins. La probabilité de maladie psychique (comme la dépression) est accrue chez les jeunes LGBTQI+. Il est donc essentiel d'adapter les mesures aux caractéristiques spécifiques des groupes cibles.

L'autonomie comme facteur clé

L'autonomie des jeunes augmente. Cela signifie que les adolescent-e-s assument de plus en plus la responsabilité de leur propre santé. Cette indépendance croissante doit être considérée de manière holistique. Elle apparaît lors de la planification d'un comportement, comprend différentes étapes de mise en œuvre et se termine par l'adoption d'un comportement favorable à la santé.

Intégrer les thématiques au lieu de les considérer isolément

La recherche confirme qu'il est logique et juste d'associer la santé psychique, à l'activité physique et à une alimentation favorable à la santé. Un comportement qui promeut la santé est corrélé à d'autres comportements allant dans ce sens et ceux-ci s'étayaient mutuellement. Ainsi, une alimentation équilibrée favorise le bien-être psychique et va de pair avec davantage d'activité physique.

Les médias numériques: opportunités et risques

Les médias numériques font partie intégrante de la vie quotidienne des adolescent-e-s et des jeunes adultes. Presque tout le monde possède un smartphone et utilise les réseaux sociaux. Afin de tirer parti des opportunités et de minimiser les risques, il est important de promouvoir à la fois l'utilisation des médias et les compétences en santé numérique (p.ex. reconnaître la fiabilité d'une source d'information). Des offres en ligne facilement accessibles et des informations sur la santé adaptées aux besoins et à l'âge jouent ici un rôle important.

11 Sources

Chapitre 2

- [2.1] Blakemore, S.-J. (2019). Adolescence and mental health. *Lancet*, 393(10185), 2030–2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- [2.2] Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D. & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- [2.3] Chulani, V. L. & Gordon, L. P. (2014). Adolescent growth and development. *Prim Care*, 41(3), 465–487. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2014.05.002>
- [2.4] Arrington-Sanders, R. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354–359. <https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>
- [2.5] Dorn, L. D., Hostinar, C. E., Susman, E. J. & Pervanidou, P. (2019). Conceptualizing puberty as a window of opportunity for impacting health and well-being across the life span. *J Res Adolesc*, 29(1), 155–176. <https://doi.org/10.1111/jora.12431>
- [2.6] Christie, D. & Viner, R. (2005). Adolescent development. *BMJ*, 330(7486), 301–304. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7486.301>
- [2.7] Barrense-Dias, Y., Akre, C., Surís, J.-C., Berchtold, A., Morselli, D., Jacot-Descombes, C. & Leeners, B. (2020). Does the primary resource of sex education matter? A Swiss national study. *J Sex Res*, 57(2), 166–176. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1626331>
- [2.8] Deppen, A., Jeannin, A., Michaud, P.-A., Alsaker, F. & Surís, J.-C. (2012). Subjective pubertal timing and health-compromising behaviours among Swiss adolescent girls reporting an on-time objective pubertal timing. *Acta Paediatr*, 101(8), 868–872. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02707.x>
- [2.9] Hartman-Munick, S. M., Gordon, A. R. & Guss, C. (2020). Adolescent body image: influencing factors and the clinician's role. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 455–460. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000910>
- [2.10] Viner, R. M., Haines, M. M., Taylor, S. J. C., Head, J., Booy, R. & Stansfeld, S. (2006). Body mass, weight control behaviours, weight perception and emotional well being in a multiethnic sample of early adolescents. *Int J Obes (Lond)*, 30(10), 1514–1521. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803352>
- [2.11] Davison, T. E. & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *J Soc Psychol*, 146(1), 15–30. <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.15-30>
- [2.12] Vogel, E. A., Rose, J. P., Okdie, B. M., Eckles, K. & Franz, B. (2015). Who compares and despairs? The effect of social comparison orientation on social media use and its outcomes. *Pers Individ Dif*, 86, 249–256. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.026>
- [2.13] Schreurs, L. & Vandenbosch, L. (2021). Introducing the Social Media Literacy (SMILE) model with the case of the positivity bias on social media. *Journal of Children and Media*, 15(3), 320–337. <https://doi.org/10.1080/17482798.2020.1809481>
- [2.14] Reer, F., Tang, W. Y. & Quandt, T. (2019). Psychosocial well-being and social media engagement: the mediating roles of social comparison orientation and fear of missing out. *New Media & Society*, 21(7), 1486–1505. <https://doi.org/10.1177/1461444818823719>
- [2.15] World Health Organization (WHO) (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva* (Sexual Health Document Series). <https://www.ceslas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>
- [2.16] Mahalik, J. R., Levine Coley, R., McPherran Lombardi, C., Doyle Lynch, A., Markowitz, A. J. & Jaffee, S. R. (2013). Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early adulthood. *Health Psychology*, 32(6), 685–694. <https://doi.org/10.1037/a0031658>

- [2.17] Kipping, R. R., Smith, M., Heron, J., Hickman, M. & Campbell, R. (2015). Multiple risk behaviour in adolescence and socio-economic status: findings from a UK birth cohort. *European Journal of Public Health*, 25(1), 44–49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku078>
- [2.18] Surís, J.-C., Barrense-Dias, Y. & Berchtold, A. (2015). *La problématique des jeux d'argent chez les adolescents du canton de Fribourg*. IUMSP. https://www.grea.ch/sites/default/files/rapport_2015.pdf
- [2.19] Jessor, R. (1987). Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *Br J Addict*, 82(4), 331–342. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01490.x>
- [2.20] Aclin, W. M., Lejuez, C. W., Zvolensky, M. J., Kahler, C. W. & Gwadz, M. (2005). Evaluation of behavioral measures of risk taking propensity with inner city adolescents. *Behav Res Ther*, 43(2), 215–228. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.007>
- [2.21] Chein, J., Albert, D., O'Brien, L., Uckert, K. & Steinberg, L. (2011). Peers increase adolescent risk taking by enhancing activity in the brain's reward circuitry. *Dev Sci*, 14(2), F1–F10. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2010.01035.x>

Chapitre 3

- [3.1] Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., Stock, S., Altgeld, T., Knesebeck, O. von dem, Ottova, V., Ravens-Sieberer, U., Süß, W. & Trojan, A. (Hg.) (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Aufl.). Hogrefe.
- [3.2] Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention: Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Hogrefe.
- [3.3] Jungbauer-Gans, M. & Hackauf, H. (2000). Die Bedeutung von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In H. Hackauf & M. Jungbauer-Gans (Hg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen: Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen* (S. 9–14). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/3-531-90798-0_1
- [3.4] Gollner, E., Szabo, B., Schnabel, F., Schnitzer, B. & Thaller-Schneider M. (Hg.) (2017). *Gesundheitsförderung konkret: Ein forschungsgelitetes Lehrbuch für die Praxis*. Holzhausen.
- [3.5] Naidoo, J. & Wills, J. (2019). *Lehrbuch Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). Hogrefe.
- [3.6] World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- [3.7] Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Springer.
- [3.8] Brinkmann, R. D. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Pearson.
- [3.9] Michie, S., Stralen, M. M. van & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- [3.10] Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J. & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- [3.11] Ischer, P. & Saas, C. (2019). *Partizipation in der Gesundheitsförderung*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Arbeitspapier_048_GFCH_2021-06_-_Partizipation_in_der_Gesundheitsfoerderung.pdf
- [3.12] Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*, 26 Suppl 1, i29–69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- [3.13] Kaplan, R. S. (2001). Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations. *Nonprofit Management Leadership*, 11(3), 353–370. <https://doi.org/10.1002/NML.11308>
- [3.14] Ackermann, G. (2016). *Evaluation und Komplexität: Wirkungskonstruktion in der Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention* [Diss., Universität Basel]. Schweizerische Nationalbibliothek. <https://guenterackermann.ch/wp-content/uploads/2013/02/Ackermann-2016-Evaluation-und-Komplexität.pdf>

- [3.15] Stiftung Zewo (2011). *Wirkungsmessung in der Entwicklungszusammenarbeit: Zewo-Leitfaden für Projekte und Programme*. https://zewo.ch/wp-content/uploads/2020/03/Brosch_Wirkungsmessung.pdf
- [3.16] Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promot Int*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- [3.17] Stocker, D., Jäggi, J., Berset, M., Schläpfer, D., Németh, P., Kaeslin, S. & Goebel, S. (2021). *Junge Erwerbstätige: Arbeitsbedingungen und Gesundheit* (Arbeitspapier 55). https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_AP_55_Junge_Erwerbstaetige_Gesundheit_de_web.pdf
- [3.18] Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). *Prävention*, 33, 66–69. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2564478>
- [3.19] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit* (Arbeitspapier 46). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [3.20] Rieder, S. (2003). *Integrierte Leistungs- und Wirkungssteuerung: Eine Anleitung zur Formulierung von Leistungen, Zielen und Indikatoren in der Öffentlichen Verwaltung*. Erstellt im Auftrag der Programmleitung FLAG. https://ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2012/BAU_1_5753021.pdf
- [3.21] Kurz, B. & Kubek, D. (2013). *Kursbuch Wirkung: Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen*. Phineo; Bertelsmann-Stiftung. <http://www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung>
- [3.22] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [3.23] Sucht Schweiz (2018). *HBSC Ergebnisse 2018*.
- [3.24] Bundesamt für Statistik (BFS) (2018). *Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhaftes Gesundheitsproblem, 2017*. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/allgemeiner.html
- [3.25] Dratva, J. & Wieber, F. (2022). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23489>
- [3.26] Lee, E.-Y. & Yoon, K.-H. (2018). Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. *Front Med*, 12(6), 658–666. <https://doi.org/10.1007/s11684-018-0640-1>
- [3.27] Stamm, H., Bürgi, R., Lamprecht, M. & Walter, S. *Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Analyse von Daten aus den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg, Winterthur und Zürich* (Arbeitspapier 58). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/arbeitspapiere/Arbeitspapier_058_GFCH_2021-09_-_Vergleichendes_BMI-Monitoring.pdf
- [3.28] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [3.29] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. www.gesundheitsbericht.ch/de/09-gesundheitsfoerderung-und-praevention/93-psychische-gesundheit
- [3.30] Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., Schwab, J., Schüpbach, S. & Frind, A. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015».: Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien*. BAG; gfs.bern.
- [3.31] DeGani, S., Jaks, R., Bieri, U. & Hoher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021: Schlussbericht*. BAG; Careum Stiftung.
- [3.32] National Research Council, Institute of Medicine (2004). *Children's health, the nation's wealth: assessing and improving child health*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10886>
- [3.33] Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry*, 76(3), 395–402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- [3.34] Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *J Adult Dev*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

