



Observatoire suisse de la santé
(Ed.)

La santé en Suisse – Enfants, adolescents et jeunes adultes

Rapport national sur la santé 2020

**La santé en Suisse –
Enfants, adolescents et jeunes adultes**

**La santé en Suisse –
Enfants, adolescents et jeunes adultes**

Observatoire suisse de la santé (Ed.)

Observatoire suisse de la santé
Claudio Peter, Monika Diebold,
Marina Delgrande Jordan, Julia Dratva,
Ilona Kickbusch, Susanne Stronski
(Ed.)

La santé en Suisse – Enfants, adolescents et jeunes adultes

Rapport national sur la santé 2020

En collaboration avec

Fabienne T. Amstad
Nicole Bachmann
Thomas Ballmer
Eva Bergsträsser
Marina Delgrande Jordan
Sabine Dobler
Julia Dratva
Lucile Ducarroz
Marianne Frech

Brigitte Gantschnig
Susanne Grylka-Bäschlin
Jolanda Jäggi
Sibylle Juvalta
Kilian Künzi
Agnes Leu
Lena Liechti
Thierry Mathieu
Ursula Meidert
Stefan Meyer
Sirikka Mullis

Luca Notari
Valentine Schmidhauser
Daniela Schuler
Alexandre Tuch Thomas
Volken
Gregor Waller
Hannah Wepf
Karin Zimmermann
Andrea Zumbrunn
Annina Zysset



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Préface



Alain Berset, Conseiller fédéral
Chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Lukas Engelberger, Conseiller d'État
Président de la Conférence suisse
des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

«Le niveau réel d'un pays se mesure à l'attention qu'il accorde à ses enfants, à leur santé et à leur sécurité, à leur situation matérielle, à leur éducation et à leur socialisation, ainsi qu'à leur sentiment d'être aimés, appréciés et intégrés dans les familles et les sociétés au sein desquelles ils sont nés.» (UNICEF, 2007, p. 1)¹

Offrir dès la naissance aux enfants des conditions qui leur permettent de grandir en bonne santé et en sécurité, de s'épanouir en déployant tout leur potentiel, d'être écoutés et pris au sérieux constitue un objectif social que la Suisse s'est engagée à atteindre. En 1997, elle a en effet ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant, dont l'article 24 reconnaît «le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation».

Cette tâche, il ne faut pas la sous-estimer, car les facteurs qui contribuent à l'épanouissement et à une vie saine durant l'enfance et l'adolescence puis à l'âge adulte sont très nombreux. Les conditions de vie des parents exercent par exemple une influence sur les enfants avant même leur naissance. Les enfants vivant dans une famille pauvre ou peu instruite grandissent avec moins de chances en matière de santé que d'autres enfants. Or, cette situation peut déterminer toute leur existence. Une maladie chronique, qu'elle touche l'un des parents ou l'enfant lui-même, est une expérience traumatisante qui peut marquer leur vie à jamais.

Il est particulièrement important de fournir un appui aux enfants dont les chances en matière de santé sont moindres et de soutenir aussi leurs familles. Le simple fait de les atteindre relève du défi, surtout en présence de barrières socioculturelles ou linguistiques. Voilà pourquoi les programmes de promotion de la santé et de prévention sont souvent mis en œuvre en collaboration avec les écoles. Les systèmes de santé, éducatif et social peuvent et doivent travailler main dans la main, tout spécialement lorsqu'il s'agit des enfants et des adolescents.

Dans ces trois domaines, la Confédération et les cantons s'efforcent de pratiquer une promotion précoce afin d'offrir à tous les enfants les meilleures chances de prendre un bon départ dans la vie. La stratégie nationale Prévention des maladies transmissibles, lancée par le Dialogue Politique nationale suisse de la santé, vise ainsi expressément les enfants et les adolescents. Quant aux programmes d'action cantonaux destinés à favoriser une alimentation saine, l'activité physique et la santé psychique, ils mettent également l'accent sur ce groupe cible.

Dans son édition consacrée à la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, le rapport national sur la santé donne un aperçu des connaissances disponibles et de celles qui font défaut sur la santé des jeunes générations. Dans l'idée d'inclure la santé des enfants dans toutes les politiques (Children's Health in All Policies), il propose des bases de décision aux acteurs du secteur de la santé, mais aussi à ceux d'autres domaines de la politique et de la société.

¹ UNICEF. La pauvreté des enfants en perspective: Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches. Bilan Innocenti 7, 2007, UNICEF, Centre de recherche Innocenti, Florence, https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_fre.pdf

Préface	4
Table des matières	6
Avant-propos	10
Introduction	14
Résumé	18
Méthodologie	19
Contenu du rapport	20
Contexte	20
État de santé	21
Comportements de santé et médias numériques	22
Système de santé	23
Réflexions et actions recommandées	24
01 Démographie	28
1.1 Démographie des enfants, des adolescents et des jeunes adultes: des chiffres et des faits	30
1.2 Bibliographie	33
02 Environnement et conditions sociales	34
2.1 Introduction	36
2.2 Environnement de vie – ressources et obstacles	37
2.3 Conditions sociales	54
2.4 Conclusions	59
2.5 Bibliographie	61
03 Jeunes aidants	64
3.1 Introduction	66
3.2 Définition	66
3.3 Santé et participation à la vie sociale des jeunes aidants	68
3.4 Mesures et stratégies	69
3.5 Conclusions	71
3.6 Bibliographie	72

04	Santé physique et développement	76
4.1	Introduction	78
4.2	État de santé général	79
4.3	Développement	80
4.4	Maladies transmissibles	89
4.5	Infections sexuellement transmissibles	95
4.6	Douleurs	96
4.7	Santé dentaire	98
4.8	Accidents et blessures	99
4.9	Conclusions et perspectives	101
4.10	Bibliographie	104
05	Santé psychique	108
5.1	Introduction	110
5.2	Prévalence de la santé et des maladies psychiques	113
5.3	Tentatives de suicide et suicides	127
5.4	Conclusions	130
5.5	Bibliographie	133
06	Maladies chroniques et handicaps	136
6.1	Introduction	138
6.2	Troubles du métabolisme	140
6.3	Surpoids et obésité	143
6.4	Maladies cardiovasculaires	144
6.5	Asthme, maladies atopiques et maladies auto-immunes	146
6.6	Maladies neurologiques	152
6.7	Maladies congénitales et handicaps	154
6.8	Cancer	159
6.9	Complications de la grossesse et naissances prématurées – conséquences sur la santé des enfants	160
6.10	Soins de santé des enfants atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap	164
6.11	Conclusions	165
6.12	Bibliographie	168

07	Comportements de santé	176
7.1	Importance des comportements de santé	178
7.2	Objectif et méthode	178
7.3	Alimentation	179
7.4	(In)activité physique	185
7.5	Sommeil	188
7.6	Consommation de substances psychoactives	191
7.7	Sexualité	199
7.8	Compétences en santé	203
7.9	Comportements de protection	204
7.10	Conclusions	205
7.11	Bibliographie	206
08	Médias numériques: chances et risques pour la santé	210
8.1	Introduction	212
8.2	Consommation médiatique des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse	212
8.3	Consommation médiatique et maladies cancéreuses	217
8.4	Sédentarité, surcharge pondérale et troubles musculo-squelettiques	219
8.5	Problèmes de vue et maux de tête	221
8.6	Sommeil	223
8.7	Stress et détente	225
8.8	Isolement et symptômes de dépression	226
8.9	Cyberdépendance	227
8.10	Sexting et cyberharcèlement	228
8.11	Agressivité et violence	230
8.12	Développement cognitif, émotionnel et social	230
8.13	Aspects positifs de l'utilisation des médias numériques	232
8.14	Conclusions	234
8.15	Bibliographie	237
09	Promotion de la santé et prévention	244
9.1	Définitions	246
9.2	Stratégies nationales, acteurs et règles de base des programmes	249
9.3	Santé psychique	251
9.4	Alimentation et activité physique	259
9.5	Addictions	265
9.6	Santé sexuelle	271
9.7	Perspectives	274
9.8	Bibliographie	277

10	Soins de santé	280
10.1	Acteurs, structures et offres	282
10.2	Prestations et recours aux prestations	293
10.3	Coûts	310
10.4	Conclusions	313
10.5	Bibliographie	315
11	Soins palliatifs	318
11.1	Nourrissons, enfants et adolescents dont l'espérance de vie est limitée par une maladie en Suisse	320
11.2	Soins palliatifs pédiatriques – Définition, buts et fondements	321
11.3	Comment et où les enfants décèdent en Suisse	322
11.4	Mise en œuvre actuelle des soins palliatifs pédiatriques en Suisse	323
11.5	Ancrage des soins palliatifs pédiatriques en Suisse dans la politique sanitaire	325
11.6	Conclusions et perspectives	326
11.7	Bibliographie	327
12	Réflexions et perspectives	328
12.1	Une grande majorité en bonne santé	329
12.2	Inégalités en matière de santé – un problème transversal	330
12.3	Manque de données sur l'état de santé et les soins de santé	331
12.4	Avènement d'une politique de la santé et des soins adaptée aux enfants	332
12.5	Environnement physique et social: futurs défis	333
12.6	Actions recommandées	334
12.7	Conclusion	338
12.8	Bibliographie	339
	Abréviations	340

Avant-propos



La Constitution fédérale dispose que les enfants et les adolescents ont droit à une protection particulière de leur intégrité et à l'encouragement de leur développement. Mais qu'en est-il réellement de l'intégrité des enfants et des adolescents en Suisse? Quel est leur état de santé et dans quelle mesure se développent-ils sainement? Le système de santé favorise-t-il au mieux le développement des enfants et des adolescents, qu'ils soient malades ou en bonne santé? Pour répondre à ces questions, il faut d'abord établir les faits, puis construire un tableau d'ensemble à partir des données factuelles réunies. Voilà l'objectif que poursuit le Rapport national sur la santé 2020.

Ce rapport est le quatrième du genre en Suisse. Il met l'accent sur la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Il est accessible en ligne sur un site dédié: www.rapportsante.ch. Les personnes intéressées par des informations plus détaillées trouveront des rapports sur les études de fond réalisées à l'adresse: www.obsan.admin.ch.

Le but assigné dès l'abord à ce rapport était de proposer un aperçu général de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Or, force est de constater que la Suisse fait ses premiers pas dans ce domaine. Il y a d'importantes lacunes et, souvent, il faut assembler des données ponctuelles, comme on assemble les pièces d'un puzzle, pour être en mesure d'apprécier la situation générale, ne serait-ce que dans les grandes lignes. Il est important de garder cela à l'esprit en lisant ce document.

Le rapport présente l'état de santé d'un des groupes de la population qui se porte le mieux. Est-il pertinent de se pencher sur cette catégorie de population? Nous estimons que ça l'est, et pour différentes raisons. Des interventions sur les structures ou des interventions directes sur l'enfant – voire pendant la grossesse ou l'enfance – pourraient avoir une influence favorable sur la santé à long terme, jusqu'à la vieillesse. L'enfance et l'adolescence sont d'importantes périodes de développement, tant sur le plan intellectuel qu'aux niveaux corporel et psychosocial. Ce sont aussi des périodes de grande vulnérabilité. Enfin, comme c'est à ce moment-là que les individus adoptent leur style de vie et leur attitude face aux comportements à risque, mener des actions de promotion de la santé auprès de ce public peut améliorer significativement la santé des personnes à l'âge adulte. Les spécialistes du développement biologique considèrent désormais que de telles améliorations ont aussi un impact sur la génération suivante et peut-être même sur celle d'après. Tous ces éléments justifient de braquer le projecteur sur les jeunes.

Comme tous les rapports nationaux, celui-ci est une œuvre collective. Nos remerciements vont en premier lieu à tous les auteurs pour leur précieuse contribution. Ces spécialistes sont patiemment partis à la recherche des différentes pièces du puzzle, pour en tirer une analyse des thématiques abordées. Vous trouverez leurs noms dans

les différents chapitres. Nous tenons aussi à remercier toutes les personnes qui ont travaillé dans l'ombre à la réussite de ce projet, au premier rang desquels les traducteurs, les relecteurs, les graphistes, les développeurs web et les statisticiens ainsi que toutes les personnes qui nous ont donné leur feed-back.

Les éditeurs

Claudio Peter

Chef du projet «Rapport national sur la santé 2020» et responsable du domaine de compétence «Santé mentale, maladie et handicap» de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Monika Diebold

Directrice de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Marina Delgrande Jordan

Cheffe de projet au sein du département de recherche, Addiction Suisse

Julia Dratva

Directrice de l'unité de recherche en sciences de la santé de l'Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW), Privat-docente à la faculté de médecine de l'Université de Bâle

Ilona Kickbusch

Membre du comité directeur de la fondation Careum, fondatrice et ancienne directrice du Global Health Centre de l'Institut de hautes études internationales et du développement (IHEID), Genève

Susanne Stronski

Médecin spécialiste des enfants et des adolescents, Consultante indépendante sur la santé des enfants et des adolescents, et en santé scolaire

Introduction



Dresser un tableau général de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse, en décrire les facteurs déterminants et les conditions générales, tel est l'objectif du Rapport national sur la santé 2020. Le Rapport aborde de manière complète, pour la première fois au niveau national, la thématique de la santé des enfants et des jeunes jusqu'à 25 ans. Il vise à fournir aux responsables politiques des données solides qui les aideront à planifier des politiques de promotion de la santé, de prévention et de soins efficaces. Le rapport s'adresse également au grand public.

Pour établir ce rapport, plusieurs équipes d'auteurs ont été chargées de compiler les études empiriques, les rapports et les données qui étaient disponibles jusqu'au milieu de 2019. Elles ont passé en revue tout ce qui s'est publié depuis l'an 2000, en privilégiant les données représentatives nationales. Quand les données nationales manquaient, des données locales ont été utilisées, au besoin, pour illustrer certains points. Un groupe d'expertes possédant de vastes connaissances théoriques et pratiques (Marina Delgrande Jordan, Julia Dratva, Ilona Kickbusch et Susanne Stronski) a assisté l'Obsan à toutes les étapes de l'élaboration du rapport – du choix des chapitres, et parfois des auteurs, à la révision des textes bruts. Le chapitre Réflexions et perspectives est le fruit d'un atelier de réflexion commun. D'autres expertes et experts externes ont été associés à la révision du texte et à l'atelier de réflexion.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a publié en 2005 et en 2015 des stratégies pour la santé des enfants et des adolescents. En Suisse, les enfants et les adolescents sont considérés comme un groupe cible spécifique dans les deux stratégies de la Confédération sur la santé («Santé2020» et «Santé2030»). «Santé2030» entend «utiliser les potentiels encore inexploités lors de la grossesse, de la petite enfance, au jardin d'enfants, à l'école et dans la transition vers la vie professionnelle». «Santé2030» prête une attention toute particulière aux groupes socioéconomiques et aux maladies psychiques. A cette stratégie générale s'ajoutent des stratégies et des programmes pour la santé des enfants et des jeunes, soit dans le domaine de la santé (notamment la stratégie des maladies non transmissibles et la stratégie addictions), soit dans le domaine de la politique sociale (protection des enfants et des jeunes, prévention de la violence, lutte contre la pauvreté, intégration). D'une manière générale, la politique fédérale en la matière s'appuie, par-delà la Constitution fédérale, sur la stratégie du Conseil fédéral «Pour une politique de l'enfance et de la jeunesse», qui date de 2008. Deux compléments importants sont venus s'y ajouter en 2013: la loi sur l'encouragement de l'enfance et de la jeunesse et le droit de la protection de l'enfant et de l'adulte (voir le chapitre Environnement et conditions sociales).

La santé dépend d'une multitude de facteurs. Les conditions socio-économiques et l'environnement dans lequel l'enfant grandit, les possibilités de formation qui lui sont offertes, jouent un rôle essentiel. Ils ont un impact sur les comportements que l'enfant va apprendre, lesquels, à leur tour, influenceront sa santé. La politique de la santé embrasse donc tous les domaines de la vie («la santé dans toutes les politiques»).

Une des difficultés que présentait la thématique retenue résidait dans la définition de la tranche d'âge à prendre en considération. La vie intra-utérine ayant une grande influence sur la santé de l'enfant, il ne faisait aucun doute qu'il fallait inclure la grossesse. La limite supérieure a été, pour plusieurs raisons, fixée à 25 ans. De nombreux jeunes terminent leur formation entre 20 et 30 ans et l'intégration dans le monde du travail – une des entrées dans la vie adulte – se produit souvent après l'âge de 20 ans. Il était important de prendre en compte ce groupe d'âge car les transitions représentent des phases de haute vulnérabilité qui peuvent favoriser l'apparition et le développement d'une maladie. De manière générale, les enfants atteignent aujourd'hui leur maturité psychosociale plus tard qu'autrefois, et les recherches en neurosciences ont montré que le développement du cerveau se poursuit au-delà de l'âge de 20 ans. Enfin, les données disponibles ont été prises en considération pour fixer définitivement la limite d'âge supérieure.

Ce rapport aborde la vaste thématique de la santé sous différents angles. Cette pluralité d'approches nous a empêchés, par endroits, d'approfondir certaines analyses ou certains thèmes, pour des raisons de place. Le rapport se compose de douze chapitres. Les chapitres 1 et 2 présentent des données démographiques et traitent de l'influence du cadre de vie, des facteurs environnementaux et du contexte social sur la santé. Le second chapitre aborde aussi la question de l'égalité des chances. A ces thématiques se rattache encore le chapitre 3, qui se concentre sur les «jeunes aidants» («young carers»), c'est-à-dire les enfants et les adolescents qui prodiguent des soins à un membre de leur famille. Les chapitres 4, 5 et 6 sont consacrés à la santé physique, à la santé psychique et aux maladies et handicaps chroniques. Le chapitre 7 porte sur les comportements de santé. Le chapitre 8 aborde la question de l'influence des médias numériques sur la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Le chapitre 9 porte sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le chapitre 10 est consacré aux soins de santé au sens restreint du terme, y compris le dépistage précoce et les interventions précoces. Le chapitre 11 traite brièvement des soins palliatifs, à savoir les soins et l'accompagnement proposés aux enfants et aux adolescents dont l'espérance de vie est limitée. Le rapport se termine, au chapitre 12, par une réflexion sur les perspectives de mise en œuvre des résultats ici présentés. Chaque chapitre commence par une synthèse des principales questions qui y sont développées.

Résumé



Les rapports nationaux sur la santé ont trouvé leur rythme de croisière. Après ceux de 1992, de 2008 et de 2015, le rapport de 2020 présente, pour la quatrième fois, des faits et des chiffres sur la santé de la population suisse. Il se concentre sur la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes jusqu'à l'âge de 25 ans.

La santé est une notion très large, et ce rapport embrasse divers aspects du bien-être autant que de la maladie. Cette double optique garantit une présentation équilibrée de la situation. Outre la santé physique et la santé psychique, nous examinerons aussi les conditions et les comportements favorables ou défavorables à la santé. Plusieurs chapitres sont consacrés aux actions menées au niveau du système de santé dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention et des soins.

Méthodologie

Pour établir ce rapport, plusieurs équipes d'auteurs ont été chargées de compiler les connaissances disponibles sur les sujets traités. Il s'agissait de passer en revue la littérature spécialisée de ces vingt dernières années, plus précisément de l'an 2000 au milieu de l'année 2019, y compris les études pertinentes parues dans les pays voisins. Il s'agissait par ailleurs d'exploiter les sources de données représentatives disponibles en Suisse. Lorsque les données nationales manquaient, on a eu parfois recours à des données locales pour illustrer certains points. Souvent, la récolte des données s'est avérée maigre. Des données représentatives nationales font défaut en particulier sur la santé des enfants de moins de dix ans. Ce rapport met en évidence de nombreuses lacunes. Puisse-t-il susciter, pour les combler, de nouveaux travaux de recherche.

Un groupe d'expertes possédant de vastes connaissances et une grande expérience (Marina Delgrande Jordan, Julia Dratva, Ilona Kickbusch et Susanne Stronski) a été réuni pour épauler l'Obsan aux différentes étapes de l'élaboration du rapport – de la sélection des chapitres, et parfois des auteurs, à la révision des manuscrits. Le chapitre *Réflexions et perspectives* a été rédigé sur la base d'un atelier de réflexion commun. D'autres spécialistes externes ont été consultés, tant pour la relecture des différents chapitres que pour participer à l'atelier de réflexion.

Contenu du rapport

Le rapport contient les chapitres suivants

- 01 Démographie
- 02 Environnement et conditions sociales
- 03 Jeunes aidants
- 04 Santé physique et développement
- 05 Santé psychique
- 06 Maladies chroniques et handicaps
- 07 Comportements de santé
- 08 Médias numériques : chances et risques pour la santé
- 09 Promotion de la santé et prévention
- 10 Soins de santé
- 11 Soins palliatifs
- 12 Réflexions et perspectives

Contexte

Les trois premiers chapitres du rapport – *Démographie, Environnement et conditions sociales, Jeunes aidants* – passent en revue les contextes et les conditions qui exercent une influence déterminante sur la santé et sur son évolution.

Le premier constat concerne la structure familiale, qui est en pleine mutation. Ces dernières décennies les modèles familiaux se sont multipliés : les familles monoparentales sont aujourd'hui deux fois plus nombreuses qu'en 1970 et les familles recomposées sont également plus fréquentes. À l'inverse, les fratries ont rétréci : les frères et sœurs avec lesquels un enfant grandit sont nettement moins nombreux.

Les familles actuelles subviennent en général bien aux besoins de leurs enfants. La pauvreté, la maladie des parents ou l'origine migratoire de la famille sont cependant des facteurs critiques pour les chances de santé des jeunes et requièrent une attention particulière. Ce d'autant plus que les chances de vivre en bonne santé se transmettent d'une génération à l'autre, par exemple via les ressources sociales et le niveau de formation.

Parmi les jeunes de 15 à 16 ans, 10% des garçons et 18% des filles ont été victimes de violence de la part de leurs parents au cours des douze derniers mois. Chez les 11 à 15 ans, 7% des filles et 6% des garçons sont mobbés par des camarades du même âge.

Les enfants et les jeunes qui prennent en charge et soignent une personne malade au sein de leur famille (jeunes aidants) sont soumis à une contrainte particulière. Assumer ces tâches peut entraver leur participation à la vie sociale. Prendre leur situation en compte et leur fournir un soutien peut s'avérer crucial pour la poursuite de leur développement et pour leur santé.

État de santé

Les trois chapitres *Santé physique et développement*, *Santé psychique* et *Maladies chroniques et handicaps* sont consacrés à l'état de santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse. Les données sont ici particulièrement lacunaires. Par exemple, les indicateurs recommandés par la statistique européenne des naissances ne sont pas tous mesurés en Suisse et les données concernant les nombreuses étapes du développement de l'enfant sont lacunaires ou non disponibles à l'échelle nationale.

Les observations suivantes peuvent être faites: les facultés motrices des enfants fréquentant l'école primaire sont restées stables ces dernières années; le surpoids (mesuré à l'aide de l'indice de masse corporelle) a légèrement reculé chez les jeunes enfants; les accidents de la circulation ont nettement diminué, mais pas moins d'une centaine d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes perdent chaque année la vie dans un accident.

Pour évaluer une progression de la myopie, la Suisse doit s'appuyer sur des études internationales. Les douleurs chroniques sont aussi reconnues comme un véritable problème de santé publique; les données en Suisse sont plutôt lacunaires, toutefois les résultats des enquêtes (Étude Health Behaviour in School-aged Children HBSC, Enquête suisse sur la santé ESS) montrent des prévalences élevées.

Il est réjouissant de constater que les enfants et les adolescents se disent en bonne santé. Cette auto-évaluation varie cependant de manière notable en fonction de l'âge, du sexe et du statut social des parents. La grande majorité des enfants, des adolescents et des jeunes adultes déclarent jouir aussi d'un niveau élevé de bien-être et d'une bonne qualité de vie.

Si le taux de suicide a diminué de moitié chez les 11 à 25 ans au cours des trente dernières années, la part des jeunes de 11 à 15 ans qui souffrent de troubles psychoaffectifs multiples (tristesse, mauvaise humeur, nervosité, fatigue, anxiété, contrariété, difficultés d'endormissement) a augmenté depuis 2002, la fatigue et les difficultés d'endormissement accusant une hausse particulièrement marquée. Les symptômes de dépression se sont accrus chez les jeunes adultes ces quinze dernières années. Mais on a également mis en évidence des facteurs exerçant une influence positive sur la santé: un tiers environ des jeunes adultes de 16 à 25 ans éprouvent un fort sentiment de maîtrise et deux tiers d'entre eux font état d'une auto-efficacité élevée à très élevée (sentiment de pouvoir choisir et maîtriser son existence).

Selon les estimations, un cinquième des enfants, des adolescents et des jeunes adultes vivent avec un risque chronique pour la santé (tel le surpoids) ou bien souffrent d'une maladie chronique ou d'un handicap. Les données sur les maladies chroniques et les handicaps varient beaucoup en termes de qualité, de représentativité et de degré de précision. La rhinite allergique (rhume des foins), l'asthme et la neurodermite sont des maladies chroniques relativement fréquentes (prévalence supérieure à 5%). Les risques

cardiovasculaires, telles l'hypertension et l'obésité, sont déjà présents chez les enfants et les adolescents (1% à 5%). Grâce aux registres, certains handicaps ou maladies peuvent être chiffrés avec précision: on sait par exemple, que 800 enfants sur 100 000 viennent au monde avec une insuffisance cardiaque.

Comportements de santé et médias numériques

Les sujets abordés dans les chapitres *Comportements de santé* et *Médias numériques: chances et risques pour la santé* donnent lieu à de nombreuses interventions relevant de la promotion de la santé et de la prévention. Ici encore, force est de constater que les données concernant les enfants les plus jeunes sont rares. Pour ce qui est des médias numériques, une étude a été mandatée dans le cadre du présent rapport afin de déterminer l'existence d'un éventuel lien entre la santé et l'utilisation des médias numériques dans la classe d'âge la plus jeune de la population (voir Rapport Obsan 03/2020 par Bernath, Waller & Meidert).

En matière d'alimentation et d'activité physique, diverses observations s'imposent. La pratique de l'allaitement en Suisse correspond pour l'essentiel aux recommandations de l'OMS. Seule une minorité d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes suivent la recommandation suisse qui préconise la consommation d'au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour. Si la grande majorité des 6 à 10 ans suivent les conseils concernant l'activité physique, les 11 à 16 ans ne s'y conforment souvent pas. La plupart des jeunes adultes déclarent pratiquer une activité physique, mais les données à ce sujet ne sont pas fiables.

Les 14 à 15 ans dorment environ huit heures avant une journée d'école. Les adolescents et les jeunes adultes sont cependant nombreux à faire état de troubles du sommeil. L'adolescence est une période de mutations physiologiques et psychosociales. C'est souvent à cet âge que débute la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac et autres). Dans ce domaine, une tendance à la baisse s'est cependant fait sentir ces dernières années: depuis 2002, la part des adolescents de 11 à 15 ans qui fument des cigarettes au moins une fois par semaine tend à diminuer, tout comme celle des adolescents du même âge qui boivent de l'alcool une fois par semaine.

Comme on pouvait le supposer, l'utilisation des médias numériques dépend de l'âge. Elle commence par la télévision et les contes audio à l'âge préscolaire. La navigation sur internet et l'usage du smartphone individuel prédominent au plus tard à partir du degré secondaire I. L'utilisation des médias numériques peut avoir certaines influences sur la santé, mais les résultats scientifiques ne sont pas clairs et doivent être interprétés avec prudence. Parmi les effets possibles, mentionnons le manque d'activité physique et le surpoids, des troubles de l'appareil locomoteur, des problèmes oculaires passagers et des troubles du sommeil.

En termes de stress et de développement, les médias numériques peuvent avoir des effets aussi bien positifs que négatifs. Un usage excessif de ces médias semble engendrer un sentiment de solitude et de dépression, les attaques de cyberharcèlement jouant ici un rôle non négligeable. La représentation de la violence dans les médias numériques peut provoquer de l'agressivité. Mais on ne sait pas si celle-ci conduit à de réels actes de violence. De futurs travaux sur l'influence des médias numériques sur la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes pourraient éclaircir ces différents points.

Système de santé

Les chapitres *Promotion de la santé et prévention*, *Soins de santé* et *Soins palliatifs* décrivent le système de santé suisse dans sa situation actuelle. Le chapitre consacré à la promotion de la santé souligne le potentiel important que recèle l'apprentissage précoce, durant l'enfance et l'adolescence, de comportements favorables à la santé et de compétences en matière de consommation et de prévention des risques. Ce chapitre porte également sur les mesures structurelles, les mesures politiques et les activités de mise en réseau. Dans beaucoup de cantons, les programmes sur l'alimentation et l'activité physique visent, entre autres, à faire en sorte que l'espace public et l'environnement des enfants offrent suffisamment de possibilités de pratiquer une activité physique. Dans le domaine de la santé psychique, il est souvent judicieux d'axer les interventions sur les périodes de transition de la vie, ce qui nécessite une certaine coordination.

En 2019, 21 cantons réalisaient des programmes visant à promouvoir la santé psychique et 22 cantons des programmes sur l'alimentation et l'activité physique. Beaucoup de cantons ont des programmes de prévention contre l'alcool, le tabac et la dépendance. En matière de promotion de la santé, une foule de projets différents sont en cours, y compris sur la consommation de substances et sur la santé sexuelle. Pour atteindre un maximum d'enfants, d'adolescents et de familles, il est indispensable de travailler en liaison avec le système éducatif et les services sociaux.

Le chapitre *Soins de santé* décrit, outre les traitements curatifs, des activités de prévention et des mesures visant à promouvoir le développement en bonne santé des enfants et des adolescents. On a peu de données, en dehors des taux de vaccination, sur l'utilisation qui est faite de l'offre dans le domaine de la prévention. On n'a pas de chiffres, au niveau suisse, sur les examens de grossesse et les examens de prévention pédiatriques. En médecine de l'enfant, la densité de l'offre (nombre de médecins pour 100 000 enfants et adolescents) a augmenté constamment au cours des dix dernières années. Mais il faut veiller à assurer une offre suffisante au niveau des soins pédiatriques de base, des soins psychiatriques et psychothérapeutiques et de la transition vers la médecine de l'adulte. Les besoins en prestations de santé ambulatoires et hospitalières sont relativement élevés dans les premières années de la vie (soins aux nouveau-nés,

urgences, examens préventifs). L'accès au système de santé pose notamment problème aux mères et aux enfants issus de la migration et aux personnes appartenant à des groupes socialement défavorisés. Dans l'ensemble, les données sur les structures et les soins sont souvent insuffisantes.

Quant aux coûts de la santé, ils ont certes augmenté au cours des vingt-cinq dernières années pour les classes d'âge considérées, mais cette hausse reste inférieure à celle enregistrée pour l'ensemble de la population. Si la classe d'âge des 0 à 25 ans représente 37% de la population, sa part dans les coûts totaux de la santé dépasse à peine 12%.

Un court chapitre est consacré aux soins palliatifs. On estime que chaque année 5000 enfants et adolescents ont besoin d'une prise en charge palliative. Il est probable que seuls 10% d'entre eux reçoivent des soins spécialisés. Les cours de formation et de perfectionnement en soins palliatifs ne comprennent pas encore un enseignement axé sur les soins destinés aux enfants, c'est-à-dire sur les soins palliatifs pédiatriques.

Réflexions et actions recommandées

Le rapport recommande des améliorations dans six domaines (cf. chapitre Réflexions et perspectives). Ceux-ci ont été rédigés avec un groupe d'expertes sur la base d'un atelier de réflexion au cours duquel les résultats de tous les chapitres ont été discutés.

1. Produire des données objectives – créer des bases de données

- Recueillir à intervalles réguliers et à l'échelle de la Suisse des données épidémiologiques (facteurs de risques, état de santé) sur les enfants jusqu'à l'âge de 10 ans.
- Aider les chercheurs, là où c'est utile et nécessaire, à mener des travaux en collaboration avec d'autres pays européens et à adhérer en particulier aux registres européens existants.
- Réaliser des études aux fins de combler les lacunes dans les données lorsque c'est utile pour piloter l'offre de soins destinés aux enfants et aux jeunes.
- Exiger et soutenir l'évaluation des activités de prévention et de promotion de la santé et des mesures prises dans le domaine des soins de santé.

2. Préparer l'avenir

- Charger un organisme («Recherches sur l'avenir de l'enfance») de présenter régulièrement un rapport sur les nouvelles tendances en matière de santé et de bien-être des enfants et des jeunes, sur les défis à venir et sur l'évaluation des chances et des risques.
- Élaborer ces rapports selon une approche multisectorielle, de manière à pouvoir formuler également des recommandations en matière de santé dans des secteurs non médicaux de la politique.

3. Instaurer l'égalité des chances – leave no one behind

- Laisser les enfants, les adolescents et les jeunes adultes donner leur avis sur l'élaboration de nouveaux processus et structures dans le domaine de la santé (participation).
- Poursuivre l'extension et la mise en réseau des activités d'encouragement précoce des enfants dans toute la Suisse.
- Faciliter l'accès au système de santé pour les groupes défavorisés, comme les mères et les enfants issus de la migration, et les personnes souffrant de désavantages multiples.
- Faire en sorte que les enfants de tous les groupes de population, même défavorisés, grandissent dans un environnement favorable à la santé.
- Élargir la promotion de l'égalité des chances en prenant en compte d'autres inégalités (sexe, origine migratoire, disparités socio-économiques, etc.).

4. Promouvoir la santé psychique

- Étudier de plus près le bien-être et la santé psychique des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.
- Promouvoir dès l'enfance, mais aussi chez les parents, l'acquisition de compétences dans le domaine de la santé, de la vie, des médias et des risques.

5. Garantir les soins et coordonner le système de santé

- Garantir les soins de base en pédiatrie et en médecine de l'adolescent, ainsi qu'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique appropriée.
- Instaurer des échanges réguliers, sur le thème de l'enfance et de la jeunesse, entre des représentants du système de santé, en particulier des personnes chargées de la prévention et de la promotion de la santé, et des représentants d'autres domaines de l'activité politique.

- Renforcer l’approche multisectorielle, salutogénique et systémique, et mettre l’accent sur l’égalité des chances dans la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.
- Suivre les parcours thérapeutiques des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, identifier les déficits de coordination et y remédier.
- Axer la planification et les soins de santé sur les phases de transition enfance – adolescence – âge adulte, et répartir les compétences avec souplesse.

6. Réglementer là où c’est nécessaire

- Accélérer la mise en application des éléments encore en suspens dans le domaine des droits de l’enfant.
- Suivre avec attention les (nouvelles) réalités et les (nouveaux) comportements susceptibles de nuire à la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Édicter au besoin une réglementation.
- Mettre en place une collaboration plus étroite entre le secteur de la santé et la Commission fédérale pour l’enfance et la jeunesse, afin de faciliter les échanges d’information extraparlimentaires dans ce domaine.

01 Démographie



Stefan Meyer
Institut d'études économiques Bâle (IWSB)

Messages clés

- En 2017, 87 381 enfants sont venus au monde en Suisse. La part des enfants et des adolescents dans la population a peu à peu diminué au cours des dernières décennies. Cette évolution est liée à la hausse de l'espérance de vie et à la baisse du taux de fécondité.
- L'espérance de vie à la naissance était, en 2018, de 85,4 ans pour les femmes et de 81,7 ans pour les hommes. L'écart entre les sexes s'est progressivement réduit au cours des dernières décennies.
- Dans la classe des 0–25 ans, 674 personnes sont décédées en 2017. Un peu plus de quatre décès sur dix, dans cette classe d'âge, sont imputables à la mortalité infantile.

1.1 Démographie des enfants, des adolescents et des jeunes adultes: des chiffres et des faits

Naissances et fécondité

En 2017, 87 381 enfants sont venus au monde en Suisse. Plus de la moitié des nouveau-nés étaient de sexe masculin (51,4%). La même année, le taux de fécondité, soit le nombre de naissances par femme en âge de procréer (15 à 49 ans), était de 1,52. Le nombre d'enfants par femme a connu une baisse constante entre les années 1960 et la première décennie du XXI^e siècle, avant de se stabiliser. Indépendamment de l'immigration, le taux de fécondité devrait être d'environ 2,1 pour assurer le renouvellement des générations (OFS, 2018). Ce seuil n'a plus été atteint depuis le début des années 1970.

L'âge moyen de la mère à la maternité n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies pour s'élever aujourd'hui à 32,1 ans (contre 30,5 ans en 2000). En 2017, 70,5% des femmes avaient plus de 30 ans, 32,2% plus de 34 ans et 4,2% plus de 40 ans au moment de l'accouchement. Par ailleurs, 61,9% des femmes avaient plus de 30 ans à la naissance de leur premier enfant. Pendant longtemps, l'âge du père n'était connu que lorsque les parents étaient mariés. Les chiffres les plus récents, qui prennent en compte les naissances hors mariage, montrent que le père a entre 30 et 39 ans dans la grande majorité des naissances vivantes. Un père sur cinq est âgé de 40 ans ou plus au moment de la naissance. À noter que, dans 2371 naissances, il n'a pas été possible de déterminer l'âge du père.

Espérance de vie et mortalité

En 2018, l'espérance de vie à la naissance était de 85,4 ans pour les femmes et de 81,7 pour les hommes. Le tableau T1.1 montre que cet indicateur est en constante augmentation pour les deux sexes. L'Office fédéral de la statistique (OFS) estime que les femmes devraient atteindre en Suisse une espérance de vie de 86 ans en 2020. La différence entre les sexes s'est progressivement amenuisée au cours des trente dernières années: en 1991, les femmes vivaient en moyenne 7,1 ans de plus que les hommes. En 2018, la différence n'était plus que de 3,7 ans, comme en 1938. Ce rapprochement s'explique en grande partie par la convergence des modes de vie entre hommes et femmes.

Espérance de vie à la naissance en années, selon le sexe et l'année**T 1.1**

Année	Femmes	Hommes	Différence femmes / hommes
1938	65,6	62,0	+3,7
1958	73,9	68,5	+5,4
1978	78,7	71,9	+6,8
1998	82,5	76,3	+6,2
2008	84,4	79,7	+4,7
2018	85,4	81,7	+3,7

Sources: OFS – BEVNAT, ESPPOP, STATPOP

© Obsan 2020

Nombre et causes des décès

En 2000, on a dénombré 1050 décès prématurés d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes, entraînant 66 225 années potentielles de vie perdues. En 2017, 674 personnes de ces classes d'âge sont décédées. Les décès ont reculé de manière très différente selon les âges. Depuis l'an 2000, les diminutions relatives sont les plus nettes pour les 11–15 ans (–59,7%), suivis par les 21–25 ans (–45,3%) et les 16–20 ans (–44,8%). La situation est restée plus stable pour les nouveau-nés (–15%). Parmi l'ensemble des décès avant l'âge de 26 ans, la mortalité infantile représente aujourd'hui un peu plus de 4 décès sur 10 (42,4%). En 2000, elle comptait pour moins d'un tiers (31,2%).

Outre la mortalité périnatale, les maladies congénitales (c'est-à-dire malformations, difformités, anomalies chromosomiques) constituent la principale cause de décès au cours des deux premières années de vie. Entre 2 et 15 ans, les décès sont extrêmement rares et leurs origines sont nombreuses (p.ex. accidents, cancers, maladies du système nerveux). Les accidents et les suicides sont les premières causes de mortalité chez les adolescents de plus de 16 ans et les jeunes adultes (OFS, 2019).

Évolution de la structure démographique

La part des enfants et des adolescents dans la population suisse a progressivement diminué au cours des dernières décennies. Ce recul s'explique, d'une part, par l'augmentation – assez régulière – de l'espérance de vie, d'autre part, par la baisse de la natalité, qui a contribué au fait que de plus en plus de personnes se trouvent dans les classes d'âge élevées.

Structure de la population et rapport de dépendance des jeunes

En 2017, 2,3 millions de personnes avaient moins de 26 ans en Suisse, dont 1,5 million étaient mineurs (moins de 18 ans). La part des enfants, adolescents et jeunes adultes correspond à quelque 27% de la population résidante permanente du pays. Comme le montre le tableau T1.2, aujourd'hui, seules 20 personnes sur 100 ont moins de 20 ans. Parallèlement, la part des retraités est en augmentation: elle a grimpé de 13,9% à 18,3% entre 1980 et 2017.

Le rapport de dépendance des jeunes, un important indicateur démographique, a considérablement diminué sur la même période. Au tournant du XXI^e siècle, il y avait encore 37,6 jeunes de moins de 20 ans pour 100 personnes en âge de travailler (20 à 64 ans). Dix-sept ans plus tard, le rapport était de 32,5%.

Structure de la population, Suisse, en fin d'année

T1.2

Année	Part des moins de 20 ans	Part des 20 à 64 ans	Part des 65 ans et plus	Rapport de dépendance des jeunes
1980	27,5%	58,6%	13,9%	47,0%
2000	23,1%	61,5%	15,4%	37,6%
2017	20,0%	61,7%	18,3%	32,5%

Source: OFS – STATPOP

© Obsan 2020

Comme le taux de fécondité s'est stabilisé et qu'en parallèle, la hausse de l'espérance de vie ralentit, il faut s'attendre à un ralentissement du vieillissement de la population dans les prochaines années. Par ailleurs, les mouvements migratoires entraînent un rajeunissement de la population suisse, et ce pour deux raisons: d'abord, les personnes qui s'installent en Suisse sont en moyenne plus jeunes que la population résidante; ensuite, les femmes de nationalité étrangère ont un taux de natalité un peu plus élevé que les Suissesses (1,87 contre 1,40).

1.2 Bibliographie

OFS (2018). *Fécondité: situation en 2016 et tendances*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2019). *Statistique des causes de décès 2017*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

02 Environnement et conditions sociales



Nicole Bachmann, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW
Stefan Meyer, Institut d'études économiques Bâle (IWSB)
Andrea Zumbrunn, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Messages clés

- Premier environnement social des enfants, la famille nucléaire a connu de profondes transformations: le nombre de familles monoparentales a doublé depuis 1970; les familles recomposées sont également en augmentation. Le nombre d'enfants par famille a considérablement diminué: aujourd'hui, 41% des enfants vivent sans frères et sœurs et 42% avec seulement un frère ou une sœur.
- La majeure partie des près de 1,5 million d'enfants et d'adolescents qui vivent en Suisse grandissent dans un climat familial qui les soutient et leur offre des ressources. Environ 90% des enfants et des adolescents se sentent bien soutenus par leur famille.
- En 2014, environ 70 000 enfants et adolescents en Suisse vivaient dans la pauvreté absolue. Ils sont souvent confrontés à une accumulation de difficultés. Bien plus nombreux encore sont les enfants et les adolescents qui grandissent dans des contextes familiaux difficiles. Ainsi, par exemple, environ 8% des parents souffrent de symptômes dépressifs modérés à sévères.
- Les enfants dont les parents sont issus de la migration disposent, comme eux, de moindres ressources sociales. Il leur manque souvent une personne de confiance dans leur cercle d'amis, ne bénéficient que d'un petit réseau de soutien et sont moins nombreux à être actifs dans des associations de loisirs.
- Parmi les 15–16 ans, 10% des garçons et 18% des filles ont subi des violences de la part de leurs parents au cours des 12 derniers mois. Chez les 11–15 ans, 7% des filles et 6% des garçons rapportent avoir été harcelés par leurs pairs, c'est-à-dire avoir été exposés plusieurs fois par mois, voire par semaine, à des propos ou à des actes blessants.
- Les inégalités en matière de santé en Suisse sont transmises d'une génération à l'autre. Cela s'observe notamment dans les ressources sociales, mais surtout dans les opportunités de formation: 32% des enfants dont les parents n'ont pas effectué de formation après l'école obligatoire ne dépassent pas non plus ce niveau, alors qu'ils ne sont que 2% si leurs parents possèdent un diplôme d'une haute école.
- Les objectifs de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant sont largement reconnus en Suisse d'après les spécialistes interrogés. Le droit à la protection contre la violence n'est cependant pas entièrement respecté à cause des punitions corporelles utilisées comme moyen éducatif. L'application des droits de l'enfant est jugée de manière plutôt critique en ce qui concerne l'égalité des chances et le droit de participer aux décisions.

2.1 Introduction

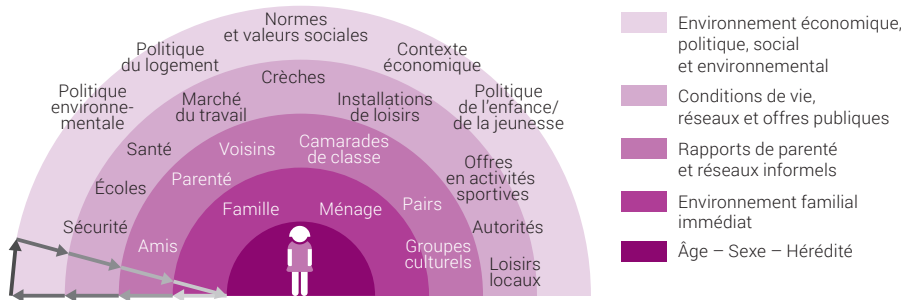
Sur la base de travaux scientifiques actuels, le chapitre présente pour la Suisse les ressources dont les enfants, les adolescents et les jeunes adultes disposent dans leur environnement ainsi que les obstacles qu'ils y rencontrent. Les aspects abordés sont sociaux, environnementaux et économiques et sont discutés du point de vue de l'égalité des chances. Un sondage auprès d'experts de la politique de l'enfance et de la jeunesse complète l'analyse des données et des résultats disponibles pour la Suisse. Des informations complémentaires se trouvent dans les dernières publications établies pour la Suisse, en particulier le rapport sur les familles (OFS, 2017a), le rapport sur l'éducation (CSRE, 2018) et le rapport social (OFS, 2019a).

Depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986, il est admis que l'environnement socio-écologique et le contexte sociétal font partie de la promotion de la santé. Dans cette optique, les interventions doivent viser à modifier les facteurs contraignants et, ce faisant, à améliorer la santé de la population. Dans le présent contexte, la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant, que la Suisse a ratifiée au début de l'année 1997, revêt une importance particulière. Elle stipule que tous les enfants ont le droit d'exprimer librement leurs opinions et de jouir du meilleur état de santé possible. Ils ont également le droit à l'éducation, au repos ou aux loisirs et le droit de se livrer au jeu. De plus, les enfants doivent être protégés contre toute forme de violence¹.

L'environnement dans lequel vivent les enfants et les adolescents se transforme sans cesse. Dans le ventre maternel et juste après la naissance, les liens à la fois forts et étroits qui se forment au sein de la famille nucléaire – entre le nouveau-né, la mère et les autres personnes qui prennent soin de l'enfant – occupent le premier rôle. Durant la petite enfance, les premiers adultes qui ne sont pas issus de la famille nucléaire viennent progressivement élargir le réseau social de l'enfant. Avec l'entrée à la crèche puis à l'école, les interactions sociales tant avec les enfants du même âge qu'avec les éducateurs et les enseignants deviennent de plus en plus importantes. L'éventail des liens sociaux s'élargit ainsi de plus en plus : de la famille nucléaire à une activité professionnelle, en passant par la crèche, l'école et les activités de loisirs, le nombre de champs sociaux est en constante augmentation. Parallèlement, le réseau social se développe avec le temps, même s'il peut aussi se réduire dans certains domaines à certains moments. Toutefois, un phénomène se vérifie tout au long de la vie : avoir de bonnes relations sociales avec ses proches, ses amis ou ses voisins compte parmi les conditions déterminantes pour être en bonne santé (Bachmann, 2014). Le graphique ci-dessous présente les domaines et les éléments contextuels les plus importants pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.

¹ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/politique-sociale/kinder-und-jugendfragen/kinderrechte.html>

Influence des environnements et des conditions de vie sur la santé des jeunes G2.1



D'après Dahlgren & Whitehead (1991)

© Obsan 2020

L'influence du monde sur l'enfant puis sur l'adulte (représentée par les flèches allant de l'extérieur vers l'intérieur) n'est pas le seul élément significatif pour être en bonne santé à tous les âges de la vie. La possibilité d'influencer son environnement et la perception de cette capacité d'action (symbolisées par les flèches allant de l'intérieur vers l'extérieur) jouent un rôle tout aussi important. Pour que les enfants puissent se développer saine-ment, il est primordial qu'ils aient l'impression de pouvoir agir sur le monde et de pouvoir participer à la vie sociale (Rieker, Mörgen, Schnitzer, & Stroezel, 2016).

2.2 Environnement de vie – ressources et obstacles

Tous les champs présentés dans le graphique G2.1 (comme la famille proche ou l'environnement scolaire) offrent des ressources et des opportunités, mais peuvent aussi impliquer des obstacles ou présenter des risques. Les passages d'un environnement à un autre posent des défis particuliers. Par exemple, l'entrée à l'école peut être une phase critique pour l'enfant.

La famille nucléaire

Le ventre maternel est le premier «milieu de vie» de tout être humain. Il a été amplement démontré que la consommation de stupéfiants ou de médicaments a des conséquences souvent à la fois graves et irréversibles sur le fœtus (Dratva, Stronski, & Chiolo, 2017; Singer et al., 2018). Il est également admis que la petite enfance constitue, à côté de la grossesse, une période particulièrement critique et une phase déterminante pour le développement de l'enfant et pour sa santé. C'est à cette période que se créent les

liens ou les relations avec les proches. Se sentir compris et soutenu par ses parents et par l'ensemble de sa famille revêt jusqu'à l'adolescence une importance considérable pour se sentir bien et être en bonne santé mentale. Cela va aussi de pair avec une plus faible consommation de substances psychoactives (Delgrande Jordan, Eichenberger, Kretschmann, & Schneider, 2019).

On sait qu'il existe de nombreux facteurs qui peuvent détériorer le contexte familial; il s'agit en particulier de la pauvreté ou d'une situation professionnelle précaire, des maladies psychiques chroniques ou de problèmes d'addictions des parents, d'isolement social et de violence domestique.

En Suisse, la plupart des enfants et adolescents grandissent dans un environnement familial qui leur offre beaucoup de ressources. Environ 90% des enfants et des adolescents se sentent bien soutenus par leur famille.

Structure des familles nucléaires aujourd'hui

Quelle est la structure actuelle des familles nucléaires et comment a-t-elle évolué au cours des dernières décennies? On parle de famille non recomposée lorsque le ménage ne compte que des enfants en commun et de famille recomposée lorsqu'au moins un enfant n'est pas le fils ou la fille des deux parents du ménage. En Suisse, l'immense majorité des enfants, des adolescents et des adultes de moins de 25 ans vivent dans une famille avec leurs deux parents (80%). Plus de 14% vivent dans une famille monoparentale (12,1% avec leur mère et 2,3% avec leur père) et près de 6%, dans une famille recomposée, que les parents soient mariés ou en concubinage. Lorsqu'on observe l'évolution des

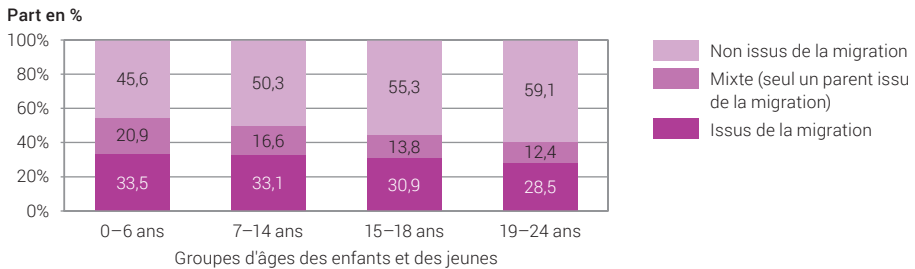
Zoom sur les enfants qui grandissent hors de leur famille

Il n'existe pour l'heure aucune donnée sur la fréquence des placements extrafamiliaux à l'échelle de la Suisse. On estime que, en 2016, environ 1% des enfants et des adolescents de 0 à 18 ans faisaient l'objet d'un placement extrafamilial dans le pays, soit 18 900 mineurs. Environ les trois quarts vivaient en foyer et à peu près un quart, dans une famille d'accueil. La littérature met en évidence que le contexte familial d'origine est souvent marqué par des conditions de vie difficiles, comme la pauvreté, la violence, des problèmes psychiques ou une addiction des parents. Des études menées dans des foyers en Suisse font état de forts taux de prévalence de problèmes psychiques ou comportementaux (Averdijk, Ribeaud, & Eisner, 2018).

40 dernières années, on constate que le nombre des ménages de couples avec enfants est resté relativement stable, tandis que les ménages monoparentaux ont plus que doublé. La taille des fratries représente une autre modification majeure de la structure des familles. En comparaison avec 1970, beaucoup moins d'enfants grandissent aujourd'hui avec au moins deux frères et sœurs : la part des ménages avec trois enfants ou plus est en effet passée de 27,1% en 1970 à 16,8% (en 2012/2014) (OFS, 2017a). On compte à peu près le même nombre d'enfants uniques (41,2%) que d'enfants avec seulement un frère ou une sœur (42,1%). La majorité des enfants de moins de 6 ans qui habitent en Suisse vivent dans une famille avec des origines migratoires² (54,4%). Dans 33,5% des cas, les deux parents sont issus de la migration, tandis que dans 20,9%, un des deux parents relève de cette catégorie (cf. graphique G 2.2).

Part de la population âgée de moins de 25 ans selon l'origine migratoire des parents

G 2.2



Source: OFS – Relevé structurel, 2011–2013

© Obsan 2020

Ressources sociales au sein de la famille nucléaire

On ne dispose pas de données à l'échelle de la population sur les liens – au sens de relations étroites sur le plan émotionnel – que les enfants en bas âges entretiennent avec leur mère ou avec les autres personnes qui s'occupent d'eux. Pour l'heure, il existe seulement des études basées sur de petits échantillons qui examinent quels facteurs favorisent ou entravent l'apparition de liens sécurisés. Par exemple, une récente étude suisse a analysé l'influence de la précarité et de l'isolement social sur le développement d'un lien sécurisé

² Selon la définition de l'OFS sont considérées comme issues de la migration les personnes de nationalité étrangère ou naturalisées (à l'exception de celles nées en Suisse et dont les deux parents sont nés en Suisse) ainsi que les Suisses à la naissance dont les deux parents sont nés à l'étranger.

entre la mère et l'enfant. Son auteur est arrivé à la conclusion que ces facteurs négatifs peuvent nuire au lien mère-enfant, car le stress chronique qu'ils induisent réduit la sensibilité de la mère, sensibilité nécessaire à l'approfondissement du lien (Neuhauser, 2018).

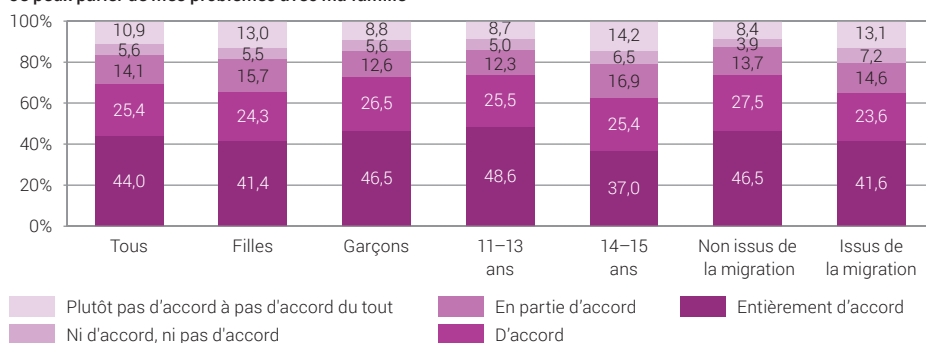
On dispose d'études représentatives sur la relation que les adolescents à partir de 11 ans et les jeunes adultes entretiennent avec leurs parents (p.ex. HBSC³, COCON⁴ et TREE⁵). Pour les plus jeunes, l'image qui se dégage est globalement positive. Lors de l'enquête HBSC de 2018, l'immense majorité des adolescents de 11 à 15 ans ont indiqué que leur famille s'efforce de les aider (84%) et qu'elle est prête à les aider à prendre des décisions (92%). La majorité des adolescents ont également le sentiment de recevoir de leur famille le support émotionnel dont ils ont besoin (89%) et de pouvoir parler de leurs problèmes avec leur famille (84%; cf. graphique G.2.3).