- [3.35] Tse, C. K., Bridges, S. M., Srinivasan, D. P. & Cheng, B. S. (2015). Social media in adolescent health literacy education: a pilot study. *JMIR Res Protoc*, 4(1), e18. <https://doi.org/10.2196/resprot.3285>
- [3.36] Rigby, M. J., Köhler, L. I., Blair, M. E. & Metchler, R. (2003). Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *Eur J Public Health*, 13(3 Suppl.), 38–46. https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.38
- [3.37] Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*, 55(5), 469–480.
- [3.38] Korin, M. R. (2016). Introduction: What is health promotion for children and adolescents? In M. R. Korin (Hg.), *Health promotion for children and adolescents* (S. 3–8). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7711-3_1
- [3.39] Nutbeam, D. (1989). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories* (3. Aufl.). McGraw-Hill.
- [3.40] World Health Organization (WHO) (2020). *Life skills education school handbook: prevention of non-communicable diseases*. Introduction. <https://www.who.int/publications/i/item/97-8924-000484-9>
- [3.41] Erhart M, Hurrelmann, K [K.] & Ravens-Sieberer, U. (2015). Sozialisation und Gesundheit. In K. Hurrelmann, U. Bauer, M. Grundmann & S. Walper (Hg.), *Pädagogik. Handbuch Sozialisationsforschung* (6. Aufl., S. 424–442). Beltz.
- [3.42] Jordan, S., Domanska, O. & Loer, A.-K. (2020). Health Literacy im Jugendalter: Anforderungen an Messinstrumente. In T. M. Bollweg, J. Bröder & P. Pinheiro (Hg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Health Literacy im Kindes- und Jugendalter* (S. 99–115). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29816-6_6
- [3.43] World Health Organization (WHO). *Promoting health in the SDGs: all for health, health for all*. Report on the 9th global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259183>
- [3.44] Dratva, J., Späth, A. & Zemp, E. (2013). *Child and adolescent health monitoring: report for the Federal Office of Statistics*. [Kinder- und Jugend- Gesundheitsmonitoring in der Schweiz. Bericht z. H. des BFS] BFS.
- [3.45] Pro Juventute Schweiz (2021). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien in der Schweiz*. Pro Juventute Corona-Report Update. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=69043>
- [3.46] Bernath, J., Suter, L., Waller, G., Külling, C., Willemsse, I. & Süss, D. (2020). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien: Erhebung Schweiz*. ZHAW.
- [3.47] Sucht Schweiz. *Ständig online: neue Publikation mit Fakten und Folgen*. Medienmitteilung. www.suchtschweiz.ch/aktuell/medienmitteilungen/article/staendig-online-neue-publikation-mit-fakten-und-folgen
- [3.48] Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Ezra, S. & Ben Shlomo, Y. (Hg.) (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. (Life course approach to adult health series) (2. Aufl.). Oxford Univ. Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198578154.001.0001>
- [3.49] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [3.50] World Health Organization (WHO) (2013). *Nurturing human capital along the life course: investing in early child development*. Meeting report WHO, Geneva, Switzerland, 10–11 January 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87084>
- [3.51] Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M. & Brügger, U. (2010). *Synthesebericht: Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz*. ZHAW; BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-ncd-sucht/2001-2010/2010-oekonomische-evaluation-praevention-synthesebericht-zusammenfassung.pdf>
- [3.52] Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., James, W. P. T., Wang, Y. & McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 385(9986), 2510–2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)

- [3.53] Deogan, C., Zarabi, N., Stenström, N., Högberg, P., Skärstrand, E., Manrique-Garcia, E., Neovius, K. & Månsdotter, A. (2015). Cost-effectiveness of school-based prevention of cannabis use. *Appl Health Econ Health Policy*, 13(5), 525–542. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0175-4>
- [3.54] Neighbors, C. J., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Colby, S. M. & Monti, P. M. (2010). Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. *J Stud Alcohol Drugs*, 71(3), 384–394. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.384>
- [3.55] Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F. & Linder, R. (2016). The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ*, 17(9), 1141–1158. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>
- [3.56] Steiner, M., Knittel, T., Müller, D. & Nell, P. (2012). *Unser Platz – Jugendliche in öffentlichem Raum. Juvenir-Studie 1.0*. Jacobs Foundation. <https://vdocuments.mx/download/juvenir-studie-10-unser-platz-a-jugendliche-im-ffentlichen-raum-10-jugend>
- [3.57] Jimenez, M. P., DeVille, N. V., Elliott, E. G., Schiff, J. E., Wilt, G. E., Hart, J. E. & James, P. (2021). Associations between nature exposure and health: a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094790>
- [3.58] Laflamme, L., Burrows, S. & Hasselberg, M. (2009). *Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures*. WHO Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350275>
- [3.59] Kim, J. B., Prunicki, M., Haddad, F., Dant, C., Sampath, V., Patel, R., Smith, E., Akdis, C., Balmes, J., Snyder, M. P., Wu, J. C. & Nadeau, K. C. (2020). Cumulative lifetime burden of cardiovascular disease from early exposure to air pollution. *J Am Heart Assoc*, 9(6), e014944. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014944>
- [3.60] Anopa, Y. & Conway, D. I. (2020). Exploring the cost-effectiveness of child dental caries prevention programmes: are we comparing apples and oranges? *Evid Based Dent*, 21(1), 5–7. <https://doi.org/10.1038/s41432-020-0085-7>
- [3.61] Backes, H. & Lieb, C. (2014). *Peer Education*. www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strategien-handlungsansaetze-und-methoden/peer-education
- [3.62] Meyer, M. (2004). tschau.ch: Informationen und Antworten für Jugendliche. *Suchtmagazin*, 30(1), 29–32. <https://doi.org/10.5169/seals-800545>
- [3.63] Güntzer, A. (2017). Jugendliche in der Schweiz leiden unter Leistungsdruck und Stress. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 23(2), 38–44. http://www.szh.ch/bausteine.net/f/50990/Guentzer_170238.pdf
- [3.64] Jadambaa, A., Graves, N., Cross, D., Pacella, R., Thomas, H. J., Scott, J. G., Cheng, Q. & Brain, D. (2022). Economic evaluation of an intervention designed to reduce bullying in Australian schools. *Appl Health Econ Health Policy*, 20(1), 79–89. <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00676-y>
- [3.65] Zumbrunn, A., Solèr, M. & Kunz, D. (2016). *Umsetzung Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen*. FHNW. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/kinder-und-jugend/umsetzung-gesundheitsfoerderung-praevention-schulen.pdf>
- [3.66] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2019/20 mit Sonderfokus «Oberstufe und Körperbild» (Faktenblatt 56)*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_056_GFCH_2021-05_-_BMI_Monitoring_2019-2020.pdf
- [3.67] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2018/19 mit Sonderfokus «Bewegungsverhalten und Gewicht» (Faktenblatt 42)*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_042_GFCH_2020-05_-_BMI-Monitoring_2018-2019.pdf

- [3.68] Stamm, H., Ceschi, M., Fischer, A., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (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* (Faktenblatt 37). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_037_GFCH_2019-04_-_BMI-Monitoring_2017-2018.pdf
- [3.69] Stamm, H., Bürgi, R., Ceschi, M., Felber Dietrich, D., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S. & Walter, S. (2022). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2021/22 mit Sonderfokus «Nationaler und internationaler Vergleich»* (Faktenblatt 69). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_069_GFCH_2022-05_-_BMI_Monitoring_2020-2021.pdf

Chapitre 4

- [4.1] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2018). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen Vergleichszahlen 2005/06 bis 2016/17* (Faktenblatt 33). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_033_GFCH_2018-04_-_BMI-Monitoring.pdf
- [4.2] Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Gesundheitsverhalten* [Tabelle]. Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a.xml>
- [4.3] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [4.4] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention: Zielgruppe Kinder und Jugendliche* (Faktenblatt 19). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf
- [4.5] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [4.6] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [4.7] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.8] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Updated reprint 2014. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf
- [4.9] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (Hg.) (2015). *Risikofaktoren, nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien: Grundlagebericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Unveröffentlichter Bericht.
- [4.10] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315–320). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- [4.11] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janßen, C. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(2), 29-31. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2008.04.017>

- [4.12] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(Suppl. 1), 62–69. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw038>
- [4.13] Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: bewährte Ansätze und Erfolgskriterien*. Kurzversion für die Praxis. BAG; GFCH; GDK. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.14] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.15] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin*(3–4), 26–29. <https://doi.org/10.5167/uzh-74947>
- [4.16] Moret, J. & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation*. EKM. https://www.ekm.admin.ch/dam/ekm/de/data/dokumentation/materialien/mat_wege_kommunikation_d.pdf
- [4.17] Kricheldorf, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 99–109). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_9
- [4.18] Hackl, C. (2007). *Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache* [Diplomarbeit IMC Fachhochschule Krams].
- [4.19] Flor, W. (2019). *Alter(n) und Gesundheitsförderung* (BZgA-Leitbegriffe). BZgA. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/altern-und-gesundheitsfoerderung/> <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i002-2.0>
- [4.20] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., Daley, A., Taylor, A., Pavey, T., Mountain, G. & Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0336-3>
- [4.21] Lood, Q., Häggblom-Kronlöf, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 560. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1222-4>
- [4.22] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [4.23] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. <https://doi.org/10.1111/obr.12546>
- [4.24] Abeykoon, A. M. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr*, 20(12), 2236–2248. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000933>
- [4.25] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promot Int*, 30(Suppl. 2), ii8–19. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav022>
- [4.26] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.023>
- [4.27] Schnyder-Walser, K., Ruffin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. BAG. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=46832>

- [4.28] Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N. & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- [4.29] Webb Hooper, M., Nápoles, A. M. & Pérez-Stable, E. J. (2020). COVID-19 and racial/ethnic disparities. *JAMA*, 323(24), 2466–2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
- [4.30] Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhaskaran, K., Wong, A. Y. S., Williamson, E. J., Forbes, H., Wing, K., McDonald, H. I., Bates, C., Bacon, S., Walker, A. J., Evans, D., Inglesby, P., Mehrkar, A., ... Goldacre, B. (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet*, 397(10286), 1711–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00634-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00634-6)
- [4.31] Probst, J. & Ruedin, D. (2021). *Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante*. (SFM studies: Bd. 78). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/migrationsbevölkerung-gesundheitskompetenz-und-covid-19.pdf>
- [4.32] Bishop, A. (2020). *Vulnerability amplified: the impact of the COVID-19 pandemic on LGBTIQ people*. OutRight Action International. <https://outrightinternational.org/covid-response>
- [4.33] M.I.S. TREND (2020). *Etude sur les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population en Suisse pendant la période des mesures du Conseil fédéral visant à freiner la propagation du Covid-19 (du 13 mars au 26. avril)*. IRES. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/fr/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-bericht.pdf>
- [4.34] Höglinger, M. & Heiniger, S. (2020). *Verhaltensänderungen im Lockdown und persönliche Herausforderungen: Auswertungen mit Daten des COVID-19 Social Monitor für Gesundheitsförderung Schweiz*. Schlussbericht. WIG; ZHAW. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/22546/3/2020_Hoeglinger-Heiniger_Covid19-Social-Monitor-Schlussbericht.pdf
- [4.35] Prickett, K. C., Habibi, H. & Carr, P. A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance in a cohort of diverse New Zealanders. *Lancet Reg Health West Pac*, 14, 100241. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100241>
- [4.36] Friemel, T. N. & Geber, S. (2021). *The role of socio-demographics in Covid-19 prevention*. Fachdiskussion Covid-19 Taskforce 12. Jan. 2021. IKMZ. https://covid-norms.ch/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Norms_Fachgesprach_20210112_Friemel-Geber_webseite.pdf
- [4.37] Geber, S., Tribelhorn, L. & Friemel, T. N. (2020). *Die Impfbereitschaft in der Schweizer Bevölkerung*. Covid-Norms. <https://covid-norms.ch/impfbereitschaft-schweiz/>
- [4.38] Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M., Katikireddi, S. V. & Benzeval, M. J. (2021). Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain Behav Immun*, 94, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.008>
- [4.39] Leu, A. & Becker, S. (2019). Young Carers. In H. Montgomery (Hg.), *Oxford bibliographies. Childhood studies. Oxford bibliographies in childhood studies*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/obo/9780199791231-0120>
- [4.40] Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L., Moser, U., Becker, S. & Jung, C. (2019). Counting Young Carers in Switzerland - A Study of Prevalence. *Child Soc*, 33(1), 53–67. <https://doi.org/10.1111/chso.12296>
- [4.41] Wepf, H., Joseph, S. & Leu, A. (2021). Benefit finding moderates the relationship between young carer experiences and mental well-being. *Psychology & Health*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1941961>
- [4.42] Joseph, S., Sempik, J., Leu, A. & Becker, S. (2020). Young Carers Research, Practice and Policy: An Overview and Critical Perspective on Possible Future Directions. *Adolescent Res Rev*, 5(1), 77–89. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00119-9>

- [4.43] Leu, A., Wepf, H. & Frech, M. (2020). Young carers. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 64–75). Hogrefe.
<https://www.gesundheitsbericht.ch/de/03-young-carers>
- [4.44] Lewis, F. M., Becker, S., Parkhouse, T., Joseph, S., Hlebec, V., Mrzel, M., Brodin, R., Casu, G., Boccaletti, L., Santini, S., D'Amen, B., Socci, M., Hoefman, R., Jong, N. de, Leu, A., Phelps, D., Guggiari, E., Magnusson, L. & Hanson, E. (2022). The first cross-national study of adolescent young carers aged 15–17 in six European countries. *International Journal of Care and Caring*, 1–28.
<https://doi.org/10.1332/239788222X16455943560342>
- [4.45] Leu, A. & Becker, S. Länderspezifisches Bewusstsein zur Situation von Young Carers: Eine globale Betrachtung. In *ZQP-Report junge Pflegende* (S. 31–35): Zentrum für Qualität in der Pflege.
- [4.46] Nap, H. H., Hoefman, R., Jong, N. de, Lovink, L., Glimmerveen, L., Lewis, F., Santini, S., D'Amen, B., Socci, M., Boccaletti, L., Casu, G., Manattini, A., Brodin, R., Sirk, K., Hlebec, V., Rakar, T., Hudobivnik, T., Leu, A., Berger, F., ... Hanson, E. (2020). The awareness, visibility and support for young carers across Europe: a Delphi study. *BMC Health Serv Res*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05780-8>
- [4.47] Leu, A., Guggiari, E., Phelps, D., Magnusson, L., Nap, H. H., Hoefman, R., Lewis, F., Santini, S., Socci, M., Boccaletti, L., Hlebec, V., Rakar, T., Hudobivnik, T. & Hanson, E. (2021). Cross-national Analysis of Legislation, Policy and Service Frameworks for Adolescent Young Carers in Europe. *Journal of Youth Studies*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/13676261.2021.1948514>
- [4.48] Leu, A., Frech, M. & Jung, C. (2018). Young carers and young adult carers in Switzerland: caring roles, ways into care and the meaning of communication. *Health Soc Care Community*, 26(6), 925–934.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12622>
- [4.49] Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C. & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung: eine Bevölkerungsbefragung*. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». BAG. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/fp_pflegerische_angehoerige/Kurzfassungen_Schlussberichte/Schlussbericht_Bedürfnisse_Entlastung.pdf

Chapitre 5

- [5.1] Bernath, J., Suter, L., Waller, G., Külling, C., Willemse, I. & Süss, D. (2020). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien: Erhebung Schweiz*. ZHAW.
- [5.2] Feierabend, S., Rathgeb, T., Kheredmand, H. & Glöckler, S. (2020). *JIM-Studie 2020 – Jugend, Information, Medien: Basisuntersuchung zum Medienumgang 12-bis 19-Jähriger*. MPFS.
- [5.3] Süss, D., Lampert, C. & Trültzsch-Wijnen, C. W. (2018). *Medienpädagogik: Ein Studienbuch zur Einführung* (3. Aufl.). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-19824-4>
- [5.4] Ludwigs, S. & Nöcker, G. (2020). *Social Media/Gesundheitsförderung mit digitalen Medien: Leitbegriffe Der Gesundheitsförderung Und Prävention. Glossar Zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:224-1107-2.0>
- [5.5] Kramer, M. (2020). *Visuelle Biografiearbeit: Smartphone-Fotografie in der Adoleszenz aus medienpädagogischer Perspektive*. (Lebensweltbezogene Medienforschung: Bd. 8). Nomos Verlagsgesellschaft.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6405591>
- [5.6] Waller, G., & Meidert, U. (2020). Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 210–237). Hogrefe.
- [5.7] Ramsey Buchanan, L., Rooks-Peck, C. R., Finnie, R. K., Wethington, H. R., Jacob, V., Fulton, J. E., Johnson, D. B., Kahwati, L. C., Pratt, C. A., Ramirez, G., Mercer, S. L. & Glanz, K. (2016). Reducing recreational sedentary screen time. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 402–415.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.09.030>

- [5.8] Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., Goldfield, G. & Gorber, S. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 8(1), 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-98>
- [5.9] Hakala, P. T., Saarni, L. A., Punamäki, R.-L., Wallenius, M. A., Nygård, C.-H. & Rimpelä, A. H. (2012). Musculoskeletal symptoms and computer use among Finnish adolescents – pain intensity and inconvenience to everyday life: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*, 13(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-41>
- [5.10] Toh, S. H., Coenen, P., Howie, E. K. & Straker, L. M. (2017). The associations of mobile touch screen device use with musculoskeletal symptoms and exposures: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(8), e0181220. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181220>
- [5.11] Bruni, O., Sette, S., Fontanesi, L., Baiocco, R., Laghi, F. & Baumgartner, E. (2015). Technology use and sleep quality in preadolescence and adolescence. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(12), 1433–1441. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5282>
- [5.12] Mireku, M. O., Barker, M. M., Mutz, J., Dumontheil, I., Thomas, M. S., Röösli, M., Elliott, P. & Toledano, M. B. (2019). Night-time screen-based media device use and adolescents' sleep and health-related quality of life. *Environment International*, 124, 66–78. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.11.069>
- [5.13] Willemse, I. (2016). *Onlinesucht: Ein Ratgeber für Eltern, Betroffene und ihr Umfeld*. Hogrefe.
- [5.14] Fardouly, J. & Vartanian, L. R. (2016). Social media and body image concerns: current research and future directions. *Curr Opin Psychol*, 9, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.09.005>
- [5.15] Csikszentmihalyi, M. (2000). *Beyond boredom and anxiety*. Jossey-Bass.
- [5.16] Parker Oliver, D., Patil, S., Benson, J. J., Gage, A., Washington, K., Kruse, R. L. & Demiris, G. (2017). The Effect of Internet Group Support for Caregivers on Social Support, Self-Efficacy, and Caregiver Burden: A Meta-Analysis. *Telemedicine and e-Health*, 23(8), 621–629. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0183>
- [5.17] Wickham, C. A. & Carbone, E. T. (2015). Who's calling for weight loss? A systematic review of mobile phone weight loss programs for adolescents. *Nutrition Reviews*, 73(6), 386–398. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuu018>
- [5.18] Haug, S., Castro, R. P., Wenger, A. & Schaub, M. P. (2020). Efficacy of a smartphone-based coaching program for addiction prevention among apprentices: study protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09995-6>
- [5.19] Breakey, V. R., Ignas, D. M., Warias, A. V., White, M., Blanchette, V. S. & Stinson, J. N. (2014). A pilot randomized control trial to evaluate the feasibility of an Internet-based self-management and transitional care program for youth with haemophilia. *Haemophilia*, 20(6), 784–793. <https://doi.org/10.1111/hae.12488>
- [5.20] Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE*, 10(3), e0119895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>
- [5.21] Huurne, E. D. ter, Haan, H. A. de, Postel, M. G., van der Palen, J., VanDerNagel, J. E. L. & DeJong, C. A. J. (2015). Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 17(6), e152. <https://doi.org/10.2196/jmir.3946>
- [5.22] Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C. & Davies, E. B. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *J Child Psychol Psychiatr*, 58(4), 474–503. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>
- [5.23] Beck, F., Richard, J.-B., Nguyen-Thanh, V., Montagni, I., Parizot, I. & Renahy, E. (2014). Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. *J Med Internet Res*, 16(5), e128. <https://doi.org/10.2196/jmir.2934>
- [5.24] Kang, M., Robards, F., Sancu, L., Steinbeck, K., Jan, S., Hawke, C., Luscombe, G., Kong, M. & Usherwood, T. (2018). *Access 3: Young people and the health system in the digital age*. Final Research Report.