Le soutien par la famille perçu n'a pas connu d'évolution au cours des quatre dernières années (Delgrande Jordan et al., 2019). Dans l'ensemble, les filles se sentent un peu moins bien soutenues par leur famille que les garçons, tandis que les adolescents plus âgés (14 et 15 ans) se sentent moins bien soutenus que ceux de 11 à 13 ans. À cet âge, les adolescents – garçons et filles – considèrent que leur mère est la personne la plus importante: 78% des filles et 82% des garçons ont indiqué pouvoir parler avec leur mère des sujets qui les préoccupent vraiment, alors que 53% des filles et 70% des garçons ont affirmé qu'ils peuvent en parler avec leur père. Les adolescents vivant dans une famille issue de la migration (définie ici comme les familles où au moins un des parents n'est pas né en Suisse) se sentent globalement un peu moins bien soutenus par leur famille

Ampleur du soutien familial perçu chez les jeunes de 11 à 15 ans, 2018

G.2.3

Je peux parler de mes problèmes avec ma famille



Source: HBSC, 2018

© Obsan 2020

³ Étude «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC), cf. www.hbsc.ch.

⁴ «Enquête suisse sur les enfants et les jeunes COCON» cf. www.jacobscenter.uzh.ch/fr/research/cocon.html.

⁵ Étude «Transitions de l'école à l'emploi» (TREE), cf. www.tree.unibe.ch/index_fra.html

que les autres jeunes. Ils indiquent aussi plus souvent que leurs parents ne savent pas ce qu'ils font pendant leurs loisirs (33% contre 22%), qui sont leurs amis (31% contre 18%), où ils sont après l'école (20% contre 12%) et où ils sortent le soir (24% contre 17%).

Par ailleurs, l'étude TREE montre que plus de 80% des adultes de 26 ans entretiennent une relation étroite et empreinte de confiance avec au moins un de leurs parents (Bertogg & Szydlik, 2016).

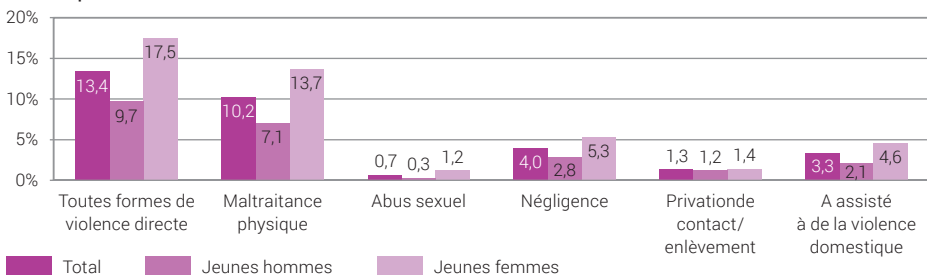
Violence domestique

Les enfants et les adolescents qui subissent des violences dans leur contexte familial sont dans une situation particulièrement vulnérable puisqu'ils sont dépendants de leurs parents. La maltraitance infantile peut entraîner de graves problèmes de santé et des troubles du développement, en particulier si elle s'étend sur une longue période et que la violence prend plusieurs formes (Latsch, Nett, & Humbelin, 2017). En Suisse, les données sur la prévalence des violences directes et indirectes vécues par les enfants et les adolescents sont, pour le moment, lacunaires. Actuellement, la seule enquête représentative, réalisée une fois, sur les victimes potentielles de violences commises par les parents en Suisse se limite aux élèves âgés de 15 à 16 ans. Environ 13% d'entre eux ont rapporté avoir subi des violences directes de la part de leurs parents au cours des 12 derniers mois (cf. graphique G2.4)⁶. La violence physique est la plus fréquemment citée. Toutes formes de violence confondues, les filles sont plus souvent touchées que les garçons (Lätsch & Stauffer, 2016).

Fréquence des formes de violence parentale rencontrées par des jeunes de 15 à 16 ans au cours des 12 derniers mois

G2.4

Part des personnes concernées en %



N=6794

Source: Lätsch & Stauffer, 2016

© Obsan 2020

⁶ Dans cette étude, les formes de violence suivantes sont considérées comme directes: maltraitance physique, abus sexuel, négligence ainsi que privation de contact ou enlèvement par un des parents. La violence psychique n'est pas prise en compte. Les expériences de violences indirectes sont recensées séparément.

Les chiffres relatifs à la violence au sein de la famille présentés ci-après se basent sur des données sur la maltraitance infantile relevées et enregistrées par des organisations de protection de l'enfance, par des hôpitaux pédiatriques ou par la police. Cependant, on suppose que ces sources passent à côté de nombreux cas, car la maltraitance infantile et la violence domestique demeurent souvent cachées.

- Selon une enquête menée dans 20 des 26 hôpitaux pédiatriques de Suisse en 2015, au total 1388 cas de maltraitance infantile ont été constatés; les formes les plus fréquentes sont la maltraitance psychique (31%) et physique (28%) suivies par la négligence et les abus sexuels (20% dans chaque cas). 18% des enfants avaient moins d'un an et presque 25%, moins de deux ans (Société Suisse de Pédiatrie, 2016).
- Chaque année en Suisse, les organisations dévolues d'une manière ou d'une autre à la protection de l'enfance recensent environ 3890 cas d'abus sexuels. Cela représente 0,3% des enfants de moins de 18 ans. Les filles sont bien plus souvent et plus gravement touchées par cette forme de violence (Maier, Mohler-Kuo, Landolt, Schnyder, & Jud, 2013).
- Une enquête représentative menée auprès des parents en 2017 sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a conclu qu'environ la moitié d'entre eux appliquaient des punitions corporelles, même rarement. Environ un parent sur quatre fait régulièrement usage de violence psychique, blessant l'enfant verbalement ou le menaçant de coups ou de privation d'affection (Schöbi et al., 2017).

Le réseau social de la famille nucléaire

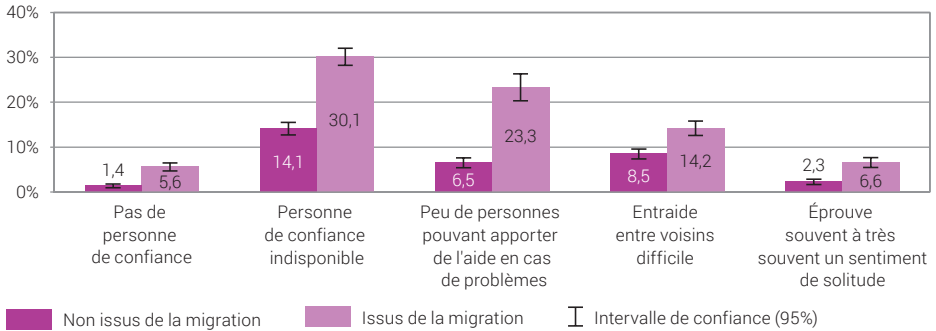
La famille nucléaire n'est pas isolée socialement. Le type d'environnement social revêt une importance capitale pour le bien-être de la famille, mais aussi pour sa capacité à surmonter les situations difficiles. Un des indicateurs principaux est le sentiment de solitude. En Suisse, 67% des parents ne se sentent jamais seuls, et 28% seulement quelques fois. (Enquête suisse sur la santé, ESS, 2017). Cela signifie que la grande majorité dispose de bonnes ressources sociales. On le constate également à travers la réponse à la question sur la facilité des individus à obtenir de l'aide de voisins: cela est facile pour 66% des parents, possible pour 23% et difficile pour seulement 11% d'entre eux.

Chez les parents dont le degré de formation ne dépasse pas celui de l'école obligatoire, la part de ceux qui ne se sentent jamais seuls s'élève à 52%, chez les parents ayant terminé le degré secondaire, elle atteint 66% et chez ceux parvenus au niveau tertiaire, 71%. Les parents issus de la migration disposent, en Suisse, de ressources sociales nettement moins bonnes que les autres (cf. graphique G2.5). Or, cette distinction ne dépend pas du statut social exprimé en termes de formation des parents et de leur intégration sur le marché du travail (Bachmann, 2014).

Indicateurs de ressources sociales réduites chez les parents d'enfants âgés de moins de 25 ans, en fonction du statut migratoire, 2017

G2.5

Part des parents en %



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Avoir un quotidien particulièrement pesant a souvent une influence sur le temps et l'énergie nécessaires pour soigner ses contacts sociaux. Par exemple, les parents dont les conditions de vie sont financièrement précaires, ceux qui ne parviennent pas à concilier activité professionnelle et vie familiale ou ceux qui doivent s'occuper d'un enfant gravement malade ou mourant se retirent de leur réseau social et souffrent, parallèlement de cet isolement et du manque de soutien (Hennig, Ebach, Stuth, & Haeggli, 2012; Inglin, Hornung, & Bergstraesser, 2011; Struffolino, Bernardi, & Voorpostel, 2016). Le cadre sociétal (p.ex. conditions d'emploi, accès aux structures d'accueil pour enfants, organisation de l'aide sociale) influence l'ampleur de cette problématique et peut entraver, ou encourager, la participation sociale des familles.

Familles en situation vulnérable

La charge supportée par les familles en situation vulnérable comporte souvent plusieurs facettes qui s'affectent négativement les unes les autres et aggravent leurs conséquences. Il s'agit surtout, en plus des difficultés financières et des soucis qui en découlent, du chômage ou de conditions d'emploi précaires, de la dépendance à l'aide sociale et du sentiment de honte qui y est lié, de l'isolement social, du stress et des maladies chroniques des parents ainsi que des conditions de logement néfastes (Amacker, Funke, & Wenger, 2015; Guggisberg, Häni, & Berger, 2016; Struffolino et al., 2016; Zürcher et al., 2016). En conséquence, ces situations problématiques à plusieurs niveaux ont également de nombreux effets sur les chances de développement et de réalisation des enfants et des adolescents issus de ces familles ainsi que sur leur santé et leur bien-être.

Familles touchées par la pauvreté

En 2014, 234 000 enfants et adolescents vivaient dans des familles exposées au risque de pauvreté en Suisse. Presque 73 000 d'entre eux connaissaient un état de pauvreté absolue (Guggisberg et al., 2016). Le taux de pauvreté absolue se rapporte au niveau de revenu du ménage, conformément aux normes de la Conférence suisse des institutions d'aide sociale (CSIAS)⁷. Les personnes, considérées comme pauvres d'après ces normes, n'ont pas les moyens financiers de participer à la vie en société. Rapporté à la population résidante permanente âgée de moins de 18 ans, le taux d'enfants et d'adolescents pauvres en 2014 était de 5% en Suisse. Les conditions de vie des enfants et des adolescents vivant dans des ménages monoparentaux sont particulièrement précaires: 15% d'entre eux sont touchés par la pauvreté. Les autres facteurs de risque de pauvreté infantile en Suisse sont les suivants: familles nombreuses (trois enfants ou plus), origine migratoire, parents sans formation post-obligatoire ou sans activité professionnelle (Guggisberg et al., 2016).

Zoom sur les familles monoparentales

Les familles monoparentales sont souvent dans une situation de vie particulièrement critique. La part de mères élevant seules leurs enfants et touchées par la pauvreté est supérieure à la moyenne, même si la majorité d'entre elles travaille. Cela s'explique notamment par le fait qu'elles ne peuvent généralement travailler qu'à temps partiel en raison des tâches familiales et souvent dans des conditions précaires (salaire horaire, travail sur appel, etc.) (Struffolino et al., 2016). Diverses études pointent du doigt la charge particulièrement élevée, le stress chronique, l'épuisement et les problèmes de santé des mères célibataires en Suisse. Les personnes élevant seules leurs enfants ont plus de risques de souffrir de l'isolement que le reste de la population. En comparaison avec les parents qui vivent en couple, les célibataires rapportent nettement plus souvent un sentiment de solitude et un réseau social restreint (Gazareth & Modetta 2006; Bachmann, 2014).

La pauvreté crée des obstacles de diverses natures touchant plusieurs domaines de la vie. L'un des principaux est le logement. Les enfants de familles exposées au risque de pauvreté vivent très souvent dans des logements surpeuplés, trop sombres, trop humides, exposés au bruit et à la circulation et situés dans des environnements sales ou encombrés de déchets (Guggisberg et al., 2016). Les enfants et les adolescents

⁷ Afin de calculer le seuil de pauvreté, les normes de la CSIAS établissent un montant forfaitaire pour l'entretien, les frais de logement individuels et 100 francs par mois et par personne âgée de plus de 16 ans pour les autres dépenses.

concernés considèrent leur logement comme un problème fondamental de leur situation de vie (Zürcher et al., 2016). Au quotidien, les familles touchées par la pauvreté doivent renoncer le plus souvent aux activités de loisirs régulières et payantes ainsi qu'aux voyages de vacances. Beaucoup de parents dont la situation financière est précaire s'abstiennent de combler leurs besoins pour pouvoir offrir à leurs enfants ce qui est considéré comme normal dans leur environnement social (Guggisberg et al., 2016). Les ressources sociales et financières des parents sont aussi associées avec la qualité des relations parents-enfants de la petite enfance (Neuhauser, 2018) à l'adolescence et au début de l'âge adulte (Bayard, Malti, & Buchmann, 2014; Bertogg & Szydlík, 2016).

L'impact de la pauvreté de la famille sur les enfants et les adolescents dépend notamment de la façon dont le ou les parents réussissent à composer avec la charge inhérente à la situation. Cette capacité à surmonter les difficultés du quotidien est, de son côté, étroitement liée aux ressources personnelles et au contexte (p.ex. employeur favorisant la vie de famille ou proximité géographique du logement, du lieu de travail et des structures d'accueil pour enfants).

Parents atteints de maladies psychiques

Les maladies psychiques sont largement répandues et constituent une part considérable des maladies actuelles (Schuler, Tuch, Buscher, & Camenzind, 2016). En général, la maladie de l'un des parents pèse extrêmement lourd sur l'ensemble de la famille. Non seulement les maladies psychiques entravent les relations au sein de la famille, mais elles entraînent aussi un retrait social et affaiblissent les ressources sociales de tous les membres de la famille. Jusqu'à présent, peu d'informations sont disponibles sur le nombre d'enfants et d'adolescents concernés par cette problématique en Suisse.

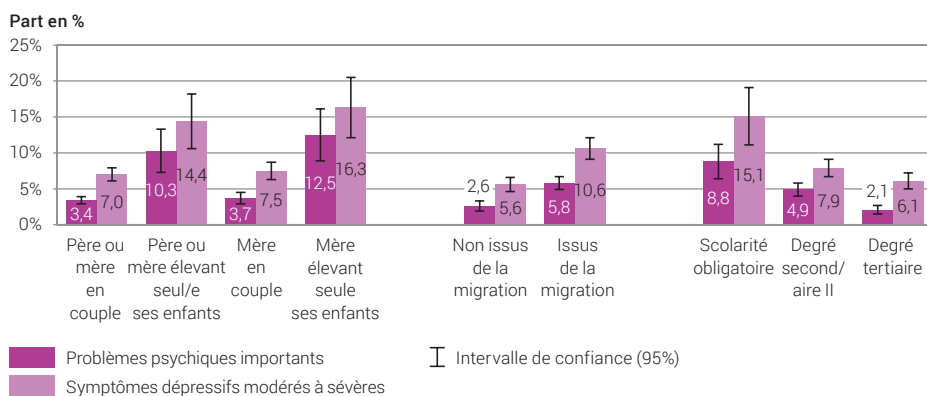
*Les maladies psychiques sont très répandues.
Les familles dont un des parents est touché vivent
généralement une épreuve extrêmement difficile.*

Une étude répertoriant les adultes et les enfants en contact avec le système de soins de la région de Winterthur indique que beaucoup d'enfants de parents psychologiquement malades vivent dans un environnement familial aux multiples difficultés (Gurny, Cassée, Gavez, Los, & Albermann, 2007) et que leur risque de développer eux aussi un trouble psychique était 3 à 7 fois plus élevé (Albermann & Müller, 2016). Divers problèmes touchant le noyau familial s'ajoutent à une maladie psychique, tels que compétences éducatives lacunaires, conflits dans le couple, violence et négligence. 31% des enfants

et des adolescents recensés dans l'étude de Winterthour vivent avec un seul parent, 26% avec les deux parents, 25% dans une institution et les 18% restants dans d'autres configurations (Albermann & Müller, 2016).

Les données de l'ESS 2017 permettent d'évaluer dans quelle mesure les problèmes psychiques des mères et des pères sont répandus en Suisse (n=6877)⁸. Au total, 4% des parents interrogés ont indiqué souffrir d'un problème psychique grave et 8% de symptômes dépressifs modérés à sévères. Les deux indicateurs mettent en évidence une déficience importante de la santé psychique d'un point de vue clinique également (vgl. dazu Schuler et al., 2016). Les distinctions selon le statut social et la situation de vie des parents sont nettes: les mères élevant seules leurs enfants souffrent deux fois plus souvent de symptômes dépressifs que les mères en couple. Par ailleurs, les parents ayant uniquement terminé l'école obligatoire présentent trois fois plus souvent des symptômes dépressifs que les parents ayant une formation tertiaire (graphique G.2.6).

Répartition des symptômes dépressifs modérés à sévères et des problèmes psychiques importants chez les parents d'enfants âgés de moins de 25 ans, 2017 G.2.6



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Les conséquences d'une dépendance à l'alcool des parents sont multiples, et parfois lourdes, pour les enfants et peuvent s'étendre à toutes les phases de la vie (OMS, 2018). Les conditions de vie en résultant sont souvent caractérisées par une atmosphère familiale incertaine et désordonnée, des manières d'agir déroutantes et une tendance à éviter les critiques et les conflits. La nature fluctuante de l'éducation entraîne souvent une relation parents-enfants inconstante et défailante, ce qui peut nuire à la santé psychique

⁸ On suppose, cependant, que les parents souffrant d'un problème psychique particulièrement grave ne participent pas à un sondage; les taux de prévalence sont donc sous-estimés.

des enfants et freiner le développement de leurs ressources sociales; en outre, le risque de consommation problématique de substances psychoactives pendant l'adolescence augmente (Bayer-Oglesby, Nieuwenboom, Frey, & Schmid, 2015; Böhnki, 2014).

On ne dispose pour l'instant d'aucun chiffre fiable sur le nombre de parents dépendants à l'alcool en Suisse et sur le nombre d'enfants et d'adolescents concernés. Les données de l'ESS permettent cependant d'estimer la fréquence, chez les parents, d'une consommation d'alcool à haut risque, soit une consommation quotidienne d'au moins 40g d'alcool pur (env. 4 verres de vin) pour les femmes et de 60g d'alcool pur (env. 6 verres de vin) pour les hommes⁹. 0,9% des parents ont une telle consommation, soit un nombre compris entre 12 000 et 23 000 parents en Suisse. Dratva, Grylka-Bäschlin, Volken et Zysset (2019) estiment que presque 2% des enfants en âge préscolaire (de 0 à 4 ans) sont concernés. Une consommation importante ne représente pas seulement un risque pour la santé du parent (y compris le risque de développer une dépendance à l'alcool), mais peut également avoir des conséquences négatives sur les enfants (notamment lorsqu'il s'agit d'appréhender les substances addictives).

Relations sociales avec des camarades de même âge

Au plus tard au début de l'école enfantine, des personnes de référence extérieures à la famille nucléaire intègrent petit à petit le réseau social des enfants, puis des adolescents. Comme ils partagent les mêmes intérêts et les mêmes besoins, les pairs sont des partenaires de jeu et de dialogue importants auprès desquels les enfants se sentent souvent mieux compris que par des adultes. Vivre des amitiés et se sentir soutenu par ses pairs agit de manière positive sur le bien-être psychique des enfants et des adolescents (Inchley et al., 2016). Aucune donnée suisse n'existe sur les réseaux de relations des enfants âgés de moins de onze ans.

Le cercle d'amis des adolescents et des jeunes adultes

L'enquête HBSC (2018) montre que la grande majorité des adolescents peut compter sur des ressources sociales au sein d'un cercle d'amis. Environ 81% des garçons et 90% des filles âgés de 11 à 15 ans ont des camarades avec qui ils peuvent parler de leurs problèmes et ils sont autant à pouvoir compter sur leurs camarades lorsque quelque chose va de travers (86% resp. 91%). Les adolescents issus de la migration¹⁰ se sentent globalement un peu moins soutenus par leurs pairs et rapportent notamment moins de relations de confiance (83%) que les autres (88%).

⁹ Ces valeurs ne permettent pas, sans autres informations, de diagnostiquer une dépendance à l'alcool, mais elles présentent des effets négatifs à long terme sur la santé.

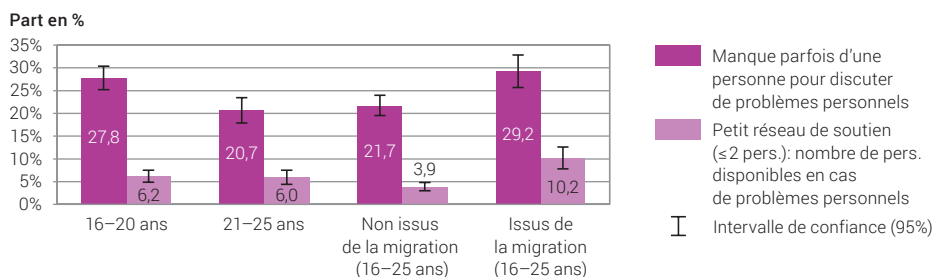
¹⁰ On parle ici d'un parent au moins qui n'est pas né en Suisse.

La grande majorité des jeunes de 16 à 25 ans ont des relations sociales satisfaisantes. Mais 4,2% se sentent assez souvent ou très souvent seuls.

D'après les données de l'ESS 2017, la grande majorité des 16–25 ans bénéficie aussi de relations sociales sur lesquelles s'appuyer. Cela n'a pas changé au cours des dix dernières années (ESS 2007, 2012). Les jeunes adultes à partir de 21 ans, en particulier, rapportent des relations sociales fiables, ce qui a peut-être un lien avec les relations de couple, déjà très répandues dans ce groupe d'âge. Chez les 16–20 ans, la part des adolescents qui déplorent parfois manquer d'un ami avec qui parler de leurs problèmes personnels en tout temps est plus élevée (cf. graphique G2.7). Ce groupe d'âge ne rapporte cependant pas plus souvent un sentiment de solitude que les jeunes adultes de plus de 21 ans. Au total, 4,2% des 16–25 ans se sentent assez souvent, voire très souvent seuls. Comme chez les 11–15 ans, les adolescents et les jeunes adultes de ce groupe d'âge qui ont grandi dans une famille issue de la migration ont plus de risque de manquer de ressources sociales et disposent d'un réseau de soutien plus restreint.

Absence de personnes de confiance et taille du réseau de soutien chez les 16 à 25 ans, 2017

G2.7



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Les contacts sociaux avec les pairs à l'école et pendant les loisirs

Bon nombre des contacts sociaux des enfants et des adolescents avec leurs pairs ont lieu à l'école. Des évaluations sur l'ambiance à l'école et en classe donnent des indications sur les liens entre enfants ou adolescents dans le cadre scolaire. Les données HBSC (2018) permettent de conclure que le climat en classe est satisfaisant et positif d'après la manière dont la grande majorité des 11–15 ans décrit le cadre scolaire. 76% des jeunes sont d'accord pour affirmer que les élèves de leur classe restent volontiers ensemble et environ 80% d'entre eux indiquent que la plupart des élèves de leur classe sont gentils et serviables. Cette proportion baisse légèrement lorsque les enfants grandissent. L'attitude des adolescents interrogés vis-à-vis de l'école est généralement positive: 76% d'entre eux admettent apprécier l'école (dans une certaine mesure). Ce chiffre a quelque peu augmenté depuis 2014 (68%).

Zoom sur les enseignants en tant que personnes de référence importantes

En plus des parents, d'autres adultes, et en particulier les enseignants, peuvent devenir des personnes de soutien essentielles pour les enfants et les adolescents (Obsuth et al., 2017). L'enquête HBSC (2018) indique que la part d'élèves ayant une relation de confiance avec un enseignant pendant l'adolescence a baissé. Alors que la majorité des 11–13 ans (environ 70%) affirme avoir confiance dans le corps enseignant, seulement 57% des garçons et 52% des filles âgés de 14 à 15 ans ont cette opinion. Une part plus significative des adolescents n'a donc pas de relation de confiance avec ses professeurs, et leur importance pendant l'adolescence s'amoindrit aussi probablement.

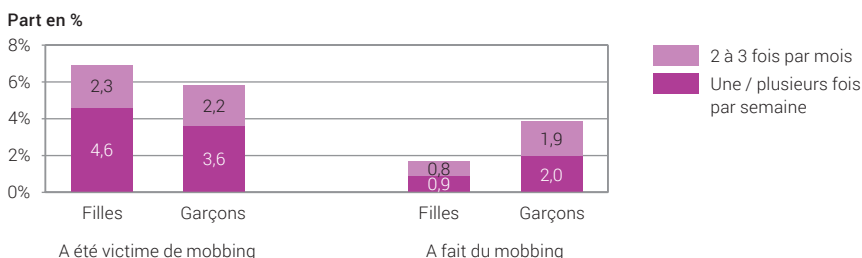
Les contacts sociaux entre enfants et adolescents sont aussi marqués par les conflits et la violence, comme le montrent les données sur le harcèlement scolaire. On entend par là la répétition de propos ou d'actes blessants ainsi que l'exclusion sociale¹¹. D'après les chiffres actuels de l'enquête HBSC (2018), 6,9% des filles de 11 à 15 ans et 5,8% des garçons du même âge rapportent être harcelés à l'école plusieurs fois par mois, voire par semaine (cf. graphique G2.8). Les jeunes issus de la migrations¹² sont plus souvent touchés que les jeunes Suisses (7,3% vs 5,1%). Les enfants et les adolescents de ce groupe d'âge rapportent rarement harceler régulièrement leurs pairs. Les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles. Aucune donnée représentative pour la Suisse n'est disponible quant à la qualité des relations sociales des 16–25 ans à l'école ou au travail.

¹¹ La fréquence du cyber-harcèlement est traitée dans le chapitre *Médias numériques: chances et risques pour la santé*.

¹² Au moins un des parents n'est pas né en Suisse.

Fréquence du harcèlement scolaire au cours des derniers mois chez les 11 à 15 ans, 2018

G2.8



Source: HBSC, 2018

© Obsan 2020

Activités de loisirs des enfants et des adolescents

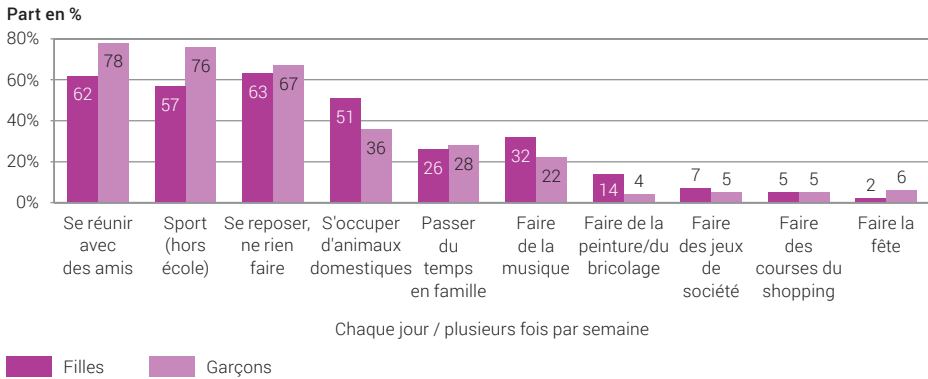
Leur indépendance croissante vis-à-vis de la famille nucléaire offre aux enfants davantage de choix dans l'organisation individuelle de leur temps libre. L'étendue des possibilités dépend de la marge de manœuvre que les parents accordent (ou peuvent accorder) à leurs enfants. L'aménagement de l'environnement du domicile et les offres existantes ont également une influence sur cette marge de manœuvre et sur le comportement en matière de loisirs. L'important est que cet environnement permette aux enfants et aux adolescents de bouger et de se rencontrer. Du point de vue des spécialistes, les loisirs hors structure et les espaces librement définis encouragent particulièrement le développement des enfants et des adolescents.

Les résultats d'une étude (Genner et al., 2017) indiquent que les activités de loisirs les plus fréquemment mentionnées par les enfants de 6 à 13 ans sont les jeux, la pratique d'un sport et les rencontres entre amis. Entre 80 et 95% des enfants interrogés rapportent profiter de ces activités au moins une fois par semaine. On constate des différences entre filles et garçons. Le dessin, le bricolage et la musique sont nettement plus répandus parmi les filles que parmi les garçons, qui préfèrent pratiquer un sport régulièrement (Genner et al., 2017). Alors que le jeu perd de son importance à l'adolescence, les rencontres entre amis et la pratique d'un sport font toujours partie des activités de loisirs non liées aux médias les plus fréquentes (cf. graphique G2.9). S'y ajoutent, en troisième place, le repos et l'absence d'activité. Les différences entre filles et garçons demeurent chez les plus âgés (Suter et al., 2018). La crainte de voir les enfants et les adolescents passer moins de temps «hors-ligne», étant donné la vaste palette d'offres numériques, est répandue. Elle semble cependant infondée pour la période de 2010 à 2018, car la fréquence des activités de loisirs les plus souvent mentionnées reste stable chez les adolescents. Certes, la part des jeunes qui rencontrent des amis plusieurs fois par semaine

est passée de 81 à 70%, mais ils sont plus nombreux à rester en famille plusieurs fois par semaine (augmentation de 16 à 27%). L'utilisation des nouveaux médias par les enfants et les adolescents est détaillée dans le chapitre *Médias numériques: chances et risques pour la santé*.

Fréquence des activités de loisirs des 12 à 19 ans (sans compter l'utilisation des médias), 2018

G2.9



Source: Etude James, Suter et al. (2018)

© Obsan 2020

Les activités de loisirs institutionnelles peuvent favoriser l'intégration des enfants et des adolescents issus de la migration, car elles permettent des contacts individuels extra-scolaires avec leurs pairs suisses (Makarova & Herzog, 2014). Les affiliations dans des associations sportives révèlent un écart considérable entre filles et garçons. On y trouve à peu près autant de membres chez les garçons de 10 à 14 ans originaires de l'étranger que chez les Suisses (63% vs 70%), alors que la différence est marquée entre les filles originaires de l'étranger et les Suisses (37% vs 53%). Cet écart demeure chez les 15–19 ans (Lamprecht, Fischer, Wiegand, & Stamm, 2015). De manière générale, en 2017, nettement plus d'adolescents et de jeunes adultes issus de la migration rapportaient ne jamais participer à un événement d'une association (env. 41% vs 26%). Cela s'explique aussi par la difficulté d'accès aux offres de loisirs pour les familles socialement défavorisées. Un bas statut socio-économique d'une famille réduit les chances des enfants de participer à des activités de loisirs payantes. On l'observe aussi bien dans les affiliations à des associations (World Vision Deutschland e. V., Neumann, Andresen, & Kantar Public, 2018), les offres d'activités physiques (Bringolf-Isler et al., 2018; Lamprecht et al., 2015) ou la possession d'un animal de compagnie (Genner et al., 2017; Suter et al., 2018).

Environnement du domicile et mobilité

La manière dont est organisé le temps libre des enfants et des adolescents dépend de l'aménagement de l'environnement du domicile. Des espaces verts à proximité, des camarades dans le quartier et un trafic réduit agissent positivement sur les habitudes de jeu en plein air des enfants. La possibilité de participer à l'aménagement des espaces est également bénéfique pour le bien-être et le développement de certaines formes de résilience chez les enfants et les adolescents (Rieker et al., 2016).

L'étude de Bochsler et al. (2015) se base sur l'*Enquête sur les revenus et les conditions de vie* (SILC) pour analyser le caractère des logements en Suisse. Un indice global a été imaginé sur la base des frais, de la taille, de la qualité et de la situation du logement; en-dessous d'une valeur seuil déterminée, le logement est jugé insatisfaisant. En 2012, environ 15% des familles dont les parents étaient en couple étaient concernées, et plus du double de celles dont un parent élevait seul ses enfants (env. 37%). Environ 8% des familles vivaient dans un environnement ne permettant qu'un accès limité aux services de base (magasins d'alimentation, soins médicaux, crèches, places de jeux, transports publics) et dont le chemin de l'école était mal aménagé pour les enfants ou marqué par le vandalisme et la criminalité. Indépendamment du statut familial, la situation financière du ménage a une grande influence sur l'adéquation du logement. Ainsi, 83,5% des ménages touchés par la pauvreté et 57,1% des ménages de personnes en situation précaire n'étaient pas logés de manière adéquate. Les personnes d'origine étrangère, celles dont le niveau de formation est bas et celles vivant dans des zones densément peuplées étaient les plus représentées (Bochsler et al., 2015).

En Suisse, grandir en ville ne s'avère pas être un désavantage en termes d'activités physiques. En effet, d'après les résultats de l'étude *SOPHIA*, les enfants et les adolescents exercent des activités physiques presque à la même fréquence à la campagne qu'en ville (Bringolf-Isler et al., 2018). En particulier dans les zones dites de rencontre, les enfants trouvent de la place pour jouer grâce au trafic réduit et aux nombreux espaces verts (Sauter, 2008; Sauter & Huettenmoser, 2008).

En plus du jeu et du sport, les chemins menant à l'école et aux activités de loisirs ont été étudiés dans le cadre des activités physiques. Les résultats du *Microrecensement mobilité et transport* indiquent qu'un changement de paradigme s'est produit entre 1994 et 2010 dans le choix de transport des enfants et des adolescents. En raison des modifications du système scolaire – la centralisation des écoles ou l'introduction de structures de jour, les élèves doivent parcourir des distances plus longues pour aller à l'école, mais moins de fois par jour. En 2010, environ 75% des enfants âgés de 6 à 12 ans allaient encore à pied ou à vélo à l'école, mais cette proportion est en baisse (Sauter, 2014). De plus en plus, les enfants utilisent les transports publics ou se font amener en voiture par leurs parents.

Polluants, bruit et fumée du tabac

Dans les espaces urbains, l'exposition aux polluants atmosphériques et au bruit due à un trafic important est généralement plus élevée que dans les zones rurales (OFEV, 2018). Les émissions de polluants tels que poussières fines et dioxyde d'azote ont certes été considérablement réduites depuis les années 1990, même dans les zones à fort trafic, mais la valeur relevée en 2017 ($38,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$) indique une moyenne annuelle de dioxyde d'azote dans les zones urbaines à forte concentration de trafic toujours supérieure à la valeur seuil (OFEV, 2018). Dans l'enquête Omnibus de 2015, 9,3% des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans rapportent que la pollution de l'air autour de leur domicile est «plutôt», voire «très» dérangeante (OFS, 2016). 15,8% de ce groupe d'âge se plaignent, en outre, du bruit du trafic.

En 2015, 5,4% de la population suisse âgée de plus de 15 ans était exposée en moyenne une heure au moins par jour à la fumée du tabac (Kuendig, Notari, & Gmel, 2016). Les adolescents jusqu'à 19 ans et les jeunes adultes jusqu'à 24 ans sont significativement plus confrontés à la fumée passive nocive que le reste de la population (17,1% et 17,9%). Dans le cadre du Monitoring suisse des addictions de 2011, 7,1% des 20–24 ans, 4,6% des 25–34 ans et 3,2% des 35–44 ans ont admis exposer parfois les enfants et les adolescents à la fumée passive dans leur domicile. L'air ambiant intérieur peut présenter encore d'autres risques, p. ex. celui d'une surcharge en radon naturel, mais on ne sait pas dans quelle mesure les enfants en Suisse y sont exposés.

La santé des enfants – en particulier avant la naissance et dans les premières années de la vie – peut être menacée également par la pollution de l'eau et du sol, notamment par les résidus de pesticides, de mercure ou de plomb présents dans les anciennes décharges industrielles. On ne sait pas dans quelle mesure les enfants et les adolescents en Suisse y sont exposés. Il existe des données régionales: on sait par exemple que dans la ville de Fribourg nombre de lieux où les enfants vont jouer présentent un risque potentiel lié au plomb (OFEV/OFSP, 2019). On espère en apprendre davantage sur ces questions grâce à l'Etude suisse sur la santé de l'OFSP, dans le cadre de laquelle l'exposition à divers polluants et la santé physique d'une cohorte de volontaires seront mesurés avec précision (<https://www.etude-sur-la-sante.ch/>).

2.3 Conditions sociales

Les sous-chapitres suivants s'intéressent aux aspects de la vie qui ont un effet déterminant sur les opportunités offertes aux adolescents. En particulier, les connaissances sur l'égalité des chances dans l'éducation et les défis relatifs aux différentes transitions au sein du système de formation dual sont abordés. La dernière partie comprend un exposé critique des acquis de la Suisse en regard des droits de l'enfant et de l'adaptation de la société aux besoins des enfants.

Les chances d'accéder à une bonne formation

En Suisse, de nombreuses études ont analysé ces dernières années, voire décennies, la formation professionnelle et le passage («transition») entre école et vie professionnelle. Divers facteurs déterminent la voie scolaire et professionnelle d'une personne et son degré de réussite. Parallèlement au genre, à l'origine ethnique, au contexte social et aux aptitudes scolaires, le niveau de formation des parents, la région linguistique et le degré d'urbanisation peuvent également influencer la formation choisie et son succès (Meyer, 2018).

Des lacunes existent cependant dans les recherches, notamment sur le lien entre la migration et la réussite de la formation. Le fait que près d'un tiers des 15–17 ans en Suisse sont issus de la migration (première ou deuxième génération) confère un intérêt particulier à ce sujet (OFS, 2017b). Le rapport de formation 2018 corrobore le besoin de se pencher sur cette question et indique également les bases de données manquantes (CSRE, 2018).

Reproduction du niveau de formation parental

La réussite du passage d'un enfant au niveau secondaire I dépend, d'après Neuenschwander (2009), notamment de la classe sociale de la famille et des attentes des parents. Ces éléments sont considérés comme des facteurs déterminants expliquant pourquoi les enfants issus de familles migrantes ont, en moyenne, des opportunités de formation réduites (Schnell & Fibbi, 2016). En secondaire I, on observe en outre de nettes disparités entre les genres; la part de filles dans les catégories d'écoles de niveau supérieur se situe au-dessus de la moyenne (Glauser, 2015). Si les filles réalisent de meilleurs résultats que les garçons à ce niveau, c'est grâce à leur forte motivation (Neugebauer, Helbig, & Landmann, 2011).

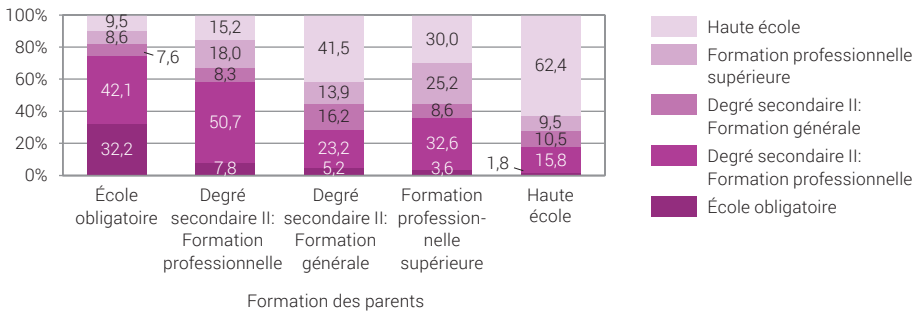
En Suisse, plus de 6 adolescents sur 10 choisissent la voie de l'apprentissage professionnel après l'école obligatoire (OFS, 2018a). La formation des parents semble déterminer l'entrée des jeunes dans le système de formation duale: en effet, le degré de formation est souvent reproduit. Ainsi, les adolescents dont les parents ont terminé un apprentissage se dirigent dans environ la moitié des cas vers un diplôme professionnel de base (Becker & Glauser, 2018). Même chose lorsque les parents ont une formation de niveau tertiaire: 62,5% des enfants d'universitaires achèvent également un diplôme de hautes études (cf. graphique G2.10).

Cette importante reproduction du schéma parental n'est pas due à la formation des parents en soi, mais plutôt, selon Becker et Glauser (2018), au statut socio-économique qui y est lié et à la classe sociale des parents. Par ailleurs, les parents connaissent bien mieux le cursus scolaire qu'ils ont suivi que les autres voies de formation.

Statut de formation des enfants d'après le niveau de formation le plus élevé des parents, 2016

G2.10

Formation des enfants



Source: OFS – Microrecensement sur la formation de base et la formation continue, 2016

© Obsan 2020

Les chances de réussir son intégration professionnelle et son projet de vie

L'entrée dans la vie active après la formation est la deuxième phase décisive pour l'évolution professionnelle des jeunes gens. Les résultats les plus récents dans ce domaine montrent que la durée de la transition vers la vie active s'est, en moyenne, allongée. De nombreux adolescents n'ont pas encore effectué leur entrée sur le marché du travail 18 mois après la fin du secondaire II (Bachmann Hunziger et al., 2014). Parmi tous les jeunes qui ont terminé le secondaire II en 2013, 18% d'entre eux n'étaient ni actifs ni en formation six mois plus tard. Après 18 mois, 11% des 87 000 diplômés étaient encore

dans ce cas (OFS, 2019b). D'après OFS (2018b), le statut de formation des parents a une influence (même minime) sur le fait qu'un jeune se déclare «sans emploi» 18 mois après avoir obtenu son diplôme. Toutefois, l'impact du statut migratoire s'amenuise, voire disparaît, lorsque l'analyse prend en compte les caractéristiques socio-démographiques et le type de diplôme (OFS, 2018b).

La situation professionnelle consécutive à un diplôme de formation se révèle difficile surtout pour les personnes ayant obtenu une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) après une formation de deux ans. Elle est particulièrement compliquée dans le domaine des «services personnels». Le taux de maintien de l'emploi dans l'entreprise formatrice est bas dans l'hébergement et la restauration, dans les agences de voyage et dans les salons de coiffure, notamment. Presque un quart des diplômés sont toujours sans emploi 42 mois après la fin de leur formation. Les assistants de bureau et les employés en cuisine ont le moins de chance de trouver une place de travail dans les six mois suivants la fin de la formation (econcept & LINK Institut, 2016).

Zoom sur la tendance aux tests d'aptitude et aux offres passerelles

La Suisse connaît des problèmes de coordination à la jonction entre l'école obligatoire et la formation de base professionnelle (Moser, 2004). Les aptitudes développées pendant les années d'école ne suffisent souvent pas pour intégrer le niveau suivant, ou sont trop peu visibles pour de futurs employeurs. C'est pourquoi des tests d'aptitude sont de plus en plus souvent demandés dans les entreprises.

Les offres passerelles gagnent en popularité auprès des jeunes. Des études ont conclu qu'en Suisse, même les adolescents les plus faibles ont une chance d'effectuer une formation et que les offres passerelles servent, en fait, souvent de transition, ne mènent ainsi pas à une impasse (Buchholz et al., 2012).

En devenant adulte, la volonté de fonder une famille se place très souvent au premier plan. En prenant la décision d'avoir des enfants, la compatibilité entre travail et famille devient un facteur important. Environ la moitié des personnes qui n'ont pas (encore) d'enfants prévoient que la naissance d'un enfant influencera négativement les perspectives professionnelles (OFS, 2017a). Les conditions de travail flexibles, les structures d'accueil extra-familiales et un réseau social stable permettent aux parents de mieux concilier vie professionnelle et familiale. Les familles monoparentales, les employés dans certains domaines et les familles ayant un revenu bas ont généralement moins l'occasion de profiter de telles ressources.

Les chances d'atteindre une égalité juridique et de participation sociale

La société est un tout qui apporte une contribution décisive aux possibilités de développement des enfants et des adolescents par le biais d'actions privées et politiques. La signature de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant (1997), la stratégie pour une politique suisse de l'enfance et de la jeunesse (2008) ainsi que l'introduction de la loi sur l'encouragement de l'enfance et de la jeunesse (LEEJ, 2013) et du droit de la protection de l'adulte et de l'enfant (2013) sont des étapes politiques essentielles en Suisse. Les mesures, projets et initiatives en découlant visent à promouvoir les droits des enfants et des adolescents et à garantir leurs possibilités d'épanouissement dans tous les domaines de la vie.

Afin d'approfondir la mise en œuvre d'une politique de l'enfance et de la jeunesse active en Suisse, des entretiens ont été menés avec des spécialistes des droits des enfants et des adolescents et de l'adaptation de la Suisse aux besoins des enfants. Les explications suivantes se basent sur l'enquête réalisée auprès de neuf spécialistes des domaines scientifique, non gouvernemental et administratif¹³.

La majorité des experts interrogés estime que la Suisse est sur la bonne voie pour reconnaître les enfants et les adolescents comme des entités juridiques à part entière. Le débat public relatif aux droits des enfants a pris de l'importance ces dernières années. L'absence d'interdiction de punitions corporelles infligées aux enfants a souvent été pointée du doigt. Des critiques sont également formulées vis-à-vis de l'application des droits de l'enfant. La mise en œuvre incomplète du droit des enfants à être entendu est ainsi relevée – par exemple dans le domaine médical, migratoire ou lors d'un placement hors de la famille. En outre, la Suisse ne dispose actuellement d'aucun service de médiation pour les droits de l'enfant auquel les personnes concernées pourraient s'adresser pour accéder à divers conseils et aux possibilités de recours. Certains spécialistes demandent plus d'efforts lors de l'application des droits de l'enfant en termes d'égalité des chances. Ils critiquent les fortes disparités régionales en matière d'accès à un encouragement précoce.

La majorité des experts interrogés estime que la Suisse est sur la bonne voie pour reconnaître les enfants et les adolescents comme des entités juridiques à part entière. Mais l'absence d'interdiction des punitions corporelles et le respect insuffisant des droits de l'enfant sont encore souvent pointés du doigt.

¹³ Des entretiens téléphoniques semi-directifs ont, en outre, été effectués en novembre 2018. L'enquête s'appuyait sur une méthodologie mixte de questions ouvertes et fermées et se divisait en deux parties. La représentation exhaustive des résultats figure dans le dossier Obsan 01/2020 de Zumbrunn et al.

Les répondants estiment que de nombreuses mesures ont été prises au niveau fédéral ces vingt dernières années afin de créer une société plus adaptée aux enfants et d'encourager la participation. Une telle société offre aux enfants protection, possibilités d'épanouissement, accès aux formations formelles et aux contextes éducatifs informels. En outre,

Zoom sur l'initiative de l'UNICEF «Commune amie des enfants»

L'initiative souhaite contribuer à mettre en œuvre la Convention relative aux droits de l'enfant au niveau communal. Elle a été instaurée en Suisse en 2004. Les communes peuvent solliciter activement ce label. L'initiative consiste en une approche globale appliquée aux différents milieux de vie des enfants. Les communes qui désirent déposer leur candidature invitent les enfants et les adolescents à un atelier de l'avenir et s'engagent parallèlement à élaborer un plan d'action. Actuellement, 38 communes portent le label «Commune amie des enfants», dont de grandes villes (Bâle, Genève) et d'importantes agglomérations (Reinach/BL, Granges/SO), mais aussi de petites communes plutôt rurales (Blauen/BL, Menznau/LU, Zetzwil/AG).

elle inclut les enfants et les adolescents dans les décisions qui les concernent sur le court et le long terme. Les répondants considèrent la loi sur l'encouragement de l'enfance et de la jeunesse (LEEJ) comme un instrument de promotion important de la Confédération visant le travail extra-scolaire avec les enfants. Par ce biais, la Confédération soutient des projets pilotes limités dans le temps et des projets participatifs, des activités d'organisations privées, la formation de base et continue de jeunes engagés sur le plan social ainsi que des programmes cantonaux pour le développement ultérieur de la politique pour l'enfance et la jeunesse. Les experts interrogés citent comme acteurs importants pour l'encouragement visant les enfants et les adolescents les nombreuses organisations non gouvernementales, qui peuvent davantage se consacrer aux besoins des enfants. Ces organisations déposent régulièrement des initiatives qui seront ensuite cofinancées par le secteur public, par exemple l'Offenen Jugendarbeit Zürich ou le Kinderbüro Basel.

Une nette majorité des répondants estime qu'en comparaison internationale, la Suisse pourrait être mieux adaptée aux enfants, mais qu'il existe de grandes différences entre les régions et entre les communes. L'intégration sociale des enfants va certes beaucoup plus loin qu'il y a quelques décennies. Toutefois, la participation sur le plan sociétal n'arrive pas encore au niveau atteint dans l'environnement familial (et en partie à l'école). Les experts interrogés estiment également que le système éducatif doit évoluer, car sa nature sélective et la pression associée à la réussite n'en font pas un environnement adapté aux enfants. Grâce à un encouragement précoce systématique, à une intégration «vécue» et à la forte participation des élèves dans le processus décisionnel (p.ex. sous forme de conseils de classe), le domaine scolaire pourrait être davantage adapté aux

enfants. Les activités extra-scolaires mériteraient également une amélioration, d'après les spécialistes. Concrètement, les enfants manquent d'espaces de loisirs où passer du temps sans être dérangés et où ils peuvent bouger de manière autonome. Par ailleurs, le temps libre à disposition entre les éléments structurés tels que l'école et les devoirs et les activités de loisirs planifiées tend à s'amenuiser. Cette tendance est problématique, car les périodes de temps non structurées contribuent de manière essentielle au développement de la réflexion et des actes (Barker et al., 2014).

2.4 Conclusions

Les informations disponibles actuellement en Suisse sur les enfants, les adolescents et les jeunes adultes ne permettent de répondre qu'à une partie des questions abordées dans ce chapitre. Ainsi, il n'a été possible de recueillir que peu d'informations sur l'environnement des enfants âgés de moins de dix ans. De plus, beaucoup d'enquêtes ne s'attardent pas de manière uniforme sur l'intégration familiale des répondants; on ne sait, par exemple, pas grand-chose sur la situation sociale ou résidentielle des familles avec des petits enfants. Les enquêtes menées spécifiquement sur le statut des populations migrantes négligent également la perspective familiale et la situation des enfants.

L'état actuel des recherches montre que la majeure partie des 2,3 millions d'enfants, adolescents et jeunes adultes en Suisse grandit dans un environnement offrant suffisamment de soutien et de ressources. On constate également que les chances d'un bon développement et d'une bonne santé dès la naissance sont très disparates et fortement marquées par les ressources et les obstacles rencontrés ainsi que par le statut socio-économique de la famille (cf. également le dossier Obsan 01/2020 de Zumbrunn et al.). La promotion de la santé durant l'enfance ne doit donc pas seulement se rapporter à la santé individuelle, mais doit également avoir pour objectif le renforcement des ressources existantes dans la famille et dans les milieux de vie des enfants (Richter-Kornweitz, 2015). L'analyse de l'évolution de la santé au cours de la vie nous a appris l'existence de phases critiques (p. ex. la petite enfance), pendant lesquelles les «ramifications» en termes de santé sont particulièrement nombreuses. En outre, l'accumulation de risques durant le parcours de vie a une forte influence (Azria, 2015; Dragano & Siegrist, 2009).

En regard de l'évolution démographique, la consolidation des ressources sociales et économiques des jeunes gens est déterminante. Bien que le taux de natalité se soit stabilisé ces dernières années, le vieillissement de la population lié à la génération des babyboomers va se poursuivre pendant encore quelques années. D'ici 2035, la part de personnes âgés de 65 ans et plus passera de 18% à l'heure actuelle à 25%. Sans une adaptation du système d'assurances sociales, la charge supportée par la jeune génération augmentera constamment. Cette dernière doit consacrer une part toujours plus importante du revenu gagné pour remplir le contrat de générations.

Les spécialistes interrogés estiment que les objectifs de la Convention de l'ONU relatives aux droits de l'enfant sont largement reconnus par les organisations responsables en Suisse et sont mis en œuvre dans des domaines de la vie toujours plus nombreux. Ils émettent toutefois les critiques suivantes :

- On observe une *forte inégalité* entre les enfants au niveau des *opportunités de formation et de la santé*. Ces aspects dépendent du statut des parents et affectent le droit à la meilleure santé possible.
- *L'encouragement précoce* varie d'une région à l'autre. Cet outil permettant d'améliorer l'égalité des chances n'est pas assez utilisé dans de nombreux cantons et communes.
- En Suisse, la protection contre la violence sous forme de *punition corporelle* utilisée comme moyen éducatif est insuffisante.
- La diminution du *temps libre non structuré* essentiel pour le développement affecte le droit de l'enfant au repos et aux activités récréatives inscrit dans la Convention de l'ONU.
- On observe un retard à combler par rapport aux autres pays européens concernant la *codécision* des enfants et des adolescents.

2.5 Bibliographie

- Albermann, K., & Müller, B. (2016). Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern. *Pädiatrie – Schwerpunktausgabe zum Jahreskongress der SGPP und SGKJPP zum Thema Psychische Gesundheit aus der Generationenperspektive*, 16(3), 4–8.
- Amacker, M., Funke, S., & Wenger, N. (2015). *Alleinerziehende und Armut in der Schweiz*. Eine Studie im Auftrag der Caritas Schweiz. Bern: Universität Bern.
- Azria, E. (2015). *Inégalités sociales en santé périnatale*. *Archives de Pédiatrie*, 22, 1078–1085.
- Bachmann Hunziker, K., Leuenberger Zanetta, S., Mouad, R., Rastoldo, F., & Charmillot, G. (2014). Que font les jeunes 18 mois après l'obtention de leur diplôme de niveau secondaire II? Etat des lieux dans les cantons de Vaud et de Genève. Genève, Lausanne: SRED, URSP.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Obsan-Dossier 27. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Barker, J. E., Semenov, A. D., Michaelson, L., Provan, L. S., Snyder, H. R., & Munakata, Y. (2014). Less-structured time in children's daily lives predicts self-directed executive functioning. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–16.
- Bayard, S., Malti, T., & Buchmann, M. (2014). Prosoziales Verhalten in Kindheit und Adoleszenz: Die Rolle von inner- und ausserfamiliären Beziehungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 46(3), 145–154.
- Bayer-Oglesby, L., Nieuwenboom, W., Frey, P., & Schmid, H. (2015). *Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren: Einschätzungen und Vorgehensweisen von medizinischen Fachpersonen*. Olten: Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW.
- Becker, R., & Glauser, D. (2018). Berufsausbildung, Berufsmaturität oder Mittelschule? Soziale Selektivität beim Übergang in die Sekundarstufe II in der Deutschschweiz. *Swiss Journal of Sociology*, 44(1), 9–33.
- Bertogg, A., & Szydlík, M. (2016). The Closeness of Young Adults' Relationships with Their Parents. *Schweizerische Zeitschrift Für Soziologie*, 42(1).
- Bochsler, Y., Ehrler, F., Fritschi, T., Gasser, N., Kehrli, C., Knöpfel, C., & Salzgeber, R. (2015). *Wohnversorgung in der Schweiz. Bestandsaufnahme über Haushalte von Menschen in Armut und in prekären Lebenslagen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Böhnki, B. (2014). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien und deren Entwicklungsmöglichkeiten bis zum Erwachsenenalter: Vergleich bestehender Studien*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Bringolf-Isler, B., de Hoogh, K., Schindler, C., Kayser, B., Suggs, L. S., Dössegger, A., Probst-Hensch, N., & the SOPHYA Study Group. (2018). Sedentary Behaviour in Swiss Children and Adolescents: Disentangling Associations with the Perceived and Objectively Measured Environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 918.
- CSRE (2018). *L'éducation en Suisse. Rapport 2018* (p. 340). <https://www.skbf-csre.ch/fr/rapport-sur-leducation/rapport-education/#c217> (consulté le 15.04.2020)
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe* (Nr. 2007:14). https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html (consulté le 15.04.2020)
- Delgrande Jordan, M., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., & Schneider, E. (2019). *Eine explorative Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen und Merkmalen 11- bis 15-jähriger Jugendlicher in der Schweiz – Ergebnisse der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» HBSC 2018*. Forschungsbericht Nr. 105. Lausanne: Addiction Suisse.
- Dragano, N., & Siegrist, J. (2009). Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In Richter, M., & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 181–194). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dratva, J., Grylka-Bäsclin, S., Volken, T., & Zysset, A. (2019). *Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0–4j) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention* (Studie im Auftrag des BAG). Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Dratva, J., Stronski, S., & Chiolerio, A. (2017). Towards a national child and adolescent health strategy in Switzerland: strengthening surveillance to improve prevention and care. *International Journal of Public Health*, 63, 159–161.