- [5.25] Wartella, E., Rideout, V., Montague, H., Beaudoin-Ryan, L. & Lauricella, A. (2016). Teens, Health and Technology: A National Survey. *MaC*, 4(3), 13–23. <https://doi.org/10.17645/mac.v4i3.515>
- [5.26] Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res*, 8(2), e506. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- [5.27] Bautista, J. R. (2015). From Solving a Health Problem to Achieving Quality of Life: Redefining eHealth Literacy. *Journal of Literacy and Technology*, 16(2), 34–54.
- [5.28] Norgaard, O., Furstrand, D., Klokke, L., Karnoe, A., Batterham, R., Kayser, L. & Osborne, R. H. (2015). The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. *KMEL*, 522–540. <http://www.kmel-journal.org/ojs/index.php/online-publication/article/view/304/303>
- [5.29] Freeman, J. L., Caldwell, P. H. Y., Bennett, P. A. & Scott, K. M. (2018). How adolescents search for and appraise online health information: a systematic review. *J Pediatr*, 195, 244–255.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.11.031>
- [5.30] Dusberger, N. & Pierau, J. C. (2020). Chancen in der Gesundheitskommunikation durch Influencer-Strategien. In M. Terstiege (Hg.), *Digitales Marketing: Erfolgsmodelle aus der Praxis* (S. 213–222). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26195-5_13
- [5.31] Süß, D., Domdey, P., Steiner, L., Löpfe, S. & Bernath, J. *Jugendliche mit Gesundheitsförderungsbotschaften erreichen*. ZHAW; GFCH. https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen-Bibliothek/Fachthemen/ZHAW_2021_Wie_erreicht_Gesundheitsfo_rderung_Jugendliche.pdf
- [5.32] Albrecht, U.-V. (2019). *Einheitlicher Kriterienkatalog zur Selbstdeklaration der Qualität von Gesundheits-Apps*. Medizinische Hochschule Hannover (MHH). <https://doi.org/10.26068/MHHRPM/20190416-004>
- [5.33] Lampert, C. & Scherenberg, V. (2019). Gesundheits-Apps für Kinder und Jugendliche. *Public Health Forum*, 27(4), 301–303. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0066>
- [5.34] Lampert, C. (2020). Ungenutztes Potenzial: Gesundheits-Apps für Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsbl*, 63(6), 708–714. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03139-2>
- [5.35] Albrecht, U.-V. (Hg.) (2016). *Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA)*. Medizinische Hochschule Hannover (MHH).
- [5.36] Meidert, U., Scheermesser, M., Prieur, Y., Hegyi, S., Stockinger, K., Eyyi, G., Evers-Wölk, M., Jacobs, M., Oertel, B. & Becker, H. (2018). *Quantified Self: Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin*. (TA-Swiss). VDF Hochschulverlag.
- [5.37] Tolks, D., Lampert, C., Dadaczynski, K., Maslon, E., Paulus, P. & Sailer, M. (2020). Spielerische Ansätze in Prävention und Gesundheitsförderung: Serious Games und Gamification. *Bundesgesundheitsbl*, 63(6), 698–707. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03156-1>
- [5.38] Dadaczynski, K., Schiemann, S. & Paulus, P. (Hg.) (2016). *Gesundheit spielend fördern: Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention*. Beltz Juventa.
- [5.39] DeSmet, A., van Ryckeghem, D., Compernelle, S., Baranowski, T., Thompson, D., Crombez, G., Poels, K., van Lippevelde, W., Bastiaensens, S., van Cleemput, K., Vandebosch, H. & Bourdeaudhuij, I. de (2014). A meta-analysis of serious digital games for healthy lifestyle promotion. *Prev Med*, 69, 95–107. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.08.026>
- [5.40] Lau, H. M., Smit, J. H., Fleming, T. M. & Riper, H. (2017). Serious games for mental health: are they accessible, feasible, and effective? A systematic review and meta-analysis. *Front. Psychiatry*, 7, 209. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00209>
- [5.41] Johnson, D., Deterding, S., Kuhn, K.-A., Staneva, A., Stoyanov, S. & Hides, L. (2016). Gamification for health and wellbeing: a systematic review of the literature. *Internet Interventions*, 6, 89–106. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.10.002>
- [5.42] Koivisto, J. & Hamari, J. (2019). Gamification of physical activity: a systematic literature review of comparison studies. In CEUR-WS (Hg.), *3rd International GamiFIN Conference, GamiFIN 2019*, Levi, Finland, S. 106–117. <http://urn.fi/urn:nbn:de:0074-2359-5>

- [5.43] Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF). *ready4life Coaching App der Lungenliga, Zusammenfassung der Evaluation des mobiltelefonbasierten Programms zur Suchtprävention bei Lernenden im Schuljahr 2020/21*. Medienmitteilungen, Evaluation. www.r4l.swiss/

Chapitre 6

- [6.1] World Health Organization (WHO) (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514187>
- [6.2] Chaput, J.-P., Willumsen, J., Bull, F., Chou, R., Ekelund, U., Firth, J., Jago, R., Ortega, F. B. & Katzmarzyk, P. T. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5–17 years: summary of the evidence. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01037-z>
- [6.3] National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). *Physical activity and your heart: What is physical activity*. www.nhlbi.nih.gov/health-topics/physical-activity-and-your-heart
- [6.4] Foster, C. (2000). *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes*. UKK Institute for Health Promotion Research.
- [6.5] World Health Organization (WHO) (2020). *Every move counts towards better health – says WHO*. www.who.int/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who
- [6.6] Dick, B. & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. *J Adolesc Health*, 56(1), 3–6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
- [6.7] Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezeh, A. C. & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 379(9826), 1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- [6.8] Álvarez-Bueno, C., Pesce, C., Cavero-Redondo, I., Sánchez-López, M., Martínez-Hortelano, J. A. & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). The effect of physical activity interventions on children's cognition and metacognition: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 56(9), 729–738. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.012>
- [6.9] van Sluijs, E. M. F., Ekelund, U., Crochemore-Silva, I., Guthold, R., Ha, A., Lubans, D., Oyeyemi, A. L., Ding, D. & Katzmarzyk, P. T. (2021). Physical activity behaviours in adolescence: current evidence and opportunities for intervention. *Lancet*, 398(10298), 429–442. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01259-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01259-9)
- [6.10] Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- [6.11] Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W. & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388(10051), 1311–1324. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)
- [6.12] Mattli, R., Wieser, S., Probst-Hensch, N., Schmidt-Trucksäss, A. & Schwenkglens, M. (2019). Physical inactivity caused economic burden depends on regional cultural differences. *Scand J Med Sci Sports*, 29(1), 95–104. <https://doi.org/10.1111/sms.13311>
- [6.13] Abu-Omar, K., Rütten, A., Burlacu, I., Schätzlein, V., Messing, S. & Suhrcke, M. (2017). The cost-effectiveness of physical activity interventions: a systematic review of reviews. *Prev Med Rep*, 8, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.08.006>
- [6.14] Delgrande Jordan, M., Schneider, E., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Schmidhauser, V. & Masseroni, S. (2020). *Habitudes alimentaires, activité physique, statut pondéral et image du corps chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse: Résultats de l'étude «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps (Rapport de recherche 109)*. Addiction Suisse. www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_350.pdf

- [6.15] Verloigne, M., Lippevelde, W. van, Maes, L., Yildirim, M., Chinapaw, M., Manios, Y., Androutsos, O., Kovács, E., Bringolf-Isler, B., Brug, J. & Bourdeaudhuij, I. de (2012). Levels of physical activity and sedentary time among 10- to 12-year-old boys and girls across 5 European countries using accelerometers: an observational study within the ENERGY-project. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 34. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-34>
- [6.16] Lamprecht, M., Bürgi, R., Gebert, A. & Stamm, H.-P. (2021). *Sport Schweiz 2020: Kinder- und Jugendbericht*. BASPO. https://www.sportobs.ch/inhalte/Downloads/Kinder_und_Jugendbericht_2020_d.pdf
- [6.17] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [6.18] Hänggi, J., Bringolf-Isler, B., Kayser, B., Suggs, L. S. & Probst-Hensch, N. (2022). *SOPHYA-Studie: Resultate zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz*. Swiss TPH.
- [6.19] Lamprecht, M., Bürgi, R., Gebert, A. & Stamm, H.-P. (2021). *Sport Svizzera 2020: Rapporto riguardante bambini e giovani*. UFSPPO. https://www.sportobs.ch/inhalte/Downloads/Kinder_und_Jugendbericht_2020_i.pdf
- [6.20] Schmid, J., Gut, V., Yanagida, T. & Conzelmann, A. (2020). Who stays on? The link between psychosocial patterns and changes in exercise and sport behaviour when adolescents make transitions in education. *Appl Psychol Health Well Being*, 12(2), 312–334. <https://doi.org/10.1111/aphw.12186>
- [6.21] Sauter, D. (2019). *Mobilität von Kindern und Jugendlichen. Entwicklungen von 1994 bis 2015 Analyse basierend auf den Mikrozensen «Mobilität und Verkehr»* (No. 141). ASTRA / BAG / BASPO / Urban Mobility Research
- [6.22] Hunter, R. F., Christian, H., Veitch, J., Astell-Burt, T., Hipp, J. A. & Schipperijn, J. (2015). The impact of interventions to promote physical activity in urban green space: a systematic review and recommendations for future research. *Soc Sci Med*, 124, 246–256. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.051>
- [6.23] Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., Baas, P. & Mackie, H. (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport: an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9>
- [6.24] Hardie Murphy, M., Rowe, D. A. & Woods, C. B. (2017). Impact of physical activity domains on subsequent physical activity in youth: a 5-year longitudinal study. *J Sports Sci*, 35(3), 262–268. <https://doi.org/10.1080/02640414.2016.1161219>
- [6.25] Wong, F. L., Greenwell, M., Gates, S. & Berkowitz, J. M. (2008). It's what you do! Reflections on the VERB campaign. *Am J Prev Med*, 34(6 Suppl), 175–182. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.03.003>
- [6.26] Stamm, H., Bürgi, R. & Lamprecht, M. (2022). *Evaluation GORILLA, 2020–2021. Mit Freestylesport für eine gesunde und verantwortungsvolle Jugend* (Faktenblatt 68). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_068_GFCH_2022-04_-_Evaluation_Gorilla_2012-2021.pdf
- [6.27] Bundesamt für Sport (BASPO). *Jugend+Sport: das grösste Sportförderungsprogramm des Bundes*. www.jugendundsport.ch/de/home.html
- [6.28] Bringolf-Isler, B., Schindler, C., Kayser, B., Suggs, L. S. & Probst-Hensch, N. (2018). Objectively measured physical activity in population-representative parent-child pairs: parental modelling matters and is context-specific. *BMC Public Health*, 18(1), 1024. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5949-9>
- [6.29] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [6.30] Ackermann, G. & Amstad, F. T. (2019). *Orientierungsliste KAP 2019*. GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [6.31] Booth, M. & Okely, A. (2005). Promoting physical activity among children and adolescents: the strengths and limitations of school-based approaches. *Health Promot J Austr*, 16(1), 52–54. <https://doi.org/10.1071/he05052>

- [6.32] Mura, G., Rocha, N. B. F., Helmich, I., Budde, H., Machado, S., Wegner, M., Nardi, A. E., Arias-Carrión, O., Vellante, M., Baum, A., Guicciardi, M., Patten, S. B. & Carta, M. G. (2015). Physical activity interventions in schools for improving lifestyle in European countries. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 11 (Suppl 1 M5), 77–101. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010077>
- [6.33] Laberge, S., Bush, P. L. & Chagnon, M. (2012). Effects of a culturally tailored physical activity promotion program on selected self-regulation skills and attitudes in adolescents of an underserved, multiethnic milieu. *Am J Health Promot*, 26(4), e105-15. <https://doi.org/10.4278/ajhp.090625-QUAN-202>
- [6.34] Craiike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [6.35] Haerens, L., Deforche, B., Maes, L., Cardon, G., Stevens, V. & Bourdeaudhuij, I. de (2006). Evaluation of a 2-year physical activity and healthy eating intervention in middle school children. *Health Educ Res*, 21(6), 911–921. <https://doi.org/10.1093/her/cyl115>
- [6.36] Messing, S., Rütten, A., Abu-Omar, K., Ungerer-Röhrich, U., Goodwin, L., Burlacu, I. & Gediga, G. (2019). How can physical activity be promoted among children and adolescents? A Systematic review of reviews across settings. *Front Public Health*, 7, 55. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00055>
- [6.37] Patrick, K., Sallis, J. F., Prochaska, J. J., Lydston, D. D., Calfas, K. J., Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Saelens, B. E. & Brown, D. R. (2001). A multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE+ for adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 155(8), 940–946. <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.8.940>
- [6.38] Sallis, J. F., McKenzie, T. L., Conway, T. L., Elder, J. P., Prochaska, J. J., Brown, M., Zive, M. M., Marshall, S. J. & Alcaraz, J. E. (2003). Environmental interventions for eating and physical activity: a randomized controlled trial in middle schools. *Am J Prev Med*, 24(3), 209–217. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00646-3](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00646-3)
- [6.39] Simon, C., Wagner, A., DiVita, C., Rauscher, E., Klein-Platat, C., Arveiler, D., Schweitzer, B. & Triby, E. (2004). Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28 Suppl 3, S96-S103. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802812>
- [6.40] Simon, C., Kellou, N., Dugas, J., Platat, C., Copin, N., Schweitzer, B., Hausser, F., Bergouignan, A., Lefai, E. & Blanc, S. (2014). A socio-ecological approach promoting physical activity and limiting sedentary behavior in adolescence showed weight benefits maintained 2.5 years after intervention cessation. *Int J Obes (Lond)*, 38(7), 936–943. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.23>
- [6.41] Timperio, A., Salmon, J. & Ball, K. (2004). Evidence-based strategies to promote physical activity among children, adolescents and young adults: review and update. *J Sci Med Sport*, 7(1 Suppl), 20–29. [https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(04\)80274-3](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(04)80274-3)
- [6.42] Kimiecik, J., Horn, T., Newman, T. J. & Kimiecik, C. M. (2020). Moving adolescents for a lifetime of physical activity: shifting to interventions aligned with the third health revolution. *Health Psychol Rev*, 14(4), 486–503. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1700820>

Chapitre 7

- [7.1] Ziegler, A. M., Kasprzak, C. M., Mansouri, T. H., Gregory, A. M., Barich, R. A., Hatzinger, L. A., Leone, L. A. & Temple, J. L. (2021). An Ecological Perspective of Food Choice and Eating Autonomy Among Adolescents. *Front. Psychol.*, 12, Artikel 654139. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.654139>
- [7.2] Marczak, L., O'Rourke, K. & Shepard, D. (2016). When and why people die in the United States, 1990–2013. *JAMA*, 315(3), 241. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17599>
- [7.3] Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2017). *Surpoids et obésité (âge: 15+)*. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/surpoids-et-obesite-age-15>
- [7.4] Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W. & Milos, G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychol. Med.*, 46(13), 2749–2758. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001136>

- [7.5] Christoph, M. J., Larson, N. I., Winkler, M. R., Wall, M. M. & Neumark-Sztainer, D. (2019). Longitudinal trajectories and prevalence of meeting dietary guidelines during the transition from adolescence to young adulthood. *Am J Clin Nutr*, 109(3), 656–664. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy333>
- [7.6] Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Chen, C., Larson, N. I., Christoph, M. J. & Sherwood, N. E. (2018). Eating, Activity, and Weight-related Problems From Adolescence to Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(2), 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.032>
- [7.7] Al-Jawaldeh, A., Bekele, H., Silva, A. de, Gomes, F., Untoro, J., Wickramasinghe, K., Williams, J. & Branca, F. (2022). A new global policy framework for adolescent nutrition? *Lancet*, 399(10320), 125–127. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02694-5)
- [7.8] Das, J. K., Salam, R. A., Thornburg, K. L., Prentice, A. M., Campisi, S., Lassi, Z. S., Koletzko, B. & Bhutta, Z. A. (2017). Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci*, 1393(1), 21–33. <https://doi.org/10.1111/nyas.13330>
- [7.9] Société Suisse de Nutrition (SSN) (2015). *L'alimentation des adolescents*. www.sge-ssn.ch/media/Feuille_d_info_alimentation_des_adolescents.pdf
- [7.10] Delgrande Jordan, M., Schneider, E., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Schmidhauser, V. & Masseroni, S. (2020). *Habitudes alimentaires, activité physique, statut pondéral et image du corps chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse: Résultats de l'étude «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps* (Rapport de recherche 109). Addiction Suisse. www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_350.pdf
- [7.11] Meier, M., Berchtold, A., Akré, C., Michaud, P.-A. & Surís, J.-C. (2010). Who eats healthily? A population-based study among young Swiss residents. *Public Health Nutr.*, 13(12), 2068–2075. <https://doi.org/10.1017/S1368980010000947>
- [7.12] Moreno, L. A., Gottrand, F., Huybrechts, I., Ruiz, J. R., González-Gross, M. & DeHenauw, S. (2014). Nutrition and lifestyle in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Advances in Nutrition*, 5(5), 615S–623S. <https://doi.org/10.3945/an.113.005678>
- [7.13] Story, M. T. & Stang, J. (2005). Nutrition needs of adolescents. In J. Stang & M. T. Story (Hg.), *Guidelines for Adolescent Nutrition Services*.
- [7.14] Laska, M. N., Murray, D. M., Lytle, L. A. & Harnack, L. J. (2012). Longitudinal associations between key dietary behaviors and weight gain over time: transitions through the adolescent years. *Obesity*, 20(1), 118–125. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.179>
- [7.15] Woglom, C., Gray, V., Hill, M. & Wang, L. (2020). Significant relationships exist between perceived and objective diet quality in young adults. *J Acad Nutr Diet*, 120(1), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.06.002>
- [7.16] Dietz, W. H. (2017). Obesity and excessive weight gain in young adults. *JAMA*, 318(3), 241. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.6119>
- [7.17] Neufeld, L. M., Andrade, E. B., Ballonoff Suleiman, A., Barker, M. M., Beal, T., Blum, L. S., Demmler, K. M., Dogra, S., Hardy-Johnson, P., Lahiri, A., Larson, N., Roberto, C. A., Rodríguez-Ramírez, S., Sethi, V., Shamah-Levy, T., Strömmer, S., Tumilowicz, A., Weller, S. & Zou, Z. (2022). Food choice in transition: adolescent autonomy, agency, and the food environment. *The Lancet*, 399(10320), 185–197. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01687-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01687-1)
- [7.18] Larson, N., Laska, M. N. & Neumark-Sztainer, D. (2019). Do young adults value sustainable diet practices? Continuity in values from adolescence to adulthood and linkages to dietary behaviour. *Public Health Nutr.*, 22(14), 2598–2608. <https://doi.org/10.1017/S136898001900096X>
- [7.19] Story, M., Neumark-Sztainer, D. & French, S. (2002). Individual and Environmental Influences on Adolescent Eating Behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), S40–S51. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90421-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90421-9)
- [7.20] Story, M. T. & Alton, I. (1996). Becoming a woman: nutrition in adolescence. In D. A. Krummel & P. M. Kris-Etherton (Hg.), *Nutrition in Women's Health*. Aspen publication (S. 1–34). Jones & Bartlett.