- econcept, & LINK Institut. (2016). *Evaluation EBA II – Evaluation der Arbeitsmarktsituation und Weiterbildungsperspektive von Absolventen und Absolventinnen mit eidgenössischem Berufsattest (EBA)*. Berne: Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI.
- Genner, S., Suter, L., Waller, G., Schoch, P., Willemse, I., & Süss, D. (2017). *MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern. Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2017*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Glauser, D. (2015). *Berufsausbildung oder Allgemeinbildung: soziale Ungleichheiten beim Übergang in die Sekundarstufe II in der Schweiz*. Wiesbaden: Springer VS.
- Guggisberg, M., Häni, S., & Berger, L. (2016). *Armut und materielle Entbehrung von Kindern: Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2014*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B., & Albermann, K. (2007). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie*. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Hennig, M., Ebach, M., Stuth, S., & Haeggli, A. E. (2012). Frauen zwischen Beruf und Familie – ein europäischer Vergleich. Analysen zu den Einflussfaktoren auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. *Soziale Welt, Sonderband, 19*, 291–319.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A. Y., Molcho, M., Weber, M. W., Barnekow, V., & World Health Organization (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Inglis, S., Hornung, R., & Bergstrasser, E. (2011). Palliative care for children and adolescents in Switzerland: a needs analysis across three diagnostic groups. *European Journal of Pediatrics, 170*(8), 1031–1038.
- Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, G. (2016). *Le tabagisme passif en Suisse en 2015 – Analyse des données du Monitoring suisse des addictions*. https://www.suchtmontoring.ch/docs/library/kuendig_mb9seboynzfj.pdf (consulté le 15.04.2020)
- Lamprecht, M., Fischer, A., Wiegand, D., & Stamm, H. P. (2015). *Sport Schweiz 2014, Kinder- und Jugendbericht*. Macolin: Office fédéral du sport.
- Latsch, D. C., Nett, J. C., & Humbelin, O. (2017). Poly-Victimization and Its Relationship With Emotional and Social Adjustment in Adolescence: Evidence From a National Survey in Switzerland. *Psychology of Violence, 7*(1), 1–11.
- Lätsch, D., & Stauffer, M. (2016). Gewalterleben, psychosoziale Beeinträchtigung und professionelle Versorgung gewaltbetroffener Jugendlicher in der Schweiz. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz, 17*, 71.
- Maier, T., Mohler-Kuo, M., Landolt, M. A., Schwyder, U., & Jud, A. (2013). The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: Results from a nationwide agency survey. *International Journal of Public Health, 58*(6), 875–883.
- Makarova, E., & Herzog, W. (2014). Sport as a means of immigrant youth integration: an empirical study of sports, intercultural relations, and immigrant youth integration in Switzerland. *Sportwissenschaft, 44*(1), 1–9.
- Meyer, T. (2018). *Wie das Schweizer Bildungssystem Bildungs- und Lebenshancen strukturiert: empirische Befunde aus der Längsschnittstudie TREE* (Dissertation Universität Basel). <https://doi.org/info/doi/10.5451/unibas-006799348> (consulté le 15.04.2020).
- Neuenschwander, M. P. (2009). Selektionsprozesse beim Übergang in die Sekundarstufe I und II. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 12*(2), 216–232.
- Neugebauer, M., Helbig, M., & Landmann, A. (2011). Unmasking the Myth of the Same-Sex Teacher Advantage. *European Sociological Review, 27*(5), 669–689.
- Neuhauser, A. (2018). Predictors of maternal sensitivity in at-risk families. *Early Child Development and Care, 188*(2), 126–142.
- OFEV (2018). *La qualité de l'air en 2017. Résultats du Réseau national d'observation des polluants atmosphériques (NABEL) (n° 1825)*. https://www.bafu.admin.ch/dam/bafu/fr/dokumente/luft/uz-umwelt-zustand/nabel_luftbelastung2017.pdf.download.pdf/fr_BAFU_UZ_1825_NABEL-Bericht.pdf (consulté le 15.04.2020)
- OFEV/OFSP (2019). *Environnement et santé en Suisse. Une relation aux multiples facettes*. Etat de l'environnement Nr. 1908. Berne: Office fédéral de l'environnement et Office fédéral de la santé publique.
- OFS (2016). *Enquête Omnibus 2015: qualité de l'environnement et comportements environnementaux. Les pratiques environnementales de la population s'accordent en général avec sa perception de l'environnement*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2017a). *Les familles en Suisse. Rapport statistique 2017* (Nr. 1011–1700). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

- OFS (2017b). *Enquête suisse sur la population active (ESPA) 2017*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2018a). *Statistique des élèves et des étudiants. 2017/18*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2018b). *Transitions après un titre du degré secondaire II et intégration sur le marché du travail, édition 2018*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2019a). *Rapport social statistique suisse 2019* (Nr. 1201–1900). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2019b). *Parcours de formation dans le degré secondaire II: actualisation 2019*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/education-science/transitions-parcours-domaine-formation.gnpdetail.2019-0635.html> (consulté le 15.04.2020)
- OMS (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ (consulté le 15.04.2020)
- Richter-Kornweitz, A. (2015). *Gesundheitsförderung im Kindesalter*. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-im-kindesalter/> (consulté le 15.04.2020)
- Rieker, P., Mörgen, R., Schnitzer, A., & Stroezel, H. (2016). Zusammenfassung und Diskussion. In Rieker, P., Mörgen, R., Schnitzer, A., & Stroezel, H. (Hrsg.), *Partizipation von Kindern und Jugendlichen* (S. 187–198). Wiesbaden: Springer VS.
- Sauter, D. (2008). *Mobilité des enfants et des adolescents: constats et tendances tirés des microrecensements de 1994, 2000 et 2005 sur le comportement de la population en matière de transports*. Berne: Office fédéral des routes.
- Sauter, D. (2014). *Mobilité des enfants et des adolescents. Évolution de 1994 à 2010. Analyse basée sur les microrecensements Mobilité et transports*. Berne: Office fédéral des routes.
- Sauter, D., & Huettnermoser, M. (2008). Liveable streets and social inclusion. *Urban Design International*, 13(2), 67–79.
- Schnell, P., & Fibbi, R. (2016). Getting Ahead: Educational and Occupational Trajectories of the 'New' Second-Generation in Switzerland. *Journal of International Migration and Integration*, 17(4), 1085–1107.
- Schöbi, D., Kurz, S., Schoebi, B., Kilde, G., Messerli, N., & Leuenberger, B. (2017). *Bestrafungsverhalten von Eltern in der Schweiz. Physische und psychische Gewalt in Erziehung und Partnerschaft in der Schweiz: Momentanerhebung und Trendanalyse*. Freiburg (CH): Universität Freiburg, Institut für Familienforschung und -beratung.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *La santé psychique en Suisse – Monitorage 2016*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Singer, L. T., Min, M. O., Minnes, S., Short, E., Lewis, B., Lang, A., & Wu, M. (2018). Prenatal and concurrent cocaine, alcohol, marijuana, and tobacco effects on adolescent cognition and attention. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 37–44.
- Société Suisse de Pédiatrie (2016). *Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken. Gleichbleibend hohe Anzahl von Fällen von Kindsmisshandlung an schweizerischen Kinderkliniken*. http://www.swiss-paediat-rics.org/sites/default/files/nationale_kinderschutzstatistik_2015_d_neu.pdf (consulté le 15.04.2020)
- Struffolino, E., Bernardi, L., & Voorpostel, M. (2016). Self-reported Health among Lone Mothers in Switzerland: Do Employment and Education Matter? *Population-E*, 71(2), 187–214.
- Suter, L., Waller, G., Bernath, J., Külling, C., Willemse, I., & Süss, D. (2018). *JAMES-Jugend, Aktivitäten, Medien-Erhebung Schweiz. Ergebnisbericht 2018*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- World Vision Deutschland e. V., Neumann, S., Andresen, S., & Kantar Public (2018). *Kinder in Deutschland 2018. 4. World Vision Kinderstudie*. <https://www.worldvision.de/sites/worldvision.de/files/pdf/World-Vision-Zusammenfassung-vierte-Kinderstudie.pdf> (consulté le 15.04.2020)
- Zumbrunn, A., Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N., Meyer, S., Merki, M., & Robin, D. (2020). Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen als Gesundheitsdeterminanten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz – Literaturrecherche und Expertenbefragung (Obsan Bericht 01/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Zürcher, P., Frischknecht, S., Drack, M., Kaufmann, B., Scheuermann, A., & Hauri, R. (2016). *Lebenssituation von Kindern in der Sozialhilfe: eine Betrachtung aus interdisziplinärer Perspektive*. Forschungsbericht Nr. 15. Berne: Haute école spécialisée bernoise.

03 Jeunes aidants



Agnes Leu, Hannah Wepf & Marianne Frech
Careum Haute école de santé

Messages clés

- La situation des jeunes aidants est encore peu reconnue. Même les professionnels des domaines de la formation, de la santé et du social sont trop peu sensibilisés aux moyens de soutenir les jeunes qui assument des tâches de prise en charge dans leur entourage pour qu'ils réussissent leurs études et leurs débuts dans la vie professionnelle.
- Les jeunes aidants ont tendance à souffrir plus fréquemment de problèmes physiques et psychosociaux. Ils sont particulièrement sollicités à l'école et en formation et entravés dans leur vie sociale et leurs loisirs personnels.
- Cette situation porte atteinte à l'égalité des chances des jeunes aidants, peut freiner leur participation sociale et affecter négativement leur développement sur le long terme.
- Les jeunes aidants assument généralement leur rôle sans en avoir pleinement conscience: ils considèrent leurs tâches de prise en charge comme faisant partie du quotidien, comme quelque chose de «normal».
- Parallèlement aux effets négatifs, soutenir un proche peut également avoir un impact positif: de nombreux jeunes aidants estiment que leurs tâches sont enrichissantes. Leur rôle leur donne la possibilité de développer leurs compétences pratiques et sociales.
- Nous savons combien il y a aujourd'hui en Suisse de jeunes aidants dans le groupe d'âge des 10–15 ans, quelles sont les tâches qu'ils assument et dans quelle proportion. En revanche, les données sont lacunaires concernant l'influence de ce rôle sur le développement personnel, sur l'égalité des chances à l'école et en formation ainsi que sur les perspectives professionnelles.

3.1 Introduction

Les enfants, les adolescents et les jeunes adultes qui s'occupent d'un proche sont appelés Young Carers dans le contexte international. Ils assument très tôt un rôle d'assistance et s'occupent souvent, avec plus ou moins d'aide, de proches malades, accidentés, limités ou impotents, et doivent gérer en parallèle leur cursus scolaire ou leur formation. Leur problématique exige donc une attention particulière.

La situation des jeunes aidants est exposée ci-après et représentée par des chiffres concrets. Cette contribution se concentre sur l'état de la recherche au niveau national et s'appuie sur les principaux résultats et développements obtenus dans d'autres pays européens à titre de comparaison.

3.2 Définition

Qui sont les jeunes aidants?

Les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui assument régulièrement la responsabilité principale de la prise en charge et des soins d'un proche sont appelés, sur le plan international, des Young Carers.¹

La problématique des jeunes aidants est un phénomène mondial. En Grande-Bretagne, leur situation fait l'objet d'études depuis le début des années 90 déjà, alors que dans de nombreux autres pays, aucun chiffre fiable n'est encore disponible (Leu & Becker, 2017a, 2017b). Dans les pays qui ont déjà conduit des études, la part de jeunes aidants se situe entre 2% et 8%. La part de jeunes adultes aidants est plus importante, et peut aller jusqu'à 30% (pour une vue d'ensemble: Leu & Becker, 2019).

Les résultats du premier sondage représentatif en Suisse, réalisé en 2017, montrent que 7,9% des 3991 enfants et adolescents âgés de 10 à 15 ans interrogés assument des tâches de prise en charge ou de soins. Rapporté à la population suisse, cela correspond à 38 400 personnes de ce groupe d'âge (Leu et al., 2019). En Allemagne, une enquête portant sur 1005 jeunes entre 12 et 17 ans (Lux & Eggert, 2017) relève que la part de jeunes aidants est de 5,1%; en Autriche, elle s'élève à 4,5% parmi 7403 enfants et adolescents âgés de 5 à 18 ans (Cupal et al., 2014).

Les filles ont tendance à jouer plus souvent un rôle d'assistance que les garçons (Leu et al., 2019; Nagl-Cupal et al., 2014; Sempik & Becker, 2013) et de plus en plus en grandissant (Otto et al., 2019; Cass et al., 2011; Dearden & Becker, 2004).

¹ En Amérique de Nord, on parle également de Young Caregivers et, dans les pays scandinaves, de Children as Next of Kin. La notion spécialisée Young Adult Carers définit un jeune adulte âgé de 19 à 25 ans qui assume des tâches de soins ou de prise en charge (Becker & Becker, 2008).

Quelles sont les tâches effectuées et pour qui ?

Les tâches effectuées par les jeunes aidants sont diverses et dépendent du type et de l'évolution de la maladie ou des problèmes de santé ainsi que de la possibilité pour d'autres personnes également d'apporter un soutien (Leu et al., 2018b). En Suisse, les jeunes aidants offrent régulièrement un soutien émotionnel, une prise en charge et des soins ainsi qu'une aide pour les travaux ménagers. Ils sont, par exemple, responsables de la communication avec les professionnels (Leu et al., 2018b).

La personne prise en charge est souvent un des parents, mais peut également être un frère ou une sœur, un grand-parent ou un autre proche limité par des problèmes physiques, psychiques ou cognitifs (Frech et al., 2019; Leu et al., 2019, Lloyd, 2013, Nagl-Cupal et al., 2014).

En Suisse, les jeunes aidants offrent généralement des services tels que soutien émotionnel, assistance, soins à la personne, travaux ménagers.

Raisons et étendue du rôle d'assistance

La littérature spécialisée recense différentes raisons pouvant expliquer le rôle d'assistance assumé par les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (Leu & Becker, 2019). La plupart du temps, il ne s'agit pas de bonne volonté, mais d'une urgence, car il n'y a pas d'autres possibilités (Becker et al., 1998). Il manque, par exemple, un adulte dans le cercle familial ou d'amis qui pourrait assumer ces tâches, ou un arrangement de soins adapté, accessible et financièrement supportable; des raisons personnelles et familiales peuvent également expliquer cette solution (Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004; Fives et al., 2013; Hunt et al., 2005). Les résultats de la recherche en Suisse montrent que le rôle d'assistance évolue souvent de manière graduelle, que les jeunes aidants n'en ont pas pleinement conscience et qu'ils le considèrent comme étant «normal» (Leu et al., 2018).

Le soutien offert par les jeunes aidants prend souvent une ampleur considérable. Une étude autrichienne a montré que 14% des jeunes aidants interrogés consacraient cinq heures ou plus par jour à leurs tâches d'assistance (Nagl-Cupal et al., 2014). Leu et al. (2019) ont observé que 22% des jeunes aidants en Suisse fournissaient une grande part de soins et de prise en charge et 17%, une très grande part. En outre, plus de la moitié des jeunes aidants indiquent s'occuper de plusieurs personnes en même temps. Cela laisse penser que les jeunes concernés aident souvent, par leur soutien, tout le système familial.

3.3 Santé et participation à la vie sociale des jeunes aidants

Influence du rôle d'assistance sur la santé et la situation de vie des jeunes aidants

En Suisse, des données sur la qualité de vie des jeunes aidants sont disponibles. Elles montrent que leur bien-être est légèrement moins bon que celui des enfants et des adolescents qui n'ont pas de tâches de prise en charge et de soins à assumer (Leu et al., 2019). Un nombre important d'études, surtout qualitatives, révèlent que les tâches d'assistance et la responsabilité inhérente sont souvent liées à des expériences négatives pour les jeunes aidants, que ce soit au niveau émotionnel (p. ex. tristesse, angoisse, culpabilité ou honte [Bjorgvinsdottir & Halldorsdottir, 2014; Leu et al., 2018b]), social (p. ex. isolement, mobbing [Barry, 2011]), physique (p. ex. fatigue, maux de dos [Becker & Sempik, 2018]) ou en lien avec la formation (p. ex. absentéisme, ruptures dans la formation et activité à temps partiel [Becker & Sempik, 2018; Kaiser & Schulze, 2014; Moore et al., 2009]). Dans le groupe d'âge des jeunes adultes, on observe un nombre nettement plus élevé de signes de dépression et de troubles anxieux (Greene et al., 2016). Cela porte atteinte à l'égalité des chances des jeunes aidants et peut affecter négativement leur développement sur le long terme.

Un regard porté uniquement sur les désavantages et les risques liés à la situation des jeunes aidants mène, du point de vue des auteurs, à sous-estimer les capacités et les compétences des jeunes gens et de leur entourage. Ces dernières années, les aspects positifs d'un rôle d'assistance ont été de plus en plus souvent décrits et étudiés, notamment la maturité personnelle, le développement du sens des responsabilités, les capacités et les compétences pratiques et sociale, la fierté et une bonne estime de soi (p. ex. Banks et al., 2001; Cass et al., 2009; Cassidy et al., 2014; Heyman & Heyman, 2013; Joseph et al., 2009; Robson et al., 2006). Ils montrent la capacité de ces jeunes gens à composer avec des situations familiales difficiles.

Les tâches d'assistance et la responsabilité qu'elles impliquent peuvent porter atteinte à l'égalité des chances des jeunes aidants et peuvent affecter négativement leur développement sur le long terme.

Afin de comprendre plus précisément les conditions du renforcement de la résilience des jeunes aidants, d'autres travaux de recherche sont nécessaires (Joseph, Sempik, Leu & Becker, 2019). Il doit s'agir d'un jeu complexe entre les différents facteurs (notamment l'âge, les tâches d'assistance et les responsabilités, les stratégies de gestion), la personne prise en charge (entre autres le besoin d'assistance, la relation, l'assistance

professionnelle), la famille (ménage comprenant un ou deux parents, nombre de frères et sœurs) et le reste de l'entourage (soutien et compréhension). Selon la constellation des différents facteurs, les effets peuvent être majoritairement positifs ou négatifs.

Besoins des jeunes aidants en matière de soutien

En tant qu'enfants, les jeunes aidants font partie d'un groupe de population particulièrement vulnérable. En outre, ils ont des besoins supplémentaires dus à leur rôle d'assistance. Ils assument un rôle normalement dévolu aux adultes ou aux professionnels des homes, des hôpitaux ou des soins à domicile par exemple. Comme ils parlent rarement de leur situation et considèrent leur rôle comme allant de soi (Leu, Frech & Jung, 2018), on en sait peu sur leurs besoins jusqu'à maintenant. Dans le cadre d'une enquête représentative auprès de la population suisse réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2425 proches aidants de tout âge (9–96 ans) ont été interrogés, pour la première fois, sur leurs besoins en matière de soutien et de décharge. Le groupe d'âge des moins de 16 ans (n=389) a mentionné les besoins suivants dans cet ordre: aide en cas d'urgence, informations et conseils pour gérer les urgences et la prise en charge, possibilité d'avoir des loisirs et prise en compte de leur avis (Otto et al., 2019). Les jeunes adultes aidants (16–25 ans) ont également indiqué l'aide en cas d'urgence comme première priorité, suivie par l'aide pour la famille et les autres personnes, l'argent et les assurances, le dialogue avec des professionnels ainsi que les échanges avec des personnes vivant des situations similaires (Otto et al., 2019).

3.4 Mesures et stratégies

Soutien des jeunes aidants dans le système sanitaire et social suisse

Il y a plusieurs manières de soutenir les jeunes aidants: soit directement, en offrant un soutien sous forme d'informations, d'aides pratiques et de conseils au quotidien, ou indirectement, par le biais de prestations à l'intention de la personne assistée ou de l'ensemble du système familial (Leu et al., 2018a; Lux & Eggert, 2017; Clay, et al., 2016, Kavanaugh et al., 2015; Ali et al., 2013). Les jeunes aidants en Suisse expriment leur souhait d'être mieux acceptés par les professionnels (Leu et al., 2018b). D'après Cassidy et al. (2014), l'estime et la reconnaissance de l'assistance prodiguée réduisent le stress des jeunes aidants.

Pour que les jeunes aidants soient reconnus, l'opinion publique doit être sensibilisée. Ce n'est qu'ainsi que des mesures d'aide et de soutien peuvent être lancées et réussir (Leu et al., 2018a; Leu & Becker, 2017a, 2017b; Szafran et al., 2016).

Stratégies nationales et offres de soutien

Parallèlement à la mise en œuvre du «Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants» (Conseil fédéral suisse, 2014), la Confédération a lancé en 2016, dans le cadre de l'Initiative contre la pénurie de personnel qualifié, le programme de promotion «Offres visant à décharger les proches aidants 2017–2020». Le but de ce programme est d'élaborer, en quatre ans, des bases pratiques pour développer de nouvelles offres propres à alléger la tâche des proches aidants. Les enfants, les adolescents et les jeunes adultes sont pris en considération de manière appropriée aussi bien dans les mandats de recherche² que dans les modèles de bonnes pratiques proposés³.

Les offres existantes pour les proches aidants sont en grande majorité destinées aux adultes en âge de travailler ou à la retraite. Depuis 2017, l'OFSP offre la possibilité de trouver, au moyen d'un outil de recherche interrégional, des projets, offres et mesures pouvant servir de modèles pour soutenir les proches aidants. Pour trouver des offres destinées aux enfants et aux adolescents, il faut limiter la recherche à un «domaine d'intervention» particulier (p.ex. l'école). Une recherche par âge du proche aidant n'est pas possible.

Les résultats d'un projet de recherche FNS⁴ fournissent des indications sur la pratique de soutien actuelle; dans cette étude, on a demandé à des professionnels de l'éducation, de la santé et du social de toute la Suisse d'indiquer auprès de quelles organisations ils pouvaient servir d'intermédiaires pour les jeunes aidants dans le cadre de leur activité professionnelle. Les organisations citées (p.ex. services pour les enfants, les adolescents et les familles) étaient celles dont les offres de soutien ne ciblent pas spécifiquement les jeunes aidants. De telles offres sont encore rares en Suisse.

En Allemagne, en Autriche et en Italie, des offres de soutien spécifiques pour ces groupes cibles sont déjà disponibles. Les personnes concernées peuvent se renseigner sur les sites Internet Young Carers Deutschland⁵, Superhands⁶ et Giovani Caregiver⁷ et recevoir ainsi des offres de soutien, par exemple sous forme de conseil et d'accompagnement (parrainage). En Grande-Bretagne, de nombreuses offres de soutien spécifiques

² www.bag.admin.ch/betreuende-angehoerige → Volet 1: Bases de connaissances

³ www.bag.admin.ch/betreuende-angehoerige → Recherche modèles de bonnes pratiques

⁴ SNF Money Follows CH_UK, Young Carers in Switzerland (10001AM_160355/1)

⁵ www.youngcarers.de (consulté le 27.3.2019); www.echt-unersetzlich.de (consulté le 27.3.2019)

⁶ www.superhands.at (consulté le 27.3.2019)

⁷ www.giovanicaregiver.it (consulté le 27.3.2019)

sont à disposition des jeunes aidants et de leur famille. Si une personne est malade, accidentée ou limitée d'une quelconque manière, un contrôle systématique recense quelles sont les personnes qui lui fournissent une assistance. Cette identification permet aux professionnels de proposer des offres de soutien directement à la personne malade (pour décharger les proches aidants) ou aux jeunes aidants. En outre, plus de 350 projets relatifs aux jeunes aidants ont été lancés dans le pays; les personnes concernées peuvent échanger avec des pairs ou des professionnels et participer à des activités de loisirs, à des formations ou bénéficier d'un accompagnement. Le domaine de l'éducation⁸ adresse également beaucoup d'offres aux jeunes aidants ainsi qu'aux professionnels. Ainsi, un guide étape par étape pour soutenir les jeunes aidants à l'école est notamment à disposition des professionnels ainsi que du matériel d'explication sous forme de webinaires, vidéos et études de cas. En outre, des programmes scolaires adaptés sont proposés dans les écoles ainsi que des prix pour jeunes aidants.

3.5 Conclusions

En Suisse, il n'y a pas de cadre juridique spécifique pour la protection des jeunes aidants et de leur famille. Une comparaison internationale indique clairement que la Suisse n'est pas à cet égard une exception (Leu & Becker, 2017a, 2017b). La Grande-Bretagne est le seul pays européen à avoir établi concrètement des conditions cadres légales pour les jeunes aidants et à les appliquer, du moins partiellement. En Suisse, tout comme dans la plupart des pays européens, la protection des jeunes aidants repose sur des bases légales qui ne sont pas spécifiques à cette problématique, telles que celles relatives à la santé, à l'éducation et à la protection de l'enfance ainsi que sur le droit des assurances sociales (Leu et al., 2020).

Contrairement à la plupart des pays européens, la Suisse n'a pour l'instant pas institué d'organisation au niveau fédéral (p.ex. Carers Switzerland) qui s'engagerait en Suisse et sur le plan international pour répondre aux demandes des proches aidants (de tous les groupes d'âge) et représenterait leurs intérêts. Mais il existe des associations telles que Pro Aidants ou l'*Interessengemeinschaft Angehörigenbetreuung*, qui donnent un visage et une voix aux proches aidants et soignants. L'expérience internationale montre qu'une organisation nationale de défense des intérêts joue un rôle central pour identifier les jeunes aidants et sensibiliser l'opinion publique à leur situation (Becker & Leu, 2017a, 2017b). Des initiatives visant à renforcer la position des jeunes aidants en Suisse seraient bienvenues, par exemple une Journée nationale des jeunes aidants ou un festival dédié aux jeunes aidants, comme il en existe en Grande-Bretagne (Young Carer Awareness Day et Young Carers Festival).

⁸ www.carers.org/young-carers-schools (consulté le 27.3.2019);
<https://professionals.carers.org/stepbystep> (consulté le 27.3.2019)

3.6 Bibliographie

- Aldridge, J., & Becker, S. (1993). *Children who care: Inside the world of young carers*. Dept. of Social Sciences, Loughborough University, in association with Nottinghamshire Association of Voluntary Organisations.
- Ali, L., Ahlström, B. H., Krevers, B., Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2013). Support for young informal carers of persons with mental illness: a mixed-method study. *Issues in Mental Health Nursing, 34*(8), 611–618. <https://doi.org/10.3100/01612840.2013.791736>
- Banks, P., Cogan, N., Deeley, S., Hill, M., Riddell, S., & Tisdall, K. (2001). Seeing the invisible children and young people affected by disability. *Disability & Society, 16*(6), 797–814. <https://doi.org/10.1080/09687590120083967>
- Barry, M. (2011). 'I realised that I wasn't alone': The views and experiences of young carers from a social capital perspective. *Journal of Youth Studies, 14*(5), 523–539. <https://doi.org/10.1080/13676261.2010.551112>
- Becker, S. (2007). Global Perspectives on Children's Unpaid Caregiving in the Family: Research and Policy on 'Young Carers' in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. *Global Social Policy, 7*(1), 23–50. <https://doi.org/10.1177/1468018107073892>
- Becker, S., Aldridge, J., & Dearden, C. (1998). *Young Carers and their Families*. Oxford: Blackwell Science.
- Becker, F. & Becker, S. (2008). *Young adult carers in the UK: Experiences, needs and services for carers aged 16–24*. The Princess Royal Trust for Carers, London. ISBN 9780853582519
- Becker, S., & Sempik, J. (2018). Young Adult Carers: The Impact of Caring on Health and Education. *Children & Society* (early view) <https://doi.org/10.1111/chso.12310>
- Bjorgvinsdottir, K., & Halldorsdottir, S. (2014). Silent, invisible and unacknowledged: experiences of young caregivers of single parents diagnosed with multiple sclerosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(1), 38–48. <https://doi.org/10.1111/scs.12030>
- Cass, B., Brennan, D., Thomson, C., Hill, T., Purcal, C., Hamilton, M., & Adamson, E. (2011). *Young carers: Social policy impacts of the caring responsibilities of children and young adults*. Sydney, Australia: Social Policy Research Centre.
- Cass, B., Smyth, C., Hill, T., Blaxland, M., & Hamilton, M. (2009). *Young carers in Australia: Understanding the advantages and disadvantages of their care giving* (FaHCSIA Social Policy Research Paper No. 38).
- Cassidy, T., Giles, M., & McLaughlin, M. (2014). Benefit finding and resilience in child caregivers. *British Journal of Health Psychology, 19*(3), 606–618. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12059>
- Cheesbrough, S., Harding, C., Webster, H., Taylor, L., & Aldridge, J. (2017). The lives of young carers in England: Omnibus survey report: Research report. London. Retrieved from TNS BMRB; Young Carers Research Group, Loughborough University website: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/582575/Lives_of_young_carers_in_England_Omnibu_research_report.pdf
- Clay, D., Connors, C., Day, N., Gkiza, M., & Aldridge, J. (2016). The lives of young carers in England: Qualitative report to DfE. London. Retrieved from TNS BMRB; Young Carers Research Group, Loughborough University website: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/498115/DFE-RR499_The_lives_of_young_carers_in_England.pdf
- Cohen, D., Greene, J. A., Toyinbo, P. A., & Siskowski, C. T. (2012). Impact of family caregiving by youth on their psychological well-being: a latent trait analysis. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 39*(3), 245–256. <https://doi.org/10.1007/s11414-011-9264-9>
- Conseil fédéral (2014). *Soutien aux proches aidants – Analyse de la situation et mesures requises pour la Suisse*. Rapport du Conseil fédéral, Berne.
- Dearden, C., & Becker, S. (2004). *Young carers in the UK: The 2004 report*. London: Carers UK.
- Frech, M., Nagl-Cupal, M., Leu, A., Schulze, G. C., Spittel, A.-M., & Kaiser, S. (2019). Wer sind Young Carers? Analyse der Begriffsverwendung im deutschsprachigen Raum und Entwicklung einer Definition. *International Journal of Health Professions, 6*(1), 19–31. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2019-0004>
- Greene, J., Cohen, D., Siskowski, C., & Toyinbo, P. (2016). The Relationship Between Family Caregiving and the Mental Health of Emerging Young Adult Caregivers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 44*(4), 551–563. <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9526-7>
- Hamilton, M. G., & Adamson, E. (2013). Bounded agency in young carers' lifecourse-stage domains and transitions. *Journal of Youth Studies, 16*(1), 101–117. <https://doi.org/10.1080/13676261.2012.710743>

- Heyman, A., & Heyman, B. (2013). 'The sooner you can change their life course the better': The time-framing of risks in relationship to being a young carer. *Health, Risk & Society*, 15(6–07), 561–579. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.830080>
- Ireland, M. J., & Pakenham, K. I. (2010). The nature of youth care tasks in families experiencing chronic illness/disability: development of the Youth Activities of Caregiving Scale (YACS). *Psychology & Health*, 25(6), 713–731. <https://doi.org/10.1080/08870440902893724>
- Joseph, S., Becker, F., & Becker, S. (2012). *Manual for Measures of Caring Activities and Outcomes for Children and Young People*. London.
- Joseph, S., Becker, S., Becker, F., & Regel, S. (2009). Assessment of caring and its effects in young people: development of the Multidimensional Assessment of Caring Activities Checklist (MACA-YC18) and the Positive and Negative Outcomes of Caring Questionnaire (PANOC-YC20) for young carers. *Child: Care, Health and Development*, 35(4), 510–520. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00959.x>
- Joseph, S., Sempik, J., Leu, A., & Becker, S. (2019). Young Carers Research, Practice and Policy: An Overview and Critical Perspective on Possible Future Directions. *Adolescent Research Review*, 38(1), 155. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00119-9>
- Kaiser, S., & Schulze, G. C. (2014). Pfliegerische Tätigkeiten in der Familie – eine mögliche Ursache für Schulabsentismus bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 65(9), 332–346.
- Kavanaugh, M. S., Noh, H., & Studer, L. (2015). It'd be nice if someone asked me how I was doing. Like, 'cause I will have an answer: Exploring support needs of young carers of a parent with Huntington's disease. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 10(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/17450128.2014.980370>
- Lakman, Y., & Chalmers, H. (2019). Psychosocial comparison of carers and noncarers. *Child & Youth Services*, 5(4), 1–20. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2018.1553614>
- Leu, A., & Becker, S. (2017a). A cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to 'young carers'. *Journal of Youth Studies*, 20(6), 750–762. <https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1260698>
- Leu, A., & Becker, S. (2017b). Länderspezifisches Bewusstsein zur Situation von Young Carers: eine globale Betrachtung. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP-Report: Junge Pflegenden* (S. 31–35). Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Leu, A., & Becker, S. (2019). Young Carers. In H. Montgomery (Ed.), *Oxford Bibliographies in Childhood Studies*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/OBO/9780199791231-0120>
- Leu, A., & Frech, M. (2015). Verborgene Kinder sichtbar machen. *Pflegerecht*, 4(4), 229–233.
- Leu, A., Frech, M., & Jung, C. (2018a). «You don't look for it» – A study of Swiss professionals' awareness of young carers and their support needs. *Health & Social Care in the Community*, 26(4), e560–e570. <https://doi.org/10.1111/hsc.12574>
- Leu, A., Frech, M., & Jung, C. (2018b). Young carers and young adult carers in Switzerland: Caring roles, ways into care and the meaning of communication. *Health & Social Care in the Community*, 26(6), 925–934. <https://doi.org/10.1111/hsc.12622>
- Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L., ... Jung, C. (2019). Counting young carers in Switzerland – A study of prevalence. *Children & Society*, 33(1), 53–67. <https://doi.org/10.1111/chso.12296>
- Leu, A., Guggiari, E., Phelps, D., Magnusson, L., Hlebec, V., Santini, S., ... Hanson, E. (2020). Transnational Analysis of Legislation, Policy and Service Frameworks for Adolescent Young Carers in Europe. *Journal of Youth Studies* (under review).
- Lloyd, K. (2013). Happiness and well-being of young carers: extent, nature and correlates of caring among 10 and 11 year old school children. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 67–80. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9316-0>
- Lux, K., & Eggert, S. (2017). ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP-Report: Junge Pflegenden* (S. 14–25). Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Metzing, S. (2007). *Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege* (1. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Moore, T., McArthur, M., & Morrow, R. (2009). Attendance, achievement and participation: Young carers' experiences of school in Australia. *Australian Journal of Education*, 53(1), 5–18.
- Nagl-Cupal, M., Daniel, M., Koller, M. M., & Mayer, H. (2014). Prevalence and effects of caregiving on children. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2314–2325. <https://doi.org/10.1111/jan.12388>

- Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C., & Golder, L. (2019). *Besoins des proches aidants en matière de soutien et de décharge – enquête auprès de la population Mandat de recherche B01a du programme de promotion «Offres visant à décharger les proches aidants 2017 – 2020»* (synthèse en français, rapport final en allemand)
- Robson, E., Ansell, N., Huber, U. S., Gould, W. T. S., & van Blerk, L. (2006). Young caregivers in the context of the HIV/AIDS pandemic in sub-Saharan Africa. *Population, Space and Place*, 12(2), 93–111. <https://doi.org/10.1002/psp.392>
- Sempik, J., & Becker, S. (2013). *Young Adult Carers at School: Experiences and Perceptions of Caring and Education*. Carers Trust: London.
- Szafran, O., Torti, J., Waugh, E., & Duerksen, K. (2016). Former young carers reflect on their caregiving experience. *Canadian Journal of Family and Youth*, 8(1), 129–151.
- Wepf, H., Kaspar, H., Otto, U., Bischofberger, I., & Leu, A. (2017). Betreuende und pflegende Angehörige – Präzisierung und Öffnung eines schwierigen Begriffs. *Pflegerecht*, 6(3), 140–146.

04 Santé physique et développement



Julia Dratva & Annina Zysset
Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)

Messages clés

- Les enfants, les adolescents et les jeunes adultes perçoivent leur état de santé comme bon, ce qui est réjouissant. Il y a cependant des différences significatives en fonction du statut social des parents, de l'âge et du sexe.
- Des facteurs socioéconomiques influencent la santé physique des enfants et des adolescents, par exemple la fréquence des caries, et la perception qu'ils ont de leur état de santé.
- Le développement du fœtus puis de l'enfant est contrôlé lors des examens de prévention gynécologiques et pédiatriques, ainsi que dans le cadre du dépistage scolaire. Pendant l'enfance, ces examens se concentrent sur la taille et le poids ainsi que sur les capacités cognitives, sociales et motrices.
- Pour de nombreux indicateurs ou étapes clés du développement, les données nationales sont lacunaires voire absentes. De plus, dans certains domaines, il n'existe pas de normes récentes pour la Suisse.
- Des relevés cantonaux montrent que les capacités motrices des enfants à l'école primaire sont bonnes depuis des années, ce qui est réjouissant.
- Près de 10% des enfants de 4 à 16 ans ont suivi un traitement logopédique en 2017. L'association professionnelle estime que la prévalence est sous-évaluée.
- Chaque année, environ 100 enfants et adolescents par million d'habitants décèdent des suites d'un accident. Le nombre de blessés est plusieurs fois plus élevé.
- Des infections sporadiques et des flambées récurrentes de maladies pour lesquelles on dispose d'un vaccin se manifestent en raison d'une couverture vaccinale insuffisante ou d'une baisse de l'immunité.
- Les nouvelles infections au VIH chez les 20–24 ans ont diminué de moitié au cours des dix dernières années. Le nombre de cas semble augmenter, en revanche, pour d'autres maladies sexuellement transmissibles, ce qui s'explique par la hausse du nombre de tests effectués.
- Il semble que la myopie soit en forte hausse au niveau international. En l'absence de données nationales représentatives, il n'est pas possible de confirmer ou d'infirmer cette tendance pour la Suisse.
- Des données internationales montrent que la douleur est un réel problème de santé publique. En Suisse, les données pour les douleurs aiguës et chroniques sont plutôt lacunaires. Toutefois, les résultats des enquêtes (Étude Health Behaviour in School-aged Children, Enquête suisse sur la santé) montrent des prévalences élevées.

4.1 Introduction

Selon la définition de l'OMS, «la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (OMS, 1946). Ce chapitre traite de la santé physique, considérée comme un des éléments de l'état de santé général des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse. L'état de santé général des enfants et des adolescents est mesuré, d'une part, par l'absence de problèmes de santé, éventuellement chroniques, et, d'autre part, par un développement adéquat par rapport à l'âge.

Les deux sont étroitement corrélés: être en bonne santé constitue pour les enfants et les adolescents une ressource importante pour accomplir leur développement; inversement, réussir leur développement augmente leurs chances de rester en bonne santé. Ce chapitre présente des données sur le développement et la croissance des enfants et des adolescents et sur la fréquence d'une sélection de maladies aiguës, de maladies infectieuses et d'accidents. Il ne traite pas, en revanche, des maladies chroniques et des handicaps (cf. chapitre Maladies chroniques et handicaps), ni de la mortalité (cf. chapitre Démographie).

En pratique, le développement des enfants et des adolescents est évalué à l'aide d'étapes clés du développement, d'indicateurs de santé et de normes, qui sont collectés lors d'examen de prévention ou de dépistages. Au-delà des paramètres objectifs, la perception par les enfants de leur propre santé représente aussi un important indicateur de santé.

En particulier pendant leurs premières années, les enfants contractent de nombreuses maladies. Selon la *Swiss Infant Feeding Study* (Gross et al., 2014), 83% des enfants ont souffert au moins une fois au cours des douze premiers mois d'une maladie aiguë, c'est-à-dire d'une infection temporaire. Les maladies les plus souvent mentionnées dans l'étude sont les refroidissements (69%), la fièvre (50%), les coliques (21%) ainsi que les infections du système respiratoires et les gastroentérites (chacune 15%). La fréquence et le nombre des maladies infectieuses diminuent avec l'âge, même si certaines ont un pic à un âge assez tardif. Par exemple, l'infection par le virus d'Epstein-Barr se produit généralement entre 15 et 25 ans.

Il est impossible d'éviter totalement les maladies aiguës, dont les enfants sortent généralement sans séquelles chroniques. Cependant, dans certains cas, seul un traitement rapide et adéquat permet d'éviter une évolution grave. Aussi faut-il autant que possible prévenir les maladies aiguës tant au niveau individuel qu'à l'échelle de la population. C'est pourquoi, par exemple, le Bureau de prévention des accidents (bpa) informe les parents sur les mesures à prendre pour éviter les accidents au moyen de son initiative «Courrier BPA enfants»¹ (cf. chapitre Promotion de la santé et prévention). Jouer ou bouger

¹ www.bfu.ch/fr/services/contact-et-conseil/courrier-bpa-enfants

de manière adaptée à son âge et acquérir progressivement de l'autonomie est essentiel pour que l'enfant se développe sainement. La prévention situationnelle joue donc un rôle important – que les parents ne peuvent que partiellement influencer – pour la prévention des accidents et d'autres risques.

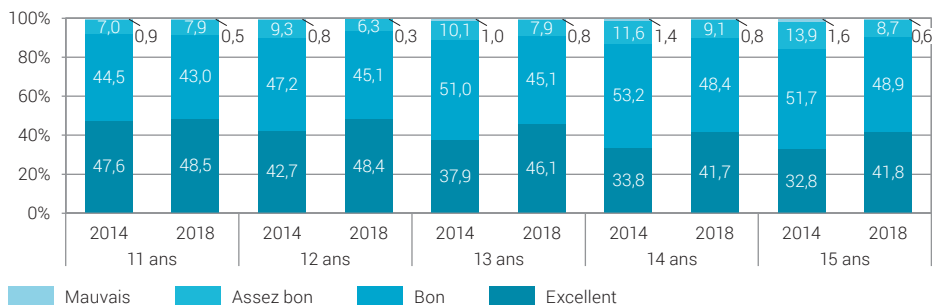
4.2 État de santé général

L'immense majorité des enfants, des adolescents et des jeunes adultes évaluent leur santé comme bonne ou excellente. Selon l'étude HBSC (Health Behavior in School-aged Children), au sein de la tranche d'âge 11–15 ans, les adolescents les plus jeunes ont tendance à considérer leur santé comme meilleure que les plus âgés (cf. graphique G 4.1). À 15 ans, 14% jugent leur santé «assez bonne» tandis que 2% la trouvent «mauvaise». Ces chiffres n'ont que peu évolué au cours des 4 dernières années (HBSC, graphique G 4.1). Selon l'étude, les filles estiment être en moins bonne santé que les garçons: en 2018 seules 86% des répondantes ont qualifié leur état de santé de bon ou d'excellent, contre 91% des participants. Une étude européenne sur la qualité de vie liée à la santé qui incluait des enfants en Suisse a également mis en évidence des différences de perception de l'état de santé en fonction de l'âge et du sexe chez les adolescents de 11 à 15 ans (Bisegger et al., 2005). L'étude allemande KiGGS a pour sa part confirmé un écart entre les sexes à partir de l'âge de 14 ans.

Sur la base de l'Enquête suisse sur la santé (ESS), environ 95% des 16–25 ans considèrent leur santé comme bonne ou très bonne. Seuls environ 4% perçoivent leur état de santé comme «moyen» et près d'1% comme «mauvais» (ESS 2017; cf. chapitre Santé psychique). L'auto-évaluation de son état de santé est moins bonne chez les adolescents et les jeunes adultes issus de la migration ou avec un faible statut social que chez les autres (Poethko-Müller et al., 2018). Selon l'ESS 2017, l'immense majorité des parents (97%) estiment eux aussi que leurs enfants sont en bonne ou en très bonne santé. En effet, 3,3% des parents qui vivaient dans le même ménage qu'un enfant au moins ont indiqué que l'état de santé de l'un de leurs enfants était mauvais à très mauvais.

État de santé subjectif des 11 à 15 ans en Suisse¹

G4.1



¹ Réponse à la question: «Comment décririez-vous votre état de santé?»

Source: HSBC 2014, 2018

© Obsan 2020

Même si les enfants perçoivent souvent leur santé de manière comparable à leurs parents, la littérature scientifique a également mis en avant des différences (Gothwal-Bharani & Mandal, 2018; Pardo-Guijarro et al., 2015; Qadeer & Ferro, 2018). En Allemagne, des parents ont, par exemple, estimé que la santé de leurs filles jusqu'à 10 ans était meilleure que celle de leurs garçons, tandis qu'une tendance inverse se dégagait de l'auto-évaluation des enfants (Poethko-Müller et al., 2018). Il semble donc indispensable d'interroger directement les enfants et les adolescents sur leur santé et leur bien-être pour disposer de données valides.

La perception par les enfants, les adolescents et les jeunes adultes de leur état de santé général dépend de leur âge, de leur sexe et du statut social des parents. L'évaluation des parents diffère souvent de celle des enfants.

4.3 Développement

Les étapes clés du développement sont les moments auxquels un enfant accomplit pour la première fois certaines choses, par exemple se tourner sur le dos, s'asseoir tout seul ou se lever tout seul. De tels repères existent pour la motricité, mais aussi pour le langage et la cognition (la pensée). Un écart à la norme peut être le signe d'un problème et constitue donc un indice pour procéder à un examen plus approfondi. La Société suisse de pédiatrie (SSP) a élaboré une liste de contrôle utilisée lors d'examen de prévention. Elle propose des recommandations concernant les enfants âgés d'une semaine à 14 ans

dans le but de détecter de manière précoce les troubles de la santé ou du comportement et, le cas échéant, de commencer un traitement ou de mettre en place du soutien (SSP, 2011). Il faut toutefois garder à l'esprit que des jalons essentiels à la bonne santé de l'enfant et à son développement sont posés pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. C'est la raison pour laquelle il est essentiel de documenter les principales données à ces moments-là. En Suisse, on collecte les indicateurs obligatoires selon Euro Peristat (Euro-Peristat, 2013). Ces données renseignent entre autres sur le type d'accouchement (cf. chapitre Maladies chroniques et handicaps), sur la taille et le poids à la naissance et sur l'âge de la mère. Par contre, certains des indicateurs recommandés ne sont pas consignés, comme la consommation de tabac ou l'indice de masse corporelle de la mère (Spaeth et al., 2018).

Les examens de prévention pédiatriques revêtent une importance particulière pour détecter rapidement les problèmes de développement et, en cas de besoin, pour mettre en place de l'aide ou un traitement.

Douze examens de prévention sont prévus jusqu'à l'âge de 6 ans, afin de suivre le développement de l'enfant depuis sa naissance et de prendre des mesures de prévention (cf. chapitre Soins de santé). Ils sont pris en charge par les assurances-maladie. Selon l'étude *Swiss Infant Feeding Study* (SWIFS), 93,3% des mères ont fait pratiquer les examens de prévention pendant la première année de l'enfant, et seules 4% ne les ont pas effectués ou seulement en partie (Gross et al., 2014). Un rapport sur la santé des enfants de la ville de Berne montre que, pour l'année 2014, environ 60% des parents d'enfants de 3 et 4 ans ont fait réaliser les examens de prévention (Tschumper et al., 2014). En Allemagne, l'étude KiGGS a pour sa part mis en évidence que les enfants issus de familles à faible statut social passaient moins souvent ces examens que ceux issus de familles à haut statut social (Robert Koch-Institut, 2015).

Collecter des données standardisées lors de ces examens permettrait de définir des normes et de disposer de données épidémiologiques sur les problèmes de développement chez l'enfant. En Suisse, ces données n'existent pas, du moins pas sous une forme adéquate pour établir une statistique nationale.

En Allemagne, l'étude de cohorte KiGGS livre depuis 2006 des données épidémiologiques sur le développement des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Ces données ont aussi permis d'établir des tableaux avec les normes nationales (Neuhauser et al., 2013). L'Italie aussi a recueilli des données sur la santé des enfants, tant au niveau national que régional, qui ont été publiées dans le rapport *Libro bianco sulla salute dei bambini, 2011* (Ricciardi, 2011). À l'inverse, il n'existe pas de données représentatives

et actuelles pour la Suisse concernant le développement des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Les données issues d'une étude longitudinale menée à Zurich entre 1953 et 1974, qui se focalisait sur le développement corporel, sont désormais obsolètes (KISPI; Remo Largo). L'étude *Swiss Preschoolers' Health Study SPLASHY* (Messerli-Burgy et al., 2016) fournit des données plus récentes pour les enfants de 2 à 6 ans, et ce pour les différents domaines que sont la motricité, la cognition et les facteurs psychosociaux. Si plusieurs autres projets de recherche récoltent des données sur le développement, ces publications scientifiques ne permettent que de manière limitée de tirer des conclusions sur le développement des enfants et des adolescents à l'échelle nationale. En effet, ces projets étudient d'autres questions de recherche, concernent des groupes d'âge restreints ou ne se fondent pas sur des données représentatives.

Si le développement des enfants fait régulièrement l'objet d'études, les données ne sont toutefois pas collectées de manière à tirer des conclusions pour la Suisse ou à comparer les résultats.

Développement moteur

Les capacités motrices sont essentielles au développement de l'enfant. Durant la petite enfance, elles se développent en permanence, avec pour conséquence que les enfants explorent de plus en plus leur environnement et accroissent leur autonomie. Ces progrès permettent aux enfants de participer à la vie sociale (p. ex. jouer avec d'autres enfants, accomplir des tâches quotidiennes) et ont un effet positif sur la confiance en soi (Sylvestre et al., 2013) ou sur des facteurs de santé importants comme le poids et l'activité physique (Bar-Haim & Bart, 2006; Barnett et al., 2009). Pour détecter d'éventuels problèmes de développement, il est important de surveiller les capacités motrices dès le plus jeune âge.

Les capacités motrices sont essentielles pour que l'enfant se développe sainement. Elles lui permettent de participer à la vie sociale et ont une influence positive sur des facteurs de santé importants comme le poids et l'activité physique.

À Winterthour et à Zurich, on consigne les capacités motrices des enfants depuis 2005. Ces données mettent en évidence d'importantes variations au sein des classes d'âge (Joss, 2018, 2019). Les rapports 2019 ont analysé le développement durant les

quatorze dernières années. Il apparaît que les performances des garçons et des filles sont restées stables à quelques détails près et qu'elles se sont développées de manière parallèle (Joss, 2019).

Pour l'heure, on n'a que peu étudié les différences entre les régions de Suisse. Kühnis et al. (2018) ont mis en parallèle les capacités motrices d'enfants fréquentant l'école infantine en ville de Zurich et dans le canton d'Uri. En comparant la ville et la campagne, ils ont observé que les enfants d'Uri, canton plutôt rural, obtenaient de meilleurs résultats à toutes les parties du test. Indépendamment du lieu d'habitation, les enfants qui fréquentaient une école infantine certifiée Youp'là bouge s'en sortaient mieux que les enfants des structures traditionnelles (Kühnis et al., 2018). Les institutions qui bénéficient de ce label offrent un environnement pédagogique particulièrement propice au mouvement (cf. chapitre Promotion de la santé et prévention).

Développement cognitif

Les capacités cognitives sont, elles aussi, primordiales pour que l'enfant se développe sainement. Elles permettent en effet le traitement mental des informations, ce qui comprend la perception, l'attention, la mémorisation, le souvenir et l'impulsion des actions. De ce fait, elles sont déterminantes, tout au long du développement, pour l'apprentissage tant des connaissances et des compétences que des règles et usages régissant les interactions sociales. Étant des processus mentaux, les capacités cognitives ne peuvent pas être mesurées directement, contrairement aux capacités motrices. Leur étude s'opère via des comportements observables, comme le temps nécessaire à un nourrisson pour remarquer un stimulus ou le nombre de mots qu'un enfant arrive à se rappeler (Bjorklund, 2005).

Progrès des capacités cognitives d'enfants âgés de 3 à 5 ans entre 2014 et 2015

T4.1

Tâches cognitives	2014		2015	
	Moy. (SD)	Étendue	Moy. (SD)	Étendue
Perception visuelle	17,6 (6,7)	5–36	24,0 (6,6)	6–40
Attention sélective	28,4 (10,8)	1–67	39,2 (12,1)	3–72
Mémoire de travail	3,8 (2,2)	0–9	5,3 (2,3)	1–10
Cognition visuelle	2,5 (2,3)	0–12	4,7 (3,1)	0–12

Moy. = moyenne, SD = écart-type, étendue=dispersion des résultats. Le tableau reprend le nombre de points obtenus à chaque exercice.

Source: Zysset et al. (Manuscrit soumis pour publication), données issues de l'étude longitudinale SPLASHY

© Obsan 2020

L'étude *Swiss Preschoolers' Health Study – SPLASHY* a mesuré les capacités cognitives d'enfants de 3 à 5 ans fréquentant l'école enfantine en Suisse alémanique et en Suisse romande en leur demandant d'effectuer différentes tâches : perception visuelle (classer par taille des cartes avec des tailles de police différentes), attention sélective (classer des cartes en fonction d'un critère particulier, avec une contrainte de temps), mémoire de travail (se souvenir de formes géométriques parmi une sélection de formes similaires) et cognition visuelle (associer des figures géométriques avec des pyramides ou des cubes). Le progrès des capacités cognitives entre 2014 et 2015 est présenté dans le tableau T4.1.

Cette étude met en évidence de grandes variations au niveau du développement à au sein des classes d'âge, ce qui souligne l'importance de disposer de normes fondées sur la population pour établir un diagnostic et de mener des enquêtes standardisées.

Les capacités cognitives revêtent une importance particulière pendant la période où l'enfant va à l'école, car il existe un lien positif entre ces capacités et les résultats scolaires (Deary et al., 2007). Le *Libro bianco sulla salute dei bambini*, 2011, – le rapport italien sur la santé des enfants –, indique le nombre d'enfants souffrant d'un handicap dans les écoles (2,5% à l'école primaire, 3,3% à l'école secondaire, pour l'année scolaire 2008/2009). Les données sont ventilées par types de handicap (tableau T4.2) (Istat, 2011; Ricciardi, 2011). Les problèmes cognitifs sont le type de handicap le plus fréquent chez les écolières et les écoliers (71,5% à l'école primaire, 76,9% au degré secondaire).

Selon le *Libro bianco*, les problèmes cognitifs sont le type de handicap qui représente le plus grand défi pour les établissements scolaires. Il n'existe pas en Suisse de données sur les problèmes cognitifs à l'école obligatoire. À Zurich, le registre des mesures précoces de pédagogie spécialisée fournira à l'avenir des informations à ce sujet (Projektgruppe Zürcher Abklärungsverfahren zum sonderpädagogischen Bedarf im Vor- und Nachschulbereich, 2019).

Pourcentage de chaque forme de handicap, par rapport à l'ensemble des handicaps, chez les écolières et les écoliers dans les écoles primaires et secondaires en Italie, année scolaire 2008/2009

T4.2

	Vision	Audition	Motricité	Intelligence	Autres*
École primaire	1,8	3,2	6,7	71,5	16,9
École secondaire	1,3	2,9	4,8	76,9	14,1

* Il s'agit, par exemple, de troubles de l'apprentissage et de troubles psychiques.

Source: Libro Bianco 2011 – Rapporto Osservasalute (2010)

© Obsan 2020

Acquisition du langage

En Suisse, il n'existe pas de données officielles nationales sur les troubles du langage ou les prescriptions de traitement logopédique. Les données récoltées dans le cadre d'une étude pilote menée dans six cantons de l'association de logopédie en Suisse alémanique (DLV) montrent qu'en moyenne 9,4% des enfants de 4 à 16 ans (école enfantine, primaire et secondaire) ont reçu une prise en charge logopédique. On constate d'importantes variations entre les cantons, avec des pourcentages allant de 5,1% à 20,6%. Cette étude pilote impliquant 16 685 enfants ayant reçu une prise en charge logopédique a permis d'établir une première évaluation de la prévalence de ces troubles en Suisse (cf. tableau T4.3).

Comme les enfants qui sont sur liste d'attente n'ont pas été comptabilisés, il se pourrait que la prévalence réelle soit plus importante (DLV, 2019). Aucune donnée publiée n'a été trouvée pour la Suisse romande ou la Suisse italienne.

Estimations de prévalence des troubles du langage et de l'apprentissage chez les élèves de 4 à 16 ans en Suisse alémanique

T4.3

Types de troubles	Prévalence %
Dyslalie	3,1
Trouble myofonctionnel	1,6
Trouble de l'acquisition du langage	4,4
Dyslexie	2,2
Dysphonie	0,3
Troubles de l'élocution	0,6
Dyscalculie	0,1
Autres	1,1

Source: Association de logopédie en Suisse alémanique DLV (2019)

© Obsan 2020

Développement émotionnel et social

Des indicateurs du développement émotionnel et social sont observables dès la naissance, comme le temps nécessaire pour que le nourrisson se tranquillise, la nature des liens avec les personnes qui s'occupent le plus de lui (mère/père) et le fait qu'il ait l'air satisfait ou qu'il sourit. Il est recommandé d'observer ces signes lors des examens de prévention pédiatriques (SSP, 2011). La capacité de l'enfant à se réguler lui-même est

un important indicateur, qui se développe au cours de la première année. Cette capacité d'auto-régulation et de gestion des situations négatives constitue un important facteur pour la santé psychique, et ce jusqu'à l'âge adulte.

Il n'existe pas de monitoring ou de registre national sur le développement émotionnel et social. Par conséquent, on ignore combien d'enfants présentent un problème à ce niveau. Certains aspects ont été étudiés pour les enfants de 2 à 6 ans dans le cadre de l'étude *Swiss Preschoolers' Health Study – SPLASHY* à l'aide d'un questionnaire sur les forces et les difficultés (cf. chapitre Santé psychique). Il s'agit des problèmes émotionnels, comportementaux ou avec les enfants du même âge. Le tableau T4.4 présente les fréquences relevées (Stülb et al., 2018).

Fréquence de quelques problèmes de comportement cliniquement observés chez les 2 à 6 ans

T4.4

Barème ¹	2014 (N=511)	2015 (N=334)
Problèmes émotionnels	22 (4,3%)	30 (8,9%)
Troubles du comportement externalisés	39 (7,6%)	25 (7,2%)
Hyperactivité/troubles de l'attention	27 (5,3%)	21 (6,2%)
Problèmes avec les pairs	42 (8,2%)	25 (7,4%)

¹ Barèmes issus du Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Source: Stülb et al. (2018), données issues de l'étude SPLASHY

© Obsan 2020

Des données pour les enfants plus âgés ou pour les adolescents ont été collectées dans le cadre de la recherche «z-proso», un projet zurichois consacré au développement social depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Cette recherche a étudié le développement social des enfants et des adolescents, en se concentrant sur les comportements illégaux ou agressifs, mais sans laisser de côté les comportements prosociaux (Eisner & Ribeaud; UZH). Elle a notamment mis en évidence qu'à 7 ans la fréquence des comportements agressifs est plusieurs fois supérieure chez les garçons que chez les filles. La différence s'amenuise avec l'âge: à 15 ans, la fréquence n'est plus que légèrement plus élevée pour les garçons (z-proso Team, 2015). Une fois encore, si ces études apportent des résultats importants et pertinents, elles ne fournissent pas de données représentatives concernant le développement émotionnel et social.

Développement des sens

Les capacités de voir et d'entendre jouent un rôle primordial tant dans le développement de l'enfant que pour la vie à l'école. Les visites médicales réalisées dans les écoles incluent des tests de la vue et de l'audition (Dratva & Späth, 2017). Toutefois, il n'existe pas de données représentatives pour la Suisse. Un rapport de 2016 sur la santé des enfants à Berne a conclu que 25% des filles et 16% des garçons avaient porté des lunettes ou des lentilles de contact au cours des trois années scolaires précédentes. Les adolescents étaient quant à eux 9% à avoir des problèmes de vue (Tschumper, 2016). Par ailleurs, le rapport a comparé les données disponibles pour Berne entre 2004 et 2015. Il apparaît que les filles étaient invariablement plus nombreuses que les garçons à avoir des problèmes de vue et/ou à porter des lunettes ou des lentilles de contact (une différence de 8–12%). À cet âge, il s'agit en majorité de problèmes de myopie (cf. chapitre Maladies chroniques et handicaps). On dispose aussi de données sur l'acuité visuelle pour l'école enfantine et primaire (Tschumper et al., 2014) (tableau T4.5).

Enfants présentant une acuité visuelle insuffisante à Berne, année scolaire 2012/2013

T4.5

	2 ^e année d'école enfantine (N=817)	4 ^e année (N=727)
Filles	5,8 %	6,0 %
Garçons	5,7 %	4,7 %

Source: Rapport de la ville de Berne sur la santé des enfants (2014)

© Obsan 2020

Tant les médias que la littérature internationale (p.ex. Dolgin, 2015; SRF, 2018; Tages Anzeiger, 2018) font état d'une hausse des problèmes de vue chez les enfants (Tschumper, 2016). Ce phénomène n'est pas attesté par les données issues de la médecine scolaire pour les années 2005 et 2009. Les données sur les élèves en Italie portent aussi sur les problèmes de vue et d'audition (Ricciardi, 2011). En Italie, les élèves de l'école primaire souffrent moins souvent d'un problème de vue qu'à Berne (2% contre 5–6%).

Quant à l'audition, le rapport 2016 de la ville de Berne sur la santé des enfants a constaté, selon les années, qu'entre 0 et 1,2% des adolescents en dernières années scolaires ont subi une perte d'audition supérieure à 30 décibels (dB). Lors de l'année scolaire 2015–2016, 3% des adolescents présentaient des pertes d'audition moins importantes pour les hautes fréquences (2000 Hz, 4000 Hz, 6000 Hz), ce qui pourrait être le signe de lésions auditives (Tschumper, 2016). On peut une fois de plus comparer ces résultats à ceux du module enfants-environnement de l'étude KiGGS (Allemagne). Cette recherche a établi que 2,4%

des enfants de 8 à 14 ans (une tranche d'âge un peu inférieure à celle de l'étude bernoise) avaient une perte d'audition supérieure à 30 décibels. Concernant les hautes fréquences, 10,6% présentaient une perte de 20 dB et 2,1%, de 30 dB (Robert Koch-Institut, 2008). Une étude hollandaise a constaté chez 7,8% des enfants de 9 à 11 ans une perte auditive d'au moins 16 dB dans une ou dans les deux oreilles (le Clercq et al., 2017).

Mesures de pédagogie spécialisée

Le nombre de mesures de pédagogie spécialisée prescrites est un indicateur du nombre d'enfants qui présentent des troubles du développement. Dans le canton de Zurich, un registre sur les mesures précoces de pédagogie spécialisée (mesures d'éducation précoce spécialisée, audiopédagogie, basse vision, logopédie) est en train d'être mis en place. Les données provisoires montrent que plus de 2000 enfants d'âge préscolaire ou scolaire ont bénéficié chaque année de telles mesures entre 2015 et 2018. Suivant le groupe considéré, cela représente entre 1,5% et 2% des enfants en âge préscolaire. Il s'agit en majorité de garçons (68%). Lors de l'inscription au registre, les enfants étaient âgés en moyenne de 34,4 mois pour les mesures d'éducation précoce spécialisée et de 37 mois pour la logopédie, tandis que l'âge se situait entre ces deux valeurs pour les autres traitements (Projektgruppe Zürcher Abklärungsverfahren zum sonderpädagogischen Bedarf im Vor- und Nachschulbereich, 2019).

Taille et poids

En Suisse, il existe plusieurs bases de données recensant la taille et le poids. Ces données sont récoltées à la naissance puis publiées dans les données de l'Office fédéral de la statistique (tableau T4.6). On consigne le poids des enfants vivants à la naissance depuis 1979: depuis lors, entre 93 et 94% des enfants ont un poids normal à la naissance (entre 2500 et 4499 grammes). La part des enfants avec un faible poids a augmenté depuis 1979 (OFS, 2018), notamment parce que les enfants nés prématurément ont de meilleures chances de survie. En 2017, 2,2% des nouveau-nés pesaient moins de 2000 grammes, 1%, moins de 1500 grammes et 0,5%, moins de 1000 grammes, contre, respectivement 1,5%, 0,5% et 0,1% en 1979. La durée de la grossesse (semaines de gestation) n'est enregistrée dans la statistique des naissances que depuis 2000. Depuis 2007, ni le poids à la naissance ni la durée de la grossesse n'ont connu d'importante évolution, même si on relève une augmentation des naissances de jumeaux ou des naissances multiples, nouveau-nés qui présentent tendanciellement à la naissance un poids plus faible (OFS, 2018) – contrairement aux enfants plus âgés, aux adolescents et aux jeunes adultes, chez qui on observe, en particulier au début des années 2000, un prévalence croissante du surpoids et de l'obésité (chapitre Maladies chroniques et handicaps).

Poids des nouveau-nés vivants en Suisse, en %**T4.6**

Poids	1979	2000	2017
Moins de 500g	–	0,1	0,1
500–999g	0,1	0,3	0,4
1 000–1 499g	0,4	0,5	0,5
1 500–1 999g	1,0	1,1	1,2
2 000–2 499g	3,7	3,9	4,2
2 500–4 499g	94,1	92,9	92,9
4 500g und mehr	0,8	1,1	0,7

Source: OFS (2018) naissances vivantes selon le poids depuis 1979 (adapté)

© Obsan 2020

4.4 Maladies transmissibles

Les maladies transmissibles sont des maladies principalement causées par des bactéries ou des virus et qui se transmettent d'un individu à un autre. Certaines de ces maladies ont la particularité de survenir pendant des phases de vie déterminées. Les maladies dites infantiles sont des maladies infectieuses qui, en raison de leur degré élevé d'infectiosité et de l'immunité à vie qu'elles procurent, surviennent surtout pendant l'enfance. Le terme de «maladie infantile» ne doit pas donner l'impression que ces infections sont sans gravité, bien au contraire. Certaines maladies font l'objet de recommandations de vaccination, car elles s'accompagnent d'un taux de mortalité élevé ou de conséquences chroniques pour la santé, mais aussi de risques pour les femmes enceintes ou les enfants immunodéprimés, c'est-à-dire dont le système immunitaire est affaibli.

Maladies infantiles infectieuses classiques

Les maladies infantiles infectieuses classiques sont la poliomyélite (paralysie spinale infantile), la coqueluche, les oreillons, la rougeole, la rubéole et la varicelle. La vaccination permet d'éviter ces maladies (voir les recommandations de vaccination, chapitre Promotion de la santé et prévention); elle est recommandée par l'Office fédéral de la santé publique et entièrement prise en charge par les assurances-maladies (taux de couverture vaccinale, voir chapitre Soins de santé). La varicelle fait exception et survient «naturellement» pendant l'enfance. Le vaccin est recommandé entre 11 ans et 15 ans, car une infection plus tardive s'accompagne de risques accrus. La vaccination contre la varicelle durant l'enfance n'est actuellement pas remboursée par l'assurance obligatoire des soins (OFSP, 2019a). En outre, la vaccination contre l'*Haemophilus influenzae* de

type b est recommandée; il s'agit d'un agent pathogène qui peut entraîner des laryngites et des méningites dangereuses pour les petits enfants. Les cas de rougeole, de rubéole, de poliomyélite et d'*Haemophilus influenzae* doivent être déclarés, car ils comportent un risque pour l'entourage (OFSP, 2019b). Les statistiques sur les cas déclarés sont publiées sur le site Internet de l'OFSP (OFSP, 2019c). Le nombre de cas de rougeole déclarés a fortement baissé depuis 2009, bien que des épidémies, généralement régionales, éclatent encore. Il varie beaucoup en fonction des années. Il s'est élevé à 678 en 2011, un record au cours des dix dernières années (tableau T4.7). Par rapport à 2018, les cas déclarés en 2019 sont plus nombreux: déjà 203 au cours du premier semestre (état au 18.6.2019).

Les maladies infantiles ne sont pas sans gravité. Comme elles comportent un risque pour l'enfant et son entourage, certaines d'entre elles font l'objet de recommandations, et les diagnostics doivent être déclarés.

Nombre de cas de rougeole déclarés en Suisse par âge, 2009–2018

T4.7

Âge (en années)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0–95+	1 112	64	678	65	176	22	36	65	105	48
0	25	1	16	1	1	0	3	1	5	2
1–4	119	9	52	6	16	0	3	0	7	5
5–9	227	8	82	4	37	2	3	1	13	4
10–14	245	10	128	11	44	3	0	9	16	4
15–19	237	10	149	14	39	8	9	15	14	5
20–24	105	5	84	5	11	4	2	25	14	10

Source: OFSP (2018a)

© Obsan 2020

Seuls quelques cas isolés de rubéole ont été déclarés depuis 2009 et aucun de poliomyélite; en Europe, la poliomyélite a disparu depuis 2002 (OFSP, 2019d). La fréquence des cas déclarés de *Haemophilus influenzae* reste constante et seule une petite partie d'entre eux concerne les enfants; moins de 20 cas sont recensés par année parmi les moins de 24 ans.

Les cas de coqueluche sont répertoriés dans le système de déclaration Sentinella depuis 1991. 4992 cas ont été déclarés entre 1991 et 2006. La majeure partie des cas concerne le groupe d'âge des 5–9 ans (46,2%), environ un quart des cas touche les enfants de 1 à 4 ans (25,1%) et un autre, les personnes de plus de 20 ans (21,7%); les 7% restant affectent des enfants de moins de 1 an (Wymann et al., 2011). Le tableau T4.8

regroupe les données relevées entre 2000 et 2006. En 2006, le taux de déclaration dans l'ensemble de la population en Suisse était plus bas que jamais, ce qui indique une meilleure couverture vaccinale (OFSP, 2018b; voir aussi le chapitre Soins de santé). En 2014, 283 cas cliniques ont été déclarés (OFSP, 2016); 33 d'entre eux ont nécessité une hospitalisation, tout comme en 2015 (INFOVAC, 2019). Depuis, les chiffres sont à nouveau en augmentation: en 2016, ce sont 446 enfants qui ont été hospitalisés à cause de la coqueluche.

Nombre de cas de coqueluche déclarés en Suisse par âge, entre 2000 et 2006 et en 2014

T4.8

Âge (en années)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2014 ¹
Total des cas déclarés*	342	235	207	172	151	156	117	283
<1	32	12	23	13	16	11	11	17
1-4	85	52	42	35	33	41	22	48
5-19	162	106	97	65	64	66	48	68
≥20	62	65	45	59	38	38	36	150

* Sommes des cas pour tous les groupes d'âge

Sources: Wymann et al. (2011), ¹ OFSP (2016)

© Obsan 2020

Les données Sentinella montrent que les cas déclarés en 2014 concernent plutôt des personnes âgées de plus de 20 ans, indiquant ainsi une baisse de l'immunité au cours de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Depuis 2016, des vaccinations de rappel sont donc recommandées à l'adolescence et à l'âge adulte (OFSP, 2016, 2019c).

Infections des voies respiratoires

Les infections des voies respiratoires sont typiques chez les petits enfants. Ce sont les maladies les plus fréquentes, d'une part, parce que les enfants sont confrontés pour la première fois aux agents pathogènes et doivent encore construire leurs défenses immunitaires spécifiques et, d'autre part, parce que les voies respiratoires sont anatomiquement encore étroites et petites, ce qui favorise les inflammations. Les voies respiratoires supérieures (pharynx et sinus nasaux) sont autant touchées par les infections que les voies respiratoires inférieures (bronches et bronchioles) et les poumons. Les inflammations de l'oreille moyenne sont également liées aux infections des voies respiratoires supérieures dans la région du pharynx.

Selon les estimations, tous les enfants contractent plusieurs infections des voies respiratoires durant leurs premières années, dont la majorité sont sans gravité. Un petit nombre d'enfants a besoin de soins ambulatoires ou de médication, ou doit être hospitalisé. Chez les enfants en bonne santé, la fréquence des infections des voies respiratoires baisse avec les années. Les facteurs de risque des maladies respiratoires peuvent être environnementaux, dus à la qualité de l'air et à l'exposition à la fumée du tabac (La Grutta et al., 2013; VankerGie & Zar, 2017), ou liés aux prédispositions individuelles. Les preuves scientifiques issues d'études de cohorte indiquent que des infections des voies respiratoires précoces et graves entraînent des risques accrus de maladies respiratoires par la suite (Martinez, 2016).

En Suisse, peu de données épidémiologiques sont disponibles sur les maladies respiratoires et les inflammations de l'oreille moyenne durant l'enfance et l'adolescence. En s'appuyant sur les études étrangères et les manuels médicaux, on constate que la maladie respiratoire la plus fréquente durant la première année de vie est la bronchiolite aiguë, d'origine virale (virus RS) dans la majorité des cas (Barben et al., 2008). Entre 1 et 2% des enfants seulement doivent être hospitalisés (Barben et al., 2008; Trefny et al., 2000). Les bronchites surviennent surtout à l'âge scolaire et sont souvent d'origine bactérienne. L'étude allemande KiGGS indique une prévalence vie de bronchites obstructives de 13,3%.

Les pneumonies (inflammation du tissu pulmonaire) sont, elles aussi, relativement fréquentes chez les enfants (Kamtsiuris et al., 2007). En Suisse, en 2017, 1361 enfants entre 1 et 14 ans ont été hospitalisés à la suite d'une pneumonie (OFS, 2017). Une étude internationale a calculé l'incidence et le fardeau de la maladie (burden of disease) dans différentes régions de l'OMS. En Suisse, on estime entre 3 et 5 le nombre d'inflammations de l'oreille moyenne pour 100 enfants (Monasta et al., 2012). L'étude KiGGS publie une prévalence vie (fréquence également rapportée aux années déjà vécues) pour les inflammations de l'oreille moyenne de 38% (IC-95%: 35–40%) entre 1 et 3 ans et de 57% (55–59%) entre 4 et 6 ans; la grande majorité des cas est traitée par des antibiotiques (Kamtsiuris et al., 2007).

Maladies transmises par les tiques

Les deux maladies les plus fréquemment transmises par les tiques sont la méningo-encéphalite verno-estivale (MEVE) et la borréliose. La tularémie, beaucoup plus rare mais en progression, est une maladie bactérienne connue aussi sous le nom de «peste du lièvre». Les tiques sont également porteuses d'autres maladies, plus exceptionnelles, qui ne sont pas surveillées en Suisse en raison de leur rareté ou de leur faible gravité.

La méningo-encéphalite verno-estivale (MEVE)

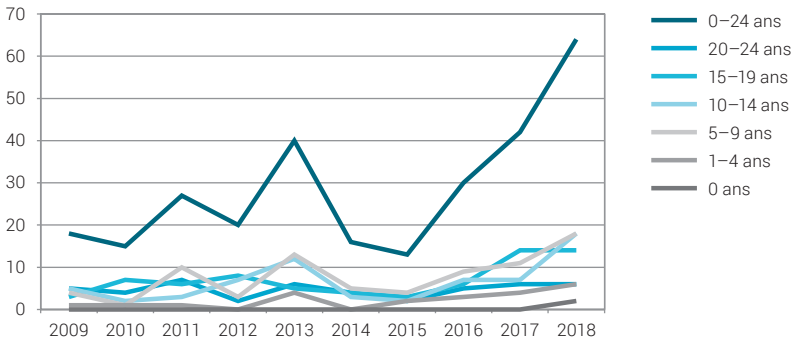
La MEVE est une méningo-encéphalite transmise par les tiques (méningo = méninge, encéphalite = inflammation du cerveau). Son agent pathogène est le virus MEVE. Les tiques infectées sont endémiques dans la plupart des régions de Suisse. La transmission se fait par la piqûre d'une tique infectée. Depuis 1988, les cas de MEVE augmentent et doivent être déclarés (graphique G 4.2). Les changements climatiques (réchauffement) et l'évolution des comportements pendant les loisirs de plein air sont en cause. En 2010, une étude nationale a indiqué que, selon les régions, entre 0,17 et 1,89% des tiques étaient infectées par la MEVE, c'est-à-dire en moyenne 0,44% des tiques en Suisse (Gaumann et al., 2010). À l'heure actuelle, on estime que ce chiffre a doublé et atteint les 1% (www.infovac.ch). L'infection touche principalement deux groupes d'âge: les enfants entre 6 et 14 ans et les personnes entre 60 et 69 ans (Schuler et al., 2014). Les enfants âgés de moins de 6 ans sont rarement infectés.

Les nombres de cas de MEVE, de tularémie et de borréliose sont croissants en Suisse. L'expansion des zones à risque, due aux conditions climatiques, et les changements de comportement durant les loisirs sont notamment responsables de cette hausse.

La vaccination contre la MEVE est recommandée (généralement dès six ans) pour toutes les personnes qui habitent des zones à risque ou y séjournent temporairement et présentent un risque d'exposition (séjour dans des biotopes à tiques). Elle est répartie en trois doses et prise en charge par l'assurance de base (www.infovac.ch). La part des

Cas de MEVE (méningo-encéphalite à tiques) en Suisse chez les 0 à 24 ans, de 2009 à 2018

G 4.2



Source: www.bag.admin.ch

© Obsan 2020

enfants de 8 ans vaccinés n'a pratiquement pas changé au cours de la période de recensement 2014–2016: elle s'élève à 26% au niveau national et à 38% dans les zones à risque (trois doses). Le taux de vaccination contre la MEVE des jeunes de 16 ans a augmenté ces dernières années et atteint 39% au niveau suisse et 45% dans les zones à risque (OFSP, 2018b).

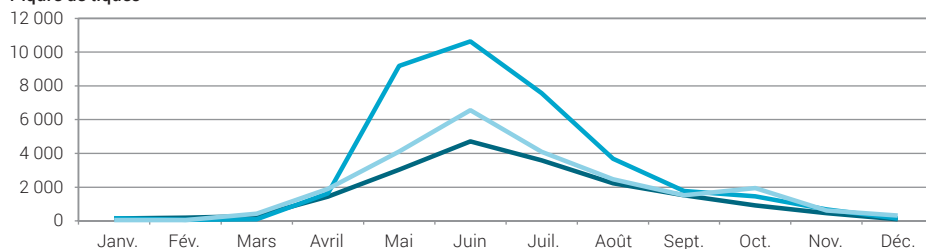
Borréliose de Lyme

L'agent pathogène responsable de la borréliose de Lyme, ou maladie de Lyme, est la bactérie *Borrelia burgdorferi*. En Suisse, entre 5 et 30% (jusqu'à 50% par endroit) des tiques sont infectées par la *Borrelia burgdorferi*. L'Office fédéral de la santé publique estime qu'en Suisse, entre 10 et 1000 personnes contractent la borréliose chaque année (www.bag.admin.ch). La borréliose de Lyme peut être traitée avec succès par des antibiotiques si elle est détectée rapidement, mais la forme chronique est souvent diagnostiquée tardivement et s'accompagne d'un fardeau de la maladie important.

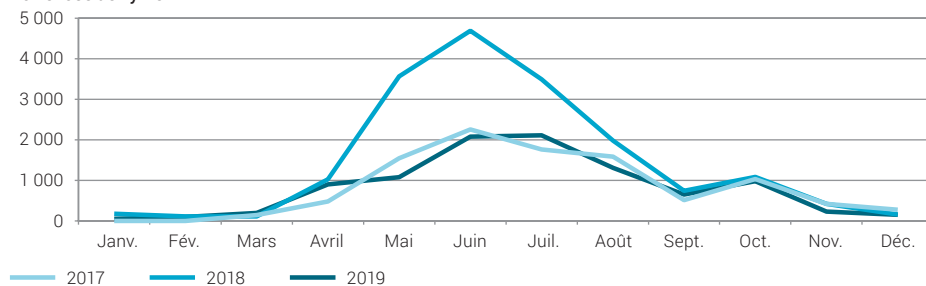
Extrapolation du nombre de consultations médicales pour des piqûres de tiques et la borréliose de Lyme par mois, en 2017, en 2018 et en 2019

G 4.3

Piqûre de tiques



Borréliose de Lyme

Source: www.bag.admin.ch

© Obsan 2020

Les visites médicales consécutives à une piqûre de tique et la borréliose aigüe sont recensées dans le système de déclaration Sentinella (graphique G 4.3). Aucune ventilation par âge des données Sentinella n'est publiée. En 2017, 158 personnes ont été hospitalisées des suites de la maladie de Lyme, dont 27 enfants âgés de 0 à 14 ans (OFSP, 2018c, 2019c). Les cas nécessitant une hospitalisation concernent très probablement la maladie de Lyme chronique. La prévalence réelle de la borréliose chronique est donc certainement plus élevée que les hospitalisations, mais elle n'est pas connue.

4.5 Infections sexuellement transmissibles

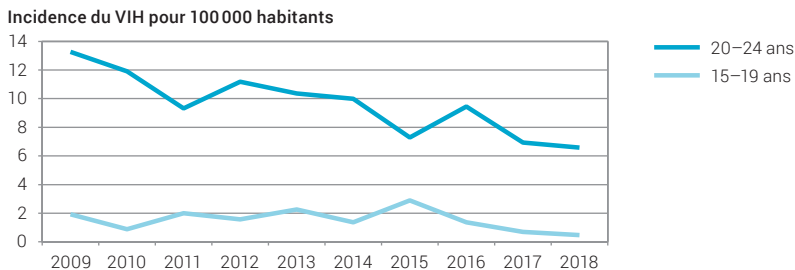
Dès que les adolescents et les jeunes adultes sont sexuellement actifs, ils s'exposent au risque de contracter des infections sexuellement transmissibles (Sexually Transmitted Infections STI, voir aussi chapitre Comportements de santé) : la syphilis, la gonorrhée, la chlamydie et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Toutes ces infections doivent être déclarées obligatoirement. Il faut les détecter et les traiter le plus rapidement possible afin de réduire les conséquences pour les personnes touchées et le risque de transmission.

Si la syphilis, la gonorrhée et la chlamydie peuvent être traitées, elles peuvent aussi entraîner de graves conséquences pour la santé. L'infection par le VIH peut être traitée, mais reste incurable, de même que la maladie du SIDA qui résulte de l'infection non traitée. Des thérapies médicamenteuses permettent de garder sous contrôle les virus IH présents dans le corps après l'infection. Lorsque l'efficacité du traitement est médicalement confirmée, le VIH n'est plus transmissible (OFSP, 2019e).

En Suisse, le VIH se transmet le plus fréquemment, et de loin, lors de relations sexuelles non protégées. Les transmissions dues à l'échange et à l'usage de seringues ou d'aiguilles infectées pour la consommation intraveineuse de drogue sont rares, tout comme celles

Incidence du VIH chez les 15 à 24 ans en Suisse, de 2009 à 2018

G 4.4



Source: www.bag.admin.ch

© Obsan 2020

d'une mère infectée à son enfant lors de l'accouchement ou de l'allaitement. Toutes les formes de transmissions font l'objet d'une prévention efficace: campagne Safer Sex, programmes d'échange de seringues, tests de grossesse et mesures de protection de l'enfant en cas de résultat positif (OFSP, 2019f).

Les contaminations déclarées par le VIH ont reculé de moitié chez les 20–24 ans au cours des dix dernières années (graphique G 4.4). Les infections avant l'âge de 19 ans sont extrêmement rares en Suisse. Les infections par le VIH (mais aussi la syphilis) chez les adolescents et les jeunes adultes de moins de 25 ans arrivent presque exclusivement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Alors que le nombre d'infections déclarées de chlamydia est resté stable ces quatre dernières années, les cas déclarés de gonorrhée sont en constante augmentation depuis quelques années, chez les adolescents et les jeunes adultes également. Les nouvelles infections (incidence) de gonorrhée ont touché 11 femmes et 61 hommes pour 100 000 individus en 2018. Pour la chlamydie, l'incidence est de 163 femmes et 94 hommes pour 100 000 individus. Les femmes entre 15 et 24 ans constituaient le groupe d'âge le plus touché sur les cinq dernières années; l'âge médian (c'est-à-dire l'âge qui divise la population étudiée en deux parties égales) pour les diagnostics de chlamydie est de 24 ans et de 26 ans pour la gonorrhée. L'âge médian des hommes est de 4 à 6 ans plus élevé pour les deux infections. L'augmentation du nombre de cas enregistrés est due en grande partie à une fréquence de tests plus élevée et à la meilleure qualité de ceux-ci, même si une éventuelle hausse réelle de l'incidence dans la population est possible (OFSP, 2019f). L'Office fédéral de la santé publique publie chaque année un rapport épidémiologique sur les cas obligatoirement déclarés.

4.6 Douleurs

Les douleurs aiguës sont un phénomène fréquent et apparaissent aussi bien dans le cadre de maladies aiguës ou chroniques qu'à la suite d'accidents et de blessures. Pour la Suisse, aucune donnée n'existe sur les douleurs aiguës en tant que symptôme – fréquemment – associé. Les douleurs sont traitées avec ou sans ordonnance médicale. De nombreux analgésiques peuvent être obtenus sans ordonnance.

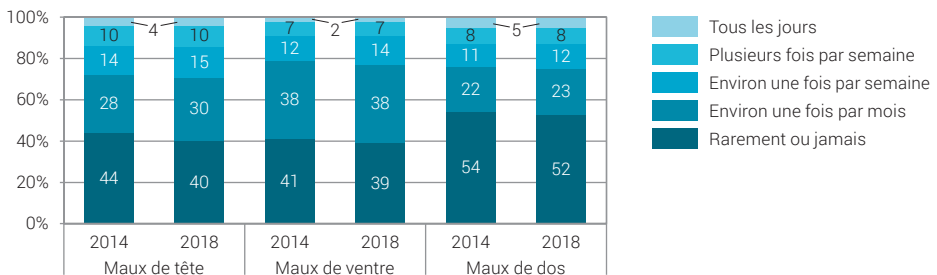
Les données internationales révèlent une prévalence élevée de douleurs chroniques chez les enfants et les adolescents. Relativement peu de données sont disponibles pour la Suisse.

Pour la Suisse, les données sur la fréquence des douleurs et sur la consommation d'analgésiques des enfants et des adolescents font globalement défaut. L'étude SWIFS a interrogé des mères de nourrissons sur la prise de médicaments. Une cinquième des mères (22%) a indiqué avoir administré un médicament à son enfant au cours des dernières 24 heures (Gross et al., 2014). Il s'agit de médicaments contre la douleur ou la fièvre dans 6% des cas. L'enquête allemande de cohorte KiGGS menée auprès d'enfants et d'adolescents a montré que 5,6% des enfants et des adolescents avaient pris un analgésique au cours des sept jours précédant l'enquête. Les filles et les enfants issus de la migration recourent nettement plus souvent aux analgésiques (Knopf et al., 2010).

La douleur chronique se distingue de la douleur aiguë par son caractère durable ou récidivant sur une durée de trois mois au minimum. Diverses maladies peuvent être à l'origine de ces douleurs, mais souvent aucune cause n'est diagnostiquée. Selon la littérature internationale, les maux de ventre ou de tête et les douleurs dans les membres sont les plus fréquents durant l'enfance et l'adolescence (King et al., 2011). Les douleurs chroniques s'accompagnent de préoccupations d'ordre psychologique, physique et social pour l'enfant et sa famille (Eccleston, Jordan & Crombez, 2006; Palermo, Valrie & Karlson, 2014) et représentent, en outre, un poids considérable pour le système de santé (Groenewald et al., 2014). Elles peuvent nuire significativement à la qualité de vie et à la vie sociale et réduire la fréquentation scolaire (Huguet & Miro, 2008; King et al., 2011). Les conséquences sur la famille ne sont pas rares et s'étendent des finances à la santé. Les enfants et les adolescents souffrant de douleurs chroniques sont, en général, traités par des pédiatres, des médecins de premier recours ou des spécialistes et dans des centres de traitement de la douleur. Le traitement est idéalement multidisciplinaire et interprofessionnel afin de prendre en compte les différents aspects et besoins des enfants et des adolescents souffrant de douleurs chroniques ainsi que de leur famille.

Prévalence à 6 mois des maux de tête, de ventre et de dos chez les 11 à 15 ans, en Suisse

G 4.5



Source: HBSC 2014, 2018

© Obsan 2020

Les différentes causes, formes et méthodes de recensement des douleurs aiguës et chroniques engendrent des estimations de prévalence très variables se situant entre 6 et 30% dans la littérature internationale (King et al., 2011; Perquin et al., 2000; Stanford et al., 2008). En Suisse, il n'existe que peu de données épidémiologiques. Dans l'ESS 2017, le groupe des 15–25 ans a été interrogé sur différentes douleurs qui auraient pu survenir au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Les maux de tête sont les plus fréquemment cités par les adolescents et les jeunes adultes; 6–8% d'entre eux rapportaient de violentes douleurs. De fortes douleurs de dos, de ventre, d'épaules ou de nuque sont mentionnées par 3–5% des adolescents, et par les filles beaucoup plus que par les garçons. Les données HBSC actuelles de 2018 indiquent que les adolescents âgés de 11 à 15 ans souffrent souvent de douleurs non spécifiques (voir graphique G4.5). Une différence entre les genres est constatée, comme dans la littérature internationale: les filles rapportent deux fois plus souvent que les garçons des maux de tête quotidiens ou apparaissant plusieurs fois par semaine (18,2% vs 8,9%); les maux de ventre sont également plus fréquents chez les filles (13,7%) que chez les garçons (10,8%) ainsi que les maux de dos, trois fois plus courants (15,1% vs 5,4%). Les adolescents dont la mère et/ou le père est né à l'étranger rapportent plus souvent avoir des douleurs (HBSC 2018). Les facteurs qui sont à l'origine de cet écart ne sont pas connus.

Une enquête menée récemment auprès de pédiatres en Suisse indique qu'environ 3,5% des enfants et des adolescents traités au cours des sept jours précédant l'enquête souffraient de douleurs chroniques (Carlander et al., 2019). Une extrapolation à tous les cabinets ou à tous les enfants de Suisse ne serait cependant pas fondée.

4.7 Santé dentaire

Les caries représentent l'un des problèmes de santé les plus fréquents chez l'enfant. La prévention des caries faite ces 30 dernières années a été efficace, mais de grandes différences socioéconomiques sont observées chez les enfants et les adolescents.

Traditionnellement, la santé dentaire en Suisse revêt une grande importance. À la suite de l'introduction au niveau national de la prévention dentaire chez l'enfant dans les années 1960, la santé dentaire des enfants et des adolescents s'est nettement améliorée jusqu'en l'an 2000 (voir chapitre Promotion de la santé et prévention). Chez les enfants de 14 ans, l'indice CAOD moyen se situait, en 1964, à 12,5 et, en 2009, à 1,31, ce qui représente une baisse de 90% (Steiner et al., 2010). Cet indice indique combien de dents sont cariées, absentes à la suite de caries ou déjà obturées. Une valeur de 1,2 est considérée comme très bonne.

La prévention dentaire classique repose sur la sensibilisation précoce des parents de petits enfants ou la distribution de brosses à dent lors des consultations parents-enfants, l'utilisation de dentifrice au fluor et des visites à la crèche et à l'école visant à promouvoir l'hygiène dentaire. Les visites scolaires sont maintenues dans la majorité des communes (Menghini, 2009).

Bien que l'indice CAOD soit bas, une augmentation des caries sur les dents de lait et sur les dents définitives des enfants est observée, tout comme dans les autres pays européens (Calvet et al., 2013; Krause et al., 2018). Dans le canton de Zurich, 13% des enfants de 2 ans (données de la ville de Zurich, 2003), 45% des enfants de 5 ans (données de Winterthur, 2001) et entre 36 et 50% des enfants de 7 ans (communes et ville de Zurich, 2005, 2006) avaient des caries; à Bâle-Campagne, 60% des 15-16 ans en avaient aussi (Menghini & Steiner, 2017; Waltimo, 2012). À titre de comparaison, 11,4% des enfants allemands de 3 ans nécessitent un traitement dentaire et 2,3% d'entre eux ont des dents saines (Krause et al., 2018). En France, en 2006, 56% des enfants de 12 ans n'avaient aucune carie (Calvet et al., 2013). Un statut social bas et une origine migratoire sont identifiés comme des facteurs de risque à l'étranger comme en Suisse; les facteurs de risque incluent également, par exemple, une alimentation sucrée ou de longues tétées au biberon (KraljevicFilippi & Filippi, 2017).

Les caries constituent donc l'un des problèmes de santé les plus fréquents chez l'enfant. La santé buccale est non seulement importante pour une dentition saine tout au long de la vie, mais elle influence aussi la santé de l'enfant (Sheiham, 2006) et est liée au développement de maladies chroniques au cours de la vie (Cotti et al., 2011).

4.8 Accidents et blessures

Dans l'ensemble, le nombre d'accidents d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes survenus au cours des deux dernières décennies a connu un net recul (Bureau de prévention des accidents, 2018a). Toutefois, les accidents représentent l'une des causes les plus fréquentes de décès pendant l'enfance et l'adolescence; par exemple, avant l'âge de 14 ans, autant d'enfants meurent des suites d'un accident que d'un cancer (Bureau de prévention des accidents, 2018b). Différentes sources recensent les accidents. On peut se référer au BPA ou aux données de l'Office fédéral des routes (OFROU) (tableau T4.9). Les données publiées sous-estiment cependant le nombre réel d'accidents, du moins pour les accidents entraînant «seulement» des blessures, car ceux-ci ne sont pas toujours déclarés (Bureau de prévention des accidents, 2018b).

Nombre d'enfants et d'adolescents blessés ou décédés, 2015

T4.9

Âge (en années)	Accidents de la route	Sport	Maison et loisirs	Total
Nombre de blessés/10 000 individus				
0–16	56	882	1 026	1 964
17–25	133	926	549	1 608
Nombre de décès/1 million d'individus				
0–16	8	4	10	22
17–25	41	14	23	78

Source: Bureau de prévention des accidents (2018b)

© Obsan 2020

Le nombre d'accidents augmente significativement avec l'âge (Bureau de prévention des accidents, 2018b). Dans le trafic routier, les enfants sont en danger en tant qu'usagers de la route actifs aussi bien que passifs. En 2017, parmi les enfants de 0 à 14 ans, il y a eu plus de blessés chez les piétons (N=480) que chez les cyclistes (N=357) ou les passagers d'un véhicule (N=335) (Bureau de prévention des accidents, 2018b). Dès que les adolescents de 15 ans et plus intègrent eux-mêmes le trafic en tant qu'usagers motorisés, le nombre d'accidents augmente globalement ; parallèlement, la fréquence des accidents impliquant des hommes croît plus que ceux impliquant des femmes (Bureau de prévention des accidents, 2018b). Cette distinction entre les genres n'apparaît pas chez les moins de 16 ans en ce qui concerne les accidents de la route. Les chiffres européens indiquent un taux de létalité particulièrement élevé chez les moins de 10 ans. Ce groupe d'âge compte en effet 50% des décès causés par le trafic routier (European Transport Safety Council, 2019).

Environ 100 enfants et adolescents meurent chaque année des suites d'un accident en Suisse. Le nombre de blessés est plusieurs fois plus élevé et est dû en grande majorité aux accidents de sport, domestiques et de loisirs.

Le nombre de blessures et de décès dus à des accidents domestiques et de loisirs indique qu'un travail de prévention est nécessaire (voir chapitre Promotion de la santé et prévention). Dans le groupe d'âge des 0–16 ans, les garçons sont plus souvent victimes d'accidents sportifs, domestiques ou de loisirs que les filles. Dans la petite enfance, les accidents surviennent le plus souvent à la maison. La mobilité croissant et les années passant, d'autres lieux dans lesquels séjournent les enfants deviennent le

cadre d'accidents. Ainsi, entre 2008 et 2017, en moyenne 38 enfants âgés de moins de 14 ans se sont noyés ainsi que 79 jeunes (15–24 ans), en Suisse. Les causes exactes des accidents domestiques et de loisirs des enfants entraînant des blessures ne sont pas systématiquement publiées. Les blessures recensées à la suite de contacts avec des produits toxiques concernent en majorité les enfants de moins de 5 ans (Tox Info Suisse, 2018, 45,4%). Heureusement, chez les enfants de moins de 16 ans, seuls 1,1% des cas entraînent des conséquences graves et 8,8%, moyennement graves. Le nombre de demandes adressées à Tox Info Suisse a nettement augmenté ces dernières années, ce qui peut également être rapporté au degré de visibilité de ce service de consultation. De manière générale, on admet que le nombre de cas non signalés reste élevé (Dratva & Späth, 2017). L'étude SWIFS+ a publié une prévalence à vie des accidents de 10% dans une population d'enfants de 0 à 2 ans, dont environ la moitié sont sans gravité, tandis que l'autre moitié des cas s'accompagne de blessures plus sévères (Dratva, Späth & Zemp, 2015).

En comparaison avec les pays européens, la fréquence globale des accidents en Suisse se situe dans le premier tiers, mais dans le deuxième tiers en ce qui concerne les accidents de la route mortels (European Transport Safety Council, 2019).

4.9 Conclusions et perspectives

Heureusement, la majorité des enfants en Suisse naissent en bonne santé et se développent normalement sur le plan physique, mais aussi psychique et social. Néanmoins, certains enfants sont gravement malades ou ont des accidents, et certains vont moins bien que d'autres.

Les maladies aiguës qui se manifestent pendant l'enfance, surtout des infections et des accidents, guérissent généralement bien et n'entraînent pas de séquelles pour la santé sur le long terme. Cependant, en 2018, 24 enfants âgés de 0 à 14 ans sont décédés dans des accidents, et autant des suites d'un cancer (Bureau de prévention des accidents, 2018b, p. 9). Les maladies infectieuses coûtent chaque année la vie à cinq enfants environ (OFS, 2013–2016). Des mesures de prévention des accidents et des taux élevés de couverture vaccinale sont donc tout à fait pertinents dans une optique de santé publique. Certaines maladies et atteintes à la santé, telles que les caries et les douleurs chroniques, obéissent à des schémas socioéconomiques. Les caries peuvent être évitées et traitées, mais restent une des maladies les plus fréquentes de l'enfance, avec des différences selon l'origine socioéconomique. Il en va de même pour les douleurs chroniques chez les enfants et les adolescents. On a ici peu de données fiables, mais l'étude HBSC et l'ESS indiquent, comme les données internationales, une prévalence élevée et des différences socioéconomiques. Les douleurs augmentent le risque de chronicité (Harreby et al., 1999; Walker et al., 2010) et génèrent des coûts élevés pour

le système de santé (Tumin et al., 2018). L'augmentation de la prévalence de certaines maladies sexuellement transmissibles est à surveiller, même si elle est potentiellement due à l'augmentation de la fréquence des tests. Certaines de ces maladies sont diagnostiquées le plus souvent chez les jeunes de moins de 26 ans, qui représentent 50% des cas de chlamydie et de gonorrhée. Si le nombre de cas enregistrés de VIH diminue, le fardeau de la maladie reste lourd en raison des conséquences à vie de cette infection. Les mesures de prévention gardent ici toute leur importance.

Les examens de dépistage précoce par les pédiatres, le suivi par les sages-femmes, les consultations parents-enfants durant la petite enfance et les dépistages par les médecins scolaires jouent un rôle central pour le développement en bonne santé des enfants et des adolescents. Nous ne parlons pas seulement ici de paramètres objectifs, tels que le poids et la taille, la vue et l'état du système musculo-squelettique, mais aussi de paramètres de santé plus subjectifs.

Pour certaines maladies ou évolutions importantes, aucune affirmation claire ne peut être faite pour la Suisse car les données, les recensements standardisés et la documentation manquent. Par exemple, l'augmentation observée au niveau international de la myopie chez les enfants ne peut être évaluée de manière fiable en Suisse. La numérisation croissante des prestataires de soins et des données de santé pourrait contribuer à remédier à ces lacunes à l'avenir.

Les relevés cantonaux relatifs à la motricité indiquent depuis des années des capacités motrices inchangées chez les enfants de l'école primaire. De tels messages positifs ne peuvent être énoncés que sur la base de recensements réguliers et d'analyses régulières des données. Les capacités cognitives et l'acquisition du langage sont surtout évalués lors des dépistages médicaux précoces effectués dans le cadre du système scolaire. En dehors des déclarations faites auprès de l'assurance-invalidité dans le cas de handicaps congénitaux, le corps médical ne recueille aucune donnée au niveau national. Dans le canton de Zurich, un nouveau registre des mesures pédagogiques spéciales précoces enregistre pour la première fois tous les enfants en âge scolaire pour lesquels une clarification d'un trouble du développement est recommandée. Il importe également de produire des chiffres précis sur l'intégration croissante des enfants handicapés dans les écoles obligatoires.

À côté des données de santé objectives, il faut considérer l'évaluation subjective que les gens portent sur leur état de santé général. Il est réjouissant d'observer que cette évaluation est bonne. La part des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, en fonction de leur âge, de leur genre et du statut social de leurs parents, rapportent ne pas être en bonne santé et ne pas se sentir bien ne doit, cependant, pas être négligée. En outre, on demande trop rarement aux enfants et aux adolescents comment ils vont et de quels problèmes de santé ils souffrent. La garantie d'un développement sain, la préservation de la santé ainsi que la prévention et la détection précoce de maladies potentiellement graves nécessitent des spécialistes et une infrastructure (voir chapitre Soins de santé),

mais aussi de bonnes compétences de santé chez les parents, les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (voir chapitre Comportements de santé). Obtenir un suivi et une évaluation du développement et de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes pour toute la Suisse requiert des données à l'échelle nationale. On manque en Suisse de données nationales et longitudinales, voire de données standards, sur nombre de déterminants de la santé et sur nombre de maladies, et sur tout ce qui touche au développement et aux indicateurs de développement des jeunes de 0 à 25 ans.

4.10 Bibliographie

- Bar-Haim, Y., & Bart, O. (2006). Motor Function and Social Participation in Kindergarten Children. *Social Development, 15*(2), 296–310. doi: 10.1046/j.1467-9507.2006.00342.x
- Barben, J., Kuehni, C. E., Trachsel, D., & Hammer, J. (2008). Traitement de la bronchiolite aiguë – les nouvelles recommandations sont-elles appliquées? *Paediatrica, 19*.
- Barnett, L. M., van Beurden, E., Morgan, P. J., Brooks, L. O., & Beard, J. R. (2009). Childhood motor skill proficiency as a predictor of adolescent physical activity. *Journal of Adolescent Health, 44*(3), 252–259. doi: 10.1016/j.jado-health.2008.07.004
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Bisegger, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., & European Kidscreen Group. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial- und Präventivmedizin, 50*(5), 281–291. doi: 10.1007/s00038-005-4094-2
- Bjorklund, D. F. (2005). An Introduction to Cognitive Development. *Children's Thinking: Cognitive Development and Individual Differences* (pp. pp. 2–25). USA, Belmont: Thomson Learning: Wadsworth.
- Bureau de prévention des accidents. (2018a). Rapport SINUS 2018 – Niveau de sécurité et accidents dans la circulation routière en 2017. Berne: bpa.
- Bureau de prévention des accidents. (2018b). *STATUS 2018 – Statistique des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse. Circulation routière, sport, habitat et loisirs*. Berne: bpa.
- Calvet, L., Moisy, M., Chardon, O., Gonzalez, L., & Guignong, N. (2013). Santé bucco-dentaire des enfants: des inégalités dès le plus jeune âge. *Études et résultats, n 847*.
- Carlander, M., Koechlin, H., Cosima Locher, C., Wörner, A., & Dratva, J. (2019). *Chronic pain concepts and provision in Swiss pediatricians: prevalence and experiences*. Paper presented at the International Symposium on Pediatric Pain (ISPP), Basel.
- Cotti, E., Dessì, C., Piras, A., & Mercurio, G. (2011). Can a chronic dental infection be considered a cause of cardiovascular disease? A review of the literature. *International Journal of Cardiology, 148*(1), 4–10. doi: 10.1016/j.ijcard.2010.08.011
- Deary, I. J., Strand, S., Smith, P., & Fernandes, C. (2007). Intelligence and educational achievement. *Intelligence, 35*(1), 13–21. doi: 10.1016/j.intell.2006.02.001
- DLV. (2019). *Ergebnisse des Pilotversuches zur logopädischen Versorgungslage im Schulbereich*. Zürich: Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband.
- Dolgin, E. (2015). The myopia boom. Short-sightedness is reaching epidemic proportions. Some scientists think they have found a reason why. *Nature, 519*, 276–278. doi: 10.1038/519276a
- Dratva, J., Späeth, A., & Zemp, E. (2015). *Erste Ergebnisse der Swiss Infant Feeding Study plus (SWIFS+)* funded by SANA Foundation (report), data on request online/<https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/forschung/gesundheitswissenschaften/#c14343>. Disponible sous: <https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-zentren/igw/forschung/kinder-und-jugend-public-health-cah/>
- Dratva, J., & Späth, A. (2017). „Erarbeitung Erhebungsmethoden für Datenlücken der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz“. (rapport final en allemand, abstract & executive summary en français). Disponible sous: OFSP Berne https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-kinder-jugendgesundheit/schlussbericht-erhebungsmethoden-datenl%C3%BCcken-kjg.pdf.download.pdf/Schlussbericht_Erhebungsmethoden_final_DFL_20April2017.pdf.
- Eccleston, C., Jordan, A. L., & Crombez, G. (2006). The impact of chronic pain on adolescents: a review of previously used measures. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(7), 684–697. doi: 10.1093/jpepsy/ajs061
- Eisner, M., & Ribeaud, D. Das Zürcher Projekt zur sozialen Entwicklung von der Kindheit ins Erwachsenenalter. Disponible sous: <https://www.jacobscenter.uzh.ch/dam/jcr:657b855c-28ac-4d23-80e8-47648c183aab/z-proso15y-de.pdf>. (Consulté le 18.03.2019)
- European Transport Safety Council. (2019). *The status of traffic safety and mobility education in Europe*. Brussels: ETSC.
- Euro-Peristat. (2013). European Perinatal Health Report, Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 (rapport en anglais, résumé en français). Disponible sous: <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>
- Gaumann, R., Muhlemann, K., Strasser, M., & Beuret, C. M. (2010). High-throughput procedure for tick surveys of tick-borne encephalitis virus and its application in a national surveillance study in Switzerland. *Applied and Environmental Microbiology, 76*(13), 4241–4249. doi: 10.1128/AEM.00391-10
- Gothwal, V. K., Bharani, S., & Mandal, A. K. (2018). Parent-Child Agreement on Health-Related Quality of Life in Congenital Glaucoma. *Translational Vision Science & Technology, 7*(4), 13. doi: 10.1167/tvst.7.4.15

- Groenewald, C. B., Essner, B. S., Wright, D., Fesinmeyer, M. D., & Palermo, T. M. (2014). The economic costs of chronic pain among a cohort of treatment-seeking adolescents in the United States. *The Journal of Pain, 15*(9), 925–933. doi: 10.1016/j.jpain.2014.06.002
- Gross, K., Späth, A., Dratva, J., & Zemp Stutz, E. (2014). SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. *Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr*. Basel/Bern: Swiss TPH/OFSP.
- Harreby, M., Nygaard, B., Jessen, T., Larsen, E., Storr-Paulsen, A., Lindahl, A., ... Laegaard, E. (1999). Risk factors for low back pain in a cohort of 1389 Danish school children: an epidemiologic study. *European Spine Journal, 8*(6), 444–450.
- Hof, S., & Wolter, S. C. (2014). *Ausmass und Wirkung bezahlter Nachhilfe in der Schweiz*. SKBF Staff Paper 14: Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung.
- Huguet, A., & Miro, J. (2008). The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *The Journal of Pain, 9*(3), 226–236. doi: 10.1016/j.jpain.2007.10.015
- INFOVAC. (2019). Coqueluche (Pertussis). Disponible sous: <https://www.infovac.ch/fr/les-vaccins/par-maladie/coqueluche> (consulté le 26.06.2019)
- Istat. (2011). *L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, statali e non statali. Anni scolastici 2008/2009 e 2009/2010*. Roma: Istituto nazionale di statistica
- Joss, F. (2018). *Sportmotorische Bestandesaufnahme 2018 Motorische Fähigkeiten der Erstklässler der Stadt Winterthur*. Zürich: Sportamt Winterthur.
- Joss, F. (2019). *Sportmotorische Bestandesaufnahme 2018. Motorische Fähigkeiten der Erstklässler der Stadt Zürich*. Zürich: Sportamt Zürich.
- Kamtsiuris, P., Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R., & Schlaud, M. (2007). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50*(5), 686–700. doi: 10.1007/s00103-007-0230-x
- King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., & MacDonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain, 152*(12), 2729–2738. doi: 10.1016/j.pain.2011.07.016
- KISPI. Zürcher Longitudinalstudien. Disponible sous: <https://www.kispi.uzh.ch/fzk/de/abteilungen/uebersicht/entwicklungspaediatrie/Seiten/normale-entwicklung.aspx> (consulté le 30.09.2019)
- Knopf, H., Du, Y., Zhuang, W., & Ellert, U. (2010). Schmerzmittel bei Kindern mit Schmerzen – Ergebnisse des Kinder und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Das Gesundheitswesen, 72* (08/09). doi: 10.1055/s-0030-1266568
- Kraljevic, I., Filippi, C., & Filippi, A. (2017). Risikoindekatoren der ECC bei Kindern mit hohem Behandlungsbedarf. *SWISS DENTAL JOURNAL SSO, 127*, 405–410.
- Krause, L., Kuntz, B., LSchenk, L., & Knopf, H. (2018). Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3*(4), 3–21. DOI 10.17886/RKIGBE2018089
- Kühnis, J., Ferrari, I., Fahrni, D., & Herrmann, C. (2018). Motorische Basiskompetenzen von 4- bis 6-Jährigen in der Schweiz – Eine vergleichende Untersuchung in Regel- und Bewegungskindergärten. *Swiss Sports & Exercise Medicine, 1–6*.
- La Grutta, S., Indinnimeo, L., di Coste, A., Ferrante, G., Landi, M., Pelosi, U., & Rusconi, F. (2013). Environmental risk factors and lung diseases in children: From guidelines to health effects. *Early Human Development, 89*, S59–S62. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.07.025>
- Largo, R. Zürcher Longitudinalstudien. Disponible sous: <https://www.remo-largo.ch/studien.html> (consulté le 30.09.2019)
- le Clercq, C. M. P., van Ingen, G., Ruytjens, L., Goedegeure, A., Moll, H. A., Raat, H., ... van der Schroeff, M. P. (2017). Prevalence of Hearing Loss Among Children 9 to 11 Years Old: The Generation R Study. *JAMA Otolaryngology - Head & Neck Surgery, 143*(9), 928–934. doi:10.1001/jamaoto.2017.1068
- Martinez, F. D. (2016). Early-Life Origins of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The New England Journal of Medicine, 375*(9), 871–878. doi: 10.1056/NEJMr1603287
- Menghini, G. (2009). Orale Gesundheit verschiedener Altersgruppen in der Schweiz. Zahnarzt Praxis. doi: http://www.szpi.ch/fileadmin/media/pdf/orale_gesundheit/Zahnarztpraxis_09.pdf
- Menghini, G., & Steiner, M. (2017). *La santé bucco-dentaire en Suisse, situation en 2006. Monitoring* (publication en allemand avec un résumé en français). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Messerli-Burgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Stulb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., ... Puder, J. J. (2016). The Swiss Preschoolers' health study (SPLASHY): objectives and design of a prospective multi-site cohort study assessing psychological and physiological health in young children. *BMC Pediatrics, 16*, 85. doi: 10.1186/s12887-016-0617-7

- Monasta, L., Ronfani, L., Marchetti, F., Montico, M., Vecchi Brumatti, L., Bavcar, A., ... Tamburlini, G. (2012). Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. *PLoS One*, 7(4), e36226. doi: 10.1371/journal.pone.0036226
- Neuhaus, H. K., Schienkiewitz, A., Schaffrath Rosario, A., Dortsch, R., & Kurth, B. M. (2013). *Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- OFS (2013–2016). Nombre de décès par cause en Suisse, enfants de 0 à 14 ans, par sexe. *Statistique des causes de décès*. Disponible sous: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.html> (consulté le 04.10.2019)
- OFS (2017). *Statistique médicale des hôpitaux 2017*. Disponible sous: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.html>
- OFS (2018). Santé des nouveau-nés. Disponible sous: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/sante-nouveau-nes.html> (consulté le 26.04.2019)
- OFSP Varicelle & Zona. Disponible sous: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/windpocken.html> (consulté le 04.10.2019)
- OFSP (2016). Coqueluche / Pertussis Déclarations Sentinella juin 1991 – août 2015, *Bulletin 8*: Office fédéral de la santé publique, OFSP.
- OFSP (2018a). Chiffres Maladies infectieuses. Rougeole. Disponible sous: Office fédéral de la santé publique OFSP – Chiffres & statistiques – Chiffres Maladies infectieuses (consulté le 21.06.2019)
- OFSP (2018b). Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 2014–2016 *OFSP – Bulletin 24*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2018c). Patients, hospitalisations. Disponible sous: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/hopitaux/patients-hospitalisations.html> (consulté le 25.06.2019)
- OFSP (2019a). Plan de vaccination suisse. Disponible sous: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html> (consulté le 12.11.2019)
- OFSP (2019b). Maladies infectieuses et agents pathogènes à déclaration obligatoire. Guide déclaration obligatoire. Disponible sous: <https://www.bundespublikationen.admin.ch/> (consulté le 20.06.2019)
- OFSP (2019c). Chiffres Maladies infectieuses. Disponible sous: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home.html> – Office fédéral de la santé publique – Chiffres & statistiques – Chiffres Maladies infectieuses (consulté le 21.06.2019)
- OFSP (2019d). Poliomyélite / paralysie infantile. Disponible sous: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/polio.html> (consulté le 21.06.2019)
- OFSP (2019e). Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Disponible sous: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hiv.html> (consulté le 15.10.2019)
- OFSP (2019f). *OFSP – Bulletin 41/2019*. Berne. Office fédéral de la santé publique.
- OMS (1946). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé (p.1)*. New York.
- Palermo, T. M., Valrie, C. R., & Karlson, C. W. (2014). Family and parent influences on pediatric chronic pain: a developmental perspective. *American Psychologist*, 69(2), 142–152. doi: 10.1037/a0035216
- Pardo-Guijarro, M. J., Martínez-Andrés, M., Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Sánchez-López, M., & Martínez-Vizcaíno, V. (2015). Self-Reports Versus Parental Perceptions of Health-Related Quality of Life Among Deaf Children and Adolescents. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 20(3), 275–282. doi: 10.1093/deafed/env018
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Hunfeld, J. A., van Suijlekom-Smit, L. W., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000). Chronic pain among children and adolescents: physician consultation and medication use. *The Clinical Journal of Pain*, 16(3), 229–235.
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T., & Neuhaus, H. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends (Vol. 3). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Projektgruppe Zürcher Abklärungsverfahren zum sonderpädagogischen Bedarf im Vor- und Nachschulbereich (2019). [Präliminäre Daten des Zürcher Abklärungsverfahrens zum sonderpädagogischen Bedarf im Vor- und Nachschulbereich]. Personal communication, Juni 2019, Michael von Rhein.
- Qadeer, R. A., & Ferro, M. A. (2018). Child–parent agreement on health-related quality of life in children with newly diagnosed chronic health conditions: a longitudinal study. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 99–108. doi: 10.1080/02673843.2017.1297242
- Rapporto Osservasalute. (2010). Indagine sull'inserimento degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, statali e non statali. Anno scolastico 2008/2009.