- [7.21] McKinley, M. C., Lowis, C., Robson, P. J., Wallace, J. M. W., Morrissey, M., Moran, A. & Livingstone, M. B. E. (2005). It's good to talk: children's views on food and nutrition. *Eur J Clin Nutr*, 59(4), 542–551. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602113>
- [7.22] Larson, N., Loth, K. A., Eisenberg, M. E., Hazzard, V. M. & Neumark-Sztainer, D. (2021). Body dissatisfaction and disordered eating are prevalent problems among U.S. young people from diverse socioeconomic backgrounds: Findings from the EAT 2010–2018 study. *Eating Behaviors*, 42, 101535. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101535>
- [7.23] Kelly, C., Callaghan, M. & Gabhainn, S. N. (2021). «It's hard to make good choices and it costs more»: Adolescents' Perception of the External School Food Environment. *Nutrients*, 13(4), 1043. <https://doi.org/10.3390/nu13041043>
- [7.24] Palla, L., Chapman, A., Beh, E., Pot, G. & Almiron-Roig, E. (2020). Where do adolescents eat less-healthy foods? Correspondence analysis and logistic regression results from the UK National Diet and Nutrition Survey. *Nutrients*, 12(8), 2235. <https://doi.org/10.3390/nu12082235>
- [7.25] Ronto, R., Ball, L., Pendergast, D. & Harris, N. (2016). Adolescents' perspectives on food literacy and its impact on their dietary behaviours. *Appetite*, 107, 549–557. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.006>
- [7.26] Contento, I. R. (2016). *Nutrition education: linking research, theory, and practice* (3. Aufl.). Jones & Barlett Learning.
- [7.27] Hoelscher, D. M., Evans, A., Parcel, G. S. & Kelder, S. (2002). Designing Effective Nutrition Interventions for Adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), S52–S63. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90422-0](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90422-0)
- [7.28] Vidgen, H. A. & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>
- [7.29] Egg, S., Wakolbinger, M., Reisser, A., Schätzer, M., Wild, B. & Rust, P. (2020). Relationship between nutrition knowledge, education and other determinants of food intake and lifestyle habits among adolescents from urban and rural secondary schools in Tyrol, Western Austria. *Public Health Nutr*, 23(17), 3136–3147. <https://doi.org/10.1017/S1368980020000488>
- [7.30] Bailey, C. J., Drummond, M. J. & Ward, P. R. (2019). Food literacy programmes in secondary schools: a systematic literature review and narrative synthesis of quantitative and qualitative evidence. *Public Health Nutr*, 22(15), 2891–2913. <https://doi.org/10.1017/S1368980019001666>
- [7.31] Slater, J., Falkenberg, T., Rutherford, J. & Colatruglio, S. (2018). Food literacy competencies: a conceptual framework for youth transitioning to adulthood. *Int J Consum Stud*, 42(5), 547–556. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12471>
- [7.32] Hagmann, D., Siegrist, M. & Hartmann, C. (2020). Acquisition of Cooking skills and associations with healthy eating in Swiss adults. *J Nutr Educ Behav*, 52(5), 483–491. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.12.016>
- [7.33] Baranowski, T., Baranowski, J., Cullen, K. W., Marsh, T., Islam, N., Zakeri, I., Honess-Morreale, L. & deMoor, C. (2003). Squire's Quest! Dietary outcome evaluation of a multimedia game. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), 52–61. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00570-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00570-6)
- [7.34] Wickham, C. A. & Carbone, E. T. (2018). What's technology cooking up? A systematic review of the use of technology in adolescent food literacy programs. *Appetite*, 125, 333–344. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.001>
- [7.35] Bédard, A., Lamarche, P.-O., Grégoire, L.-M., Trudel-Guy, C., Provencher, V., Desroches, S. & Lemieux, S. (2020). Can eating pleasure be a lever for healthy eating? A systematic scoping review of eating pleasure and its links with dietary behaviors and health. *PLoS ONE*, 15(12), e0244292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244292>
- [7.36] Omiwole, M., Richardson, C., Huniewicz, P., Dettmer, E. & Paslakis, G. (2019). Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*, 11(12), 2917. <https://doi.org/10.3390/nu11122917>

- [7.37] Micha, R., Karageorgou, D., Bakogianni, I., Trichia, E., Whitsel, L. P., Story, M., Peñalvo, J. L. & Mozaffarian, D. (2018). Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *13*(3), e0194555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194555>
- [7.38] Raine, K. D., Atkey, K., Olstad, D. L., Ferdinands, A. R., Beaulieu, D., Buhler, S., Campbell, N., Cook, B., L'Abbé, M., Lederer, A., Mowat, D., Maharaj, J., Nykiforuk, C., Shelley, J. & Street, J. (2018). Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, *38*(1), 6–17. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.1.03>
- [7.39] Carrard, I., Bucher Della Torre, S. & Levine, M. (2019). La promotion d'une image corporelle positive chez les jeunes [Promoting a positive body image in young people]. *Sante publique*, *31*(4), 507–515. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0507>
- [7.40] Wilksch, S. M. & Wade, T. D. (2015). Media Literacy in the Prevention of Eating Disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Hg.), *The Wiley handbook of eating disorders, vol. 2: assessment, prevention, treatment, policy, and future directions* (S. 610–624). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch45>
- [7.41] Lasserre, A. M., Chiolero, A., Cachat, F., Paccaud, F. & Bovet, P. (2007). Overweight in Swiss children and associations with children's and parents' characteristics. *Obesity (Silver Spring)*, *15*(12), 2912–2919. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.347>
- [7.42] Mestral, C. de, Chatelan, A., Marques-Vidal, P., Stringhini, S. & Bochud, M. (2019). The contribution of diet quality to socioeconomic inequalities in obesity: a population-based study of Swiss adults. *Nutrients*, *11*(7). <https://doi.org/10.3390/nu11071573>
- [7.43] Amstutz, D., Gonçalves, D., Hudelson, P., Stringhini, S., Durieux-Paillard, S. & Rolet, S. (2020). Nutritional status and obstacles to healthy eating among refugees in Geneva. *J Immigr Minor Health*, *22*(6), 1126–1134. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01085-4>
- [7.44] Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse: Définition, introduction théorique, recommandations pratiques*. Rapport de base. GDK; GFCH.
- [7.45] McCabe, C. F., O'Brien-Combs, A. & Anderson, O. S. (2020). Cultural competency training and evaluation methods across dietetics education: a narrative review. *J Acad Nutr Diet*, *120*(7), 1198–1209. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.01.014>
- [7.46] Kamimura, A., Higham, R., Panahi, S., Lee, E., Griffin, R. J., Sundrud, J. & Lucero, M. (2022). How food insecurity and financial difficulty relate to emotional well-being and social functioning. *South Med J*, *115*(1), 1–7. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001342>
- [7.47] Fernández-Jiménez, R., Briceño, G., Céspedes, J., Vargas, S., Guijarro, J., Baxter, J., Hunn, M., Santos-Beneit, G., Rodríguez, C., Céspedes, M. P., Bagiella, E., Moreno, Z., Carvajal, I. & Fuster, V. (2020). Sustainability of and adherence to preschool health promotion among children 9 to 13 years old. *J Am Coll Cardiol*, *75*(13), 1565–1578. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.01.051>
- [7.48] Neumark-Sztainer, D. (2009). Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do? *Journal of Adolescent Health*, *44*(3), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.11.005>
- [7.49] Loth, K. A., Lebow, J., Uy, M. J. A., Ngaw, S. M., Neumark-Sztainer, D. & Berge, J. M. (2021). First, do no harm: understanding primary care providers' perception of risks associated with discussing weight with pediatric patients. *Global Pediatric Health*, *8*. <https://doi.org/10.1177/2333794X211040979>

Chapitre 8

- [8.1] World Health Organization (WHO) (2019). *Psychische Gesundheit*. Faktenblatt. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf
- [8.2] Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, *73*(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- [8.3] Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2016* (Obsan Bericht 72). Obsan. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2016-psychische-gesundheit-der-schweiz>

- [8.4] Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: new perspectives from brain and behavioral science. *Curr Dir Psychol Sci*, 16(2), 55–59. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x>
- [8.5] Crone, E. A. & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci*, 13(9), 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- [8.6] Foulkes, L. & Blakemore, S.-J. (2018). Studying individual differences in human adolescent brain development. *Nat Neurosci*, 21(3), 315–323. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0078-4>
- [8.7] Fuhrmann, D., Knoll, L. J. & Blakemore, S.-J. (2015). Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. *Trends Cogn Sci*, 19(10), 558–566. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.008>
- [8.8] Pellegrini, D. S. (1990). Psychosocial risk and protective factors in childhood. *J Dev Behav Pediatr*, 11(4), 201–209.
- [8.9] Abderhalden, I., Jüngling, K., Beeler, N. & Waser, C. (2019). *Selbstwirksamkeit: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen*. GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [8.10] Amstad, F., Ducarroz, L. & Mullis, S. (2020). Gesundheitsförderung und Prävention. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 244–279). Hogrefe. <https://www.gesundheitsbericht.ch/de/09-gesundheitsfoerderung-und-praevention/93-psychische-gesundheit>
- [8.11] Wille, N., Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17(Suppl 1), 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
- [8.12] Lyssenko, L., Rottmann, N. & Bengel, J. (2010). Resilienzforschung: Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsbl*, 53(10), 1067–1072.
- [8.13] World Health Organization (WHO) (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343>
- [8.14] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht. Bericht 6*. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [8.15] Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R. & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- [8.16] Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B. & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>
- [8.17] Patel, V., Flisher, A. J., Nikapota, A. & Malhotra, S. (2008). Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(3), 313–334. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01824.x>
- [8.18] American Psychological Association (APA) (2021). *Teen suicide is preventable*. <https://www.apa.org/research/action/suicide>
- [8.19] Feldman, I., Gebreslassie, M., Sampaio, F., Nystrand, C. & Ssegonja, R. (2021). Economic evaluations of public health interventions to improve mental health and prevent suicidal thoughts and behaviours: a systematic literature review. *Adm Policy Ment Health*, 48(2), 299–315. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01072-9>
- [8.20] McDaid, D., Park, A.-L. & Knapp, M. (2017). *Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health*. PSSRU; LSE. <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/reports/commissioning-cost-effective-services-for-promotion-of-mental-health-and-wellbeing-and-prevention-of-mental-ill-health>
- [8.21] World Health Organization (WHO) (2021). *WHO menu of cost-effective interventions for mental health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031081>

- [8.22] Ambord, S., Eichenberger, Y. & Jordan, M. D. (2020). *Gesundheit und Wohlbefinden der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz im Jahr 2018 und zeitliche Entwicklung: Resultate der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC)*. Forschungsbericht Nr. 113. https://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_351.pdf
- [8.23] Steinhausen, H. C., Metzke, C. W., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand*, 98(4), 262–271. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10082.x>
- [8.24] Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- [8.25] Mohler-Kuo, M., Dzemaili, S., Foster, S., Werlen, L. & Walitza, S. (2021). Stress and mental health among children/adolescents, their parents, and young adults during the first Covid-19 lockdown in Switzerland. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094668>
- [8.26] Werlen, L., Puhon, M. A., Landolt, M. A. & Mohler-Kuo, M. (2020). Mind the treatment gap: the prevalence of common mental disorder symptoms, risky substance use and service utilization among young Swiss adults. *BMC Public Health*, 20(1), 1470. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09577-6>
- [8.27] Quervain, D. de, Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coyne, D., Freytag, V., Gerhards, C., Papassotiropoulos, A., Schick Tanz, N., Schlitt, T., Zimmer, A. & Zuber, P. (2020). *The Swiss Corona Stress Study: second pandemic wave, November 2020*. OSF Preprints. <https://osf.io/6cseh/>
- [8.28] Quervain, D. de, Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coyne, D., Gerhards, C., Fehlmann, B., Freytag, V., Papassotiropoulos, A., Schick Tanz, N., Schlitt, T., Zimmer, A. & Zuber, P. (2020). *The Swiss Corona Stress Study*. OSF Preprints. <https://osf.io/jqw6a/>
- [8.29] Werling, A. M., Walitza, S. & Drechsler, R. (2021). Einfluss des Lockdowns auf Psyche und Mediengebrauch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Paediatrica*, 32(2). <https://doi.org/10.35190/d2021.2.5>
- [8.30] Dratva, J. & Wieber, F. (2022). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23489>
- [8.31] Dratva, J. & Wieber, F. (2021). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG.
- [8.32] Keller, F. (2014). Transitionsverläufe in der Schweiz. In F. Keller (Hg.), *Strukturelle Faktoren des Bildungserfolgs* (S. 185–210). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-05442-7_9
- [8.33] Sabatella, F. & Wyl, A. von (2014). *Pilotprojekt Integration arbeitsloser Jugendlicher und junger Erwachsener*. ZHAW. https://www.zhaw.ch/storage/psychologie/upload/forschung/psychotherapie/2_Schlussbericht_Integration_arbeitsloseJuEr.pdf
- [8.34] Baer, N., Altwicker-Hämori, S., Juvalta, S., Frick, U. & Rüesch, P. *Profile von jungen IV-Neurenten-beziehenden mit psychischen Krankheiten: FoP2-IV Forschungsprojekt* (Beiträge zur sozialen Sicherheit). BSV. www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen/forschung/forschungspublikationen.html
- [8.35] World Health Organization (WHO) (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: Helping adolescents thrive*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565375/>
- [8.36] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. www.gesundheitsbericht.ch/de/09-gesundheitsfoerderung-und-praevention/93-psychische-gesundheit
- [8.37] Wyl, A. von, Perrotta Hare, O., Lehmann Niederhäuser, K. & Steinebach, C. (2012). *Innovation in der Gesundheitsförderung: Bericht zuhanden der Gesundheitsförderung Schweiz*. ZHAW; GFCH.
- [8.38] Flückiger, L., Dallacker, M., Lieb, R. & Mata, J. (2018). Bewegung, Ernährung, Schlaf – was hat das mit Erfolg an der Uni zu tun? *Mind*, 9(1). <https://de.in-mind.org/article/bewegung-ernaehrung-schlaf-was-hat-das-mit-erfolg-an-der-uni-zu-tun>
- [8.39] World Health Organization (WHO), Division of Mental Health (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools: pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence; pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>

- [8.40] Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie* (4. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838547459>
- [8.41] Werner, E. E. (2011). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff, S. J. Meisels & E. F. Zigler (Hg.), *Handbook of early childhood intervention* (S. 115–132). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.008>
- [8.42] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth.
- [8.43] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2022). *Fokusthema «Selbstwirksamkeit»: Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/selbstwirksamkeit.html>
- [8.44] Lohaus, A. & Domsch, H. (2021). *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61160-9>
- [8.45] World Health Organization (WHO), Division of Mental Health (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools: pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence; pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
- [8.46] Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer. <http://swb.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=423337>
- [8.47] Högger D. (2012). *Eine Arbeitshilfe für Schulen: Kanton Aargau «gesund und zwäg i de Schuel»*. www.gesundeschule-ag.ch/myUploadData/files/Arbeitsinstrument_Lebenskompetenz.pdf
- [8.48] Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R. & Paulus, P. (2007). «Mind-Matters»: Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(4), 221–227 (deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs). <https://doi.org/10.1007/s11553-007-0071-3>[8.49] Abeln T., Sommerhalder, K. (2015) Gesundheitskompetenz/Health Literacy. *Bundesgesundheitsbl.* 58(9), 923–929.
- [8.50] DeGani, S., Jaks, R., Bieri, U. & Hoher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021: Schlussbericht*. BAG; Careum Stiftung.
- [8.51] Franzkowiak, P. *Soziale Unterstützung*. Prävent Gloss zu Konzepten, Strategien und Methoden (Leitbegriffe Gesundheitsförderung).
- [8.52] Wieber, F., Passalacqua, S., Zysset, A., Cramer, A., Künzler, A. & Wyl, A. von (2021). Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Schweiz Ärtztztg*, 102(38), 1228–1230. <https://doi.org/10.4414/saez.2021.20015>
- [8.53] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [8.54] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [8.55] Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2020* (Obsan Bericht 15/2020). Obsan. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-der-schweiz-3>
- [8.56] Tuch A, S. D. (2020). Psychische Gesundheit. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Hogrefe.
- [8.57] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention: Zielgruppe Kinder und Jugendliche* (Faktenblatt 19). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf
- [8.58] Eisner, L. & Hässler, T. (2019). *Swiss LGBTIQ+ Survey 2019: Summary Report*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/hwvxc>

- [8.59] Ottova, V. & Ravens-Sieberer, U. (2010). Schulische Gesundheitsförderung bei Kindern mit Migrationshintergrund. *Public Health Forum*, 18(4), e1–e34.
- [8.60] Stocker, D., Jäggi, J., Berset, M., Schläpfer, D., Németh, P., Kaeslin, S. & Goebel, S. (2021). *Junge Erwerbstätige: Arbeitsbedingungen und Gesundheit* (Arbeitspapier 55). https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_AP_55_Junge_Erwerbstaetige_Gesundheit_de_web.pdf

Chapitre 9

- [9.1] Mann-Luoma, R., Goldapp, C., Khaschei, M., Lamersm, L. & Milinski, B. Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung: Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsbl*, 45(12), 952–959. <https://doi.org/10.1007/s00103-002-0514-0>
- [9.2] D'Amore, S. (2007). Les contextes alimentaires vus, commentés et dessinés par les adolescents: Recherche sur les représentations et les pratiques socio-alimentaires, selon une démarche multi-méthodologique. *Bulletin de Psychologie*(492), 527–544.
- [9.3] Walther, T. (2016). *Une étude exploratoire des facteurs psychologiques en lien avec la pratique de l'activité physique et le bien-être: Motivation, auto-efficacité, estime de soi et barrières perçues*. Université de Fribourg.
- [9.4] Ladner, J., Porrovecchio, A., Masson, P., Zunquin, G., Hurdiel, R., Pezé, T., Theunynck, D. & Tavolacci, M.-P. (2016). Activité physique chez les étudiants: prévalence et profils de comportements à risque associés. *Santé Publique*(S1), 65–73. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0065>
- [9.5] Corre, H. (2002). À l'adolescence, ça bouge: Éducation physique et sportive. *Enfances & Psy*, 20(4), 70–78.
- [9.6] Michaud, P.-A. & Surís, J.-C. (2005). Activité physique et sportive à l'adolescence: un défi pour les médecins, un défi pour la société. *Rev Med Suisse*, 28(9), 1835–1836. https://www.revmed.ch/view/611022/4778043/RMS_28_1835.pdf
- [9.7] Middleton, O. (2002). Pratiques sportives et prévention des conduites à risque. *Psychotropes*, 8(3), 59–68. <https://doi.org/10.3917/psyt.083.0059>
- [9.8] Tercier, S., Gojanovic, B., Depallens, S., Vust, S. & Ambresin, E. (2016). Adolescent et sportif: quand les excès s'additionnent. *Rev Med Suisse*, 12, 1144–1147. https://www.revmed.ch/view/452032/3835853/RMS_522_1144.pdf
- [9.9] Diasio, N. (2014). Alimentation, corps et transmission familiale à l'adolescence. *Recherches familiales*, 11, 31–41.
- [9.10] Vandenbroeck, P., Goossens, J. & Clemens, M. (2007). *Tackling Obesities: Future choices – Obesity System Atlas*. UK Government Office for Science. <https://www foresightfordevelopment.org/sobipro/54/1231-tackling-obesities-future-choices-obesity-system-atlas>
- [9.11] Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- [9.12] Leiß, O. (2020). Engels biopsychosoziales Modell 40 Jahre später: eine Bestandsaufnahme. In O. Leiß (Hg.), *Konzepte und Modelle Integrierter Medizin: zur Aktualität Thure von Uexkülls (1908–2004)* (S. 233–256). Transcript.
- [9.13] Klotter, J. C. (2014). *Einführung Ernährungspsychologie* (2. Aufl.) (PsychoMed compact: Bd. 2). Reinhardt.
- [9.14] Pudiel, V. & Westenhöfer, J. (2003). *Ernährungspsychologie: eine Einführung* (3. Aufl.). Hogrefe. <https://elibrary.hogrefe.de/book/99.110005/9783840909122>
- [9.15] Grunert, S. C. (1993). *Essen und Emotionen: Die Selbstregulierung von Emotionen durch das Essverhalten*. Beltz, Psychologie-Verlagsunion.
- [9.16] Macht, M. (2005). Essen und Emotion. *Ernährungs-Umschau*, 52(8), 304–308. https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/08_2005/EU08_304_308.pdf
- [9.17] Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- [9.18] Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>