- Ricciardi, W. (2011). Libro bianco 2011 – La salute dei bambini. Italy: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane.
- Robert Koch-Institut. (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut. (2015). *Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schuler, M., Zimmermann, H., Altpeter, E., & Heining, U. (2014). Epidemiology of tick-borne encephalitis in Switzerland, 2005 to 2011. *Eurosurveillance*, *19*(13), 20756. doi: 10.2807/1560-7917.ES2014.19.13.20756
- Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, *201*(10), 625–626. doi: 10.1038/sj.bdj.4814259
- Société Suisse de Pédiatrie (2011). *Checklists pour les examens de pédiatrie recommandés par la Société Suisse de Pédiatrie*. Fribourg: SSP.
- Spaeth, A., Zemp, E., Merten, S., & Dratva, J. (2018). Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, *14*(1). doi: 10.1111/mcn.12497
- SRF (2018). *Warum wir immer schlechter sehen – und was man dagegen tun kann*. Disponible sous: <https://www.srf.ch/kultur/wissen/zunehmende-kurzsichtigkeit-warum-wir-immer-schlechter-sehen-und-was-man-dagegen-tun-kann> (consulté le 19.06.2019)
- Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C., & Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: a population-based approach. *Pain*, *138*(1), 11–21. doi: 10.1016/j.pain.2007.10.032
- Steiner, M., Menghini, G., Marthaler, T. M., & Imfeld, T. (2010). Kariesverlauf über 45 Jahre bei Zürcher Schülern. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin SMfZ*, *120*(12), 1095–1104. doi: <https://doi.org/10.5167/uzh-39879>
- Stülb, K., Messerli-Bürgy, N., Kakebeke, T. H., Arhab, A., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., ... Munsch, S. (2018). Prevalence and Predictors of Behavioral Problems in Healthy Swiss Preschool Children Over a One Year Period. *Child Psychiatry & Human Development*, 1–10. doi: 10.1007/s10578-018-0849-x
- Sylvestre, A., Nadeau, L., Charron, L., Larose, N., & Lepage, C. (2013). Social participation by children with developmental coordination disorder compared to their peers. *Disability and Rehabilitation*, *35*(21), 1814–1820. doi: 10.3109/09638288.2012.756943
- Tages Anzeiger. (2018). Generation kurzsichtig. Disponible sous: <https://www.tagesanzeiger.ch/sonntagszeitung/generation-kurzichtig/story/31739646> (consulté le 19.06.2019)
- Tox Info Suisse. (2018). Rapport annuel 2018.
- Trefny, P., Stricker, T., Baerlocher, C., & Sennhauser, F. H. (2000). Family history of atopy and clinical course of RSV infection in ambulatory and hospitalized infants. *Pediatric Pulmonology*, *30*(4), 302–306.
- Tschumper, A. (2016). *Jugendgesundheitsbericht*. Bern: Direktion für Bildung, Soziales und Sport.
- Tschumper, A., Jakob, W., Weber, T., & Strübig, W. (2014). *Kindergesundheitsbericht Stadt Bern. Die Gesundheit aus Sicht der schulärztlichen, schulsozialen und schulzahnärztlichen Praxis*. Bern: Direktion für Bildung, Soziales und Sport.
- Tumin, D., Drees, D., Miller, R., Wrona, S., Hayes, D., Jr., Tobias, J. D., & Bhalla, T. (2018). Health Care Utilization and Costs Associated With Pediatric Chronic Pain. *The Journal of Pain*, *19*(9), 973–982. doi: 10.1016/j.jpain.2018.03.012
- Université de Zurich. Forschungsinfrastruktur z-proso. Die lebensgeschichtliche Entwicklung des Sozialverhaltens. 2019. Disponible sous: <https://www.jacobscenter.uzh.ch/de/research/zproso.html>
- Vanker, A., Gie, R. P., & Zar, H. J. (2017). The association between environmental tobacco smoke exposure and childhood respiratory disease: a review. *Expert Review of Respiratory Medicine*, *11*(8), 661–673. doi: 10.1080/17476348.2017.1338949
- Walker, L. S., Dengler-Criss, C. M., Rippel, S., & Bruehl, S. (2010). Functional abdominal pain in childhood and adolescence increases risk for chronic pain in adulthood. *Pain*, *150*(3), 568–572. doi: 10.1016/j.pain.2010.06.018
- Waltimo, T. (2012). *Zahnärztliche Schüleruntersuchung 2012 im Kanton Basel-Landschaft*. Schlussbericht 2012. Basel: Universität Basel.
- Wymann, M. N., Richard, J.-L., Vidondo, B., & Heining, U. (2011). Prospective pertussis surveillance in Switzerland, 1991–2006. *Vaccine*, *29*(11), 2058–2065. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.01.017>
- z-proso Team. (2015). Ausbildung, Freizeit, Liebesbeziehungen und Problemverhalten bei 17-Jährigen. Ausgewählte Ergebnisse der 7. Befragung im Rahmen des Zürcher Projekts zur sozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (z-proso). Zürich: Professur für Soziologie, ETH Zürich.
- Zysset, A. E., Kakebeke, T. H., Messerli-Bürgy, N., Meyer, A. H., Stülb, K., Leeger-Aschmann, C. S., ... Jenni, O. G. Stability and prediction of motor performance and cognitive functioning in preschoolers: a latent variable approach. *Infant and Child Development*. Manuscript soumis pour publication.

05 Santé psychique



Alexandre Tuch & Daniela Schuler
Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Messages clés

- D'après les différentes enquêtes, la grande majorité des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse indique un niveau élevé de bien-être. Cela vaut autant pour l'évaluation de la santé générale que pour celle de la qualité de vie.
- Environ un tiers des 16–25 ans rapporte avoir un niveau élevé de maîtrise de la vie (le sentiment d'avoir une emprise sur sa vie) et environ deux tiers présentent un niveau élevé ou plutôt élevé d'auto-efficacité (évaluation de ses propres compétences et possibilité de contrôler ses actes de manière réussie). Les valeurs relevées pour les 16–25 ans sont plus basses que celles de la population suisse dans son ensemble.
- Il existe globalement peu de données sur les différentes facettes du bien-être, telles que la satisfaction face à la vie, le développement personnel ou l'autonomie.
- Évaluer les maladies et l'instabilité psychiques chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes s'avère difficile en Suisse. Les données récentes sur des troubles spécifiques font défaut et la pertinence des données sur l'instabilité psychique varie fortement d'un groupe d'âge à l'autre.
- Des données épidémiologiques fiables sur la santé psychique des enfants, des adolescents et des jeunes adultes seraient utiles pour planifier sur une base objective les activités de prévention et les services de santé. Les données dont on dispose aujourd'hui sont insuffisantes.
- La part des 16–25 ans qui souffrent de symptômes dépressifs moyens à sévères a augmenté pour passer de 10,4% à 13,5% entre 2012 et 2017.
- Par rapport à l'ensemble de la population suisse, les adolescents et les jeunes adultes (16–25 ans) rapportaient en 2017 nettement plus de symptômes dépressifs moyens à sévères (13,5% vs 8,6%), mais sensiblement moins de dépression au cours des douze mois précédant l'enquête (3,6% vs 6,6%).
- La part des 11–15 ans souffrant de troubles psychoaffectifs multiples (tristesse, mauvaise humeur, nervosité, fatigue, anxiété, contrariété et difficultés d'endormissement) a augmenté entre 2002 et 2018. La fatigue et les difficultés d'endormissement, en particulier, sont en hausse.
- En Suisse, le taux de suicide des 11–25 ans a diminué de moitié ces 30 dernières années. En 2017, 87 enfants et adolescents ou jeunes adultes se sont suicidés.

5.1 Introduction

Ce chapitre propose une vue d'ensemble de l'épidémiologie de la santé et des maladies psychiques des enfants et des adolescents en Suisse. Il s'intéresse à la santé psychique – au sens du bien-être et de la qualité de vie – ainsi qu'à la prévalence (fréquence) des différentes maladies psychiques et de l'instabilité psychique. Par ailleurs, les principales études empiriques, qui fournissent des chiffres sur la situation au niveau national, sont compilées et les données les plus récentes de l'enquête suisse sur la santé (ESS 2017) et de l'enquête sur la santé des élèves en Suisse (Health Behaviour in School-aged Children; HBSC 2018) sont analysées. En outre, ce chapitre expose les chiffres relatifs au suicide en tant que cause de mortalité. La question des soins psychiatriques et psychologiques aux enfants et aux adolescents est abordée ailleurs (cf. chapitre Soins de santé).

Santé et maladies psychiques

Définition et signification

La santé psychique est un aspect déterminant du bien-être des enfants et des adolescents et dépend étroitement de la santé physique. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit ainsi la santé psychique :

«La santé mentale [psychique] est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté» (OMS, 2004, p. 12).

Le bien-être englobe trois domaines selon Keyes (2002) : (1) le bien-être subjectif/émotionnel se rapporte aux sentiments positifs et à la joie de vivre ; (2) le bien-être psychologique comprend la maturité personnelle, l'autonomie, la capacité à agir au quotidien ; (3) le bien-être social consiste à agir de manière optimale dans la société et en groupe (p.ex. acceptation sociale, intégration, perception de la société comme un tout cohérent et pertinent). Les personnes en bonne santé psychique s'épanouissent, sont très satisfaites de leur vie, éprouvent des émotions positives et ont de bonnes capacités psychiques et sociales.

À l'opposé se trouvent les maladies psychiques, souvent appelées troubles psychiques en psychologie clinique. Elles affectent le comportement et le ressenti des personnes concernées les limitant dans leur capacité de gérer le quotidien. Elles peuvent se répercuter au niveau émotionnel, cognitif, interpersonnel ou physique et impacter

le comportement; elles s'accompagnent généralement de souffrances aiguës ou d'un risque accru de douleurs et de perte de liberté ou de qualité de vie (Bastine, 1998; Sass et al., 1996).

L'évaluation des maladies psychiques chez les enfants et les adolescents doit impérativement tenir compte du fait qu'ils se trouvent dans une phase de développement. Des changements aussi nombreux et rapides en termes de maturité physique et de développement mental et émotionnel ne se produisent que dans les périodes de l'enfance et de l'adolescence. D'une part, les maladies psychiques prédominantes peuvent différer de celles touchant les adultes, et d'autre part, l'instabilité peut être liée au développement et non pas être l'expression d'un trouble psychique.

«On parle de trouble psychique chez les enfants et les adolescents lorsque, tout en considérant l'âge de développement, leur comportement ou leur vie présente des anomalies ou entraîne une limitation. [...] Il est impossible de comprendre les troubles psychiques survenant dans cette phase de la vie sans avoir connaissance du cours normal du développement d'un enfant ou d'un adolescent» (Steinhausen, 2016, p. 23, propre traduction de l'OFS).

D'après les études internationales, les maladies psychiques font partie des maladies les plus fréquentes pendant l'enfance et l'adolescence (Hölling et al., 2014). Entre 10 et 20% des enfants et des adolescents présentent, à un moment donné, une maladie psychique (p.ex. Barkmann & Schulte-Markwort, 2004; Fombonne, 2002; Peterman, 2005). Toutefois, seuls 10 à 30% des enfants et des adolescents concernés reçoivent une aide professionnelle (Fombonne, 2002; Peterman, 2005).

Les problèmes psychiques peuvent avoir un impact dans tous les domaines: ils freinent l'enfant ou l'adolescent au niveau scolaire, dans ses relations avec sa famille et ses amis ainsi que dans la recherche de sa propre voie.

Un lien étroit existe entre l'instabilité psychosociale apparue pendant l'enfance ou l'adolescence et celle qui survient à l'âge adulte (World Health Organization, 2001). Les maladies psychiques non traitées persistent, dans de nombreux cas, jusqu'à l'âge adulte, entraînant un risque de chronicisation et de développement de comorbidités (p.ex. McGue et al., 2006; Reef et al., 2009; Kessler et al., 2012). La majeure partie des maladies psychiques commencent pendant l'enfance et l'adolescence, ou au début de l'âge adulte. Environ la moitié des cas se manifestent avant l'âge de 14 ans et trois quart des cas avant d'atteindre 24 ans (Kessler, 2005). En outre, les problèmes psychiques accroissent le risque de suicide (cf. section 5.3 «Tentatives de suicide et suicides»). Selon les estimations de l'OMS au niveau mondial, une part importante des suicides est en lien avec une maladie psychique (Krug et al., 2002), en particulier la dépression (Wolfersdorf, 2008).

En plus de la souffrance des personnes directement touchées, les maladies psychiques représentent souvent une lourde charge pour les proches et ont également des conséquences au niveau sociétal, notamment financier. Promouvoir la santé psychique des enfants et des adolescents, déceler tôt les maladies psychiques et les traiter adéquatement semble particulièrement important au vu des raisons énoncées, non seulement pour atténuer les atteintes sur le moment, mais aussi sur le long terme.

Mesures

Les études épidémiologiques décrivent la plupart du temps l'état de santé psychique comme l'existence ou l'absence d'une maladie ou d'une instabilité. D'un point de vue méthodologique, il y a plusieurs manières d'appréhender cette thématique. Pour pouvoir faire des déclarations reposant sur des maladies psychiques diagnostiquées, il faudrait que des professionnels conduisent des entretiens personnels avec les répondants. Cependant, en raison du manque de ressources, il y est la plupart du temps renoncé dans les études épidémiologiques; à la place, des instruments d'évaluation à compléter sont soumis aux répondants, sous la forme de questionnaires et d'échelles par exemple. Cette méthode permet certes de collecter des indications quant à l'existence de maladies psychiques, mais comme l'expertise personnelle d'un professionnel fait défaut, aucun diagnostic étayé n'est possible. Dans ce contexte, on parle donc souvent d'instabilité psychique et non de maladies psychiques (diagnostiquées). Si l'on veut seulement obtenir une appréciation superficielle de l'état de santé psychique des répondants, on peut leur soumettre des questions individuelles d'ordre général (alors que les indicateurs sont établis sur la base de plusieurs questions). L'interprétation des réponses (p.ex. 80% indiquent être en bonne santé psychique) demeure toutefois souvent difficile, car il n'existe pas de valeurs normatives permettant de faire la différence entre malade et non malade.

Établir l'état de santé psychique des enfants pose encore d'autres problèmes: (1) les maladies psychiques au centre des préoccupations sont différentes de celles des adultes. Les manuels d'interviews et les instruments d'évaluation utilisés habituellement pour les adultes ne peuvent donc pas être employés. (2) Il est parfois difficile pour les enfants de comprendre les questions sur la santé psychique et de s'autoévaluer. Selon Riley (2004), les enfants à partir de huit ans déjà sont capables de donner des informations valables sur leur état psychique. Les enfants de moins de dix ans sont, cependant, rarement interrogés directement; on demande plutôt à leurs personnes de référence de les évaluer. Si un questionnaire direct leur est soumis, des instruments d'évaluation adaptés à chaque âge de développement sont nécessaires. Par ailleurs, une autre source d'information devrait être considérée pour le diagnostic en plus des déclarations des enfants (p.ex. parents, autres personnes de référence ou d'encadrement, enseignants), car il faut sinon composer avec une possible compréhension incomplète ou erronée de la part des enfants (Van der Ende et Verhulst, 2005).

5.2 Prévalence de la santé et des maladies psychiques

Ci-après sont exposés les chiffres sur la prévalence, tout d'abord relatifs au bien-être, ensuite sur les maladies psychiques et enfin sur l'instabilité des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse. Les données considérées sont principalement celles qui sont représentatives pour la Suisse.

Les notions de «trouble psychique» et de «maladie psychique» sont utilisées comme synonymes dans ce chapitre et exclusivement en lien avec les relevés et les études qui s'appuient sur des instruments diagnostiques valables. L'«instabilité psychique», en revanche, se réfère aux résultats basés sur l'utilisation d'instruments d'évaluation (p.ex. sous forme de questionnaires et d'échelles) et n'ont pas de valeur diagnostique.

On parle ici majoritairement de prévalence à un moment donné, c'est-à-dire que les réponses se rapportent au moment de l'enquête. Par contre, si la période s'étendant sur les douze mois précédents est prise en considération, il s'agit d'une prévalence annuelle. Les deux valeurs ne peuvent pas être comparées directement.

Bien-être

Enfants de 0 à 10 ans

Le bien-être et la qualité de vie n'ont pas été régulièrement évalués en Suisse à l'aide d'un échantillon représentatif d'enfants de 0 à 10 ans. Les enquêtes cantonales sur la santé menées dans les écoles se concentrent de manière générale sur l'instabilité et les maladies et non sur le bien-être.

L'évaluation de la santé générale des enfants peut servir pour s'en faire une idée, car elle comprend des aspects du bien-être psychique et social ainsi que de la qualité de vie en matière de santé, parallèlement aux aspects de santé physique (Erhart et al., 2009). Dans l'ESS 2017, les parents de 98% des enfants âgés de 0 à 10 ans ont estimé leur état de santé général comme étant bon ou très bon. À titre de comparaison, dans la deuxième partie de l'étude sur la santé des enfants et des adolescents en Allemagne (KiGGS, 2014–2017), 96–97% des 3–10 ans présentent un bon état de santé général (Poethko-Müller et al., 2018).

Enfants et adolescents de 11 à 15 ans

L'étude HBSC pour la Suisse fournit des données représentatives pour la tranche d'âge des 11–15 ans. La bonne santé psychique et le bien-être sont représentés approximativement par deux indicateurs dans cette enquête.

Le premier est l'état de santé subjectif (cf. chapitre Santé physique et développement). En effet, être en mauvaise santé signifie moins pour les enfants et les adolescents être malade au sens strict du terme qu'être atteints dans leur bien-être. Cela signifie surtout qu'ils sont déstabilisés au niveau émotionnel et relationnel (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). En 2018, la plupart des répondants âgés de 11 à 15 ans estiment que leur santé est bonne, voire excellente (88,5%). Les garçons sont un peu plus nombreux à le penser que les filles (cf. tableau T 5.1). Par rapport à la dernière enquête HBSC réalisée en 2014, la part des enfants en bonne, voire en excellente santé est un peu moins élevée, chez les garçons (2018: 90,8% vs 2014: 92,7%) comme chez les filles (86,1% vs 90,0%). En comparaison avec la plupart des autres pays, les valeurs pour la Suisse en 2014 sont supérieures à la moyenne – similaires à celles de l'Italie et légèrement plus élevées que celles recensées en France et en Allemagne (cf. Inchley et al., 2016, p. 72–73). Les chiffres internationaux pour 2018 n'étaient pas encore disponibles au moment de la finalisation de ce rapport.

La plupart des 11 à 15 ans estiment que leur santé et leur qualité de vie est bonne ou très bonne. Les valeurs des garçons sont légèrement plus élevées que celles des filles.

Le deuxième indicateur utilisé pour mesurer le bien-être est la satisfaction face à la vie. Les écoliers évaluent leur satisfaction face à la vie entre 0 («la pire vie imaginable pour toi») et 10 («la meilleure vie imaginable pour toi»). Les valeurs à partir de 6 correspondent à une bonne qualité de vie (Delgrande Jordan & Eichenberger, 2016). D'après l'enquête HBSC 2018, 87,2% des jeunes interrogés évaluent leur qualité de vie comme étant, au minimum, bonne (valeurs entre 6 et 10) et 61,5% comme étant très bonne (valeurs entre 8 et 10). Au total, la part des garçons ayant une bonne, voire une très bonne qualité de vie est légèrement supérieure à celle des filles (cf. tableau T 5.1). Les écoliers issus de l'immigration – c.-à-d. ceux dont un des parents au moins est né à l'étranger – font moins souvent état d'une qualité de vie bonne à très bonne que les écoliers dont les deux parents sont nés en Suisse (83,9% vs 91,2%).

Une comparaison internationale des jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans montre que les valeurs relevées en Suisse pour l'année 2014 se situent toutes en dessus de la moyenne de l'ensemble des 42 pays participants. Le degré de satisfaction dans la vie des écoliers est similaire en Suisse à celui des écoliers autrichiens, mais quelque peu supérieur à celui des écoliers italiens, français ou allemands (cf. Inchley et al., 2016, p. 76–77). Les chiffres internationaux pour 2018 n'étaient pas encore disponibles au moment de la finalisation de ce rapport.

Adolescents et jeunes adultes de 16 à 25 ans

Selon l'ESS 2017, la grande majorité (env. 95%) des 16–25 ans décrivent leur état de santé général et leur qualité de vie comme étant bons, voire très bons. Ce pourcentage est plus élevé que celui de la totalité de la population suisse (à partir de 15 ans). La moitié des jeunes hommes (49,7%) présente un niveau élevé d'énergie et de vitalité, contre seulement un tiers des femmes (33,3%). Les jeunes femmes rapportant un niveau élevé d'énergie et de vitalité sont également moins nombreuses en comparaison avec la population féminine en général (43,6%) (cf. tableau T.5.1).

Par rapport à la population suisse dans son ensemble, les 16–25 ans ont moins souvent le sentiment de pouvoir déterminer eux-mêmes leur vie (sentiment de maîtrise de la vie; 29,8% vs 37,4%) et disposent d'un sentiment d'efficacité personnelle plus bas (évaluation de ses propres compétences et possibilité de contrôler ses actes de manière réussie; 65,7% vs 71,8%). Comme on peut le constater dans le tableau T.5.1, il n'y a pas de différence entre les jeunes hommes et les jeunes femmes pour ces deux indicateurs.

Bien-être par âge et par sexe, 2017/2018

T.5.1

Indicateur	Part en % (IC-95%)					
	0–10 ans		11–15 ans		16–25 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Hommes	Femmes
État de santé (bon à très bon/excellent)	98,2 (±0,6) ^a	98,8 (±0,3) ^a	97,0 (±1,1) ^a 90,8 (±0,8) ^b	97,5 (±1,1) ^a 86,1 (±1,0) ^b	95,6 (±1,2) ^c	94,2 (±1,5) ^c
Qualité de vie ^c ou satisfaction face à la vie ^b (bonne à très bonne)	–	–	90,7 (±0,9) ^b	83,6 (±1,1) ^b	94,6 (±1,4) ^c	94,6 (±1,4) ^c
Énergie & vitalité (bonnes)	–	–	–	–	49,7 (±3,5) ^c	33,3 (±3,1) ^c
Sentiment de maîtrise de la vie (élevé)	–	–	–	–	30,6 (±3,2) ^c	28,8 (±3,0) ^c
Sentiment d'auto-efficacité (plutôt élevé à élevé)	–	–	–	–	69,1(±3,2) ^c	62,1 (±3,2) ^c

Les données sur les différents groupes d'âge ne sont pas directement comparables, car elles proviennent d'enquêtes distinctes:

^a Questionnaire des parents, ESS 2017

^b Autoévaluation, HBSC 2018

^c Autoévaluation, ESS 2017

IC-95% = intervalle de confiance 95%

Sources: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017; Addiction Suisse – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018

© Obsan 2020

Résumé bien-être

La grande majorité des enfants et des adolescents en Suisse font état d'un niveau élevé de bien-être. On le constate aussi bien dans l'évaluation de l'état de santé général que dans celle relative à la qualité de vie et à la satisfaction dans la vie. Dans l'ensemble, selon l'ESS 2017, la part des personnes en Suisse dont la santé ou la qualité de vie sont bonnes, voire très bonnes, est élevée; selon le groupe d'âge et le sexe, elle se situe entre 94 et 98%. Ces valeurs sont similaires aux chiffres relatifs au bien-être des enfants et des adolescents en Allemagne (cf. Poethko-Müller et al., 2018; Ellert et al., 2014).

Les valeurs de l'enquête HBSC 2018 sont un peu plus basses, entre 84 et 91%. La comparaison de l'ESS 2017 et de l'HBSC 2018 est cependant limitée, car les deux enquêtes se distinguent en termes de type de questionnaire (évaluation par des tiers ou autoévaluation) et au niveau des questions portant sur le bien-être et l'état de santé.

Si l'on compare les valeurs HBSC recensées en 2014 et celles des autres pays participants, les chiffres suisses sont supérieurs à la moyenne internationale. Dans l'ensemble, toutefois, les données ne permettent qu'une évaluation relativement superficielle du bien-être. On ne dispose quasiment pas de données spécifiques sur les différentes facettes du bien-être, telles que la satisfaction face à la vie, le développement personnel ou l'autonomie.

Maladies psychiques

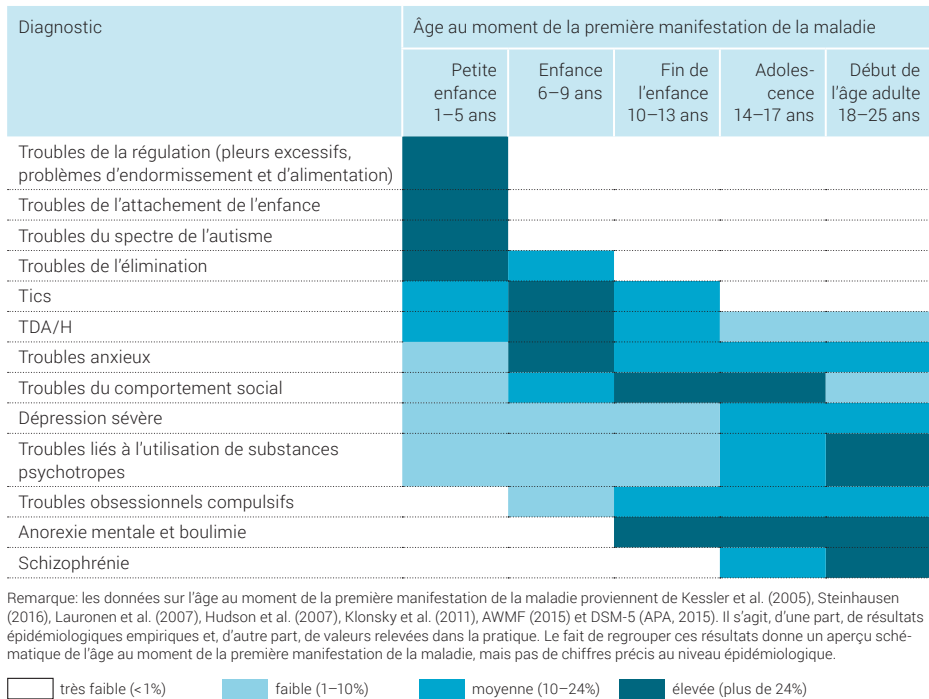
Âge au moment de l'apparition de la maladie

Les troubles psychiques sont déjà répandus pendant l'enfance, l'adolescence et le début de l'âge adulte. En fonction de l'âge de développement, différents types de troubles prédominent. Cela apparaît particulièrement lorsqu'on considère l'âge au moment de la première manifestation de chaque trouble, c'est-à-dire l'âge auquel la maladie apparaît pour la première fois.

Le tableau T5.2 présente une sélection des maladies psychiques les plus fréquentes pendant l'enfance, l'adolescence et le début de l'âge adulte ainsi que la proportion de premières manifestations de la maladie par tranche d'âge (Warnke & Lehmkuhl, 2011). On observe, par exemple, que jusqu'à 10% des troubles anxieux apparaissent déjà pour la première fois durant la petite enfance (1–5 ans) et que le pic de la première apparition de la maladie survient au milieu de l'enfance (6–9 ans). Les quatre cinquièmes environ des troubles anxieux apparaissent pour la première fois au cours des 25 premières années de vie (Kessler et al., 2005).

Âge au moment de la première manifestation des maladies psychiques (sélection), basé sur les données de prévalence issues d'études internationales

T 5.2



© Obsan 2020

L'âge de la première manifestation de la maladie diffère selon le type de maladie psychique. Les troubles de la régulation (pleurs excessifs, problèmes d'endormissement et d'alimentation) surviennent principalement au début de l'enfance alors que les maladies telles que l'anxiété et le TDAH (trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité, c'est-à-dire difficulté d'attention et de concentration, comportement impulsif, agitation excessive) apparaissent le plus souvent au milieu, voire à la fin de l'enfance pour la première fois. Les troubles affectifs (p. ex. dépression) et ceux liés à la consommation de substances se manifestent, en revanche, surtout à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

D'après les études internationales, les troubles extériorisés (TDAH, troubles du comportement social/troubles oppositionnels) et les troubles anxieux (cf. Lauth & Mackowiak, 2004; Rüesch & Maeder, 2010) surviennent surtout pendant l'enfance (jusqu'à 13 ans). À l'adolescence, les troubles dépressifs sont plus fréquents et les troubles alimentaires et ceux liés à la consommation de substances augmentent (cf. p. ex. Ford et al., 2003; Lauth & Mackowiak, 2004; Buka et al., 2002).

Prévalence des maladies psychiques des enfants et des adolescents en Suisse

Pour plusieurs des troubles mentionnés dans le tableau T 5.2, il n'existe pas de données représentatives pour la Suisse, particulièrement pour les troubles de la petite enfance. Il existe une seule étude représentative sur la prévalence des maladies psychiques des enfants et des adolescents pour la Suisse, la *Zurich Epidemiological Study of Child and Psychopathology*, (ZESCAP, p.ex. Steinhausen et al., 1998). Cette étude a analysé en 1994 un échantillon d'écoliers âgés de 6 à 17 ans représentatif du canton de Zurich; elle a été suivie en 1997, 2001 et 2005 de trois autres recensements (*Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study*; ZAPPS, p.ex. Steinhausen & Winkler Metzke, 2007). Les chiffres suivants se fondent sur les résultats de la ZESCAP et sur la première enquête qui a suivi en 1997. Par la suite, les échantillons n'étaient plus représentatifs.

En 1994, des troubles psychiques ont été diagnostiqués chez 22,5% des 6–17 ans par le biais d'entretiens avec les parents (prévalence sur 6 mois, Steinhausen et al., 1998). Les troubles les plus fréquents étaient l'anxiété (11,4%), les tics (6,0%), le TDAH (5,3%) et les troubles oppositionnels (2,1%). Les troubles affectifs (0,7%) et ceux liés à la consommation de substances (0,3%) ont été moins souvent diagnostiqués.

La prévalence totale chez les enfants de 6 à 9 ans (31,3%) et ceux de 10 à 13 ans (25,4%) était supérieure à celle relevée chez les adolescents de 14 à 17 ans (12,8%). D'autres études ont également montré que la prévalence totale tendait à diminuer légèrement à l'adolescence (par exemple, Costello et al., 2003), ce qui dépend fortement des groupes de troubles étudiés (voir Costello et al., 2011, Steinhausen & Winkler Metzke, 2003): Le TDAH et les troubles oppositionnels diminuent avec le passage de l'enfance à l'adolescence, tandis que la dépression, les troubles liés à la consommation de substances et certaines formes de troubles anxieux augmentent. En revanche, les troubles affectifs étaient plus fréquents dans le groupe le plus âgé (1,3% pour les 14–17 ans, 0,6% pour les 10–13 ans contre 0% entre la sixième et la neuvième année).

Il n'existe pas de données suisses actuelles et représentatives sur les taux de prévalence des troubles spécifiques, tant pour les enfants et les adolescents que pour les jeunes adultes.

De manière générale, les troubles psychiques touchent plus souvent les garçons (28,5%) que les filles (15,6%). Cette différence entre les genres se voit également dans les études internationales, mais les filles sont plus souvent touchées que les garçons par certains groupes de troubles (p.ex. troubles affectifs; Petersen et al., 2006; Roberts et al., 2007; Costello et al., 2011). Avec l'âge, ces différences s'estompent. Les garçons

présentent plutôt des troubles externalisés tels que le TDAH ou les troubles du comportement social alors que les filles sont plutôt touchées par des problèmes internalisés comme les troubles affectifs et l'anxiété (Costello, 2011).

Pour la deuxième enquête, en 1997 (3 ans plus tard), seuls les adolescents âgés de 14 à 20 ans ont été pris en compte. Les parents ont été interviewés, à l'aide de la version allemande du *Diagnostic Interview Schedule for Children* (Schaffer et al., 1993) mais aussi les jeunes. D'après les réponses des parents, 8% des adolescents sont atteints d'un trouble psychique diagnosticable selon le DSM-III-R; l'autoévaluation des jeunes montre que 20% d'entre eux sont touchés (prévalence sur 6 mois; Steinhausen & Winkler Metzke, 2002). Les troubles affectifs touchent 1,2% des jeunes dans l'évaluation des parents, mais 5,1% d'entre eux sur la base des interviews avec les adolescents (Steinhausen & Winkler Metzke, 2003). Les nettes différences relevées entre les évaluations des parents (évaluation par des tiers) et celles des enfants et des adolescents (autoévaluation) sont confirmées dans les études internationales. Pendant l'enfance, et surtout l'adolescence, les parents sous-estiment la fréquence des troubles internalisés, alors que les adolescents ont tendance à sous-évaluer les troubles externalisés (cf. p. ex. Eschmann, Weber Häner & Steinhausen, 2007; Holmbeck et al., 2002).

Deux études ont été menées récemment en Suisse sur des groupes de troubles psychiques spécifiques dans le cadre d'enquêtes représentatives. L'étude Optimus a permis de définir le taux de prévalence du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) dans le cadre d'une enquête auprès des élèves de neuvième année. Atteignant 6,2% chez les filles et 2,4% chez les garçons, le taux de prévalence du SSPT chez les adolescents en Suisse est très élevé (Landolt et al., 2013). La deuxième étude, menée par la Swiss University Study of Nutrition auprès d'élèves âgés de 8 à 13 ans en Suisse alémanique et en Suisse romande, a montré que 3% des enfants avaient un comportement alimentaire restrictif selon les critères du DSM-5 relatifs au trouble de restriction ou d'évitement de l'apport alimentaire (Kurz et al., 2015).

Résumé maladies psychiques

Les données actuelles et représentatives pour la Suisse relatives aux taux de prévalence des troubles spécifiques font défaut, tant pour les enfants et les adolescents que pour les jeunes adultes. Jusqu'à aujourd'hui, sont citées les valeurs de référence de l'étude réalisée dans le canton de Zurich en 1994 et intitulée *Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP)* ainsi que celles des études longitudinales qui ont suivi, les *Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie (ZAPPS)*. Ces études montrent que 31,3% des 6–9 ans, 25,4% des 10–13 ans et 12,8% des 14–17 ans du canton de Zurich ont été touchés par une maladie psychique au cours des six mois précédant l'enquête (Steinhausen et al., 1998). La prévalence totale s'élevait à 22,5%

(6–17 ans). Les troubles les plus fréquents étaient l'anxiété (11,4%), les tics (6,0%), le TDAH (5,3%) et les troubles oppositionnels (2,1%). Les troubles affectifs (0,7%) et ceux liés à la consommation de substances (0,3%) apparaissaient moins souvent. Il est difficile d'estimer dans quelle mesure ces chiffres sont pertinents à l'heure actuelle et à l'échelle nationale. Les comparaisons avec les études internationales les plus récentes mettent une autre difficulté en évidence: les taux de prévalence varient considérablement. Cela est dû notamment aux différents outils de relevé, aux groupes d'âge considérés et à la période déterminée de l'apparition du trouble. Les chiffres actuels autrichiens (2013–2015) relatifs aux 10–18 ans montrent une prévalence totale de 22–24% avec comme diagnostics les plus fréquents les troubles anxieux (10,2%), le TDAH (4,0%) et les tics (2,2%) ainsi que les troubles dépressifs (2,8%) (Wagner et al., 2017). Ils correspondent aux chiffres de l'étude zurichoise. Cependant, là aussi, une comparaison directe est compliquée, du fait de la différence entre les groupes d'âges considérés (6–17 ans vs 10–18 ans) et des périodes de prévalence appliquées (prévalence sur 6 mois vs prévalence à un moment donné).

L'instabilité psychique

Enfants de 0 à 10 ans

Dans la *Swiss Preschoolers' Health Study (SPLASHY)*, une étude sur la santé des enfants en âge préscolaire dans les cantons d'Argovie, de Berne, de Fribourg, de Vaud et de Zurich, l'appréciation donnée par les parents indiquait qu'environ 7% des 2–6 ans montraient des signes d'instabilité psychique au moment de l'enquête (Stülbl, et al., 2018). En plus de la prévalence globale de l'instabilité psychique, la fréquence de chaque groupe de symptômes a été recensée. Selon les parents, 8,2% des enfants avaient des problèmes avec leurs camarades, 7,6% des troubles du comportement, 5,3% présentaient de l'hyperactivité et 4,3% des problèmes émotionnels (cf. chapitre Santé physique et développement). Les problèmes persistaient encore douze mois après chez seulement 1,8 à 3,0% des enfants. Ce taux de persistance comparativement bas contredit les résultats d'autres études (Lavigne et al., 1998; Bufferd et al., 2012). Bufferd et al. (2012) ont observé que la moitié des enfants de trois ans atteints d'un trouble psychique en souffrait toujours à l'âge de six ans. Dans cette étude, les enfants ont été évalués au cours d'entretiens diagnostiques ciblant des troubles psychiques spécifiques. Les différences entre les taux de persistance reflètent peut-être la difficulté de diagnostiquer précisément l'instabilité ou les troubles psychiques chez les enfants en âge préscolaire, notamment parce que les instruments de mesures doivent prendre en compte la dynamique d'évolution rapide qui caractérise les jeunes années (Egger et al., 2011; Briggs-Gowan et al., 2006).

Le questionnaire de l'ESS 2017 adressé aux parents a montré que 7,6% des 0–10 ans souffraient d'instabilité psychique au moment de l'enquête, les garçons plus souvent que les filles. Des signes d'hyperactivité ont été observés dans 5,9% des cas, des problèmes de comportement dans 2,3% des cas et des problèmes émotionnels dans 0,9% des cas¹. Ces chiffres sont nettement plus bas que ceux de l'étude allemande *BELLA* (cf. encadré) qui constate une instabilité psychique chez 10,2% des 3–6 ans et 19,8% des 7–10 ans (Klasen et al., 2017). Les chiffres de l'ESS 2017 sont probablement trop bas, seules trois questions sur 25 du questionnaire SDQ (*Strength and Difficulties Questionnaire*; cf. par ex. Goodman, 1997) ayant été posées aux personnes interrogées, ce qui limite fortement la recherche de caractéristiques particulières, contrairement à ce qui a été fait dans l'étude *BELLA*. Les chiffres actuels du deuxième volet de l'étude allemande KiGGS (2014–2017) indiquent que selon l'âge et le sexe, entre 13,8% et 22,2% des 3–11 ans souffrent d'instabilité psychique (Klipker et al., 2018).

Enfants et adolescents de 11 à 15 ans

Selon l'évaluation donnée par les parents dans l'ESS 2017, 7,5% des 11–14 ans souffraient d'une instabilité psychique au moment de l'enquête; 9,3% des garçons et 5,6% des filles. L'étude allemande *BELLA*, basée sur la version complète des mêmes instruments de mesure (SDQ), montre encore une fois une fréquence beaucoup plus élevée d'instabilité psychique: 22% des 11–13 ans et 17,3% des 14–17 ans (Klasen et al., 2017).

Dans l'étude HBSC, on a demandé aux écoliers combien de fois ils avaient été touchés par certains symptômes psychoaffectifs au cours des six mois précédents. Ces symptômes étaient les suivants: tristesse, mauvaise humeur, nervosité, fatigue, anxiété, contrariété et difficultés d'endormissement. Le graphique G5.1 montre comment a évolué la proportion d'enfants de 11 à 15 ans qui souffrent de deux symptômes au moins de manière répétée, voire chronique (plusieurs fois par semaine au minimum). Il montre également l'évolution de la fréquence des symptômes individuels.

La part des enfants et des adolescents atteints de symptômes psychoaffectifs multiples a augmenté entre 2002 et 2014 de 27,4% à 35,2%. En 2018, elle s'élevait à 34,3%, un résultat proche de celui de 2014. On constate surtout une hausse de la fréquence de la fatigue et des difficultés d'endormissement (respectivement 13,0 et 5,5 points de pourcentage de plus entre 2002 et 2018). Dans l'enquête HBSC actuelle, environ 27,1% des garçons et 41,8% des filles rapportent des symptômes psychoaffectifs multiples. La fatigue et les difficultés d'endormissement sont les symptômes les plus souvent cités par les jeunes (respectivement 39,8% et 24,6%) quel que soit leur genre. La part de filles

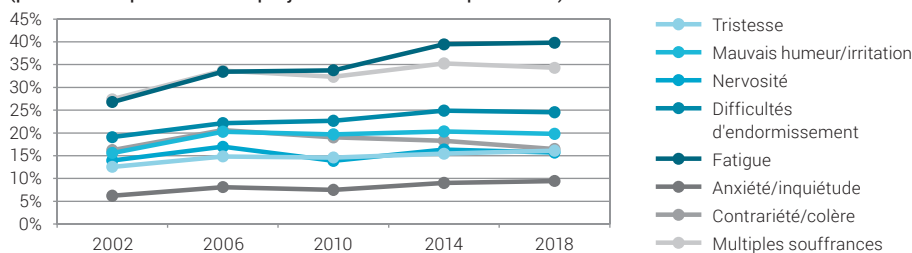
¹ Les enfants dont les parents sont issus de l'immigration tendent à souffrir plus souvent d'instabilité psychique (8,6% vs 7,0%). La différence n'est pas statistiquement significative.

est supérieure à celle de garçons pour l'ensemble des symptômes. L'écart le plus marqué concerne la tristesse (23,8% vs 8,8%) et le moins prononcé, la contrariété/colère (18,7% vs 14,3%). Les écoliers issus de l'immigration (au moins un des parents né à l'étranger) présentent plus souvent que les autres des symptômes psychoaffectifs: 38.3% disent souffrir plusieurs fois par semaine de troubles multiples. La proportion est de 30.0% chez les écoliers non issus de l'immigration (parents nés en Suisse).

Évolution des troubles psychoaffectifs répétés ou chroniques chez les 11 à 15 ans, 2002–2018

G5.1

Part des enfants et des adolescents (%) atteints de troubles (plusieurs fois par semaine ou par jour durant les 6 mois précédents)



2002: N=9288, 2006: N=9502, 2010: N=9869, 2014: N=9632, 2018: N=10970

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

© Obsan 2020

La part des 11 à 15 ans atteints de symptômes psychoaffectifs multiples a augmenté depuis 2002. En 2018, la fatigue et les difficultés d'endormissement sont les symptômes les plus souvent cités par les jeunes quel que soit leur genre.

Aucun chiffre ne permet d'établir des comparaisons internationales pour les symptômes psychoaffectifs (l'indicateur n'est calculé sous cette forme que pour la Suisse). C'est pourquoi on a recouru ci-après aux chiffres de l'enquête HBSC 2014 décrivant les symptômes psychosomatiques. Les symptômes psychosomatiques sont recensés au moyen de la check-list «HBSC Symptom Checklist» (HBSC SCL) qui porte sur la fréquence de huit symptômes physiques et psychiques. En comparaison internationale, la part des écoliers suisses ayant souffert de deux symptômes ou plus, et cela plusieurs fois par semaine au minimum, au cours des six mois précédant l'enquête, se situe dans la moyenne. La part des écoliers présentant des symptômes psychosomatiques est plus élevée en Suisse qu'en Allemagne et en Autriche, mais elle se situe nettement en dessous

des moyennes française et italienne (cf. Inchley et al., 2016, p. 80–81). Les chiffres internationaux pour 2018 n'étaient pas encore disponibles au moment de la finalisation de ce rapport.

Dans l'enquête HBSC 2018, 4,2% des 14–15 ans ont indiqué avoir reçu un diagnostic médical de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Ce diagnostic est significativement plus fréquent chez les garçons que chez les filles (5,9% vs 2,6%). Les chiffres correspondent plus ou moins aux données sur la prévalence du DSM-5 (APA, 2015) selon lesquelles environ 5% des enfants sont atteints d'un TDA/H.

La part d'enfants trop maigres et ayant une perception altérée de leur corps est évaluée sur la base des données de l'enquête HBSC 2018. Elle concerne les écoliers dont l'indice de masse corporelle (IMC) est moins élevé que celui de 95% des enfants du même groupe d'âge (5^e percentile; cf. DSM-5), mais qui se sentent tout de même un peu, voire beaucoup trop gros. Les symptômes de «poids significativement bas» et d'«altération de la perception de son propre corps» faisant partie des symptômes principaux de l'anorexie mentale (cf. DSM-5, p. 463), ils peuvent indiquer un problème d'anorexie. La part des 11–15 ans indiquant des signes d'anorexie mentale est inférieure à 1% chez les filles comme chez les garçons. Selon le DSM-5, la prévalence sur douze mois pour l'anorexie mentale chez les jeunes femmes est estimée à 0,4% (cf. également Nagl et al., 2016). La prévalence chez les garçons et les hommes est peu connue. On suppose cependant qu'elle est nettement plus basse que chez les filles et les femmes.

Adolescents et jeunes adultes de 16 à 25 ans

L'ESS 2017 montre qu'environ 22% des répondants âgés de 16 à 25 ans présentent une instabilité psychique (cf. tableau T 5.3). Ainsi, une personne sur sept rapporte des symptômes dépressifs moyens à sévères au cours des deux semaines précédant l'enquête (13,5%) ou des problèmes psychiques moyens ou importants au cours des quatre semaines précédentes (14,4%). En outre, 3,9% des 16–25 ans ont indiqué avoir souffert d'une dépression au cours des douze mois avant l'enquête. Comparé à l'ensemble de la population suisse, les adolescents et les jeunes adultes rapportent nettement plus de symptômes dépressifs (13,5% vs 8,6%), mais sensiblement moins de dépression (3,6% vs 6,6%). En revanche, aucune différence significative n'est observée quant aux problèmes de santé ayant une cause psychique chroniques et limitant la personne concernée (depuis au moins 6 mois): ils touchent 11,2% des 16–25 ans et 8,2% de la population totale.

Globalement, les jeunes filles et les jeunes femmes souffrent plus fréquemment de problèmes psychiques que les jeunes hommes (18,6% vs 10,4%). La différence entre les genres est particulièrement nette chez les 16–20 ans: 20,1% des femmes et 8,4% des

hommes rapportent des problèmes psychiques. Elle se retrouve également dans la question sur la dépression (femmes: 5,2% vs hommes: 2,7%), mais pas pour les symptômes dépressifs (cf. tableau T5.3).

Les adolescents et les jeunes adultes issus de l'immigration souffrent plus souvent que les autres d'instabilité psychique: 20,2% font état de problèmes psychiques moyens ou importants et 11,8% de symptômes dépressifs moyens à sévères. Les proportions sont nettement plus faibles chez les adolescents et les jeunes adultes non issus de l'immigration (11,5% et 6,7%).

La part des 16 à 25 ans qui souffrent de symptômes dépressifs moyens à sévères a augmenté de 10,4% à 13,5% entre 2012 et 2017.

Une comparaison dans le temps indique chez les 16–25 ans une tendance au recul pour les problèmes psychiques, mais celle-ci est moins forte que dans la population totale (à partir de 15 ans): les problèmes psychiques ont sensiblement baissé entre 2012 et 2017 (18,0% vs 15,1%). La tendance inverse est observée pour les symptômes dépressifs: la part des 16–25 ans qui souffrent de symptômes dépressifs moyens à sévères a augmenté de 10,4% à 13,5% entre 2012 et 2017. Cette évolution est principalement due à la hausse significative des symptômes dépressifs dans le groupe des 16–20 ans (10,4% vs 14,7%). Chez les 21–25 ans, la tendance est similaire, mais statistiquement non significative (10,4% vs 12,4%).

Instabilité psychique chez les 16 à 25 ans, 2017

T 5.3

Indicateur	Part en % (IC-95%)		
	Hommes	Femmes	Total
Symptômes dépressifs moyens à sévères ^a	12,9 (±2,4)	14,3 (±2,2)	13,5 (±1,7)
Dépression au cours des 12 derniers mois	2,7 (±1,0)	5,2 (±1,5)	3,9 (±0,9)
Problèmes psychiques moyens à importants ^b	10,4 (±2,0)	18,6 (±2,3)	14,4 (±1,5)
Problèmes de santé ayant une cause psychique	10,6 (±5,4)	11,8 (±4,4)	11,3 (±3,4)
Traitement dû à un problème psychique	3,6 (±1,2)	7,0 (±1,6)	5,3 (±1,0)
Instabilité psychique ^c	19,0 (±2,9)	24,2 (±2,8)	21,6 (±2,0)

N_{hommes} = 1012–1358; N_{femmes} = 1310–1482; IC-95% = intervalle de confiance 95%

^a Les symptômes dépressifs ont été recensés par le biais de 9 questions du Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

^b Les problèmes psychiques ont été recensés par le biais de 5 questions du Mental Health Inventory (MHI-5).

^c Les adolescents et les jeunes adultes ont été qualifiés de «psychiquement instables» lorsque les valeurs observées pour les symptômes dépressifs (PHQ-9; valeur >9) étaient supérieures aux normes définies ou que celles relatives aux problèmes psychiques (MHI-5; valeur <73) étaient inférieures aux normes définies.

On constate également une augmentation des problèmes de santé chroniques ayant une cause psychique entre 2012 et 2017; elle est significative dans l'ensemble de la population (6,2% vs 8,2%) et tendancielle chez les jeunes (9,0% vs 11,2%).

Au cours de l'année précédant l'enquête, 5,3% des 16–25 ans ont été traités pour un problème psychique, les femmes (7,0%) nettement plus fréquemment que les hommes (3,6%). Cet écart se voit également dans la population globale (7,7% vs 4,4%). La grande majorité (90,4%) a consulté un spécialiste (psychologue, psychothérapeute ou psychiatre). Dans la population suisse en général, on a observé une hausse entre 2002 et 2017 des personnes se faisant traiter pour un problème psychique (4,5% vs 6,1%), et cela plus souvent qu'auparavant par un spécialiste (63,7% vs 85,0%). Les deux tendances se voient également chez les 16–25 ans, mais ne sont pas significatives.

L'étude *Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH)* fournit des données un peu plus récentes que l'ESS 2017; il s'agit d'une enquête représentative à l'échelon national sur l'instabilité psychique (symptômes de dépression, d'anxiété généralisé et de TDAH) des 17–22 ans réalisée entre février et août 2018². Dans cette étude, 17,7% des participants ont rapporté des symptômes dépressifs moyens à sévères et 13,2% des symptômes d'anxiété généralisée au cours des deux semaines précédant l'enquête. La prévalence sur six mois des symptômes de TDAH relevée était de 8,7%. Au total, 24,7% des répondants présentaient au moins un signe d'instabilité psychique.

Par rapport à l'ESS 2017, l'étude *S-YESMH* indique en particulier une plus grande proportion de personnes présentant des symptômes dépressifs (17,7% vs 13,5%). Les causes possibles de cet écart reposent sur les groupes d'âge considérés (17–22 ans vs 16–25 ans) et sur les thématiques de chaque étude (ciblant spécifiquement l'instabilité psychique vs large spectre englobant différentes questions de santé).

Une étude sur la prévalence des troubles de l'alimentation en Suisse menée en 2010 indique qu'1,7% des 15–29 ans ont souffert d'un tel trouble au cours des douze mois précédant l'enquête (Schnyder et al., 2012). 2,0% des femmes et 1,3% des hommes sont concernés. La boulimie (0,8%) était le trouble le plus fréquent dans ce groupe d'âge, suivie de l'hyperphagie (0,8%) et de l'anorexie mentale (0,2%). Les femmes sont 1,5 fois, voire 2 fois plus touchées que les hommes.

Résumé instabilité psychique

Bien que la majorité des enfants, des adolescents et des jeunes adultes présente un niveau élevé de bien-être, 7 à 8% des 0–10 ans, 35% des 10–15 ans et 22 à 25% des 16–25 ans souffrent d'instabilité psychique ou de troubles psychoaffectifs réguliers et durables.

² cf. https://www.ebpi.uzh.ch/en/translational_research/chronic_conditions_health/swiss_youth_epidemiological_study.html

Par rapport aux autres pays, les chiffres relatifs aux 0–10 ans en particulier sont plutôt bas. Les chiffres actuels relevés en Allemagne (2014–2017) indiquent que selon l'âge et le sexe, 14 à 22% des 3–11 ans présentent une instabilité psychique (Klipker et al., 2018). Il est peu probable que cet écart soit dû à des facteurs spécifiques à chaque pays. On suppose plutôt qu'il reflète les difficultés méthodologiques discutées en début de chapitre, qui compliquent un recensement valable et fiable de l'instabilité psychique chez les enfants. Les comparaisons internationales des autres groupes d'âge sont difficiles, car les pays évaluent souvent différemment les données malgré des enquêtes coordonnées sur le plan international (p.ex. HBSC) et l'utilisation d'indicateurs uniformes pour

Étude BELLA, Allemagne

L'étude sur le bien-être et le comportement (*Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten BELLA*) est une étude de cohorte épidémiologique sur la santé psychique des enfants et des adolescents en Allemagne; elle fait partie de l'étude sur la santé des enfants et des adolescents (KiGGS) réalisée par l'Institut Robert Koch. Des informations détaillées sont recensées sur la santé psychique, sur les facteurs de risque et de protection ainsi que sur le recours aux thérapies psychiatriques ou psychologiques. Le recensement de base (2003–2006) comprend un échantillon représentatif de 2863 enfants et adolescents âgés de 7 à 17 ans. Par la suite, quatre enquêtes de suivi ont été menées (après 1, 2, 6 et 10 ans). Les participants ont donc été accompagnés de l'enfance au début de l'âge adulte. Jusqu'à présent, l'étude a notamment recueilli les informations suivantes :

- Environ 22% des enfants et des adolescents montraient des signes d'instabilité psychique. Entre 10 et 11% d'entre eux manifestaient de l'instabilité psychique à chacune des quatre enquêtes.
- Un tiers des enfants et des adolescents qui rapportaient des problèmes psychiques lors du recensement de base était également instables psychiquement six ans plus tard.
- Une instabilité psychique continue sur plusieurs années a pour conséquence une détérioration de la qualité de vie et des résultats scolaires.
- Un enfant sur trois (33%) atteint d'une maladie psychique aiguë ou récidivante et 64% de ceux souffrant d'une maladie psychique durable sont en traitement.

Par ailleurs, l'étude BELLA sert à identifier les conséquences d'une santé psychique altérée sur la santé physique ainsi que sur l'évolution psychosociale et professionnelle, à désigner des points de départ pour promouvoir la santé psychique et à développer des mesures ciblées pour protéger les enfants et les adolescents à risque.

Source: www.bella-study.org

mesurer la santé psychique (p. ex. MHI-5). Par exemple, d'autres groupes d'âge ont été constitués pour l'évaluation, d'autres valeurs limites ont été choisies pour la classification entre psychiquement «malade» et «en bonne santé» ou le regroupement de questions individuelles en indicateurs a été effectué différemment.

5.3 Tentatives de suicide et suicides

Derrière chaque suicide ou tentative de suicide se cache l'histoire d'une souffrance personnelle. Un acte suicidaire est un appel au secours. La majorité des suicides et des tentatives de suicide chez les jeunes sont des actes irréfléchis, exécutés sous l'effet d'une impulsion, non d'une décision délibérée. Ils sont la réaction spontanée à une expérience de vie négative (p. ex., chagrin d'amour, perte d'un proche) ou à une longue période de souffrance intérieure (p. ex., dépression, solitude, sentiment d'être confronté à des épreuves insurmontables) (Meister & Böckleemann, 2015). Quand une personne se donne la mort, ses proches sont toujours hantés par la question du «pourquoi». Très souvent, ils ont un sentiment de culpabilité et se demandent s'ils n'auraient pas pu empêcher le suicide. Il importe de savoir qu'un suicide est toujours le résultat de plusieurs causes et qu'il n'est jamais imputable à une seule personne (OFSP, 2020; OMS, 2014).

Suicides

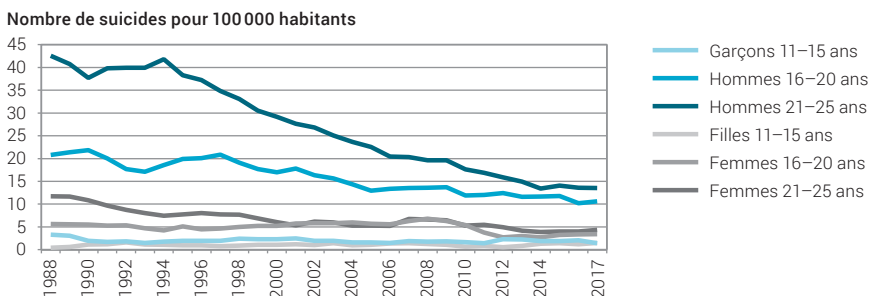
En 2017 en Suisse, 87 enfants et adolescents âgés de 11 à 25 ans se sont suicidés : 23 filles ou jeunes femmes et 64 garçons ou jeunes hommes³. Rapportés à la population résidante âgée de 11 à 25 ans, 87 suicides correspondent à un taux de suicide de 6,4 pour 100 000 habitants de ce groupe d'âge. À titre de comparaison, le taux s'élève à 15,5 chez les 26 ans et plus.

Au cours des 30 dernières années, le taux de suicide des 11–25 ans a diminué de moitié. Il a reculé de 51% chez les filles et les jeunes femmes et de 62% chez les garçons et les jeunes hommes (cf. graphique G 5.2). La baisse est particulièrement marquée chez les 21–25 ans (–67%). Cette tendance est globalement moins prononcée chez les 16–20 ans (–47%); elle est cependant plus forte chez les jeunes hommes que chez les jeunes filles (–62% vs –51%). Dans le groupe d'âge le plus jeune (11–15 ans), le taux de suicide a fluctué ces 30 dernières années autour de 1,1 suicide pour 100 000 habitants chez les filles et de 2,0 chez les garçons. Bien que le taux de suicide chez les jeunes de 11 à 25 ans diminue dans l'ensemble, il reste une des causes de décès les plus fréquentes chez les adolescents et les jeunes adultes (cf. chapitre Environnement et conditions sociales).

³ Les suicides assistés sont peu représentés dans ce groupe d'âge et ne sont donc pas considérés ici.

Évolution du taux de suicide par groupe d'âge, 1988–2017

G5.2



Remarque: il s'agit des moyennes mobiles pondérées sur 5 ans des taux de suicide bruts.

Source: OFS – Statistique des causes de décès 2017

© Obsan 2020

Au cours des 30 dernières années, le taux de suicide des 11 à 25 ans a diminué de moitié. Pourtant, le suicides reste une des causes de décès les plus fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes.

Dans l'ensemble, chez les 11–25 ans, davantage d'hommes que de femmes se suicident. En 2017, le taux de suicide chez les garçons et les jeunes hommes, était presque trois fois plus élevé que chez les filles et les jeunes femmes (9,0 contre 3,2 suicides pour 100 000 habitants de ce groupe d'âge). Chez les personnes âgées de 26 ans et plus, les hommes se suicident également plus que les femmes.

Le taux de suicide augmente avec l'âge. Chez les 11–15 ans, les suicides sont très rares: sur une période de cinq ans (2013–2017), 16 garçons et 15 filles ont mis fin à leurs jours. Cela correspond à une moyenne mobile pondérée sur 5 ans de 1,5 suicide pour 100 000 habitants. Chez les 16–20 ans et les 21–25 ans, les taux de suicide sont nettement plus élevés (7,1 vs 9,0 suicides pour 100 000 habitants). Une différence entre les sexes est également constatée. Alors que dans les groupes d'âge de 16 à 20 ans et de 21 à 25 ans, le taux de suicide des femmes reste stable (3,4 vs 4,3), il est nettement plus élevé chez les hommes et présente, en outre, un écart significatif entre les deux groupes d'âge (10,6 vs 13,6).

Le taux de suicide des enfants et des adolescents en Suisse est plus élevé qu'en Allemagne. En 2016, l'Allemagne comptait 4,4 suicides pour 100 000 habitants âgés de 10 à 24 ans (notre propre calcul basé sur les données de www.genesis.destatis.de).

Une *tentative de suicide* commise par le passé est un facteur de risque de suicide (p. ex. Franklin, 2017). 0,9% des répondants âgés de 16 à 25 ans ont indiqué avoir essayé de se suicider au cours des douze mois précédant l'ESS 2017 (env. 900 tentatives de suicide

pour 100 000 habitants). Un quart des personnes concernées a, par ailleurs, admis n'avoir parlé à personne de cette tentative. Le taux de tentative de suicide dans la population en général (à partir de 15 ans) est un peu moins élevé: on dénombre environ 500 tentatives pour 100 000 habitants (0,5%). Cette différence n'est cependant pas significative d'un point de vue statistique.

Avant la tentative de suicide viennent les *pensées suicidaires*. D'après l'ESS 2017, environ 9,4% des 16–25 ans ont eu des pensées suicidaires au cours des deux semaines précédant l'enquête (env. 9400 pour 100 000 habitants de 16 à 25 ans), à proportion égale entre hommes et femmes. L'étendue des pensées suicidaires dans la population en générale (à partir de 15 ans) se situe à peu près au même niveau (env. 7800 pour 100 000 habitants).

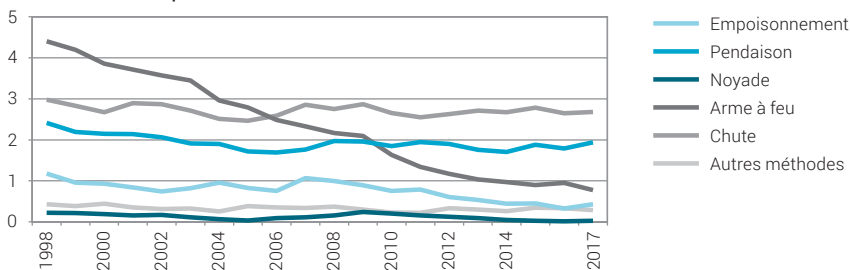
Méthodes de suicide

Entre 2013 et 2017, c'est-à-dire sur une période de cinq ans, 416 jeunes de 11 à 25 ans se sont suicidés. Le saut dans le vide est la méthode la plus utilisée (44,2%), suivie par la pendaison (30,3%), les armes à feu (13,7%), l'empoisonnement (6,7%) et la noyade (0,5%); les 4,6% restants ne sont pas précisément répertoriés et regroupés dans la catégorie «Autres méthodes». Par rapport aux femmes, les hommes se servent beaucoup plus souvent d'une arme à feu (17,6% vs 1,9%). Par conséquent, les autres méthodes de suicide sont proportionnellement plus souvent utilisées par les femmes que par les hommes (p. ex. pendaison: 34,0% vs 29,1% ou empoisonnement: 12,6% vs 4,8%).

Évolution des méthodes de suicide chez les 11 à 25 ans, 1998–2017

G5.3

Nombre de suicides pour 100 000 habitants



Remarque: il s'agit des moyennes mobiles pondérées sur 5 ans des taux de suicide bruts.

Source: OFS – Statistique des causes de décès 2017

© Obsan 2020

Au fil du temps, on observe un recul plus marqué des suicides par armes à feu (cf. graphique G5.3). Le taux a baissé, entre 1998 et 2017, de 4,94 à 0,78 suicides pour 100 000 habitants. On dénombre donc 6,4 fois moins de suicides par arme à feu qu'il y a 20 ans. De l'avis des spécialistes, ce recul est principalement dû à une moins grande accessibilité des armes à feu dans la population (Habenstein et al., 2013). Depuis 2003, la réforme Armée XXI est en particulier responsable de la baisse du taux (Reisch et al., 2013).

Résumé tentatives de suicide et suicides

Les problèmes psychiques font augmenter le risque de suicide. Selon les estimations de l'OMS au niveau mondial, une part importante des suicides est liée à des maladies psychiques (Krug et al., 2002), en particulier la dépression (Wolfersdorf, 2008). Au cours des 30 dernières années, le taux de suicide des 11–25 ans a diminué de moitié. En 2017, on comptait 6,4 suicides pour 100 000 habitants de ce groupe d'âge. En d'autres termes, cette année-là, 87 enfants, adolescents et jeunes adultes se sont suicidés. Néanmoins, le suicide reste une des causes de décès les plus fréquentes chez les adolescents et les jeunes adultes. Le taux de suicide des enfants et des adolescents en Suisse est plus élevé qu'en Allemagne.

5.4 Conclusions

Les données existantes ne permettent de tirer que peu de conclusions pertinentes sur la santé psychique des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse. Le résultat le plus manifeste est qu'une grande majorité d'entre eux présente un bon niveau de *bien-être*. Cela vaut aussi bien pour l'évaluation de l'état de santé général que pour celle de la qualité de vie. Dans l'ensemble, toutefois, les données ne permettent qu'une évaluation relativement superficielle du bien-être. On ne dispose de quasiment aucune données spécifiques sur les différentes facettes du bien-être, telles que la satisfaction face à la vie, le développement personnel ou l'autonomie.

L'appréciation des *troubles psychiques* et de l'*instabilité psychique* est plus difficile. Des données récentes sur les troubles spécifiques font défaut et la pertinence des données sur l'instabilité psychique varie fortement selon les groupes d'âge. Ainsi, on peut par exemple établir avec un bon degré de certitude qu'en 2017, au moment de l'enquête, entre 12 et 15% des 16–25 ans souffraient de symptômes dépressifs moyens à sévères. On ne dispose d'aucune information en la matière pour les 0–10 ans et les 11–15 ans. On sait en revanche qu'en 2018, un diagnostic médical de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) a été posé chez environ 4% des

14–15 ans. Pour les autres groupes d'âge, les informations sur le TDA/H sont limitées, voire inexistantes. Vu les données disponibles, on ne peut se faire qu'une représentation fragmentée de la santé psychique des enfants et des adolescents; il est donc impossible, à l'heure actuelle, de tirer des conclusions générales pour la Suisse. Des données épidémiologiques fiables sur la santé psychique des enfants, des adolescents et des jeunes adultes seraient utiles pour planifier sur une base objective les activités de prévention et les services de santé. Les données dont on dispose aujourd'hui sont insuffisantes. En 2017, l'Obsan a compilé les travaux empiriques et les rapports publiés en Suisse entre 2006 et 2016 sur la santé et les maladies psychiques des enfants et des adolescents (cf. von Wyl et al., 2017). Le bilan était le même qu'aujourd'hui: des chiffres actuels sur la prévalence des troubles psychiques des enfants et des adolescents au niveau national font défaut. Même les données sur la fréquence et la répartition de l'instabilité psychique ne sont disponibles que dans certains cantons, voire certaines villes, et concernent exclusivement les enfants en âge scolaire. On ne sait rien de la santé et des maladies psychiques des enfants en âge préscolaire, même si l'on part du principe que les troubles psychiques sont aussi fréquents dans la petite enfance que par la suite et qu'un dépistage précoce peut avoir un effet bénéfique sur l'évolution des problèmes.

Si l'on ne tient pas compte des résultats de l'étude *Swiss Preschoolers' Health Study (SPLASHY)*, qui a notamment porté sur l'instabilité psychique des 3–6 ans, et de l'étude *Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH)*, qui évalue la prévalence des symptômes de dépression, d'anxiété généralisée et de TDA/H chez les 17–22 ans grâce à des instruments d'évaluation, la situation n'a pas fondamentalement changé. On ne dispose que de peu de données représentatives à l'échelle nationale sur l'état de santé psychique des enfants et des adolescents. En outre, les données disponibles ne ciblent pas spécifiquement les troubles. Jusqu'à aujourd'hui, on s'est référé aux résultats de l'étude réalisée dans le canton de Zurich en 1994 et intitulée *Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP)* et des études longitudinales réalisées sur cette base, les *Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie (ZAPPS)*.

L'analyse présentée ici des données actuelles de l'ESS et de l'enquête HBSC n'est qu'une interprétation rudimentaire des chiffres sur la prévalence⁴. Pour pouvoir tirer des conclusions fondées sur la santé psychique des enfants et des adolescents et sur ses conséquences, il faut pouvoir disposer des résultats d'enquêtes représentatives réalisées régulièrement sur les thématiques de santé la psychique avec des instruments d'évaluation valables, fiables et adaptés à l'âge des personnes interrogées.

Dans plusieurs pays, des études longitudinales et transversales représentatives sur l'épidémiologie des troubles psychiques ou de l'instabilité psychique ainsi que sur les soins des enfants et des adolescents ont été menées dans le cadre du monitoring la

⁴ Notons ici que tant l'ESS que l'enquête HBSC couvrent un vaste champ thématique et qu'elles n'ont pas été conçues pour collecter des chiffres sur la prévalence dans le domaine de la santé psychique.

santé. Ce genre d'étude aide à planifier les mesures de prévention et de traitement. L'étude *Mental Health of Children and Young People (MHCYP)* réalisée en Grande-Bretagne, qui englobe les enfants dès deux ans et recense également la prise en charge en est un exemple. L'étude de cohorte transversale BELLA, menée en Allemagne (voir encadré au point 5.2), en est un autre.

5.5 Bibliographie

- APA [American Psychiatric Association] (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (2. korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- AWMF (2015). *Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k)*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Disponible sous: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-041.html
- Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (Eds.). (2008). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire*. Saint-Denis: Inpes.
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 42, 278–287.
- Bastine, R.H.E. (1998). *Klinische Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A.E., & Horwitz, S.M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 849–858.
- Bufferd, S.J., Dougherty, L.R., Carlson, G.A., Rose, S., & Klein, D.N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry* 169, 1157–1164.
- Buka, S.L., Monuteaux, M. & Earls, F. (2002). The epidemiology of child and adolescent mental disorders. In M.T. Tsuang & M. Tohen (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology* (2nd ed.; pp. 629–655). New York: Wiley.
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 60(8), 837–844
- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52, 1015–1025.
- Delgrande Jordan, M., & Eichenberger, Y. (2016) Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter (oblig. Schulzeit). In: M. Blaser, & F.T. Amstad (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Bericht 6*. Bern, Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Egger, H.L., & Emde, R.N. (2011). Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood: the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–IV, the Research Diagnostic Criteria – Preschool Age, and the Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood – Revised. *American Psychologist*, 66, 95–106.
- Ellert, U., Brettschneider, A. K., Ravens-Sieberer, U., & KiGGS Study Group. (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 57(7), 798–806.
- Erhart, M., Wille, N., & Ravens-Sieberer, U. (2009). Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In: M. Richter, & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Eschmann, S., Weber Häner, Y. & Steinhausen, H.-C. (2007). Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(4), 270–279.
- Fombonne, E. (2002). Case identification in an epidemiological context. In M. Rutter, & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4th ed.). Oxford: Blackwell.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1203–1211.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., . . . Nock, M. K. (2017). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Habenstein, A., Steffen, T., Bartsch, C., Michaud, K., & Reisch, T. (2013). Chances and limits of method restriction: a detailed analysis of suicide methods in Switzerland. *Archives of suicide research*, 17(1), 75–87.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., & KiGGS Study Group (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 57(7), 807–819.

- Holmbeck, G.N., Li, S.T., Schurman, J.V., Friedman, D., & Coakley, R.M. (2002). Collecting and managing multisource and multimethod data in studies of pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(1), 5–18.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope Jr, H.G., & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., . . . Barnekow, V. (2016). *Growingup unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 7.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., Costello, E.J., Georgiades, K., Green, J.G., Gruber, M. J., . . . Merikangas, K.R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 372–380.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43(2), 207–222.
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F., & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165, 402–407.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland-Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 37–45.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981–1986.
- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L., & Zwi, A.B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083–1088.
- Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779–85.
- Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schönbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: a national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 209–16.
- Launonen, E., Miettunen, J., Veijola, J., Karhu, M., Jones, P. B., & Isohanni, M. (2007). Outcome and its predictors in schizophrenia within the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *European Psychiatry*, 22(2), 129–136.
- Lauth, G.W. & Mackowiak, K. (2004). Unterrichtsverhalten von Kindern mit Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 158–166.
- Lavigne, J.V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H.J., Christoffel, K.K., & Gibbons, R.D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years, I: stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1246–1254.
- McGue, M., Iacono, W.G., & Krueger, R. (2006). The Association of Early Adolescent Problem Behavior and Adult Psychopathology: A Multivariate Behavioral Genetic Perspective. *Behavior Genetics*, 36(4), 591–602.
- Meister, B., & Böckelmann, C. (2015). Suizid und Schule. Prävention Früherkennung Intervention. Zürich: Bildungsdirektion Kanton Zürich & Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich.
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 903–918.
- OFs (2018). *Enquête suisse sur la santé 2017. Documentation des indices ESS17*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP. Informations générales sur les suicides et les tentatives de suicide. Disponible sous: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizide-und-suizidversuche.html> (consulté le 12.02.2020)
- OMS (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2014). *Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (24.08.2018). *Suicide*. Disponible sous: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Petermann, F. (2005). *Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. Kindheit und Entwicklung, 14*(1), 48–57.
- Petersen, D.J., Bilenberg, N., Hoerder, K., & Gillberg, C. (2006). The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*(2), 71–78.
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T., & Neuhauser, H. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3*(1). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Reef, J., Diamantopoulou, S., van Meurs, I., Verhulst, F. & van der Ende, J. (2009). Child to adult continuities of psychopathology: A 24-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*, 230–238.
- Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A., & Tschacher, W. (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. *American Journal of Psychiatry, 170*(9), 977–984.
- Riley, A.W. (2004). Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambulatory Pediatrics, 4*, 371–376.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R. & Xing, Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research, 41*(11), 959–967.
- Rüesch, P., & Maeder, N. (2010). *Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Systematische Review zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von psychosozialen Interventionen, Psychotherapie und Pharmakotherapie.* Fachstelle Gesundheitswissenschaften, ZHAW. Winterthur.
- Sass, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV.* Göttingen: Hogrefe.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Placentini, J., Davies, M., . . . & Regier, D. (1993). The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(3), 643–650.
- Schnyder, U., Milos, G., Mohler-Kuo, M., & Dermota, P. (2012). *Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz (en allemand) Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Schlussbericht Zürich, 7. Mai 2012.*
- Steinhausen, H.-C. (2016). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.* Deutschland: Elsevier, Urban & Fischer.
- Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2002). Seelische Gesundheit und psychische Probleme im Jugendalter: Verbreitung und Bedingungsfaktoren. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), *Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton.* Zürich: ISPM.
- Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: findings from the Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*(418), 20–23.
- Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2007). Continuity of functional-somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(5), 508–13.
- Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*(4), 262–71.
- Stübli, K., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Zysset, A.E., Leeger-Aschmann, C.S., . . . Munsch, S. (2018). Prevalence and predictors of behavioural problems in healthy Swiss preschool children over a one year period. *Child Psychiatry & Human Development, 50*(3), 439–448.
- Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry, 14*, 117–126.
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L., & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016.* (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., . . . Karwautz, A. F. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry, 26*(12), 1483–1499.
- Warnke, A., & Lehmkuhl, G. (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (4. Auflage).* Stuttgart: Schattauer.
- Wolfersdorf, M. (2008). Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 51*(4), 443–450.

06 Maladies chroniques et handicaps



Julia Dratva, Thomas Ballmer, Brigitte Gantschnig,
Susanne Grylka-Bäschlin, Sibylle Juvalta, Thomas Volken & Annina Zysset
Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)

Messages clés

- Selon les estimations, un cinquième des enfants, des adolescents et des jeunes adultes est soit porteur d'un risque pour la santé chronique, tel que le surpoids, soit souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap. La prévalence globale des maladies chroniques et des handicaps chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes n'est pas établie précisément.
- Plus de 5% des enfants, des adolescents et des jeunes adultes sont atteints d'une maladie chronique telle que rhinite atopique, neurodermite ou asthme, et entre 1% et 5% d'entre eux souffrent d'obésité, de cirrhose graisseuse chronique ou d'hypertension. Ils sont bien plus rares, moins de 0,1%, à développer un cancer, du diabète, de l'épilepsie ou la maladie cœliaque. Parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans, 5% sont en situation de handicap.
- Si certaines maladies chroniques, comme les maladies inflammatoires de l'intestin, touchent de plus en plus de personnes, d'autres, dont l'obésité, ont heureusement tendance à reculer.
- Les changements sociétaux influent sur la fréquence des maladies chroniques. Ainsi, on suppose que l'augmentation des cas de myopie observée sur le plan international est due à l'utilisation accrue d'appareils numériques et à une exposition réduite à la lumière du jour.
- Un accouchement par césarienne comporte des risques pour la santé de la mère et de l'enfant. En Suisse, 33% des enfants naissent par césarienne, un taux bien plus élevé que celui recommandé par les spécialistes.
- La composition de la société joue un rôle dans l'évolution de la prévalence des maladies en Suisse. Les bêta-thalassémies et la sphérocytose, sont des exemples de maladies héréditaires touchant plus fréquemment les personnes issues du bassin méditerranéen.
- Grâce aux registres médicaux, à des études représentatives et au dépistage néonatal, des données de bonne qualité sur la prévalence, l'évolution et le traitement de certaines maladies et de certains risques sont disponibles. Toutefois, les données sur les maladies chroniques et les handicaps des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse sont globalement incomplètes et elles ne sont que rarement réparties en fonction de déterminants de la santé tels que le niveau de formation ou le statut social, la nationalité ou le sexe.

6.1 Introduction

Les maladies chroniques et les handicaps représentent un défi à vie pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes touchés, mais aussi pour leur famille et pour la société. Les maladies chroniques et les handicaps s'accompagnent souvent de comorbidités et peuvent avoir un impact négatif considérable sur le bien-être psychique et physique; ils peuvent donc influencer lourdement sur la vie quotidienne (Barthel et al., 2018; Guh et al., 2009; Hanns et al., 2018; Secinti et al., 2017; Turkel & Pao, 2007). Selon l'évolution de la maladie et le besoin de traitement et de prestations de soutien, le fardeau de la maladie (*burden of disease*) au sein de ce groupe d'âge est donc conséquent pour la société.

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) réalisée en 2017 a montré que 6,1% des ménages interrogés abritaient au moins un enfant en situation de handicap âgé de 0 à 14 ans. L'OFS se base sur différentes statistiques pour estimer qu'environ 52 000 enfants sont en situation de handicap en Suisse. Il évalue, en outre, le nombre d'enfants de 0 à 14 ans vivant avec un handicap lourd à environ 8 000. La probabilité de handicap augmente avec l'âge de l'enfant et les garçons sont plus fréquemment touchés que les filles (OFS, 2019a).

L'ESS ne comporte pas de question spécifique sur les enfants souffrant de maladies chroniques. Elle demande seulement combien de personnes vivant au sein d'un ménage comprenant au moins un enfant sont dans un état de santé mauvais ou très mauvais. D'après l'enquête de 2017, 3,3% des ménages de Suisse sont concernés. En Allemagne, une étude représentative réalisée auprès d'environ 17 500 enfants et adolescents âgés de 0 à 18 ans conduit à des estimations de prévalence de maladies chroniques variant entre 7,7% chez les filles de 0 à 2 ans et 22,5% chez les garçons de 11 à 13 ans (Neuhauser et al., 2014). D'après les chiffres épidémiologiques exposés par la suite, la prévalence de maladies chroniques devrait être comparable en Suisse.

La prévalence d'une sélection de maladies chroniques et de handicaps est présentée ci-après pour la Suisse. Cette sélection reflète la volonté des auteurs de décrire des maladies de causes diverses touchant différents systèmes organiques, mais aussi de mettre en évidence l'hétérogénéité des données disponibles et d'aborder différentes thématiques relatives aux soins, à la prévention et à la politique de la santé. Parallèlement aux maladies et aux handicaps mentionnés, il en existe d'autres, qui ne sont pas moins importants ni moins douloureux et qui s'accompagnent de défis similaires au quotidien. Ce chapitre présente aussi, dans des encadrés, trois cas qui illustrent bien les multiples effets de la maladie sur la vie et l'environnement social de l'enfant.

Dans chaque sous-chapitre, les sujets sont classés par ordre de prévalence. Les tableaux T6.1 et tableau T6.2 en proposent un premier aperçu. Les données proviennent de publications scientifiques pertinentes, de bases de données scientifiques, mais aussi de littérature grise; d'autres données, collectées depuis l'an 2000, sont reprises de registres et de rapports nationaux ou cantonaux. La méthodologie et une vue d'ensemble de tous les résultats sont exposées en détail dans un rapport de l'Obsan (Dratva et al., 2020).

Fréquence des maladies chroniques, des risques de maladie et des handicaps, exemples tirés du présent chapitre

T 6.1

Maladies, risques de maladies et handicaps ¹	Prévalence (fourchette en fonction des études et de la tranche d'âge)	Données, source		Groupes d'âge auxquels se réfèrent les sources de données
Prévalence > 5%	Pourcentage (%)	Pays	Type	
Carence en iode (en dessous du seuil)	36%	CH	Monitoring de l'iode	6 à 12 ans
Surpoids (incl. obésité)	17,3%	CH	Monitoring de l'IMC	4 à 15 ans ³
	20,3% (H); 11,8% (F)	CH	ESS	15 à 24 ans
Myopie	11,9–49,7%	EU	Études ²	3 à 24 ans
Rhinite allergique/ rhume des foins	5,6–19,6%	CH	Études ²	5 à 16 ans
Neurodermite	8,0–17,2%	CH	Étude	5 à 16 ans
Asthme	6,0–10,3%	CH	Études ²	5 à 25 ans
	5,0% (H); 7,3% (F)	CH	ESS	15 à 24 ans
Prévalence 1 à 5%				
Maladie du foie chronique (stéatohépatite non alcoolique)	2,4–5,7%	EU	Études ²	1 à 19 ans
Obésité	3,5%	CH	Monitoring de l'IMC, ESS	4 à 15 ans ³
	5,1% (H); 3,0% (F)	CH	ESS	15 à 24 ans
Hypertonie	2,3% (H); 2,0% (F)	CH	Étude	11 à 13 ans
	2,3% (H); 0,7% (F)	CH	ESS	15 à 24 ans
Prévalence ≤ 1%	Nombre de cas pour 100 000			
Diabète sucré (diabète)	110–120	CH	Données sur les assurances (CH)	0 à 14 ans
	600–900	CH	ESS	15 à 24 ans
Maladie coeliaque	750	CH	Étude	11 à 18 ans
Épilepsie	700	EU	Données sur les assurances (D)	0 à 18 ans
Surdité et déficience auditive	500	INT	Estimation de l'OMS	0 à 15 ans
Cécité et déficience visuelle	300–700	CH	Étude	0 à 24 ans
Cancer	260 (H), 220 (F)	CH	Registre	0 à 14 ans
Paralysie cérébrale	190	CH	Étude	0 à 4 ans
Prévalence < 0.1%				
Arthrite juvénile idiopathique	80	CH	Registre	Enfants et adolescents
Sphérocytose héréditaire	20–50	EU	Étude	Adultes ⁴
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ⁵	19–26	CH	Études ²	1 à 18 ans

¹ Ordre défini selon l'estimation de prévalence la plus basse des études citées

² Principalement des études régionales

³ École obligatoire

⁴ La sphérocytose est une maladie congénitale

⁵ Maladie de Crohn, rectocolite hémorragique

CH = Suisse; D = Allemagne; EU = Pays européens; INT = Sources de données internationales; H = Hommes, F = Femmes

Fréquence des maladies chroniques, des risques de maladie et des handicaps à la naissance, exemples tirés du présent chapitre

T 6.2

Maladie ou risque de maladie à la naissance	Prévalence (fourchette en fonction de l'étude)	Données, source	Population à laquelle se réfèrent les sources de données
Pourcentage (%)			
Naissance par césarienne	32,2%	CH OFS	Nombre de naissances
Retard de croissance intra-utérine	11,70%	CH Études ¹	Nombre de naissances vivantes
Naissances prématurées	7% (1% 22–31 SG)	CH OFS	Nombre de naissances vivantes
Diabète gestationnel	2,8–10,9%	CH Études ¹	Nombre de grossesses
Pré-éclampsie	1,7–2,3%	CH Études ¹	Nombre de grossesses
Nombre de cas pour 100 000			
Malformations cardiaques congénitales	800	CH Registre EUROCAT	Nombre de naissances vivantes
Syndrome de Down (trisomie 21)	85–91	CH OFS/Registre EUROCAT	Nombre de naissances vivantes
Hypothyroïdie congénitale	30	CH Dépistage des nouveau-nés	Nombre de naissances vivantes
Fibrose kystique (mucoviscidose)	25	CH Dépistage des nouveau-nés	Nombre de naissances vivantes
Dystrophie musculaire (Duchenne)	16–19,5	EU Études ^{1,2}	Nombre de naissances vivantes
Spina bifida	8,6–19,4	CH Étude/OFS/Eurocat	Nombre de naissances vivantes
β-thalassémie	0,4	CH Réseau EU	Nombre de naissances vivantes

¹ principalement des études régionales

² données de 1993 à 1995, données de l'EU de 2016, prévalence: 3–9%

CH = Suisse, EU = Pays européens, SG = Semaine de gestation

© Obsan 2020

6.2 Troubles du métabolisme

Hypothyroïdie congénitale

L'hypothyroïdie congénitale, un apport insuffisant d'hormones thyroïdiennes à la naissance, est le trouble du métabolisme congénital le plus fréquent (American Academy of Pediatrics et al., 2006). Le développement normal du cerveau in utero et après la naissance dépend d'un apport adéquat en hormones thyroïdiennes. L'hypothyroïdie congénitale est la cause évitable la plus fréquente d'un retard mental (Szinnai, 2012). Dans le cadre du dépistage néonatal, qui recherche 13 maladies congénitales, la thyrostimuline (TSH, thyroid-stimulating hormone) de chaque enfant est mesurée (Rastogi & LaFranchi, 2010). Il existe des formes transitoires de production insuffisante d'hormones thyroïdiennes, par exemple le déficit en iode. Toutefois, il s'agit en général d'une hypothyroïdie congénitale primaire et permanente.

Le dépistage néonatal effectué en Suisse et au Liechtenstein indique une incidence de 1:3600 nouveau-nés (Kinderspital Zürich, 2018). Grâce aux diagnostics et aux traitements précoces, les séquelles sont rares. Sur le plan international, l'incidence est similaire et se situe entre 1:4000 et 1:2000 (American Academy of Pediatrics et al., 2006; Léger et al., 2014; Rastogi & LaFranchi, 2010).

Avec une incidence de 1:3600 nouveau-nés, l'hypothyroïdie congénitale est le trouble du métabolisme congénital le plus fréquent.

Carence en iode

L'iode est un élément essentiel pour les hormones thyroïdiennes. Une carence entraîne un dysfonctionnement de la thyroïde. Une étude datant de 2010 a montré qu'en Suisse l'excrétion d'iode était, chez plus d'un tiers des enfants et presque la moitié des femmes enceintes, inférieure aux valeurs recommandées par l'OMS (100 µg/l pour les enfants, 150 µg/l pour les femmes enceintes) (Andersson et al., 2010). Selon une étude plus récente de 2015, la médiane était de 88 µg/l (IQR: 45–171 µg/l) chez les femmes en âge de procréer et de 140 µg/l (IQR: 65–313 µg/l) chez les femmes enceintes. Ces valeurs sont au-dessous des valeurs seuils fixées par l'OMS. Chez les enfants d'âge scolaire, en revanche, la médiane – 137 µg/l (95% CI (131, 143) – se situait au niveau recommandé (Andersson & Herter-Aebli, 2018).

Diabète sucré (diabète)

Le diabète est une maladie caractérisée par l'incapacité du corps à réguler correctement le métabolisme des glucides et la glycémie par l'insuline. Un taux de sucre dans le sang trop élevé engendre des troubles à court terme, mais aussi des problèmes de santé sur le long terme.

Au niveau international comme en Suisse, une augmentation des diabètes de type 1 et 2 est observée, en particulier chez les enfants en bas âge.

Dans les cas de diabète de type 1, les cellules du pancréas, qui produisent l'insuline, sont détruites par le système immunitaire. Le diabète de type 2 est caractérisé par une résistance à l'insuline, souvent due à l'obésité. Le traitement du diabète sucré a beaucoup

évolué, surtout pour le type 1, au cours des 10 ou 20 dernières 10 ou 20 années et permet actuellement aux personnes touchées de mener une vie presque normale (Prahalad et al., 2018).

D'après les estimations de la caisse-maladie Helsana, la prévalence pour les types 1 et 2 en Suisse en 2011 et 2012 est de 110 à 120 cas pour 100 000 enfants; on peut en déduire qu'environ 2400 enfants âgés de 0 à 14 ans sont diabétiques (Obsan, 2015). L'étude nationale SOPHYA (2013) a relevé que 3 des 1500 participants de 6 à 16 ans étaient diabétiques; après extrapolation à l'échelle suisse, le résultat obtenu est de 200 cas pour 100 000 enfants et adolescents (Bringolf-Isler et al., 2016). Les données du registre EURODIAB, qui inclut la Suisse, indiquent des taux d'incidence en hausse dans la majorité des pays européens, une tendance confirmée dans d'autres études (Karvonen et al., 1999; Schoenle et al., 2001; OMS, 2018b). En Suisse, l'incidence du diabète de type 1 chez les 0–15 ans était de 7,9 pour 100 000 enfants sur la période 1991–1993; elle a par la suite doublé pour atteindre 13,3 pour 100 000 en 2009–2013 (Patterson et al., 2019). En 2013, 3200 cas de diabète de type 1 ont été enregistrés (Patterson et al., 2019). Depuis que l'ESS recueille des données sur ce sujet, la prévalence de diabète chez les 15–24 ans a toujours été inférieure à 1% (2017: 0,9% parmi les femmes et 0,6% parmi les hommes). Comme le diabète se déclare plus souvent à l'âge adulte ou à un âge avancé et qu'il s'agit d'une maladie chronique, la prévalence actuelle dans la population entre 15 et 75 ans est de 4% (OFS, 2018a).

Fibrose kystique (mucoviscidose)

La fibrose kystique fait partie des maladies héréditaires les plus fréquentes en Suisse. Ce trouble du métabolisme congénital, caractérisé par un dysfonctionnement des glandes responsables de la sécrétion et des mucosités, se manifeste si les deux parents possèdent le gène en question (maladie autosomale récessive). En Suisse, on estime que 4% de la population est porteuse du gène. Pour la fibrose kystique classique, environ 10% des enfants présentent les premiers symptômes cliniques associés dès la naissance. Pendant l'enfance et l'adolescence, les patients souffrent principalement d'inflammations récurrentes des bronches et des poumons (bronchites et pneumonies chroniques) ou de maladies consécutives du cœur ou du pancréas et d'hépatites. Environ 5% des patients vivant actuellement avec la fibrose kystique en Suisse ont subi une transplantation des poumons et 0,5%, une transplantation du foie (ECFS Report 2015).

En Suisse, entre 25 et 37 enfants pour 100 000 naissances par année sont atteints de fibrose kystique. Grâce au diagnostic précoce et au succès thérapeutique, l'espérance et la qualité de vie augmentent constamment.

Les thérapies actuelles ont permis d'accroître considérablement les chances de survie des enfants : chez ceux nés après l'an 2000, on peut s'attendre à une durée médiane de vie de 50 ans (Paediatrica 2008). Depuis 2011, la fibrose kystique est incluse dans le dépistage néonatal. Les centres de la mucoviscidose transmettent leurs données au European Cystic Fibrosis Society Patient Registry depuis 2015. Le nombre d'enfants qui naissent chaque année avec cette maladie est en baisse. On comptait 25 cas pour 100 000 nouveau-nés en 2017, et 37 en 2011.

Parmi les 966 cas de fibrose kystique déclarés en 2015 en Suisse, environ la moitié était âgée de moins de 18 ans (ECFS Report 2015). L'âge médian au moment du diagnostic est de six mois (âge moyen : 2,7 ans) ; 15% de tous les patients vivants ont été diagnostiqués dans le cadre du dépistage néonatal (ECFS Report 2015). En ce qui concerne la prévalence de la fibrose kystique, le diagnostic, le traitement et l'espérance de vie, la Suisse a des valeurs comparables aux pays européens (ECFS Report 2015).

6.3 Surpoids et obésité

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque de maladies non transmissibles. Comme le poids corporel demeure souvent relativement stable jusqu'à l'âge adulte (Chung et al., 2018), ce facteur de risque mérite une attention soutenue durant l'enfance déjà. Les conséquences de l'obésité sur la santé apparaissent rapidement : il s'agit notamment de l'hypertension artérielle, du diabète, de problèmes articulaires, à quoi s'ajoute l'absentéisme scolaire (Apovian, 2016; Chan & Chen, 2009). L'obésité joue également un rôle considérable dans l'apparition d'une stéatohépatite non alcoolique (Mann et al., 2018), la maladie du foie chronique la plus fréquente chez les enfants et les adolescents (Anderson et al., 2015). En Suisse, la prévalence de la stéatohépatite non alcoolique est inconnue; en Europe, elle s'élève à 5,7% (Anderson et al., 2015).

Depuis 2010, la prévalence du surpoids et de l'obésité est restée stable en Suisse, mais un recul a pu être observé à l'école primaire et secondaire.

Les données les plus récentes du monitoring de l'indice de masse corporelle (IMC) relevées à Bâle, Berne et Zurich durant l'année scolaire 2017–2018 indiquent que 17,3% des écoliers, de l'école enfantine au niveau secondaire, étaient en surpoids ou obèses (Stamm et al., 2019).

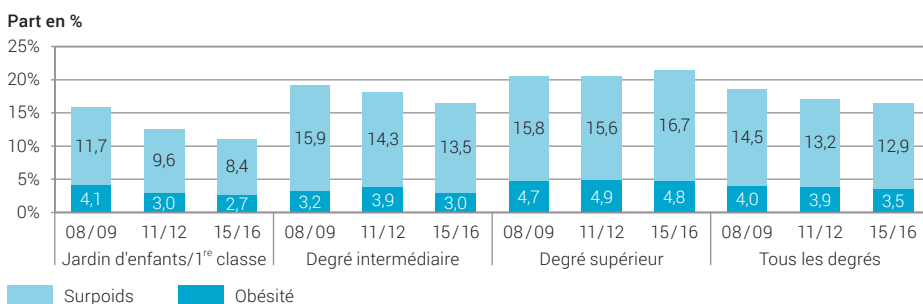
La prévalence de l'obésité est différente selon l'âge ou le degré scolaire des enfants, et elle augmente avec l'âge (graphique G 6.1). En outre, les enfants issus de la migration sont plus souvent en surpoids que les enfants non issus de la migration (22,1% vs 15,3%).

On constate, par ailleurs, que le statut de formation des parents est plus étroitement lié au surpoids des enfants que la nationalité (Stamm et al., 2017; Stamm et al., 2019). Les données de l'ESS 2017 montrent que 20,3% des hommes âgés de 15 à 24 ans sont en surpoids et que 5,1% d'entre eux sont obèses. Parmi les femmes du même âge, 11,8% sont en surpoids et 3,0% sont obèses (OFS, 2017).

En comparaison avec les données européennes, la part d'enfants et d'adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité est basse en Suisse, ce qui est réjouissant (OMS, 2018a; Wijnhoven et al., 2014).

Proportion d'enfants en surpoids et obèses par niveau scolaire pour les années scolaires 2008/09, 2011/12 et 2015/16

G 6.1



Source: Stamm et al. (2017) (adapté)

© Obsan 2020

6.4 Maladies cardiovasculaires

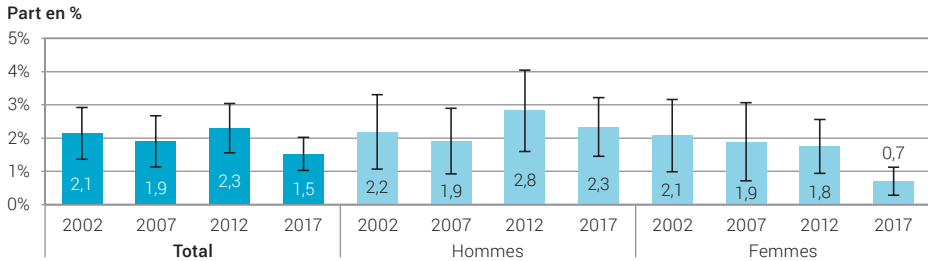
Hypertension artérielle primaire (hypertonie)

L'hypertension primaire est une maladie très courante à l'âge adulte, mais elle peut également se manifester pendant l'enfance et l'adolescence. La tension artérielle est rarement prise durant les visites médicales scolaires en Suisse. Bien qu'on ne dispose d'aucune donnée à l'échelle nationale sur l'hypertension chez les enfants et les adolescents, des affirmations approximatives sur sa prévalence peuvent être faites sur la base de diverses sources. Par exemple dans le canton de Vaud, on obtient les données suivantes sur la prévalence de l'hypertension chez les 11–13 ans: 2,3% des garçons et 2,0% des filles sont concernées (Chiolero et al., 2007). Les données récoltées auprès des médecins scolaires dans le canton de Zurich indiquent une prévalence stable (Adebusoye et al., 2017). La méthode de mesure ne permet toutefois qu'un diagnostic de suspicion, et la prévalence est probablement surestimée. Les études réalisées dans les écoles européennes prouvent, d'une part, la faisabilité de cet examen dans le contexte scolaire et,

d'autre part, de fortes variations de la prévalence entre pays: 0,9% en Grèce (6–18 ans, [Nika et al., 2019]), 4,9% en Pologne (7–19 ans, [Ostrowska-Nawarycz & Nawarycz, 2007]) et 2,5% en Hongrie (Katona et al., 2011). Les données de l'ESS indiquent des valeurs de prévalence stables chez les 15–24 ans (graphique G6.2).

Prévalence de l'hypertension¹ chez les 15 à 24 ans

G6.2



┆ Intervalle de confiance (95%)

¹ l'hypertension est définie sur la base de la prise de médicaments et de l'indication d'un diagnostic d'hypertension

Source: ESS 2002, 2007, 2012, 2017

© Obsan 2020

Malformations cardiaques congénitales

Les malformations cardiaques congénitales sont une maladie lourde. Elles contribuent largement à la mortalité périnatale, c'est-à-dire au décès dans la semaine suivant la naissance (tableau T6.3). Le Registre européen des malformations congénitales (EUROCAT <http://www.eurocat-network.eu>) estime la mortalité périnatale due aux malformations

Fardeau de la maladie dû à une malformation cardiaque congénitale, estimé pour 100 000 personnes-années, par groupe d'âge, 2016

T6.3

Âge	DALY	YLD	YLL	Prévalence
0–6 jours	322 646	281	322 365	2 889
7–27 jours	23 807	256	23 552	2 867
28–364 jours	3 311	241	3 070	2 728
1–4 ans	490	200	290	2 305
< 5 ans	2 562	208	2 354	2 394

DALY=Disability Adjusted Life Years (espérance de vie corrigée de l'incapacité), YLD=Years Lived with Disability (années vécues avec un handicap), YLL=Years of Life Lost (années de vie perdues)

Source: Zysset et al. (2019)

© Obsan 2020

congénitales à 0,93 pour 1000 naissances pour la période 2008–2012. Les malformations cardiaques sont les malformations congénitales les plus fréquentes; elles peuvent être d'origine génétique (env. 30% des cas), mais aussi dues à une infection virale ou à la prise de certains médicaments pendant la grossesse, ou causées par une maladie chronique (Sologashvili et al., 2017).

En Suisse, la incidence des malformations cardiaques est actuellement d'environ 8 cas pour 1000 naissances vivantes (Sologashvili et al., 2017) et est comparable aux données européennes (EUROCAT, 2019). Un quart des cas est diagnostiqué avant la naissance (Arlettaz & Bauersfeld, 2005). La moitié des cas nécessite une intervention chirurgicale (Sologashvili et al., 2017). Un registre des malformations cardiaques congénitales est en cours d'élaboration (<https://www.kinderherzforschung.ch/projekte>).

6.5 Asthme, maladies atopiques et maladies auto-immunes

Asthme et rhume des foins (rhinite allergique)

L'asthme, défini comme un rétrécissement important des bronches (obstruction), est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes pendant l'enfance et l'adolescence. Dans environ 70% des cas, il se manifeste pour la première fois avant la cinquième année de vie (Bitzer et al., 2009). Certaines circonstances durant les premières années, notamment le tabagisme des parents, une naissance prématurée ou la pollution de l'air, ont une grande influence sur la santé pulmonaire pendant l'enfance et tout au long de la vie (Bobolea et al., 2018; Dratva et al., 2016; Martinez, 2009). L'asthme allergique est ce qu'on appelle une maladie atopique, tout comme la neurodermite et le rhume des foins (rhinite allergique). Ces maladies sont liées à une tendance héréditaire à développer des réactions d'hypersensibilité. Alors que l'asthme et la neurodermite peuvent se normaliser ou se neutraliser, les autres maladies allergiques tendent généralement à s'aggraver au cours de la vie (tableau T 6.4).

En Suisse, l'asthme est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes pendant l'enfance et l'adolescence.

Le relevé basé sur la population d'enfants et d'adolescents le plus étendu et le plus représentatif pour la Suisse sur l'asthme et les maladies atopiques est la *Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with Respect to Air Pollution, Climate and Pollen* (étude SCARPOL) (Braun-Fahrlander et al., 2004; Grize et al., 2006).

Les garçons sont légèrement moins touchés que les filles par l'asthme, dont la fréquence augmente significativement chez les enfants exposés à la fumée passive ou à

Prévalence à vie de l'asthme, du rhume des foies et de la neurodermite, après diagnostic médical, en pourcent

T 6.4

	Asthme	Rhume des foies	Neurodermite
SCARPOL 2001¹	%	%	%
5–6 ans	7,5	15,6	17,2
13–14 ans	10,3	18,8	–
SOPHYA 2015²	%	%	%
6–16 ans	7,7	14,2	8,0

¹ prévalence rapportée par les parents (non ajustées)

² prévalence rapportée par les parents (pondérés par région linguistique)

Sources: Braun-Fahrländer et al. (2004); Grize et al. (2006); Bringgolf et al. (2016)

© Obsan 2020

une forte pollution atmosphérique (Grize et al., 2006). Dans l'étude représentative la plus récente, Swiss children's Objectively measured Physical Activity (SOPHYA), qui analyse les comportements en matière d'activité physique, les parents rapportent une prévalence de l'asthme de 7,7% pour le groupe d'âge des 6–16 ans (Bringgolf et al., 2016) (tableau T 6.4). L'ESS 2017 indique une prévalence de l'asthme de 6% chez les 15–24 ans et une fréquence de diagnostic plus élevée chez les femmes (7,3%) que chez les hommes. Les diagnostics allergiques sont mentionnés trois fois plus souvent par ce groupe d'âge (22%).

Anna a de l'asthme

Elle a douze ans lors de sa première crise d'asthme, qui se manifeste pendant un cours d'éducation physique sur le terrain de sport, au printemps. Elle fait un sprint. Soudain, sa poitrine se contracte, sa respiration devient sifflante et elle a le souffle court. Sa pédiatre l'envoie chez un spécialiste. Après un examen des fonctions pulmonaires et des tests d'allergie, le diagnostic est rapidement posé: asthme allergique. Anna est allergique au pollen de bouleau. Son père avait également eu de l'asthme pendant son enfance, mais n'a plus eu de symptômes depuis la puberté. Anna fait deux inhalations par jour, ce qui est pénible. Si elle a de la peine à respirer, elle peut utiliser un spray pour ouvrir ses voies respiratoires. Depuis, les crises sévères sont rares. En hiver, lorsque les chauffages sont tous allumés, sa peau réagit, elle est irritée et démange. Des crèmes spécifiques soulagent cet eczéma allergique.

Une fois, elle a eu une grave crise d'asthme à l'école. Elle a été transportée aux soins intensifs. Depuis, elle ne veut plus participer aux camps avec sa classe. Pour l'aider, la pédiatre a pris le temps de lui réexpliquer, ainsi qu'à ses parents, les causes d'une crise grave et les mesures d'urgence. Le médecin scolaire a donné des instructions à

l'enseignante. Entre-temps, Anna a repris confiance et participe de nouveau volontiers aux cours d'éducation physique et aux excursions. Le pneumologue pour enfants qui la suit lui recommande de pratiquer une activité sportive régulière et lui parle des camps de sport de la Ligue pulmonaire suisse. Elle apprend en compagnie d'autres enfants asthmatiques ce à quoi elle doit veiller lorsqu'elle pratique un sport. Là, elle entend parler du club d'aviron pour asthmatiques. Cela serait bien, mais l'offre n'existe pas dans sa ville. En grandissant, Anna prend de plus en plus de responsabilités vis-à-vis d'elle-même et de sa maladie. Cela n'est pas toujours facile pour elle, ni pour ses parents. Anna se sent toujours bien chez sa pédiatre et préfère repousser le passage vers un médecin pour adulte le plus longtemps possible.

Elle se demande si ses enfants auront également de l'asthme. Elle aimerait aussi savoir si elle devra prendre des médicaments pendant toute sa vie. Elle se préoccupe de son choix professionnel. Elle discute avec un conseiller en orientation pour savoir si le métier de laborantine, son rêve, est compatible avec sa maladie. De nombreuses questions restent sans réponse.

Maladie cœliaque

La maladie cœliaque est une inflammation de l'intestin causée par une réaction immunitaire au gluten dans l'alimentation chez les personnes prédisposées génétiquement (Garnier-Lengliné et al., 2015). Le diagnostic de maladie cœliaque est confirmé par une biopsie intestinale (échantillons de la muqueuse) et s'accompagne d'une mortalité élevée si elle n'est pas traitée (Rubio-Tapia et al., 2009). Les symptômes peuvent être très variés (Keller, 2003).

Les données d'étude laissent supposer une prévalence en Suisse de tout juste 1% d'enfants atteints de la maladie cœliaque.

Pour la maladie cœliaque symptomatique, on ne dispose que de données anciennes datant de 1982 (Van Stirum et al., 1982). Des études régionales plus récentes (Rutz et al., 2002) ont recherché parmi des élèves de niveau secondaire dans le canton de St-Gall des cas de maladie cœliaque asymptomatique ou peu symptomatique et ont obtenu une prévalence de 750 sur 100 000 élèves. Au niveau international, les taux de prévalence varient fortement selon les zones géographiques et les groupes d'âge, notamment parce que l'exposition au gluten et les dispositions génétiques sont très différentes (Marin et al., 2011). Cela signifie que les données européennes ne peuvent être utilisées à des fins de comparaison que de manière limitée pour combler le manque de données de prévalence représentatives et fiables en Suisse (Brunner & Spalinger, 2005).

Arthrite juvénile idiopathique

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est une maladie articulaire chronique qui apparaît avant l'âge de 16 ans, dure au minimum six semaines et dont la cause est inconnue (Petty et al., 2004). Selon la forme de la maladie, les signes cliniques sont notamment des inflammations des articulations, de la fièvre, une atteinte de la peau et des douleurs (Minden & Niewerth, 2008).