- [9.19] Araiza, A. M. & Lobel, M. (2018). Stress and eating: Definitions, findings, explanations, and implications. *Soc Personal Psychol Compass*, 12(4), e12378. <https://doi.org/10.1111/spc3.12378>
- [9.20] Berset, M., Semmer, N. K., Elfering, A., Jacobshagen, N. & Meier, L. L. (2011). Does stress at work make you gain weight? A two-year longitudinal study. *Scand J Work Environ Health*, 37(1), 45–53. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3089>
- [9.21] Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Brunner, E., Vahtera, J. & Marmot, M. G. (2006). Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes (Lond)*, 30(6), 982–987. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803229>
- [9.22] Kouvonen, A., Kivimäki, M., Cox, S. J., Cox, T. & Vahtera, J. (2005). Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 577–583. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000170330.08704.62>
- [9.23] Overgaard, D., Gyntelberg, F. & Heitmann, B. L. (2004). Psychological workload and body weight: is there an association? A review of the literature. *Occup Med (Lond)*, 54(1), 35–41. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg135>
- [9.24] Schiftan, R. (2016). *Str(essen): Wie sich arbeitsbedingter Stress auf unser Ernährungsverhalten auswirkt*. Unveröffentlichte Bachelorthesis, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW Olten.
- [9.25] Schiftan, R. (2018). *Die Kultur des (Str)Essens: Wie die Arbeitsbedingungen das Essverhalten beeinflussen*. Unveröffentlichte Masterthesis, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW Olten.
- [9.26] Santana-Cárdenas, S. (2016). Relationship of work stress with eating behavior and obesity: theoretical and empirical considerations. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.07.002>
- [9.27] Bundesverband Digitale Wirtschaft e. V. (BVDW) & INFLURY GmbH (2017). *Bedeutung von Influencer Marketing in Deutschland 2017: eine Studie im Auftrag von BVDW und INFLURY*. https://www.bvdw.org/fileadmin/bvdw/upload/studien/171128_IM-Studie_final-draft-bvdw_low.pdf
- [9.28] Klotter, C., Depa, J. & Humme, S. (2015). *Gesund, gesünder, Orthorexia nervosa: Modekrankheit oder Störungsbild? Eine wissenschaftliche Diskussion*. Springer.
- [9.29] Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A.-J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: an exploratory analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- [9.30] Holmberg, C., Chaplin, J. E., Hillman, T. & Berg, C. (2016). Adolescents' presentation of food in social media: An explorative study. *Appetite*, 99, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.009>
- [9.31] Rossi, C. D. & Adam, S. (2021). #food in Social Media: Trends und ihre möglichen Wirkungen auf das Essverhalten. *Ernährung im Fokus*(1), 16–21.
- [9.32] Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S. A., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H. & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: a mixed methods systematic review. *Nutr Diet*, 77(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- [9.33] Alruwaily, A., Mangold, C., Greene, T., Arshonsky, J., Cassidy, O., Pomeranz, J. L. & Bragg, M. (2020). Child social media influencers and unhealthy food product placement. *Pediatrics*, 146(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-4057>
- [9.34] Coates, A. E., Hardman, C. A., Halford, J. C. G., Christiansen, P. & Boyland, E. J. (2019). Social media influencer marketing and children's food intake: a randomized trial. *Pediatrics*, 143(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2554>
- [9.35] McGloin, A. F. & Eslami, S. (2015). Digital and social media opportunities for dietary behaviour change. *Proc Nutr Soc*, 74(2), 139–148. <https://doi.org/10.1017/S0029665114001505>
- [9.36] Nguyen, Q. C., Meng, H., Li, D., Kath, S., McCullough, M., Paul, D., Kanokvimankul, P., Nguyen, T. X. & Li, F. (2017). Social media indicators of the food environment and state health outcomes. *Public Health*, 148, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.013>
- [9.37] Wilksch, S. M., O'Shea, A., Ho, P., Byrne, S. & Wade, T. D. (2020). The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *Int J Eat Disord*, 53(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/eat.23198>

- [9.38] Carrotte, E. R., Prichard, I. & Lim, M. S. C. (2017). «Fitspiration» on social media: a content analysis of gendered images. *J Med Internet Res*, 19(3), e95. <https://doi.org/10.2196/jmir.6368>
- [9.39] Gentile, A., Servidio, R., Caci, B. & Boca, S. (2021). Social stigma and self-esteem as mediators of the relationship between Body Mass Index and Internet addiction disorder: An exploratory study. *Curr Psychol*, 40(3), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0054-x>
- [9.40] Jarman, H. K., Marques, M. D., McLean, S. A., Slater, A. & Paxton, S. J. (2021). Social media, body satisfaction and well-being among adolescents: A mediation model of appearance-ideal internalization and comparison. *Body Image*, 36, 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.005>
- [9.41] Marengo, D., Longobardi, C., Fabris, M. A. & Settanni, M. (2018). Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: the mediating role of body image concerns. *Computers in Human Behavior*, 82, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.003>
- [9.42] Turner, J. S. (2014). Negotiating a media effects model: addendums and adjustments to perloff's framework for social media's impact on body image concerns. *Sex Roles*, 71(11–12), 393–406. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0431-3>
- [9.43] Herpertz, S., Zwaan, M. de & Zipfel, S. (Hg.) (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-54573-3>
- [9.44] Lang, U. E. & Walter, M. (2017). Depression in the context of medical disorders: new pharmacological pathways revisited. *Neurosignals*, 25(1), 54–73. <https://doi.org/10.1159/000482001>
- [9.45] Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F. & Sarris, J. (2019). The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 81(3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- [9.46] Burokas, A., Moloney, R. D., Dinan, T. G. & Cryan, J. F. (2015). Microbiota regulation of the Mammalian gut-brain axis. *Adv Appl Microbiol*, 91, 1–62. <https://doi.org/10.1016/bs.aambs.2015.02.001>
- [9.47] David, L. A., Maurice, C. F., Carmody, R. N., Gootenberg, D. B., Button, J. E., Wolfe, B. E., Ling, A. V., Devlin, A. S., Varma, Y., Fischbach, M. A., Biddinger, S. B., Dutton, R. J. & Turnbaugh, P. J. (2014). Diet rapidly and reproducibly alters the human gut microbiome. *Nature*, 505(7484), 559–563. <https://doi.org/10.1038/nature12820>
- [9.48] Berk, L. E. (2019). *Entwicklungspsychologie* (7. Aufl.). Pearson.
- [9.49] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). Psychische Gesundheit im Jugendalter. In *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. (S. 70–79). GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [9.50] Holland, G. & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- [9.51] Mingoia, J., Hutchinson, A. D., Wilson, C. & Gleaves, D. H. (2017). The relationship between social networking site use and the internalization of a thin ideal in females: a meta-analytic review. *Front Psychol*, 8, 1351. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01351>
- [9.52] Rodgers, R. & Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *Eur Eat Disord Rev*, 17(2), 137–151. <https://doi.org/10.1002/erv.907>
- [9.53] Ryding, F. C. & Kuss, D. J. (2020). The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: a systematic review of psychological research. *Psychol Pop Media*, 9(4), 412–435. <https://doi.org/10.1037/ppm0000264>
- [9.54] Saul, J. S. & Rodgers, R. F. (2018). Adolescent eating disorder risk and the online world. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 27(2), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.011>
- [9.55] Gesundheitsförderung Schweiz (2018). *Schweizerische Expert*innengruppe zum Thema Healthy Body Image: Definition Körperbild*. [zitiert aus internem Dokument «Argumentarium HBI» 16.8.22]

- [9.56] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2016). *Positives Körperbild: Grundbegriffe, Einflussfaktoren und Auswirkungen*. Themenblatt. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/Themenblatt_Positives_Koerperbild.pdf
- [9.57] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2016). *Das Körperbild von Jugendlichen in der Deutschschweiz: Ergebnisse einer Befragung 2015* (Faktenblatt 16). <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/ernaehrung-und-bewegung/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/healthy-body-image.html>
- [9.58] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Positives Körperbild bei Jugendlichen in der Schweiz: Ein Vergleich zwischen der Deutschschweiz (2015) und der Romandie (2016)* (Faktenblatt 25). <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/ernaehrung-und-bewegung/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/healthy-body-image.html>
- [9.59] Delgrande, J. M., Schneider, E., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Schmidhauser, V. & Masseroni, S. (2020). *Habitudes alimentaires, activité physique, statut pondéral et image du corps chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse: Résultats de l'enquête «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps* (Rapport de recherche 109). Lausanne Addiction Suisse.
- [9.60] Tylka, T. L., Piran, N. & Resch, E. (Hg.) (2019). *Handbook of Positive Body Image and Embodiment*. Oxford University Press.
- [9.61] Resch, E. & Tylka, T. L. (2019). Intuitive Eating. In T. L. Tylka, N. Piran & E. Resch (Hg.), *Handbook of positive body image and embodiment* (S. 68–79). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190841874.003.0008>
- [9.62] HAES-Community (2021). *Pledge – Health At Every Size: Community Resources*. <https://haescommunity.com/>