En Suisse, environ 80 enfants et adolescents sur 100 000 souffrent d'arthrite juvénile idiopathique.

En Suisse, le Swiss Pediatric Rheumatology Registry existe depuis 2004. Entre 2004 et 2012, le registre a recensé 4631 patients, avec un âge moyen d'apparition de la maladie de 7,8 ans. En s'appuyant sur ces chiffres, le registre a mesuré une prévalence pour les enfants et les adolescents de Suisse de 80 sur 100 000 et une incidence de 10 sur 100 000 (Roethlisberger et al., 2015). En outre, on observe que la prévalence en Suisse varie selon les régions et que les filles ont presque deux fois plus de risques de développer une arthrite rhumatoïde que les garçons. Les taux de prévalence suisses sont nettement plus élevés que les taux relevés en Europe (Thierry et al., 2014).

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin: maladie de Crohn et rectocolite hémorragique

La maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique sont les deux formes les plus fréquentes des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Chez 25% des personnes touchées par une MICI, la maladie se manifeste déjà pendant l'enfance ou l'adolescence (Benchimol et al., 2011). Diverses causes de MICI sont connues, telles que les processus immunologiques, les facteurs environnementaux et les prédispositions génétiques (Juillierat et al., 2008). Un début précoce de la maladie de Crohn (<10 ans) est deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles (Herzog et al., 2017). De manière générale, la maladie s'aggrave avec l'âge (Pittet et al., 2009). Les patients atteints de MICI souffrent très souvent (78% des cas) d'une comorbidité au minimum (Bähler et al., 2017). Les jeunes atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ont nettement plus de risques d'être atteints d'un cancer que ceux qui développent plus tard la maladie (Olén et al., 2017).

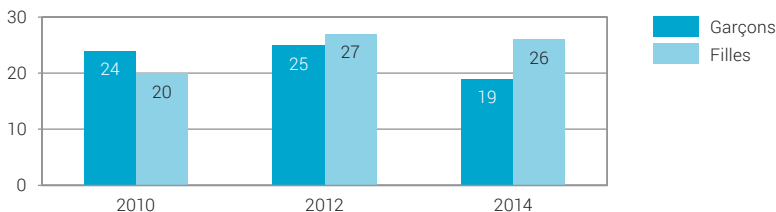
En Suisse, l'incidence des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin augmente.

Globalement, la qualité des données sur les MICI touchant les enfants et les adolescents en Suisse est bonne. En se basant sur les données des assurances (graphique G 6.3), il a été possible d'extrapoler la prévalence de MICI chez les enfants et les adolescents de 1 à 17 ans (Bähler et al., 2017). Entre 2010 et 2014, les chiffres indiquent une hausse chez les filles et un recul chez les garçons (Bähler et al., 2017). La prévalence est plus élevée en Suisse allemande et dans les zones urbaines. Le statut d'assuré privé est associé à une prévalence plus élevée (Bähler et al., 2017). Alors que les données des assurances-maladies montrent une prévalence stable jusqu'en 2014 (graphique G 6.3), l'étude *Swiss inflammatory bowel diseases cohort study* (SIBDCS) indique des chiffres en hausse. Cette cohorte inclut depuis 2008 les cas pédiatriques et confirme l'incidence globale en hausse des MICI chez les enfants et les adolescents. Ainsi, entre 1980 et 1989, 28 patients âgés de moins de 18 ans ont été répertoriés avec la maladie de Crohn, entre 1990 et 1999, ils étaient 42 et entre 2000 et 2009, 110, presque trois fois plus. Toutefois, cette augmentation peut être rapportée, du moins en partie, à une meilleure sensibilisation et à davantage de tests (Braegger et al., 2011).

Prévalence des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin chez les enfants de 1 à 17 ans en Suisse

G 6.3

Nombre de cas pour 100 000 habitants



Source: Bähler et al (2017)

© Obsan 2020

Des analyses de séries temporelles ont indiqué que l'incidence a augmenté à l'échelle mondiale, mais s'est stabilisée en Europe. Elle est en hausse notamment dans les régions d'Asie, du Proche-Orient et d'Afrique (Sýkora et al., 2018).

Andreas a la maladie de Crohn

Il était âgé de douze ans lorsque son développement a soudainement été différent de celui de ses camarades. Alors que les autres garçons de sa classe ont connu une poussée de croissance, lui n'a plus grandi. À 13 ans, ses parents l'ont fait examiner par le pédiatre, car il se plaignait souvent de maux de ventre. Il avait perdu du poids et n'allait pas bien psychiquement. Comme il était devenu le plus petit de sa classe, il était souvent la cible de moqueries.

Le pédiatre a détecté une valeur élevée indiquant une inflammation dans le sang. Comme l'anamnèse faisait suspecter une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, le médecin a recommandé un examen de l'épithélium intestinal. Il en est ressorti que plusieurs parties de l'intestin étaient enflammées; il s'agit de symptômes typiques de la maladie de Crohn.

Aujourd'hui, Andreas a 17 ans et va au gymnase. Sa maladie progresse par à-coups. Parfois, il ne la remarque pas, et ensuite, elle revient avec force. S'il a des crampes intestinales, Andreas doit aller très souvent aux toilettes, entre 10 et 20 fois; et il y a du sang dans les selles. En raison de ces hémorragies, il est souvent fatigué et démotivé. Il a des difficultés à se concentrer à l'école. Son professeur est au courant, mais pas ses camarades. Andreas a honte. Sa maladie retarde sa puberté. Andreas aimerait bien sortir avec des filles, mais il est trop timide. Il ne s'aime pas et n'aime pas son corps. Pendant une phase aigüe, il se retire et préfère rester seul. Sa mère se fait du souci, car il a peu d'amis. Elle lui a suggéré d'intégrer une association sportive. Le médecin leur a dit que pratiquer un sport, avec modération, avait un effet positif sur la maladie.

Andreas sait que sa maladie est incurable. Les possibilités de traitement consistent en différentes thérapies médicamenteuses. Ce sont les corticostéroïdes qui fonctionnent le mieux chez Andreas. Cependant, l'arrêt de la croissance est un effet secondaire possible. Andreas a modifié son alimentation avec l'aide d'une diététicienne et va une fois par mois chez une psychologue. Ce rendez-vous l'aide à améliorer son image de lui et à s'accepter. Les poussées de la maladie resteront un obstacle dans sa vie professionnelle et familiale. En outre, il a plus de risques de développer un cancer de l'intestin, c'est pour cela qu'il doit subir une coloscopie de contrôle tous les un à deux ans.

6.6 Maladies neurologiques

Épilepsie

L'épilepsie regroupe différents tableaux cliniques qui touchent le système nerveux. Elle fait partie des maladies les plus fréquentes chez les enfants et les adolescents (Freitag et al., 2001). L'incidence de l'épilepsie est plus élevée chez les petits enfants et les enfants ainsi que chez les seniors que dans les autres groupes d'âge (Fiest et al., 2017). Les différents types de crise, les transitions d'une forme de maladie à l'autre et la distinction avec les convulsions fébriles compliquent l'estimation de la prévalence de l'épilepsie (Cowan, 2002). En outre, il n'est pas rare que l'épilepsie se «normalise» au cours de l'enfance.

La dernière étude suisse sur l'incidence a été réalisée dans les années 1990 dans le canton de Genève (Jallon et al., 1997), et les chiffres relevés sont de 71 pour 100 000 enfants de 0 à 10 ans et de 66,6 pour 100 000 adolescents. Les données de prévalence européennes se situent entre 320 et 510 pour 100 000 enfants et adolescents de moins de 20 ans (Forsgren et al., 2005). Le rapport allemand sur les enfants et les adolescents datant de 2018 (Greiner et al., 2018) s'appuie sur des données d'assurance pour indiquer qu'en 2016, sur une période de prévalence de douze mois, 700 cas pour 100 000 enfants et adolescents ont été recensés.

L'épilepsie est une maladie relativement fréquente durant l'enfance et l'adolescence, mais des données récentes font défaut en Suisse.

Paralysie cérébrale

La paralysie cérébrale regroupe plusieurs maladies du développement de l'enfant due à des lésions au cerveau avant, pendant ou après la naissance (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2000). Elle touche le développement et, en particulier, les fonctions motrices, cérébrales, urogénitales et reproductives, mais aussi sensorielles (Rosenbaum et al., 2007). La paralysie cérébrale est l'une des maladies infantiles entraînant un handicap physique les plus fréquentes.

Il n'existe actuellement aucune étude sur la prévalence pour l'ensemble de la Suisse. Un registre de la paralysie cérébrale est en cours d'élaboration (A. Tscherter, communication personnelle, 5 février 2019). Une étude réalisée dans le canton de St-Gall entre 1995 et 2009 chez les enfants de 0 à 4 ans a indiqué une prévalence de 190 sur 100 000 personnes (Forni et al., 2018). En Europe, selon le registre européen pour la paralysie cérébrale (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, SCPE), la prévalence est de 222 pour 100 000 personnes (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2000).

Alma est atteinte de paralysie cérébrale

Alma avait six mois lorsque ses parents ont remarqué que son développement était très différent de celui de sa grande sœur. Le pédiatre a recommandé Alma à un neuropédiatre. Ce dernier a constaté des réflexes accentués, une force limitée et des troubles des mouvements actifs, des signes typiques de paralysie cérébrale. La cause la plus fréquente est un manque d'oxygène peu avant, pendant ou après la naissance. Dans le cas d'Alma, le clampage du cordon ombilical à la naissance et le manque d'apport en oxygène engendré sont probablement en cause. Alma a maintenant cinq ans. Elle fréquente l'école enfantine du village et est accompagnée par une éducatrice spécialisée. Ses parents ont dû beaucoup s'investir pour intégrer Alma dans l'école enfantine avec les enfants du voisinage. Les autorités scolaires compétentes avaient réservé une place pour Alma à l'école enfantine pour enfants atteints de paralysie cérébrale située dans la ville la plus proche, à 20 kilomètres. Cependant, Alma se sent bien dans l'école enfantine du village. Elle remarque qu'elle est différente des autres enfants. D'une part, parce qu'elle porte une attelle à la jambe, qu'elle a besoin d'un déambulateur pour marcher et qu'elle est malhabile pour dessiner et faire du bricolage et, d'autre part, parce qu'elle porte encore des couches-culottes. Elle est triste lorsque les autres enfants se moquent d'elle. Mais elle a aussi beaucoup d'amis, car elle est joyeuse, sociable et pleine de fantaisie. Parallèlement à l'école, Alma a rendez-vous deux fois par semaine pour une séance d'ergothérapie ou de physiothérapie. Elle s'exerce aux activités quotidiennes : s'habiller, jouer, faire du bricolage et marcher. Elle a également des rendez-vous réguliers chez l'orthopédiste et en neuropédiatrie. Elle n'a pas besoin de médicaments, sauf parfois une injection de toxine botulique dans la jambe par la neuropédiatre, nécessaire pour détendre la musculature de la jambe et lui permettre de marcher plus aisément.

Les parents d'Alma se sentent bien soutenus par les différents spécialistes et constatent qu'Alma fait des progrès. Ils savent aussi qu'elle ne peut pas guérir. Ses limites vont subsister à l'adolescence et à l'âge adulte. Ils se préoccupent de son parcours scolaire et professionnel ; elle devrait pouvoir être autonome. La paralysie cérébrale touche Alma, mais aussi toute sa famille. L'inquiétude pour Alma, l'attitude et les valeurs morales des autres et de ceux qui prennent des décisions vis-à-vis de leur enfant en situation de handicap demande souvent beaucoup d'énergie aux parents. La mère d'Alma souffre de dépression et suit une psychothérapie une fois par mois. La grande sœur se sent parfois mise à l'écart. Par ailleurs, les coûts sont élevés et seulement en partie couverts par l'assurance-invalidité. Ils ont, par exemple, dû transformer leur maison pour qu'Alma puisse se déplacer librement avec son déambulateur. La famille d'Alma fait partie d'un groupe d'entraide pour les familles d'enfants atteints de paralysie cérébrale. Elle y trouve un soutien pour gérer la vie avec un enfant en situation de handicap et pour pouvoir participer à la vie en société le plus normalement possible.

6.7 Maladies congénitales et handicaps

Troubles de la vision, déficience visuelle et cécité

Le trouble de la vision le plus répandu chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes est la myopie. En règle générale, il peut être bien traité par le port de lunettes ou de lentilles de contact, par une correction chirurgicale au laser ou par des implants et ne fait donc pas partie des déficiences visuelles. En Suisse, il n'existe pour le moment pas d'étude épidémiologique sur la prévalence de la myopie. Au niveau international, les données oscillent entre 11 et 49% des personnes âgées entre 6 et 29 ans (Logan et al., 2011; Rudnicka et al., 2010; Schuster et al., 2017; Villarreal et al., 2000; Williams et al., 2015). L'étude allemande KiGGs (2003–2006), qui documente une hausse des cas de myopie, montre une prévalence plus élevée chez les filles que chez les garçons (garçons: 2,4% des 3–6 ans, 20,5% des 14–17 ans; filles: 2,1% et 29,7%). Schuster et al. (2017) ont pu démontrer que, chez les 11–17 ans, la pratique d'un sport a un effet favorable sur la myopie. Ils n'ont relevé aucun lien entre la myopie et le statut social, l'origine migratoire ou le temps passé devant la télévision ou l'ordinateur.

Les déficiences visuelles sont réparties sur cinq degrés en fonction de leur gravité dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). La déficience visuelle la plus grave se caractérise par une acuité visuelle de 5% ou moins, mais de plus de 2%. Si l'acuité visuelle est inférieure à 2%, la personne est considérée comme aveugle.

La prévalence de la cécité et de la déficience visuelle chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes est inférieure à 1%.

Une étude de l'Union centrale suisse pour le bien des aveugles réalisée en 2012 estime que 4,1% de la population, c'est-à-dire 325 000 personnes, vivent avec une déficience visuelle et qu'environ 10 000 d'entre elles sont aveugles (Spring, 2012). D'après cette étude, la prévalence chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes est inférieure à 1%: 0,3% chez les 0–4 ans et 0,7% chez les 20–24 ans. Une méta-analyse sur la prévalence globale de la cécité et de la déficience visuelle (Bourne et al., 2017) basant ses résultats sur la classification CIM-10 suggère que les prévalences spécifiques en fonction de l'âge des enfants et des adolescents en Suisse sont jusqu'à 50% plus basses que celles calculées par Spring et al (2012).

Surdité et défiance auditive

On parle de surdité lorsque la perception des bruits et des sons est inexistante ou minime. D'un point de vue clinique, il s'agit d'une perte auditive bilatérale de 40 dB ou plus. 40 dB correspondent plus ou moins aux bruits ambiants d'une zone résidentielle. Chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes concernés, on parle dans ce cas au minimum de défiance auditive modérée. En Suisse, un test de l'audition est réalisé sur presque tous les nouveau-nés depuis 1999 (Cao-Nguyen & Guyot, 2009). Les études épidémiologiques sur la surdité et la défiance auditive des enfants, des adolescents et des jeunes adultes sont cependant très peu nombreuses. La Fédération suisse des sourds estime qu'environ 10 000 personnes sont totalement sourdes en Suisse (SGB-FSS, 2019).

En Suisse, l'incidence d'une perte auditive bilatérale de 40 dB ou plus est de 170 pour 100 000 nouveau-nés.

L'incidence d'une surdité bilatérale clinique est de 170 pour 100 000 nouveau-nés à l'échelle nationale, mais les différences régionales sont importantes (Cao-Nguyen & Guyot, 2009).   l'hôpital universitaire de Zurich, par exemple, l'incidence mesurée entre 2005 et 2010 était de 120–140 nouveau-nés présentant une surdité clinique pour 100 000 naissances (Metzger et al., 2013). La surdité peut également se manifester au cours de l'enfance ou s'aggraver par la suite. Parmi les causes, on compte notamment les inflammations récurrentes de l'oreille moyenne et l'exposition au bruit (voir le chapitre Santé physique et le développement).

Trisomie 21 (syndrome de Down)

La trisomie 21 est l'anomalie chromosomique la plus fréquente et la cause la plus répandue de retard mental chez l'être humain. L'espérance de vie des personnes trisomiques est de 50 ans. Environ 45% des personnes touchées souffrent de malformation cardiaque (Gillissen-Kaesbach & Hellenbroich, 2019). Entre 38 et 78% d'entre elles ont des problèmes d'ou ie. Le risque de développer d'autres maladies telles que le diabète, la leucémie, l'apnée du sommeil et l'arthrite juvénile rhumato ide est, en outre, élevé (Roizen & Patterson, 2003).

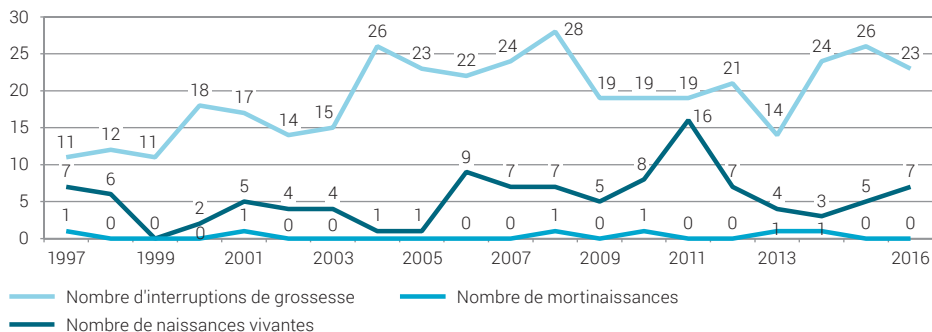
Pour la période 2008 à 2012, l'OFS (2014) a relevé en Suisse une prévalence de 90,8 cas pour 100 000 naissances vivantes (356 cas). Les données du registre EUROCAT du canton de Vaud indiquent une prévalence de 85 cas pour 100 000 naissances vivantes entre 1997

et 2016 (EUROCAT, 2018c). Alors que le nombre d'enfants nés vivants atteints de trisomie 21 ne fluctue que de manière ponctuelle, le nombre d'interruptions de grossesse dues à cette maladie a nettement augmenté entre 1997 et 2016 (graphique G6.4).

Dans les autres régions européennes affiliées au registre EUROCAT, la prévalence pour la même période est de 100,5 cas pour 100 000 naissances vivantes (EUROCAT, 2018d).

En Suisse, environ 90 enfants sur 100 000 naissances vivantes sont atteints de trisomie 21. Le nombre d'interruptions de grossesse consécutives à un diagnostic de trisomie 21 a nettement augmenté entre 1997 et 2016.

Trisomie 21/Syndrome de Down: Naissances vivantes, mortinaissances et nombre d'interruptions de grossesse dans le canton de Vaud, 1997–2016 G6.4



Source: EUROCAT (2018c)

© Obsan 2020

Spina Bifida

Le spina bifida est l'expression d'une dysraphie spinale (défaut de fermeture du tube neural dans la zone de la colonne vertébrale) qui se produit au cours de la troisième ou quatrième semaine de gestation. Parmi les facteurs de risque d'une dysraphie spinale se trouvent l'âge avancé de la mère, le diabète, l'abus ou la dépendance à l'alcool ainsi que les carences en zinc et en acide folique. Le spina bifida occulta ne se repère généralement pas à la naissance d'un point de vue neurologique. Le spina bifida aperta s'accompagne de défaillances sensitives et motrices, notamment de troubles urinaires et colorectaux (Boltshauser et al., 2019), et peut se manifester par d'autres malformations de la colonne vertébrale et du cerveau (Boltshauser et al., 2019; Mitchell et al., 2004).

Parallèlement à des interventions chirurgicales, le traitement comprend de la physiothérapie et de l'ergothérapie, et peut aussi inclure la fourniture de moyens auxiliaires pour améliorer la mobilité autonome (Boltshauser et al., 2019; Case-Smith & O'Brien, 2015).

Les chiffres sur la prévalence de spina bifida ne concernent que la prévalence à la naissance. L'OFS indique, pour la période 2008–2012, 76 cas de spina bifida sur 392 147 naissances en Suisse, c'est-à-dire une prévalence de 19,4 cas pour 100 000 naissances vivantes (OFS, 2014). Dans le canton de Vaud, le seul canton suisse affilié au registre européen EUROCAT, la prévalence pour la période de 2007 à 2016 est de 8,6 cas pour 100 000 naissances vivantes, un chiffre inférieur à celui relevé dans les autres pays européens représentés dans le registre (16,2 pour 100 000 naissances vivantes) (EUROCAT, 2018a; EUROCAT, 2018b).

Dystrophies musculaires et amyotrophies musculaires spinales

Les dystrophies musculaires et les amyotrophies spinales font partie du groupe des maladies neuromusculaires (Hübner et al., 2013). Les dystrophies musculaires désignent un groupe hétérogène de maladies caractérisées par une faiblesse dégénérative des muscles (Hübner et al., 2013; Michaelis & Niemann, 2017). En cause sont des gènes défectueux qui entraînent une formation insuffisante de protéines de structure musculaire. La pose du diagnostic nécessite une biopsie musculaire ainsi que des tests génétiques et sanguins. Comme la faiblesse musculaire progresse, de nombreux enfants sont en chaise roulante à partir de neuf ans environ (Hübner et al., 2013; Michaelis & Niemann, 2017). Pour la forme la plus fréquente de la maladie, la dystrophie de Duchenne, l'espérance de vie ne dépasse pas les 30 ans (Yiu & Kornberg, 2015). La dégénérescence ne peut actuellement pas être ralentie de manière significative (Hübner et al., 2013), et la thérapie se limite à des mesures palliatives et de réadaptation.

Les amyotrophies musculaires spinales (SMA) forment un groupe de maladies causées par la dégénérescence des cellules de la corne ventrale de la moelle épinière. La forme la plus grave, la SMA de type I, entraîne une insuffisance respiratoire et le décès de l'enfant au cours des deux premières années de vie. L'espérance de vie est de 25 ans pour la SMA de type II et correspond à celle de la population en général pour la SMA de type III (Bladen et al., 2014). Depuis 2017, un médicament est autorisé en Suisse pour le traitement des SMA (Swissmedic, 2017).

Le rapport annuel 2018 du Swiss Registry for Neuromuscular Disorders (Kruijshaar et al., 2019) indique que, à l'heure actuelle en Suisse, 228 personnes sont recensées avec une dystrophie musculaire et 97, avec une SMA. Même si ces chiffres ne sont pas répartis par âge, on peut déduire de l'espérance de vie réduite des personnes touchées que la grande majorité d'entre elles ont moins de 25 ans.

Il ressort d'un survol systématique des études réalisées en Europe et en Amérique du Nord que la prévalence de la dystrophie de Duchenne se situe entre 15,9 et 19,5 pour 100 000 naissances vivantes (Ryder et al., 2017), ce qui permet de conclure que tous les cas ne sont pas encore déclarés dans le registre suisse.

Anémies congénitales: bêta-thalassémie (en grec, aussi appelée anémie méditerranéenne) et sphérocytose héréditaire (maladie de Minkowski-Chauffard)

L'anémie peut être due à une carence en éléments nécessaires tels que le fer ou la vitamine B12, survenir parallèlement à une maladie chronique ou être congénitale. La bêta-thalassémie est une maladie héréditaire et congénitale caractérisée par une défaillance dans la production d'hémoglobine. Alors que les porteurs d'une bêta-thalassémie mineure passent souvent inaperçus, la bêta-thalassémie majeure est une anémie sévère qui s'accompagne, en général, de troubles de la croissance pendant la première année déjà. Les transfusions sanguines sont nécessaires tout au long de la vie, tout comme le traitement préventif contre la surcharge en fer. La sphérocytose héréditaire est l'anémie hémolytique héréditaire la plus fréquente en Europe du Nord et en Europe centrale (Eber et al., 1992; Perrotta et al., 2008). L'altération des protéines structurales fragilise la stabilité cellulaire; les globules rouges prennent alors une forme de sphère (sphérocyte) et sont éliminés trop tôt par la rate (Michl, 2005). Si la maladie est détectée et traitée précocement, les enfants peuvent grandir avec des capacités normales et avoir une espérance de vie semblable à celle du reste de la population.

Les bêta-thalassémies sont relativement rares en Suisse. Les cas sont cependant en hausse ces dernières années, tout comme dans d'autres pays, en raison des migrations de personnes provenant de régions où la prévalence de bêta-thalassémie est élevée.

En Suisse, la prévalence des bêta-thalassémies est de 0,4 cas pour 100 000 naissances vivantes (enerca, 2012). La fréquence des bêta-thalassémies varie fortement entre les pays et les différents groupes ethniques (enerca, 2012). Par exemple, on estime, pour 100 000 nouveau-nés, 520 cas à Chypre et 160 en Grèce. La migration a engendré une hausse globale des cas de bêta-thalassémie en Europe centrale (Kohne & Kleihauer, 2010; Kunz et al., 2016).

La sphérocytose héréditaire est l'anémie héréditaire la plus fréquente en Europe du Nord et en Europe centrale.

L'anémie héréditaire la plus fréquente en Europe du Nord et en Europe centrale est la sphérocytose héréditaire. En Suisse, sa prévalence actuelle ne fait l'objet d'aucune étude publiée. Dans les populations majoritairement européennes, les taux de prévalence s'élèvent entre 20 et 50 cas pour 100 000 habitants (Eber et al., 1992; Michl, 2005; Morton et al., 1961; Perrotta et al., 2008).

6.8 Cancer

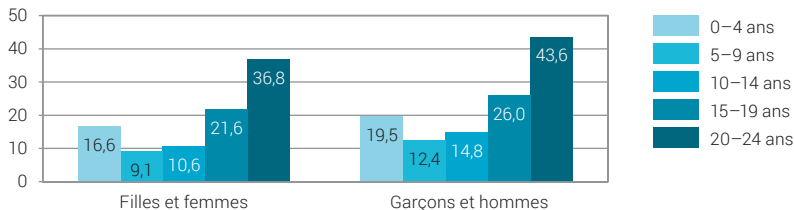
Le terme «cancer» regroupe toutes les tumeurs malignes. Les tumeurs malignes peuvent se développer dans n'importe quel tissu ou organe. D'un point de vue statistique, le cancer est une maladie qui touche principalement les personnes âgées. Cependant, en 2015, le nombre de nouveaux cas de maladie chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes de moins de 25 ans s'élève à 470 (NICER, 2019a) (graphique G6.5). Au cours des 14 premières années de vie, 260 garçons sur 100 000 et 220 filles sur 100 000 développent un cancer (OFS, 2016).

La leucémie et le lymphome sont les diagnostics de cancer les plus répandus chez les moins de 25 ans.

Taux d'incidence par âge de tous les types de cancer, 2011–2015

G6.5

Nombre de cas pour 100 000 personnes par année



Source: NICER 2019a (Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer)

© Obsan 2020

Les données sur les cancers touchant les enfants et les adolescents sont très complètes, car le registre du cancer de l'enfant existe déjà depuis de nombreuses années. Dans le groupe d'âge des moins de 25 ans, les diagnostics les plus répandus concernent la leucémie et le lymphome, dont on dénombre 7,4 cas pour 100 000 enfants de 0 à 4 ans. Chez les adolescents (15–19 ans) et les jeunes hommes (20–24), l'incidence du cancer du testicule est de 6, respectivement 17, nouveaux cas pour 100 000 personnes-années, un chiffre relativement élevé. En outre, chez les adolescents et les jeunes adultes des deux genres, le mélanome de la peau fait partie des cancers ayant l'un des cinq taux d'incidence les plus élevés. Chez les femmes de 20 à 24 ans, le mélanome de la peau est le plus répandu, avec environ 6 nouveaux cas pour 100 000 personnes-années.

6.9 Complications de la grossesse et naissances prématurées – conséquences sur la santé des enfants

La grossesse et l'accouchement revêtent une importance capitale pour la santé des enfants, mais influent également sur le reste de leur vie. Les explications suivantes sur les complications de la grossesse et l'accouchement l'illustrent parfaitement.

Naissance prématurée

L'OMS considère comme prématurés les enfants nés avant la 37^e semaine de grossesse (OMS, 2015b). Les causes principales d'une naissance prématurée sont les infections, le manque d'apports nutritionnels par le placenta, les hémorragies, le stress et les processus immunologiques (Goldenberg et al., 2008; Romero et al., 2014). Les grossesses multiples comportent également un risque très important de naissance prématurée: dans 55% des cas, l'accouchement a lieu avant le terme (OFS, 2019b). De manière globale, la prématurité est la cause principale de mortalité et de morbidité périnatale et néonatale (OMS, 2015b).

Naissances vivantes en Suisse entre 2007 et 2017, en pourcent

T 6.5

Catégorie de naissances prématurées	2007	2010	2013	2017
Prématurité extrême: 22–27 semaines	0,3	0,4	0,4	0,4
Grande prématurité: 28–31 semaines	0,7	0,6	0,6	0,6
Prématurité moyenne: 32–36 semaines	6,3	6,1	6,2	6,0
Total	7,3	7,1	7,2	7,0

Source: OFS – Statistique des naissances vivantes, 2007–2017

© Obsan 2020

En Suisse, le taux de naissances prématurées connaît un léger recul depuis une dizaine d'années (tableau T6.5) et se situe dans la moyenne européenne (OFS, 2019b; EURO-PERISTAT, 2018). D'après les données d'EURO-PERISTAT (2018), l'incidence médiane européenne des naissances prématurées en 2015 était de 7,3% et variait entre 5,4% en Lituanie et 12,0% à Chypre. Le Swiss Neonatal Network (SNN, www.swissneonet.ch) est un registre national recensant les enfants prématurés nés avant la 32^e semaine de grossesse ou pesant moins de 1500 grammes à la naissance (Rüegger et al., 2012; Schlapbach et al., 2012; SwissNeoNet, 2000). Il documente également la croissance et la santé des nouveau-nés de manière longitudinale. Schlapbach et al. (2012) ont observé une hausse du taux de survie parmi les enfants extrêmement prématurés et grands prématurés entre 2000 et 2008 sans pour autant que les cas de handicaps modérés à sévères n'augmentent (Schlapbach et al., 2012).

Diabète gestationnel

Le diabète gestationnel est caractérisé par une intolérance au glucose et une insulino-résistance qui fait augmenter le taux de sucre dans le sang; il se développe pour la première fois pendant une grossesse (Buckley et al., 2012; OMS, 2016). Les mères plus âgées, celles en surpoids ou obèses, celles ayant des prédispositions à la maladie ainsi que celles ayant une prise de poids excessive durant la grossesse ont un risque plus élevé de développer un diabète gestationnel (Chen et al., 2015; OMS, 2016). Le diabète s'accompagne d'un risque accru d'accouchement par césarienne et le nouveau-né peut présenter un faible taux sanguin de sucre ou un poids trop élevé à la naissance; par ailleurs, l'enfant comme la mère ont plus de risques de développer un diabète de type 2 par la suite (Buckley et al., 2012; Chen et al., 2015). Un diagnostic précoce, une gestion efficace par le biais d'un régime et, si nécessaire, par la prise d'insuline, permet d'obtenir de bons résultats en matière de santé (Crowther et al., 2005; Landon et al., 2009).

Le diabète gestationnel présente un risque pour l'enfant à la naissance et pour le reste de sa vie. On ne dispose d'aucun chiffre représentatif pour la Suisse.

Une étude lausannoise menée de manière prospective entre 2000 et 2002 indiquait alors une incidence de diabète gestationnel de 2,8% (Buckley et al., 2012). Par contre, sur un échantillon de 2298 femmes enceintes recensées aléatoirement à Genève et à Bâle entre 2010 et 2012, la prévalence était de 10,9% (Ryser Rüetschi et al., 2016). En Europe, des taux d'incidence en hausse situés entre 0,7% et 27,6% ont été observés (Buckley et al. 2012).

Pré-éclampsie

La pré-éclampsie est la complication médicale de la grossesse la plus répandue. Ses causes sont encore insuffisamment documentées, mais il s'agirait d'un trouble du développement du système vasculaire du placenta. La pré-éclampsie s'accompagne d'une hypertension artérielle et de la présence excessive de protéines dans l'urine; elle se développe généralement après la 20^e semaine de grossesse (Bokslag et al., 2016; Ghulmiyyah & Sibai, 2012). Une complication redoutée de la pré-éclampsie est l'éclampsie, caractérisée par de fortes convulsions («grand mal») (Eiland et al., 2012).

La pré-éclampsie et l'éclampsie sont liées à une mortalité et à une morbidité élevées pour la mère et pour l'enfant (Bokslag et al., 2016; Mosimann et al., 2017). Au niveau mondial, 10 à 15% des décès maternels sont dus à une pré-éclampsie ou à une éclampsie (Duley, 2009; Ghulmiyyah & Sibai, 2012). Pour les enfants, cette complication de la grossesse signifie souvent un trouble de croissance intra-utérine (retard de croissance) et une naissance prématurée (Mosimann et al., 2017). À long terme, les enfants de mères atteintes de pré-éclampsie ou d'éclampsie ont plus de risques de développer un diabète sucré, des maladies cardiovasculaires et de l'hypertension artérielle (Lawlor et al., 2012).

L'incidence de la pré-éclampsie est d'environ 2% en Suisse. La pré-éclampsie peut entraîner un retard de croissance intra-utérine et une naissance prématurée, et est liée à une mortalité et à une morbidité maternelle et foétale élevées.

Purde et al. (2015) ont publié une incidence pour la pré-éclampsie de 2,3% pour la Suisse (IC-95% = 1,6%–3,3%). La Commission assurance qualité de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique indique dans un avis d'expert une incidence de $\leq 2\%$ (Tercanli et al., 2019). En Europe, l'incidence de la pré-éclampsie varie entre 1,5% et 9,4% (Purde et al., 2015; Roberts et al., 2011). Comparativement aux pays européens, la Suisse se trouve donc dans la moyenne basse.

Retard de croissance intra-utérine

Les fœtus touchés par un retard de croissance intra-utérine ont un poids à la naissance trop bas pour leur âge gestationnel (Miller et al., 2016; Resnik, 2002). La cause principale est une insuffisance placentaire (Kesavan & Devaskar, 2019; Song et al., 2017). Le retard de croissance intra-utérine entraîne plus souvent une naissance prématurée, des déficiences et des handicaps congénitaux moteurs, sensoriels et cognitifs ainsi qu'un

décès périnatal (Baschat, 2014; Bernstein et al., 2000; Blair & Nelson, 2015; Miller et al., 2016). En outre, les nouveau-nés présentant un poids à la naissance trop bas ont plus de risques de souffrir d'hypertension artérielle, de maladie coronarienne ou de diabète à l'âge adulte (Cohen et al., 2016; Salam et al., 2014; Zyzdorczyk et al., 2017). Il semblerait que l'allaitement puisse réduire ces risques (Santiago et al., 2018).

Aucun chiffre à l'échelle du pays sur la prévalence du retard de croissance intra-utérine n'est disponible. Quelques données régionales existent cependant. En 1993 et 1994, l'Université de Lausanne a dénombré 11,7% de nouveau-nés présentant un retard de croissance intra-utérine parmi les naissances à l'hôpital (Chiolero et al., 2005). Environ dix ans plus tard, entre 2000 et 2015, Bickle, Graz et al. (2015) ont indiqué que 14,7% des enfants nés prématurément, avant la 32^e semaine de grossesse, à l'hôpital universitaire de Lausanne étaient atteints d'un retard de croissance intra-utérine. Dans les pays industrialisés, Miller et al. (2016) estiment que, selon les définitions, entre 3 et 9% des enfants sont touchés par un retard de croissance intra-utérine. En revanche, dans les pays à faible revenu, les taux observés sont six fois plus élevés.

Césarienne

Des taux de césarienne trop bas ou trop élevés entraînent une fréquence plus élevée de conséquences négatives sur la santé de la mère et de l'enfant (Betran et al., 2015; Sandall et al., 2018). D'après l'OMS, un taux de césarienne de 10 à 15% permet d'obtenir les meilleurs résultats (OMS, 2015a). Les enfants nés par césarienne ne sont pas exposés aux mêmes conditions hormonales, physiques, bactériennes et médicales que les enfants nés par voie basse (Sandall et al., 2018). Par exemple, la modification du microbiote intestinal augmente le risque de développer plus tard des maladies liées au système immunitaire, telles que les allergies et l'asthme, ou de l'obésité (Blustein & Liu, 2015; Keag et al., 2018; Mesquita et al., 2013; Sandall et al., 2018; Sevelsted et al., 2015; Sevelsted et al., 2016; Tollånes et al., 2008), et s'accompagne aussi d'un risque accru de problèmes respiratoires (Indraccolo et al., 2019). De nombreux pays européens ont enregistré ces dernières décennies une hausse du nombre de naissances par césarienne (EURO-PERISTAT, 2018; König et al., 2011). Les changements socio-démographiques tels que l'âge des mères à la naissance et le nombre d'enfants n'expliquent pas complètement cette augmentation. Les autres causes possibles sont l'abaissement des seuils médicaux à partir desquels une césarienne est considérée comme indiquée, la possibilité de planifier une césarienne, le conseil néonatal et les aspects juridiques (EURO-PERISTAT, 2018; Kolip et al., 2012; König et al., 2011).

Un tiers des enfants naît par césarienne. Un accouchement par césarienne comporte des risques pour la santé de la mère et de l'enfant.

La statistique médicale des hôpitaux recense les types d'accouchement depuis 1998. En Suisse, entre 1998 et 2007, le pourcentage d'accouchements par césarienne a constamment augmenté, passant de 22,7% à 32,2% (OFSP, 2013a). Un pic a été enregistré en 2014 (33,7%), mais le taux actuel de césarienne est de nouveau à son niveau de 2007, c'est-à-dire 32,2% (OFS, 2019c; OFS, 2018b). Les différences entre cantons sont frappantes. En 2016, le canton du Jura a enregistré le taux de césarienne le plus bas (22,1%) et celui de Zoug, le plus élevé (41,2%). En comparaison européenne, le taux de césarienne en Suisse se situe dans la moyenne supérieure (EURO-PERISTAT, 2018). En 2015 en Europe, le taux de césarienne médian s'élevait à 27,0%; l'Islande présentait le taux le plus bas (16,1%) et Chypre, le plus élevé (56,9%) (EURO-PERISTAT, 2018).

6.10 Soins de santé des enfants atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap

Les soins de santé à apporter aux enfants et aux adolescents atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap se distinguent des soins nécessaires pour traiter une maladie aiguë ou un enfant en bonne santé (voir chapitre Soins de santé). Les trois encadrés sur l'asthme, la maladie de Crohn et la paralysie cérébrale illustrent la diversité et la complexité des soins, lorsqu'un enfant souffre d'une maladie chronique, présente un risque à la naissance ou naît avec un handicap. Le point commun entre la maladie chronique, le risque pour la santé et le handicap est leur présence à vie. Cette réalité engendre un besoin de soins thérapeutiques et préventifs spécifiques qui va bien au-delà du système de santé. À chaque phase de vie, de la grossesse à un âge avancé, les personnes concernées recourent à des offres particulières qui les concernent directement, mais qui couvrent également presque tous les domaines de la vie, la famille et les amis, l'école et, plus tard, la vie de couple et le parcours professionnel.

Bien entendu, les enfants et les adolescents recourent, comme tous les autres, aux soins de base et de prévention ordinaires. Indépendamment de leur maladie ou de leur handicap, ils tombent malades ou ont besoin de protection vaccinale et d'autres mesures préventives.

Une structure de soins optimale embrassant tous les domaines de la vie et une aide ciblée peuvent influencer positivement sur l'évolution de la maladie ou du handicap, et même les enfants très limités peuvent mener une vie sociale «normale». Le système de santé et les différentes professions de santé, le système d'assurances sociales ainsi que les ligues pour la santé et les associations concernées y contribuent également. Du côté des institutions de formation, des efforts et des infrastructures sont indispensables pour garantir une possibilité d'inclusion ou d'intégration conforme à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et à la Convention relative aux droits de l'enfant.

Bon nombre d'associations dédiées aux maladies chroniques ou aux handicaps ont été fondées par des parents concernés ou sont nées de groupes d'entraide, non sans raison. Lorsque la santé d'un enfant est touchée, la responsabilité des parents peut être particulièrement lourde à porter. Dans les soins des enfants et des adolescents atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap, la situation des parents et de la famille doit être prise en considération et des aides doivent être prévues afin de pouvoir surmonter les charges émotionnelles et financières inhérentes sans engendrer de risques supplémentaires pour la santé.

Le passage à l'âge adulte est une épreuve pour tous les adolescents et leurs parents. Pour les adolescents atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap, des questions supplémentaires en regard de leur autonomie, de leur vie de couple et de leur parcours professionnel sont courantes. La pédiatrie et la médecine de l'adolescence jouent un rôle capital pour aider les adolescents à prendre leurs responsabilités vis-à-vis de leur maladie. Les systèmes de formation et d'assurances sociales est pressé de trouver des solutions pour offrir à ces jeunes une vie professionnelle et une sécurité financière.

6.11 Conclusions

Les maladies chroniques et les handicaps des enfants et des adolescents représentent un enjeu de santé public majeur. Ils s'accompagnent de complications physiques et psychiques sur le long terme et peuvent avoir de lourdes conséquences pour les enfants, leur famille et la société. En Suisse, il est impossible de chiffrer exactement le nombre d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap. Sur la base des données suisses lacunaires et des données européennes, on peut estimer qu'environ un cinquième des enfants, des adolescents et des jeunes adultes vit avec l'une des nombreuses maladies chroniques existantes, avec un handicap, ou présente des facteurs de risque chroniques.

Une grossesse et un accouchement sans complication offrent une protection efficace importante contre les maladies chroniques et les handicaps. La fréquence et les conséquences à long terme des complications de la grossesse et de l'accouchement ne sont pas encore suffisamment documentées. Font exception le registre suisse des prématurés, qui suit le développement des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, et l'EURO-PERISTAT qui recense le taux de césarienne, toujours relativement élevé en Suisse.

La fréquence de plusieurs maladies et handicaps exposés ici a pu être réduite grâce à de la prévention contextuelle et comportementale. Par exemple, le potentiel de prévention du mélanome de la peau n'est pas encore épuisé. En revanche, grâce à la stratégie de la Confédération relative à l'iode, la prévalence de carence en iode chez les enfants est très basse. Depuis l'introduction du dépistage néonatal en 2014, les nouveau-nés présentant une carence en iode sont identifiés et traités précocement. Les examens de dépistage

par les pédiatres et les projets de prévention par les médecins scolaires font partie des structures préventives efficaces chez les enfants plus âgés. Le suivi de l'IMC des élèves par les médecins scolaires, depuis 2005, a permis d'observer un recul de la prévalence du surpoids chez les enfants.

L'obésité fait toutefois partie des maladies chroniques les plus fréquentes pendant l'enfance et l'adolescence en Suisse, tout comme les maladies atopiques telles que l'asthme, la neurodermite et le rhume des foies (voir Tableau T 6.1). Les malformations cardiaques congénitales, l'hypertonie ou les maladies inflammatoires de l'intestin comptent également parmi les diagnostics les plus répandus, avec une prévalence de 1% à 2,5% environ.

L'état des données est globalement hétérogène. La qualité et la représentativité des données épidémiologiques ne dépendent pas forcément de la fréquence de la maladie ou du handicap. Il faut donc composer avec des données insuffisantes ou anciennes sur des maladies ou des handicaps dont on estime que la prévalence est relativement élevée ou dont la fréquence évolue (p.ex. la paralysie cérébrale, le diabète ou l'épilepsie), alors que des maladies plus rares et stables sont parfois très bien documentées. Comme la santé des populations évolue et peut être influencée par des mesures appropriées, il est évident que des données représentatives et actuelles doivent être disponibles pour une prévention et une promotion de la santé fondées sur des données objectives.

La Suisse a formulé plusieurs stratégies nationales ces dix dernières années. La vulnérabilité des enfants et des adolescents en général, et en particulier de ceux issus de la migration ou de familles à problèmes, est notamment mentionnée dans la Stratégie santé2020. Le plan de mesures de la stratégie MNT présente les enfants et les adolescents comme l'un des groupe cible des mesures de prévention (OFSP, 2016). Des mesures concrètes sont prises, par exemple, dans les programmes d'action cantonaux (PAC), avec un module sur l'alimentation et l'activité physique et un autre sur la santé psychique chez les enfants et les adolescents (<https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux.html>), ou encore dans le concept de l'OFSP «Promotion de la santé et prévention dans la petite enfance ». Par ailleurs, le système de monitoring suisse des addictions et des maladies non transmissibles (MonAM) propose différents indicateurs pour les enfants et les adolescents (<https://www.obsan.admin.ch/fr/altersgruppen/kinder-und-jugendliche-0-15>), qui permettent d'évaluer les résultats des mesures prises; mais ces indicateurs devraient encore être élargis pour couvrir toute la tranche d'âge ainsi que les relations entre les différents secteurs de santé.

La stratégie contre le cancer manque par ailleurs de mesures comprenant des indicateurs vérifiables (OFSP, 2013b; Dialog Nationale Gesundheitspolitik, 2016). La promotion des registres fait partie du concept national maladies rares (OFSP, 2015), dont bénéficient également les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Pour remédier à l'état hétérogène des données et aux nombreuses lacunes, d'autres registres nationaux seraient souhaitables. On constate que les pays qui comptent beaucoup de registres médicaux

ou procèdent à une enquête ou à une étude de cohorte nationale auprès des enfants et des adolescents disposent de chiffres épidémiologiques globaux et actuels et peuvent ainsi mieux évaluer le fardeau de la maladie et le besoin en soins.

6.12 Bibliographie

- Adebusoye, B., Probst-Hensch, N., & Dratva, J. (2017). How well does blood pressure screening in schools inform public health? *European Journal of Public Health*, 27(suppl_3).
- American Academy of Pediatrics, Rose, S. R., American Thyroid Association, Brown, R. S., & Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (2006). Update of newborn screening and therapy for congenital hypothyroidism. *Pediatrics*, 117(6), 2290–2303.
- Anderson, E. L., Howe, L. D., Jones, H. E., Higgins, J. P. T., Lawlor, D. A., & Fraser, A. (2015). The Prevalence of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(10), e0140908.
- Andersson, M., Aeberli, I., Wüst, N., Piacenza, A. M., Bucher, T., Henschen, I., ... & Zimmermann, M.B. (2010). The Swiss Iodized Salt Program Provides Adequate Iodine for School Children and Pregnant Women, but Weaning Infants Not Receiving Iodine-Containing Complementary Foods as well as Their Mothers Are Iodine Deficient. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(12), 5217–5224.
- Apovian, C. M. (2016). Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden. *THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE*, 22(7), 10.
- Arlettaz, R., & Bauersfeld, U. (2005). Empfehlungen zum neonatalen Screening kongenitaler Herzfehler, 16(5), 8.
- Bähler, C., Schoepfer, A. M., Vavricka, S. R., Brüngger, B., & Reich, O. (2017). Chronic comorbidities associated with inflammatory bowel disease: Prevalence and impact on healthcare costs in Switzerland. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 29(8), 916–925.
- Bähler, C., Vavricka, S. R., Schoepfer, A. M., Brüngger, B., & Reich, O. (2017). Trends in prevalence, mortality, health care utilization and health care costs of Swiss IBD patients: A claims data based study of the years 2010, 2012 and 2014. *BMC Gastroenterology*, 17(1), 138.
- Barthel, D., Ravens-Sieberer, U., Nolte, S., Thyen, U., Klein, M., Walter, O., ... Otto, C. (2018). Predictors of health-related quality of life in chronically ill children and adolescents over time. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 63–70.
- Baschat, A. A. (2014). Neurodevelopment after fetal growth restriction. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 36(2), 136–142.
- Benchimol, E. I., Fortinsky, K. J., Gozdyra, P., Van den Heuvel, M., Van Limbergen, J., & Griffiths, A. M. (2011). Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: A systematic review of international trends. *Inflammatory Bowel Diseases*, 17(1), 423–439.
- Bernstein, I. M., Horbar, J. D., Badger, G. J., Ohlsson, A., & Golan, A. (2000). Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(1 Pt 1), 198–206.
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J., Ye, J., Mikolajczyk, R., Deneux-Tharaux, C., ... Gülmezoglu, A.M. (2015). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*, 12, 57.
- Bickle Graz, M., Tolsa, J.-F., & Fischer Fumeaux, C. J. (2015). Being Small for Gestational Age: Does it Matter for the Neurodevelopment of Premature Infants? A Cohort Study. *PloS One*, 10(5), e0125769.
- Bitzer, E., Walter, U., & Lingner, H. (2009). *Kindergesundheit stärken: Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung*. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.
- Bladen, C. L., Thompson, R., Jackson, J. M., Garland, C., Wegel, C., Ambrosini, A., ... Lochmüller, H. (2014). Mapping the differences in care for 5,000 spinal muscular atrophy patients, a survey of 24 national registries in North America, Australasia and Europe. *Journal of neurology*, 261(1), 152–163.
- Blair, E. M., & Nelson, K. B. (2015). Fetal growth restriction and risk of cerebral palsy in singletons born after at least 35 weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(4), 520.e1–7.
- Blustein, J., & Liu, J. (2015). Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h2410.
- Bobolea, I., Arismendi, E., Valero, A., & Agustí, A. (2018). Early Life Origins of Asthma: A Review of Potential Effectors. *Journal of investigational allergology & clinical immunology*, 29(3), 168–179.
- Bokslag, A., van Weissenbruch, M., Mol, B. W., & de Groot, C. J. M. (2016). Preeclampsia; short and long-term consequences for mother and neonate. *Early Human Development*, 102, 47–50.

- Boltshauser, E., Kaindl, A. M., Ipsiroglu, O., Krägeloh-Mann, I., Rostásy, K., Schöning, M., ... Schweitzer, T. (2019). Nervensystem. In C. P. Speer, M. Gahr, & J. Dötsch (Eds.), *Pädiatrie* (pp. 179–220). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57295-5_8
- Bourne, R. R. A., Flaxman, S. R., Braithwaite, T., Cicinelli, M. V., Das, A., Jonas, J. B., ... Vision Loss Expert Group (2017). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(9), e888–e897.
- Braegger, C. P., Ballabeni, P., Rogler, D., Vavricka, S. R., Friedt, M., Pittet, V., & Swiss IBD Cohort Study Group (2011). Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease: Is There a Shift Towards Onset at a Younger Age? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 53(2), 141.
- Braun-Fahrlander, C., Gassner, M., Grize, L., Takken-Sahli, K., Neu, U., Stricker, T., ... Air Pollution (SCARPOL) team (2004). No further increase in asthma, hay fever and atopic sensitisation in adolescents living in Switzerland. *European Respiratory Journal*, 23(3), 407–413.
- Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B., & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. <https://www.baspo.admin.ch/fr/dokumentation/publikationen/sophya.html> (consulté le 25.03.2019).
- Bringolf-Isler, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B., & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Basel: Swiss Tropical and Public Health Institute. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-e-und-b/sophya-schlussbericht-2013-2016.pdf.download.pdf/sophya-schlussbericht.pdf>
- Brunner, D., & Spalinger, J. (2005). Zöliakie im Kindesalter. *Paediatrica*, 16(3), 34–37.
- Buckley, B. S., Harreiter, J., Damm, P., Corcoy, R., Chico, A., Simmons, D., Vellinga, A., et al. (2012). Gestational diabetes mellitus in Europe: Prevalence, current screening practice and barriers to screening. A review. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 29(7), 844–854.
- Cao-Nguyen, M.-H., & Guyot, J.-P. (2009). [Neonatal hearing screening program and school education for deaf children in Switzerland]. *Revue Medicale Suisse*, 5(219), 1930–1932.
- Case-Smith, J., & O'Brien, J. C. (2015). *Occupational therapy for children and adolescents* (7th ed.). St. Louis, Mo: Elsevier.
- Chan, G., & Chen, C. T. (2009). Musculoskeletal effects of obesity. *Current Opinion in Pediatrics*, 21(1), 65.
- Chen, P., Wang, S., Ji, J., Ge, A., Chen, C., Zhu, Y., ... Wang, Y. (2015). Risk factors and management of gestational diabetes. *Cell Biochemistry and Biophysics*, 71(2), 689–694.
- Chiolerio, A., Bovet, P., & Paccaud, F. (2005). Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: The EDEN study. *Swiss Medical Weekly*, 135(35–36), 525–530.
- Chiolerio, A., Cachat, F., Burnier, M., Paccaud, F., & Bovet, P. (2007). Prevalence of hypertension in schoolchildren based on repeated measurements and association with overweight. *Journal of Hypertension*, 25(11), 2209–17.
- Chung, S. T., Onuzuruike, A. U., & Magge, S. N. (2018). Cardiometabolic risk in obese children: Cardiometabolic risk in obese children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), 166–183.
- Cohen, E., Wong, F. Y., Horne, R. S. C., & Yiallourou, S. R. (2016). Intrauterine growth restriction: Impact on cardiovascular development and function throughout infancy. *Pediatric Research*, 79(6), 821–830.
- Cowan, L. D. (2002). The epidemiology of the epilepsies in children. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 171–181.
- Crowther, C. A., Hiller, J. E., Moss, J. R., McPhee, A. J., Jeffries, W. S., Robinson, J. S., & Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. (2005). Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2477–2486.
- Dialogue «Politique nationale de la santé». (2016). *Stratégie nationale contre le cancer 2014–2020*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-gegenkrebs-2014-2017.html> (Consulté le 21.11.2018).
- Dratva, J., Ballmer, T., Gantschnig, B., Grylka-Bäsclin, S., Juvalta, S., Volken, T., & Zysset, A. (2020). Chronische Krankheiten und Behinderungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz (Obsan Bericht 02/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Dratva, J., Zemp, E., Dharmage, S. C., Accordini, S., Burdet, L., Gislason, T., Heinrich, J., et al. (2016). Early Life Origins of Lung Ageing: Early Life Exposures and Lung Function Decline in Adulthood in Two European Cohorts Aged 28–73 Years. *PLOS ONE*, 11(1), e0145127.
- Duley, L. (2009). The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Seminars in Perinatology*, 33(3), 130–137.
- Eber, S. W., Pekrun, A., Neufeldt, A., & Schröter, W. (1992). Prevalence of increased osmotic fragility of erythrocytes in German blood donors: Screening using a modified glycerol lysis test. *Annals of Hematology*, 64(2), 88–92.

- Eiland, E., Nzerue, C., & Faulkner, M. (2012). Preeclampsia 2012. *Journal of Pregnancy*, 2012, 586578.
- enerca (2012). *Report of the epidemiological results concerning rare anaemias in scientific papers*. European Network for Rare and Congenital Anaemias (enerca): https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20081210/20081210_d14-00_en_ps.pdf (consulté le 8.1.2019).
- EUROCAT (2018a). Number of cases and prevalence per 10,000 births of Spina Bifida, for the following registries: Switzerland, from 2007–2016. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (consulté le 07.08.2018).
- EUROCAT (2018b). Number of cases and prevalence per 10,000 births of Spina Bifida, for the following registries: Austria, Belgium, Croatia, France, Germany, Ireland, Italy, Malta, NL, Norway, Poland, Portugal, Spain, Switzerland, UK, from 2007–2016. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (consulté le 07.08.2018).
- EUROCAT (2018c). Number of cases and prevalence per 10,000 births of Down Syndrome, for the following registries: Switzerland, from 2007–2016. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (consulté le 07.08.2018).
- EUROCAT (2018d). Number of cases and prevalence per 10,000 births of Down Syndrome, for the following registries: Austria, Belgium, Croatia, France, Germany, Ireland, Italy, Malta, NL, Norway, Poland, Portugal, Spain, Switzerland, UK, from 2007–2016. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (consulté le 07.08.2018).
- EUROCAT (2019). Number of cases and prevalence per 10,000 births of Congenital heart defects, from 2012–2016. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (consulté le 03.03.2019).
- EURO-PERISTAT (2018). European Perinatal Health Report, Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. http://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf (consulté le 28.11.2019).
- Fiest, K. M., Sauro, K. M., Wiebe, S., Patten, S. B., Kwon, C.-S., Dykeman, J., ... Jetté, N. (2017). Prevalence and incidence of epilepsy. *Neurology*, 88(3), 296–303.
- Forni, R., Stojicevic, V., van Son, C., Lava, S. A., Kuenzle, C., & Beretta-Piccoli, M. (2018). Epidemiology of Cerebral Palsy in Northeastern Switzerland. *Pediatric Physical Therapy*, 30(2), 155–160.
- Forsgren, L., Beghi, E., Öun, A., & Sillanpää, M. (2005). The epidemiology of epilepsy in Europe – a systematic review. *European Journal of Neurology*, 12(4), 245–253.
- Freitag, C. M., May, T. W., Pfäfflin, M., König, S., & Rating, D. (2001). Incidence of Epilepsies and Epileptic Syndromes in Children and Adolescents: A Population-Based Prospective Study in Germany. *Epilepsia*, 42(8), 979–985.
- Garnier-Lengliné, H., Cerf-Bensussan, N., & Ruemmele, F. M. (2015). Celiac disease in children. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 39(5), 544–551.
- Ghulmiyyah, L., & Sibai, B. (2012). Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. *Seminars in Perinatology*, 36(1), 56–59.
- Gillessen-Kaesbach, G., & Hellenbroich, Y. (2019). Humangenetik. In C. P. Speer, M. Gahr, & J. Dötsch (Eds.), *Pädiatrie* (pp. 3–22). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57295-5_1
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* (London, England), 371(9606), 75–84.
- Greiner, W., Batram, M., Damm, O., Scholz, S., & Witte, J. (2018). *Kinder- und Jugendreport 2018 Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Schwerpunkt: Familiengesundheit*. (A. Storm, Ed.) Beiträge zur Gesundheit-ökonomie und Versorgungsforschung (Band 23). Heidelberg: Medhochzwei Verlag GmbH.
- Grize, L., Gassner, M., Wuthrich, B., Bringolf-Isler, B., Takken-Sahli, K., Sennhauser, F. H., ... Swiss Surveillance Programme on Childhood Allergy and Respiratory symptoms with respect to Air Pollution (SCARPOL) team (2006). Trends in prevalence of asthma, allergic rhinitis and atopic dermatitis in 5-7-year old Swiss children from 1992 to 2001. *Allergy*, 61(5), 556–62.
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9, 88.
- Hanns, L., Cordingley, L., Galloway, J., Norton, S., Carvalho, L. A., Christie, D., ... Ioannou, Y. (2018). Depressive symptoms, pain and disability for adolescent patients with juvenile idiopathic arthritis: Results from the Childhood Arthritis Prospective Study. *Rheumatology (Oxford, England)*, 57(8), 1381–1389.
- Herzog, D., Fournier, N., Buehr, P., Rueger, V., Koller, R., Heyland, K., ... Swiss IBD Cohort Study Group (2017). Prevalence of intestinal complications in inflammatory bowel disease: A comparison between paediatric-onset and adult-onset patients. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 29(8), 926.
- Hübner, C., Kaindle, A. M., & Schülke, M. (2013). Neuromuskuläre Erkrankungen. In C. P. Speer & M. Gahr (Eds.), *Pädiatrie* (4., pp. 267–284). Berlin: Springer.

- Indraccolo, U., Pace, M., Corona, G., Bonito, M., Indraccolo, S. R., & Di Iorio, R. (2019). Cesarean section in the absence of labor and risk of respiratory complications in newborns: A case-control study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 32(7), 1160–1166.
- Jallon, P., Goumaz, M., Haenggeli, C., & Morabia, A. (1997). Incidence of First Epileptic Seizures in the Canton of Geneva, Switzerland. *Epilepsia*, 38(5), 547–552.
- Juillerat, P., Pittet, V., Bulliard, J.-L., Guessous, I., Antonino, A. T., Mottet, C., . . . Michetti, P. (2008). Prevalence of Inflammatory Bowel Disease in the Canton of Vaud (Switzerland): A population-based cohort study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2(2), 131–141.
- Karvonen, M., Pitkääniemi, J., & Tuomilehto, J. (1999). The onset age of type 1 diabetes in Finnish children has become younger. The Finnish Childhood Diabetes Registry Group. *Diabetes Care*, 22(7), 1066–1070.
- Katona, É., Zrínyi, M., Lengyel, S., Komonyi, É., Paragh, G., Zatik, J., . . . Páll, D. (2011). The prevalence of adolescent hypertension in Hungary – The Debrecen Hypertension Study. *Blood Pressure*, 20(3), 134–139.
- Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 15(1), e1002494.
- Keller, K.-M. (2003). Klinische Symptomatik: «Zöliakie, ein Eisberg». *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 151(7), 706–714.
- Kesavan, K., & Devaskar, S. U. (2019). Intrauterine Growth Restriction: Postnatal Monitoring and Outcomes. *Pediatric Clinics of North America*, 66(2), 403–423.
- Kinderspital Zürich. (2018). Neugeborenen Screening—Jahresbericht 2017. http://www.neoscreening.ch/display.cfm/id/100532/disp_type/dmssimple/pageID/80720 (consulté le 04.07.2018).
- Kohne, E., & Kleihauer, E. (2010). Hemoglobinopathies: A longitudinal study over four decades. *Dtsch Arztebl Int*, 107(5), 65–71.
- Kolip, P., Nolting, H. D., & Zich, K. (2012). Faktencheck Gesundheit, Kaiserschnittgeburten—Entwicklung und regionale Verteilung. Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/kaiserschnitt/ergebnis-ueberblick/> (consulté le 08.06.2018).
- König, C., Pehlke-Milde, J., Greuter, U., & Gügler, R. (2011). Kaiserschnittgeburten: Häufigkeiten, Gründe und Konsequenzen—Eine Literaturübersicht zuhanden des BAG, unveröffentlichter Schlussbericht.
- Kruijshaar, M., Tschertner, A., Lötscher, N., Kühni, C., & Klein, A. (2019). *Swiss Registry for Neuromuscular Disorders—Annual Report for 2018*. Bern: Swiss Registry for Neuromuscular Disorders.
- Kunz, J. B., Awad, S., Happich, M., Muckenthaler, L., Lindner, M., Gramer, G., . . . Kulozik, A.E. (2016). Significant prevalence of sickle cell disease in Southwest Germany: Results from a birth cohort study indicate the necessity for newborn screening. *Annals of Hematology*, 95(3), 397–402.
- Landon, M. B., Spong, C. Y., Thom, E., Carpenter, M. W., Ramin, S. M., Casey, B., . . . Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network (2009). A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 361(14), 1339–1348.
- Lawlor, D. A., Macdonald-Wallis, C., Fraser, A., Nelson, S. M., Hingorani, A., Davey Smith, G., . . . Deanfield, J. (2012). Cardiovascular biomarkers and vascular function during childhood in the offspring of mothers with hypertensive disorders of pregnancy: Findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *European Heart Journal*, 33(3), 335–345.
- Léger, J., Olivieri, A., Donaldson, M., Torresani, T., Krude, H., van Vliet, G., . . . Congenital Hypothyroidism Consensus Conference Group (2014). European Society for Paediatric Endocrinology consensus guidelines on screening, diagnosis, and management of congenital hypothyroidism. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 99(2), 363–384.
- Logan, N. S., Shah, P., Rudnicka, A. R., Gilmartin, B., & Owen, C. G. (2011). Childhood ethnic differences in ametropia and ocular biometry: The Aston Eye Study. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 31(5), 550–558.
- Mann, J. P., Valenti, L., Scorletti, E., Byrne, C. D., & Nobili, V. (2018). Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Children. *Seminars in Liver Disease*, 38(1), 1–13.
- Mariné, M., Farre, C., Alsina, M., Vilar, P., Cortijo, M., Salas, A., . . . Esteve, M. (2011). The prevalence of coeliac disease is significantly higher in children compared with adults. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 33(4), 477–486.
- Martinez, F. D. (2009). The Origins of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Early Life. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 6(3), 272–277.
- Mesquita, D. N., Barbieri, M. A., Goldani, H. A. S., Cardoso, V. C., Goldani, M. Z., Kac, G., . . . Bettiol, H. (2013). Cesarean Section Is Associated with Increased Peripheral and Central Adiposity in Young Adulthood: Cohort Study. *PLoS One*, 8(6), e66827.

- Metzger, D., Pezier, T. F., & Veraguth, D. (2013). Evaluation of universal newborn hearing screening in Switzerland 2012 and follow-up data for Zurich. *Swiss Medical Weekly*, *143*, w13905.
- Michaelis, R., & Niemann, G. (2017). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie: Grundlagen, diagnostische Strategien, Entwicklungstherapien und Entwicklungsförderungen* (5.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Michl, M. (2005). *Hämatologie*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Miller, S. L., Huppi, P. S., & Mallard, C. (2016). The consequences of fetal growth restriction on brain structure and neurodevelopmental outcome. *The Journal of Physiology*, *594*(4), 807–823.
- Minden, K., & Niewerth, M. (2008). Klinische Formen der juvenilen idiopathischen Arthritis und ihre Klassifikation. *Zeitschrift für Rheumatologie*, *67*(2), 100–110.
- Mitchell, L. E., Adzick, N. S., Melchionne, J., Pasquariello, P. S., Sutton, L. N., & Whitehead, A. S. (2004). Spina bifida. *The Lancet*, *364*(9448), 1885–1895.
- Morton, N. E., Mackinney, A. A., Kosowor, N., Schilling, R. F., & Gray, M. P. (1961). Genetics of Spherocytosis. *The American Journal of Human Genetics*, *14*, 170–184.
- Mosimann, B., Pfiffner, C., Amyliidi-Mohr, S., Risch, L., Surbek, D., & Raio, L. (2017). First trimester combined screening for preeclampsia and small for gestational age—A single centre experience and validation of the FMF screening algorithm. *Swiss Medical Weekly*, *147*, w14498.
- Neuhauser, H., Poethko-Müller, C., & KiGGS Study Group. (2014). Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, *57*(7), 779–788.
- NICER (2019a). *Incidence du cancer*. Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer: <https://www.nicer.org/fr/statistiques-atlas/incidence-du-cancer/> (consulté le 10.1.2019)
- Nika, T., Stabouli, S., Kollios, K., Papadopoulou-Legbelou, K., Printza, N., Antza, C., . . . Kotsis, V. (2019). Obesity and season as determinants of high blood pressure in a school-based screening study. *Journal of Human Hypertension*, *33*(4):277–285. doi: 10.1038/s41371-019-0168
- Obsan (2015). La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. *Rapport national sur la santé*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-en-suisse-le-point-sur-les-maladies-chroniques>
- OFS (2014). Malformations congénitales selon la nationalité de l'enfant, données cumulées 2008–2012. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/305131/master> (consulté le 01.03.2019)
- OFS (Ed.) (2016). *Le cancer en Suisse, rapport 2015*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer (NICER), Registre Suisse du Cancer de l'Enfant (RSCE)
- OFS (2017). ESS 2017 – Vue d'ensemble. *Office fédéral de la statistique*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.6426303.html> (consulté le 19.02.2019)
- OFS (2018a). Diabète. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/diabete.html> (consulté le 17.12.2018)
- OFS (2018b). Nombre et taux de césariennes selon le canton et la région de domicile 2007-2016. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.6406955.html> (consulté le 25.03.2018)
- OFS (2019a). Enfants et handicap en 2017. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.11387132.html>
- OFS (2019b). Santé des nouveau-nés. *Office fédéral de la statistique*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/sante-nouveau-nes.html> (consulté le 04.02.2019)
- OFS (2019c). Accouchements et santé maternelle en 2017 – Statistique médicale des hôpitaux. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.8369419.html> (consulté le 17.05.2019)
- OFSP (2013a). Accouchements par césarienne en Suisse, Rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935). <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte/bundesratsberichte-2006-2015.html> (consulté le 04.02.2019)
- OFSP (2013b). *Santé2020: Une stratégie globale pour le système de santé*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html> (consulté le 21.11.2019)
- OFSP (2015). *Plan de mise en œuvre du concept national maladies rares*. www.bag.admin.ch

- OFSP (2016b). *Plan de mesures de la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024* (p. 55). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-massnahmenplan.pdf.download.pdf/plan-de-mesures-mnt.pdf> (consulté le 21.11.2018)
- Olén, O., Askling, J., Sachs, M., Frumento, P., Neovius, M., Smedby, K., ... Ludvigsson, J.F. (2017). Childhood onset inflammatory bowel disease and risk of cancer: A Swedish nationwide cohort study 1964–2014. *The BMJ*, *358*, j3951. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5605779/>
- OMS (2015a). WHO Statement on Caesarean Section Rates. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf (consulté le 04.02.2019)
- OMS (2015b). Recommandations de l'OMS sur les interventions visant à améliorer l'issue des naissances prématurées. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-highlights/en/ (consulté le 04.02.2019)
- OMS (2016). Rapport mondial sur le diabète. <https://www.who.int/diabetes/global-report/fr/> (consulté le 04.02.2019)
- OMS (2018a). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: Overweight and obesity among 6–9-year-old children. Report of the third round of data collection 2012–2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf (consulté le 25.02.2019)
- OMS (2018b). Quels sont les risques de diabète chez les enfants? <https://www.who.int/features/qa/65/fr/> (consulté le 18.12.2018)
- Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires OSAV (2019). *Statut en iode de la population suisse*. Bulletin nutritionnel suisse 2019 (pp. 63–82). <https://www.blv.admin.ch/blv/fr/home/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/schweizer-ernaehrungsbulletin.html> (consulté le 28.03.2019).
- Ostrowska-Nawarycz, L., & Nawarycz, T. (2007). Prevalence of excessive body weight and high blood pressure in children and adolescents in the city of Lodz. *Kardiologia Polska*, *65*(9), 1079–1089.
- Patterson, C. C., Harjutsalo, V., Rosenbauer, J., Neu, A., Cinek, O., Skrivarhaug, T., ... Green, A. (2019). Trends and cyclical variation in the incidence of childhood type 1 diabetes in 26 European centres in the 25 year period 1989–2013: A multicentre prospective registration study. *Diabetologia*, *62*(3), 408–417.
- Perrotta, S., Gallagher, P. G., & Mohandas, N. (2008). Hereditary spherocytosis. *Lancet*, *372*(9647), 1411–26.
- Petty, R. E., Southwood, T. R., Manners, P., Baum, J., Glass, D. N., Goldenberg, J., ... International League of Associations for Rheumatology (2004). International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: Second revision, Edmonton, 2001. *The Journal of Rheumatology*, *31*(2), 390–392.
- Pittet, V., Juillerat, P., Mottet, C., Felley, C., Ballabeni, P., Burnand, B., ... Swiss IBD Cohort Study Group (2009). Cohort Profile: The Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study (SIBDCS). *International Journal of Epidemiology*, *38*(4), 922–931.
- Prahalad, P., Tanenbaum, M., Hood, K., & Maahs, D. M. (2018). Diabetes technology: Improving care, improving patient-reported outcomes and preventing complications in young people with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, *35*(4), 419–429.
- Purde, M.-T., Baumann, M., Wiedemann, U., Nydegger, U. E., Risch, L., Surbek, D., & Risch, M. (2015). Incidence of preeclampsia in pregnant Swiss women. *Swiss Medical Weekly*, *145*, w14175.
- Rastogi, M. V., & LaFranchi, S. H. (2010). Congenital hypothyroidism. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, *5*, 17.
- Resnik, R. (2002). Intrauterine growth restriction. *Obstetrics and Gynecology*, *99*(3), 490–496.
- Roberts, C. L., Ford, J. B., Algert, C. S., Antonsen, S., Chalmers, J., Cnattingius, S., ... Weir, C.J. (2011). Population-based trends in pregnancy hypertension and pre-eclampsia: An international comparative study. *BMJ Open*, *1*(1). April 24, 2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191437/>
- Roethlisberger, S., Jeanneret, C., Saurenmann, T., Cannizzaro, E., Bolt, I., Sauvain, M.-J., ... Hofer, M. (2015). Pediatric Rheumatology in Switzerland Data from the Swiss Pediatric Rheumatology Registry. *Paediatrica*, *26*(2), 1.
- Roizen, N. J., & Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *The Lancet*, *361*(9365), 1281–1289.
- Romero, R., Dey, S. K., & Fisher, S. J. (2014). Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science (New York, N.Y.)*, *345*(6198), 760–765.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M. G., & Bax, M. (2007). The Definition and Classification of Cerebral Palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *49*, 1–44.
- Rubio-Tapia, A., Kyle, R. A., Kaplan, E. L., Johnson, D. R., Page, W., Erdtmann, F., ... Murray, J.A. (2009). Increased Prevalence and Mortality in Undiagnosed Celiac Disease. *Gastroenterology*, *137*(1), 88–93.

- Rudnicka, A. R., Owen, C. G., Nightingale, C. M., Cook, D. G., & Whincup, P. H. (2010). Ethnic Differences in the Prevalence of Myopia and Ocular Biometry in 10- and 11-Year-Old Children: The Child Heart and Health Study in England (CHASE). *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 51(12), 6270–6276.
- Rüegger, C., Heggin, M., Adams, M., Bucher, H. U., & Swiss Neonatal Network. (2012). Population based trends in mortality, morbidity and treatment for very preterm- and very low birth weight infants over 12 years. *BMC pediatrics*, 12, 17.
- Rutz, R., Ritzler, E., Fierz, W., & Herzog, D. (2002). Prevalence of asymptomatic celiac disease in adolescents of eastern Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 132(3–4), 43–47.
- Ryder, S., Leadley, R. M., Armstrong, N., Westwood, M., De Kock, S., Butt, T., . . . Kleijnen, J. (2017). The burden, epidemiology, costs and treatment for Duchenne muscular dystrophy: An evidence review. *Orphanet journal of rare diseases*, 12(1), 79.
- Ryser Rüetschi, J., Jornayvaz, F. R., Rivest, R., Huhn, E. A., Irion, O., & Boulvain, M. (2016). Fasting glycaemia to simplify screening for gestational diabetes. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123(13), 2219–2222.
- Salam, R. A., Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2014). Impact of intrauterine growth restriction on long-term health. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 17(3), 249–254.
- Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., . . . Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*, 392(10155), 1349–1357.
- Santiago, A. C. T., Cunha, L. P. M. da, Vieira, N. S. A., Moreira, L. M. O., Oliveira, P. R. de, Lyra, P. P. R., & Alves, C. de A. D. (2018). Breastfeeding in children born small for gestational age and future nutritional and metabolic outcomes: A systematic review. *Jornal De Pediatria*, 95(3), 264–274.
- Schlapbach, L. J., Adams, M., Proietti, E., Aebischer, M., Grunt, S., Borradori-Tolsa, C., . . . Swiss Neonatal Network & Follow-up Group (2012). Outcome at two years of age in a Swiss national cohort of extremely preterm infants born between 2000 and 2008. *BMC pediatrics*, 12, 198.
- Schoenle, E. J., Lang-Muritano, M., Gschwend, S., Laimbacher, J., Mullis, P. E., Torresani, T., . . . Molinari, L. (2001). Epidemiology of Type 1 diabetes mellitus in Switzerland: Steep rise in incidence in under 5 year old children in the past decade. *Diabetologia*, 44(3), 286–289.
- Schuster, A. K., Elflein, H. M., Pokora, R., & Urschitz, M. S. (2017). Prävalenz und Risikofaktoren der Kurzsichtigkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Klinische Pädiatrie*, 229(04), 234–240.
- Secinti, E., Thompson, E. J., Richards, M., & Gaysina, D. (2017). Research Review: Childhood chronic physical illness and adult emotional health – a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(7), 753–769.
- Sevelsted, A., Stokholm, J., & Bisgaard, H. (2016). Risk of Asthma from Cesarean Delivery Depends on Membrane Rupture. *The Journal of Pediatrics*, 171, 38–42.e1–4.
- Sevelsted, A., Stokholm, J., Bønnelykke, K., & Bisgaard, H. (2015). Cesarean section and chronic immune disorders. *Pediatrics*, 135(1), e92–98.
- SGB-FSS. (2019). *Mit den Augen hören*. Zurich: Fédération suisse de sourd. <https://www.sgb-fss.ch/gehoerlose-inder-schweiz/> (consulté le 15.1.2019).
- Sologashvili, T., Prêtre, R., Nowacka, A., Beghetti, M., & Sekarski, N. (2017). Maladies cardiaques congénitales. *Swiss-MedicalForum*, 17, 570–577.
- Song, F., Wu, W., Qian, Z., Zhang, G., & Cheng, Y. (2017). Assessment of the Placenta in Intrauterine Growth Restriction by Diffusion-Weighted Imaging and Proton Magnetic Resonance Spectroscopy. *Reproductive Sciences (Thousand Oaks, Calif.)*, 24(4), 575–581.
- Spring, S. (2012). *Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz. Eine Publikation zur Frage: «Wie viele sehbehinderte, blinde und hörsehbehinderte Menschen gibt es in der Schweiz?»* Union centrale suisse pour le bien des aveugles: https://www.szb.ch/fileadmin/user_upload/szb-factsheet_sehbehinderung_und_blindheit_entwicklung_in_der_schweiz_2012.pdf (consulté le 14.1.2019).
- Stamm, H., Fischer, A., & Lamprecht, M. (2017). *Monitoring comparatif des données relatives au poids des enfants et des adolescent-e-s en Suisse*. Analyse de données collectées dans les cantons de Bâle-Ville, de Berne, des Grisons, du Jura, de Lucerne, d'Obwald, de Saint-Gall et d'Uri ainsi que dans les villes de Berne, Fribourg et Zurich. Document de travail 41. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Stamm, H., Fischer, A., & Lamprecht, M. (2019). *Monitoring des données pondérales effectué par les services médicaux scolaires des villes de Bâle, Berne et Zurich. Évolution du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescentes et adolescents au cours de l'année scolaire 2017/18 en mettant l'accent sur l'environnement résidentiel*. Feuille d'information 37. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.

- Stokholm, J., Thorsen, J., Chawes, B. L., Schjørring, S., Krogfelt, K. A., Bønnelykke, K., & Bisgaard, H. (2016). Cesarean section changes neonatal gut colonization. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *138*(3), 881–889.e2.
- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. (2000). Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *42*, 816–824.
- Swissmedic. (2017, Septembre 20). *Spinraza®, Injektionslösung (Nusinersenum)*. July 26, 2019, https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/authorisations/new-medicines/spinraza_injektionsloesung_nusinersenum.html
- SwissNeoNet. (2000, 2016). Un début précoce dans la vie: qu'apporte un registre national? <https://www.swissneonet.ch/fr/register> (consulté le 04.02.2019).
- Sýkora, J., Pomahačová, R., Kreslová, M., Cvalínová, D., Štych, P., & Schwarz, J. (2018). Current global trends in the incidence of pediatric-onset inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, *24*(25), 2741–2763.
- Szinnai, G. (2012). Kongenitale Hypothyreose – ein Update über Diagnose, Therapie und Genetik. *Paediatrica*, *23*(5).
- Tercanli, S., Surbek, D., Lapaire, O., Vial, Y., Hodel, M., Burkhardt, N., ... Mosimann, B. (2019). Spécification des risques de prééclampsie au 1er trimestre, Avis d'experts No 57, Commission Assurance Qualité. https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/57_franz_Risikospezifizierung_Praeeklampsie.pdf (consulté le 24.04.2019)
- Thierry, S., Fautrel, B., Lemelle, I., & Guillemin, F. (2014). Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: A systematic review. *Joint Bone Spine*, *81*(2), 112–117.
- Tollánés, M. C., Moster, D., Daltveit, A. K., & Irgens, L. M. (2008). Cesarean section and risk of severe childhood asthma: A population-based cohort study. *The Journal of Pediatrics*, *153*(1), 112–116.
- Turkel, S., & Pao, M. (2007). Late Consequences of Pediatric Chronic Illness. *The Psychiatric clinics of North America*, *30*(4), 819–835.
- Van Stirum, J., Baerlocher, K., Fanconi, A., Gugler, E., Tönz, O., & Shmerling, D. H. (1982). The incidence of coeliac disease in children in Switzerland. *Helvetica paediatrica acta*, *37*(5), 421–430.
- Villarreal, M. G., Ohlsson, J., Abrahamsson, M., Sjöström, A., & Sjöstrand, J. (2000). Myopisation: The refractive tendency in teenagers. Prevalence of myopia among young teenagers in Sweden. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, *78*(2), 177–181.
- Wijnhoven, T. M., van Raaij, J. M., Spinelli, A., Starc, G., Hassapidou, M., Spiroski, I., ... Breda, J. (2014). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: Body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health*, *14*(1), 806.
- Williams, K. M., Verhoeven, V. J. M., Cumberland, P., Bertelsen, G., Wolfram, C., Buitendijk, G. H. S., Hofman, A., et al. (2015). Prevalence of refractive error in Europe: The European Eye Epidemiology (E3) Consortium. *European Journal of Epidemiology*, *30*(4), 305–315.
- Yiu, E. M., & Kornberg, A. J. (2015). Duchenne muscular dystrophy. *Journal of paediatrics and child health*, *51*(8), 759–764.
- Zydorczyk, C., Armengaud, J. B., Peyter, A. C., Chehade, H., Cachat, F., Juvet, C., ... Simeoni, U. (2017). Endothelial dysfunction in individuals born after fetal growth restriction: Cardiovascular and renal consequences and preventive approaches. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, *8*(4), 448–464.
- Zysset, A., Volken, T., Grylka, S., & Dratva, J. (2019). *Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0–4j) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention*. Bern.

07 Comportements de santé



Marina Delgrande Jordan, Thierry Mathieu,
Luca Notari & Valentine Schmidhauser
Addiction Suisse

Messages clés

- Au plan suisse, les données relatives aux comportements favorables ou préjudiciables à la santé sont rares pour la population des tout jeunes enfants. Celles qui concernent les enfants plus âgés (de 6 à 10 ans) sont moins fragmentaires, mais ce sont les 11–25 ans pour lesquels les données couvrent le plus large spectre de comportements.
- Les pratiques en matière d'allaitement sont dans une large mesure conformes aux recommandations actuelles.
- Une minorité d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes suivent la recommandation de consommer au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, les filles et jeunes femmes faisant un peu mieux que leurs homologues masculins.
- Une grande majorité des 6–10 ans respectent la recommandation d'au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité moyenne à élevée, mais pas les 11–16 ans. Les garçons la suivent davantage que les filles.
- Le temps de sommeil effectif recule considérablement au cours du processus de développement. Avant les jours d'école, près de 60% des 14–15 ans satisfont à la recommandation de dormir 8 à 10 heures par nuit. Les insomnies sont un trouble répandu chez les adolescents et jeunes adultes.
- La consommation de substances psychoactives est généralement initiée durant l'adolescence, puis s'accroît rapidement jusqu'au début de la vingtaine. Les garçons et jeunes hommes sont plus consommateurs que les filles, mais il existe des exceptions selon le produit et le seuil de consommation.
- 17,1% chez les garçons et 8,9% chez les filles de 14 et 15 ans sont sexuellement initiés (c'est-à-dire précocement). Au-delà de 20 ans, la vaste majorité des jeunes sont initiés sexuellement.
- Les données au sujet des compétences en santé des jeunes sont lacunaires. On peut néanmoins estimer qu'environ la moitié des 15–25 ans ont des compétences suffisantes, voire parfois excellentes pour prendre des décisions adéquates concernant leur santé.

7.1 Importance des comportements de santé

Durant l'enfance, les comportements («de santé») sont très largement influencés par les parents, tandis que les adolescents vont petit à petit gagner en autonomie et expérimenter par eux-mêmes de nouveaux comportements, dont une partie sera maintenue à l'âge adulte (Papalia et al., 2010).

En épidémiologie, bon nombre de comportements sont considérés comme des facteurs de protection ou de risque pour la santé (Lim et al., 2012), notamment pour le développement des maladies chroniques non transmissibles (MNT) (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2015). Or, les comportements de santé d'un individu (et de son entourage), quel que soit son âge, contribuent, en interaction avec ses conditions de vie, non seulement à façonner sa santé à court terme, mais aussi les fondements de sa santé plus tard dans la vie (Kuh & Shlomo, 2004). C'est pourquoi la période périnatale, l'enfance et l'adolescence sont autant de moments clés pour la prévention des comportements préjudiciables à la santé et la promotion de ceux qui la favorisent ou la protègent (Catalano et al., 2012; Due et al., 2011; Patton et al., 2016; Popova et al., 2017; Raphael, 2010; Raphael, 2013; Wang et al., 2018) (voir chapitre Promotion de la santé et prévention).

7.2 Objectif et méthode

Ce chapitre présente les données épidémiologiques et de recensement pertinentes relatives à une sélection de comportements reconnus comme bénéfiques ou délétères pour la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes. Les conditions de vie et ressources des jeunes font quant à elles l'objet d'un autre chapitre (chapitre Environnement et conditions sociales). À noter que les comportements de santé sont traités ici séparément, alors qu'ils sont en réalité souvent étroitement corrélés entre eux (Spring et al., 2012).

Les données présentées dans ce chapitre sont celles retenues au terme d'une recherche de la littérature publiée depuis 2000 – principalement littérature grise, complétée par des recherches au moyen de banque de données de la littérature scientifique – consacrée aux comportements de santé des 0-25 ans en Suisse. La priorité est accordée aux enquêtes de portée nationale et, lorsqu'elles font défaut, de portée cantonale ou régionale. Les méthodologies employées par ces enquêtes étant différentes, leurs résultats ne doivent pas faire l'objet de comparaisons directes.

Ce chapitre présente notamment la part (estimée) des enfants, adolescents et jeunes adultes dont le comportement paraît en accord avec les recommandations actuelles en matière de santé, par rapport à un seuil considéré comme favorable à la santé. Or, il est important de préciser que ces recommandations se fondent sur l'état – en constante évolution – des connaissances scientifiques disponibles et que, pour cette raison, celles-ci ont évolué ces dernières décennies et sont régulièrement discutées.

7.3 Alimentation

Allaitement

C'est au cours des premiers mois de l'existence qu'a lieu la transition de la nutrition intra utérine à une alimentation exclusivement lactée, puis à des repas à la cuillère diversifiés (Société Suisse de Nutrition [SSN], 2012).

L'allaitement présente des avantages pour la santé de l'enfant et celle de sa mère (Commission fédérale de la nutrition, 2015). Par exemple, il réduit chez l'enfant le risque de souffrir d'une maladie infectieuse respiratoire ou gastrointestinale et, plus tard, celui de développer une obésité ou un diabète de type 1 ou 2.

La Société Suisse de Pédiatrie (SSP) et la Société Suisse de Nutrition *préconisent* une alimentation exclusive par allaitement jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois, puis l'introduction progressive d'autres aliments au cours du 5^e au 7^e mois (Ernährungskommission der SGP/SSP, 2011; SSN, 2012)¹.

Les données les plus complètes concernant l'allaitement des nourrissons durant leur première année de vie proviennent de l'étude nationale SWIFS («Swiss Infant Feeding Study») (Dratva et al., 2014). Menée auprès de mères de nourrissons résidant dans les 3 grandes régions linguistiques de Suisse en 1994, 2003 et 2014, cette étude montre que les pratiques en matière d'allaitement sont dans une large mesure conformes aux recommandations actuelles. Selon cette étude, en 2014, 95% des mères ont allaité leur enfant dès la naissance. Ainsi, comme en 1994 (92%) et en 2003 (94%), seule une petite proportion des enfants n'ont pas du tout été allaités. À environ 3 mois, plus de la moitié des nourrissons étaient encore allaités exclusivement au lait maternel, et à environ 7 mois, à peu près la moitié des nourrissons étaient encore allaités, partiellement pour la plupart (durée totale d'allaitement médiane = 31 semaines). Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017 indiquent également une prévalence très élevée, puisqu'environ 90% des mères dont le dernier-né n'avait pas plus de 5 ans au moment de l'enquête ont

¹ Ces recommandations diffèrent un peu de celles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui prône l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois et l'introduction d'aliments de complément adaptés dès le 7^e mois, l'allaitement étant idéalement poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans (OMS, 2001). L'OMS s'adresse en priorité aux pays dans lesquels le lait maternel présente des avantages en termes économiques et hygiéniques.

déclaré l'avoir allaité. À titre indicatif – les méthodologies utilisées n'étant pas comparables – on peut mentionner qu'en Allemagne le taux d'allaitement est également élevé (72–97%) ces 20 dernières années et qu'à 6 mois environ la moitié des nourrissons étaient encore allaités (Weissenborn et al., 2016).

Les pratiques en matière d'allaitement sont dans une large mesure conformes aux recommandations actuelles.

À propos de l'introduction progressive de nouveaux aliments et boissons dans le régime du bébé, l'étude SWIFS montre que les parents commencent généralement par introduire les légumes (pommes de terre non incluses), puis les fruits et les céréales, et attendent le 7^e mois pour introduire la viande et le pain. Les autres aliments tels que poisson, yoghourt et œuf sont introduits plus tard.

Comportements en matière d'alimentation

L'alimentation des enfants de 1 à 3 ans peut être considérée comme une transition entre l'allaitement et l'alimentation de la famille (Commission fédérale de la nutrition, 2015). Durant la (petite) enfance, la sélection des aliments et le rythme des repas sont fixés par les parents qui, avec les autres adultes référents, font alors figure d'exemple dans ce domaine. Les comportements en matière d'alimentation des adolescents restent très influencés par les modèles familiaux, bien que ceux-ci acquièrent une autonomie croissante dans leurs comportements alimentaires.

La relation entre les habitudes alimentaires et la santé a fait l'objet de très nombreuses recherches. Celles-ci attestent d'un lien entre certaines MNT et des facteurs alimentaires tels qu'une consommation insuffisante de fruits et légumes ou des apports trop élevés en sel (Afshin et al., 2019). À l'inverse, une alimentation modérée, variée et équilibrée apporte des bienfaits en matière de santé (Commission fédérale de la nutrition, 2019).

En Suisse, il n'existe pas de données représentatives publiées sur les comportements en matière d'alimentation pour les 3–10 ans, comme c'est par exemple le cas dans l'Enquête KiGGS en Allemagne (Krug et al., 2018) et l'Enquête de consommation alimentaire en Belgique (de Ridder et al., 2016). Elles sont en revanche plus nombreuses pour les adolescents et jeunes adultes, quoi que très partielles. En effet, les études populationnelles ne peuvent pas rendre compte de façon exhaustive des aspects complexes et multidimensionnels couverts par l'alimentation. Les paragraphes qui suivent présentent les aspects pour lesquels les données disponibles sont les plus nombreuses.

En matière d'alimentation équilibrée, la Société Suisse de Nutrition a établi des *recommandations* pour les enfants (SSN, 2017), les adolescents (SSN, 2011a) et les adultes dès 19 ans (SSN, 2011b), qui tiennent compte de leurs besoins spécifiques. La Pyramide alimentaire suisse (ci-après «PAS») illustre quant à elle la composition idéale de l'alimentation.

Fréquence de consommation d'aliments et de boissons

Le tableau T 7.1 présente les résultats de l'ESS 2017 et de l'Enquête internationale «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 concernant la fréquence de consommation habituelle d'une petite sélection d'aliments et de boissons qui correspondent à 3 des 6 groupes de la PAS: les fruits et légumes, les aliments protéiques d'origine animale ou végétale, dont certains sont aussi riches en calcium (lait, produits laitiers), en fer (viande) ou en acides gras oméga-3 (poisson), et les aliments dont la consommation devrait rester occasionnelle, tels que sucreries, boissons sucrées et snacks salés. Pour chaque aliment ou boisson, une fréquence de consommation spécifique est proposée qui s'inspire des recommandations de la PAS, sans pour autant permettre une comparaison avec celles-ci puisqu'elles ne reflètent notamment pas les quantités consommées. À titre d'exemples, en 2018 40,9% des garçons et 50,8% des filles de 11 à 15 ans mangeaient des fruits chaque jour et respectivement 41,5% et 49,8% des légumes chaque jour, ces proportions étant proches de celles de 2014, alors qu'elles étaient à la hausse entre 2002 et 2014.

Chez les 11 à 15 ans, la consommation quotidienne de fruits et celle de légumes étaient à la hausse entre 2002 et 2014. En 2018, cette hausse ne s'est pas poursuivie.

En outre, 87,1% des garçons et 93,7% des filles de 11 à 15 ans consommaient des boissons énergisantes moins de deux fois par semaine. Depuis 2010, ces boissons sont de moins en moins fréquemment consommées.

Fréquence de consommation de 3 groupes d'aliments et de boissons (selon la PAS) chez les adolescents et jeunes adultes, selon le sexe, Suisse T 7.1

	11–15 ans (HBSC 2018)				16–25 ans (ESS 2017)			
	G (%)	KI 95%	F (%)	KI 95%	G (%)	KI 95%	F (%)	KI 95%
Fruits et légumes								
Fruits chaque jour	40,9	39,4–42,4	50,8	49,3–52,3	53,1 ^a	50,6–55,6	67,4 ^a	65,0–69,8
Légumes chaque jour	41,5	39,9–43,1	49,8	48,2–51,3	45,0 ^b	42,4–47,5	56,9 ^b	54,3–59,4
Aliments protéiques								
Lait chaque jour	54,2	52,8–55,6	43,7	42,3–45,1	–	–	–	–
Produits laitiers chaque jour	36,1	34,8–37,4	32,1	30,8–33,4	–	–	–	–
Viande 2–4 jours/semaine ^c	26,3	25,1–27,6	29,0	27,8–30,3	34,9	32,5–37,4	50,5	47,9–53,1
Poisson au moins 1 fois/semaine	45,7	44,0–47,3	37,1	35,4–38,8	59,1	56,6–61,6	53,1	50,5–55,6
À consommer avec modération								
Sucrieries moins de 2 fois/semaine	26,4 ^d	25,1–27,7	23,5 ^d	22,1–24,9	25,9 ^e	23,7–28,1	16,3 ^e	14,5–18,3
Boissons sucrées moins de 2 fois/semaine	40,5 ^f	39,0–42,1	54,2 ^f	52,6–55,8	26,3 ^g	24,2–28,6	52,3 ^g	49,7–54,9
Boissons énergisantes moins de 2 fois/semaine	87,1	85,9–88,1	93,7	92,8–94,4	–	–	–	–
Apéritifs salés moins de 2 fois/semaine	–	–	–	–	46,8	44,3–49,3	55,2	52,6–57,7

Remarques: G = garçons, F = filles; les réponses des 2 groupes d'âge ne peuvent pas faire l'objet de comparaisons directes, car elles proviennent d'études utilisant des méthodologies différentes. IC 95% = intervalle de confiance à 95%.

^a y compris jus de fruits

^b y compris jus de légumes

^c Fréquence qui laisse supposer une alternance dans les produits protéiques consommés.

^d bonbons ou chocolat

^e Sucrieries ou desserts.

^f boissons énergisantes en principe exclues

^g boissons énergisantes incluses, boissons «light» exclues

Sources: Addiction Suisse – HBSC 2018 (Delgrande Jordan et al., 2020); OFS – ESS 2017

© Obsan 2020

Les portions de fruits et légumes

Selon la PAS, il est recommandé de manger au moins 5 portions² de fruits et légumes par jour, à répartir idéalement en au moins 3 portions de légumes et 2 portions de fruits. À ce sujet, des études menées au plan national révèlent qu'une minorité de jeunes parviennent à mettre en pratique cette recommandation, sachant que les filles et jeunes femmes font un peu mieux que leurs homologues masculins. Empruntant d'autres

² Une portion correspond à une poignée (HBSC) ou à environ la grosseur du poing, ou à une pomme ou poire (ESS). Selon la PAS, chaque jour une portion peut être remplacée par 2 dl de jus de fruits ou de légumes (sans adjonction de sucre).

méthodologies, l'enquête KiGGS en Allemagne (Krug et al., 2018) et l'Enquête de consommation alimentaire en Belgique (de Ridder et al., 2016), par exemple, aboutissent aux mêmes conclusions.

Dans le détail, la proportion de jeunes qui, en Suisse, mangent au moins 5 portions de fruits et légumes par jour était de 32% chez les 6–11 ans ayant participé à l'étude SOPHYA 2013/2014 (sur la base des informations fournies par leurs parents) et de 14,8% chez les garçons et de 20,4% chez les filles de 11 à 15 ans dans le cadre de l'Enquête HBSC 2018³, sachant que les jeunes de 11 à 15 ans dont les deux parents sont nés en Suisse sont proportionnellement plus nombreux (19,7%) à le faire que ceux dont au moins un des deux parents est né à l'étranger (15,8%). Par ailleurs, selon l'ESS 2017, l'objectif moins stricte de manger 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour au moins 5 jours par semaine était, lui, atteint par 18,6% des jeunes hommes et 23,0% des jeunes femmes de 16 à 25 ans. De son côté, l'enquête nationale sur l'alimentation menuCH 2014–2015, réalisée auprès de la population résidente des 18 à 75 ans, donne la proportion plus basse de 6,3% des (jeunes) adultes de 18 à 34 ans qui mangent au moins cinq portions de fruits et légumes par jour (Bochud et al., 2017).

Le sel

Composant principal du sel alimentaire, le chlorure de sodium est indispensable à l'organisme, mais consommé en excès il représente un facteur de risque cardiovasculaire. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une consommation maximale de sel de 5g⁴ par personne et par jour⁵ (OMS, 2012).

Selon l'Enquête sur la consommation de sel de la population suisse conduite en 2010/2011 chez des personnes de 15 ans et plus dans 9 cantons⁶, 21% des adolescentes et jeunes femmes et 8% des adolescents et jeunes hommes de 15 à 29 ans satisfaisaient à l'époque à la recommandation de l'OMS (Chappuis et al., 2011). Plus récemment, dans le cadre de l'ESS 2017, 23,3% des jeunes hommes et 26,1% des jeunes femmes de 16 à 25 ans disaient faire attention à leur consommation de sel ou être en train de la réduire.

³ La question a été posée pour la première fois en 2018.

⁴ 1 petit pain ou 70g de gruyère contiennent environ 1g de sel.

⁵ Des incertitudes subsistent, sur la base des évidences disponibles, quant à la quantité optimale de sel à consommer quotidiennement. Valeur pour les 16 ans et plus; pour les 2 à 15 ans, les valeurs vont décroissant en fonction des besoins énergétiques de l'enfant.

⁶ Bâle, Fribourg, Genève, Lucerne, Saint-Gall, Tessin, Valais, Vaud et Zurich.

Régimes alimentaires spéciaux

Un régime alimentaire basé sur une réduction des apports énergétiques et/ou une modification des apports nutritionnels peut s'avérer indiqué pour des raisons de santé, en cas d'obésité, d'hypertension ou de diabète, entre autres. Un régime spécial peut cependant aussi être motivé par des réflexions éthiques, écologiques ou idéologiques.

Selon l'ESS 2017, la majorité des jeunes hommes (53,7%) et des jeunes femmes (58,7%) de 16 à 25 ans faisaient attention à quelque chose de particulier dans leur alimentation. De façon un peu plus précise, l'enquête menuCH (Bochud et al., 2017) montre qu'en 2014/2015 33,9% des 18–34 ans suivaient un régime alimentaire particulier, tel que régime sans gluten, sans lactose, pour diabétique, pauvre en calories ou végétarien, ce dernier étant le plus souvent mentionné (env. 7% des 18–34 ans). Dans le cadre de l'enquête HBSC 2018, 1,1% des garçons et 3,1% des filles de 11 à 15 ans disaient manger ni poisson ni viande, proportions qui, chez les 16–25 ans, étaient respectivement de 2,4% et de 5,9% (ESS 2017). Une alimentation qui exclut ces 2 aliments protéiques est caractéristique des régimes végétariens, dont il existe plusieurs déclinaisons. Parmi eux figure le régime végétalien, qui proscrie tout produit alimentaire d'origine animal, et qui est vivement déconseillé pour les enfants et adolescents (Commission fédérale de la nutrition, 2018; SSN, 2011a, 2011b).

Chez les 11–15 ans, 11,0% des garçons et 14,8% des filles faisaient un régime ou autre chose pour perdre du poids (HBSC 2018). L'enquête ne dit pas si cette démarche était indiquée pour des raisons médicales. Dans le cadre de l'ESS 2017, ce sont 3,4% des jeunes hommes et 7,0% des jeunes femmes de 16 à 25 ans qui ont dit avoir suivi un régime alimentaire au cours des 12 derniers mois pour perdre du poids. À la puberté, les préoccupations liées à la métamorphose corporelle peuvent mener certains jeunes à entamer des régimes stricts sans rapport avec leur statut pondéral (Delgrande Jordan et al., 2020), ce qui peut, dans certains cas, contribuer au développement de troubles du comportement alimentaires (voir chapitre Santé psychique). Il faut toutefois préciser que le risque de développer de tels troubles semble être lié à une combinaison de facteurs, dont seule une partie est d'ordre alimentaire (Stassen Berger, 2012).

7.4 (In)activité physique

À l'instar d'une alimentation saine et équilibrée, une activité physique suffisante apporte de nombreux bénéfices pour la santé des jeunes à court et long termes, que ce soit par sa contribution au bien-être en général, par l'amélioration de la qualité des os et des muscles ou la réduction du risque de développer, plus tard, certaines MNT, entre autres (INSERM, 2014b). À l'inverse, le manque de mouvement ainsi que le temps prolongé passé en position assise, par exemple devant un écran (voir chapitre Médias numériques), peut avoir des conséquences négatives pour la santé (Werkhausen et al., 2014).

Pour les enfants de moins de 1 an, l'OMS recommande au moins 30 minutes par jour d'activité physique et pour ceux de 1 à 4 ans au moins 180 minutes par jour (OMS, 2019). Selon les recommandations rédigées par le Réseau suisse Santé et activité physique (hepa.ch), les adolescents en fin de scolarité obligatoire devraient pratiquer au moins 1 heure d'activité physique d'intensité moyenne à élevée chaque jour, tandis que les plus jeunes devraient en faire bien plus que 1 heure chaque jour (hepa.ch, 2013b). Pour les adultes en âge de travailler, il est recommandé de pratiquer une activité physique d'intensité moyenne au moins 2 heures et demie par semaine ou alors un sport ou une activité physique intense au moins 1 heure et quart par semaine (hepa.ch, 2013a).

Il n'existe en revanche pas de recommandations précises concernant le temps passé en position assise ou couchée, mais il semble important d'interrompre fréquemment les temps de sédentarité tout au long de la journée (Werkhausen et al., 2014).

Niveau d'(in)activité physique

Il n'existe pas, en Suisse, des données représentatives publiées pour les moins de 6 ans, contrairement à l'enquête KiGGS en Allemagne (Krug et al., 2018) ou l'Enquête de consommation alimentaire en Belgique (Cuyppers et al., 2016).

L'étude nationale représentative SOPHYA (Swiss children's Objectively measured PHYSical Activity) menée en 2013/2014 auprès de jeunes de 6 à 16 ans au moyen d'interviews standardisées (réponses des parents ou personne référente pour les 6–11 ans) a eu recours, pour la première fois, à des accéléromètres⁷ pendant 7 jours (Bringolf-Isler et al., 2016). Il en ressort qu'une grande majorité des 6–10 ans respectent

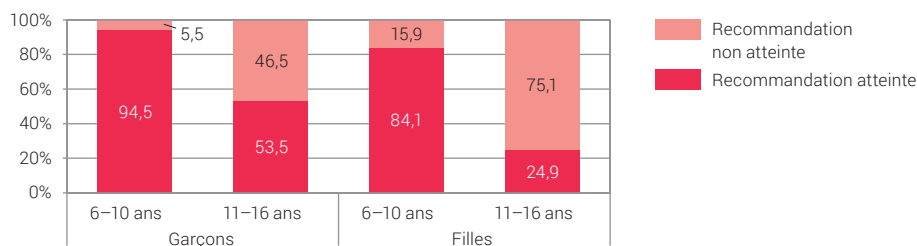
⁷ Il peut s'avérer difficile de se remémorer en détails ses épisodes d'activité physique. Ainsi, l'utilisation d'un capteur de mouvement tel qu'un accéléromètre (appareil porté – souvent à la hanche – pour enregistrer les accélérations et décélérations occasionnées par les mouvements de l'individu) est nécessaire pour en obtenir une mesure fiable (Rowlands, 2007).

la recommandation d'au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité moyenne à élevée (graphique G7.1), mais pas les 11–16 ans. Et les garçons la suivent davantage que les filles⁸.

En outre, les 6–16 ans passent environ 90% de leur temps quotidien (en dehors des heures de sommeil) en position assise ou couchée ou dans des activités physiques de faible intensité. À noter que le temps passé assis ou couché s'accroît entre les groupes d'âge alors que celui de l'activité physique d'intensité moyenne à élevée diminue.

Suivi de la recommandation en matière d'activité physique chez les 6 à 16 ans, selon le sexe, Suisse

G7.1



Remarques: mesure avec accéléromètre; selon recommandation pour les enfants

Source: Étude SOPHYA 2013/14

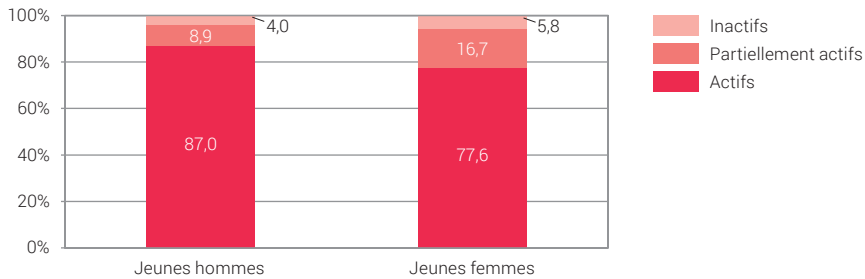
© Obsan 2020

Selon l'indice d'activité physique⁹ de l'ESS 2017, la proportion des 16–25 ans qui peuvent être considérés comme suffisamment actifs (au vu de la recommandation destinée aux adultes en âge de travailler), est également plus grande chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes (graphique G7.2). Dans ce même groupe d'âge, 19,5% des jeunes hommes et 22,7% des jeunes femmes passent au moins 10 heures par jour en position assise les jours de semaine, tandis qu'à l'opposé respectivement 14,1% et 9,5% le font moins de 3 heures.

⁸ Dans le cadre de l'enquête HBSC 2018, des prévalences bien plus basses ont été enregistrées par la question «Au cours des 7 derniers jours, combien de jours as-tu fait de l'activité physique pendant au moins 60 minutes? Calcule, s'il te plaît, le temps total que tu consacres chaque jour à l'activité physique»: cette différence doit être mise en rapport avec la méthodologie de l'étude (valeurs déclarées par les élèves et non mesurées au moyen d'un accéléromètre). Selon cette enquête, depuis 2002 la part des garçons et des filles de 11 à 15 ans qui suivent la recommandation de faire au moins 60 minutes d'activité physique chaque jour est restée relativement stable (Delgrande Jordan et al., 2020). Par ailleurs, cette enquête n'enregistre pas en 2018 de différence statistiquement significative entre les jeunes dont les deux parents sont nés en Suisse et les autres.

⁹ Indice calculé à partir de questions portant sur l'intensité et la fréquence de l'activité physique (valeurs autodéclarées). Pour la construction de cet indice voir l'indicateur du MonAM «Comportement en matière d'activité physique (âge: 15+)»: <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/MonAM/activite-physique-age-15>

Niveau d'activité physique chez les 16 à 25 ans, selon le sexe, Suisse, 2017 G 7.2



Remarques: valeurs autorapportées; selon recommandations pour les adultes en âge de travailler

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS), 2017

© Obsan 2020

Formes d'activité physique

L'activité physique comprend non seulement l'éducation physique à l'école et le sport dans le cadre des loisirs, mais aussi diverses activités telles que marcher rapidement, se déplacer à vélo ou se défouler avec ses amis.

Activités sportives

L'enquête nationale représentative Sport Suisse menée en 2000, 2008 et 2014¹⁰ est le principal instrument d'observation du sport en Suisse. Elle comprend une enquête auprès de la population résidente des 15-74 ans et, en complément depuis 2008, une enquête auprès des 10-14 ans. En 2014, 13% des garçons et 16% des filles de 10 à 14 ans ne pratiquaient pas d'activités sportives au sens large¹¹, respectivement 7% et 17% en pratiquaient jusqu'à 3 heures par semaine et respectivement 80% et 67% plus de 3 heures par semaine (Lamprecht, Fischer, Wiegand, et al., 2014).

En 2014, les 10 à 19 ans faisaient moins de sport qu'en 2008.

¹⁰ Les résultats de la nouvelle édition de cette enquête seront publiés en 2020 (www.baspo.ch).

¹¹ Sports au sens large: en dehors des leçons d'éducation physique obligatoires, sports organisés et sporadiques ainsi que des activités sportives non organisées et sporadiques comme le ski, les randonnées en famille, le football avec les amis.

En comparaison, les 15–19 ans font moins souvent du sport : 16% des garçons et 24% des filles ne pratiquaient pas d'activités sportives au sens large, respectivement 11% et 20% en pratiquaient jusqu'à 3 heures par semaine, respectivement 73% et 56% plus de 3 heures. En 2014, les jeunes de 10 à 19 ans faisaient moins de sport qu'en 2008. Le sport est moins répandu chez les filles que chez les garçons, qui ont par ailleurs des préférences en partie différentes en matière de choix des disciplines (Lamprecht, Fischer & Stamm, 2014).

Déplacements

Les jeunes sont nombreux à faire de l'activité physique à l'occasion de leurs déplacements pour aller à l'école ou les loisirs, par exemple. En effet, en 2015, selon le Microrecensement mobilité et transports (Office fédéral de la statistique [OFS], 2017), chez les 6–17 ans la marche à pied et le vélo (y compris électrique) sont les principaux moyens de transports. Chez les 18–24 ans, la possibilité d'obtenir le permis de conduire réduit la part de la marche à pied et du vélo au profit de la voiture. De son côté, l'ESS 2017 montre qu'habituellement, pour se déplacer, 26,4% des jeunes hommes et 23,5% des jeunes femmes de 16 à 25 ans utilisent le vélo (sans précision s'il est électrique ou non) et respectivement 42,7% et 47,6% la marche à pied.

7.5 Sommeil

Selon les connaissances scientifiques actuelles, le sommeil remplit de nombreuses fonctions biologiques. Il a par exemple une fonction restauratrice, qui permet au cerveau de récupérer de son activité de la journée, et une fonction de consolidation de la mémoire. Il joue aussi un rôle important dans le métabolisme : dormir peu augmente le risque de surpoids et de diabète de type 2 (Haba-Rubio & Heinzer, 2016).

Quelle que soit la période de l'existence, les individus ne sont pas égaux devant le sommeil. Par exemple, si la majeure partie de la population adulte a des besoins se situant entre 7 et 8 heures de sommeil par nuit, certains ont besoin de dormir davantage, d'autres moins (Haba-Rubio & Heinzer, 2016). Aussi n'existe-t-il pas de définition exacte du nombre d'heures qu'un enfant, adolescent ou jeune adulte devrait dormir par jour. En revanche, des recommandations formulées à titre indicatif sous forme de fourchettes d'heures adaptées en fonction du groupe d'âge ont été élaborées (pour les personnes ayant un sommeil normal), telles que celles de la National Sleep Foundation américaine (Hirshkowitz et al., 2015) : par exemple, 14–17 heures pour les nourrissons de 0 à 3 mois, 10–13 heures pour les 3–5 ans, 9–11 heures pour les 6–13 ans, 8–10 heures pour les 14–17 ans et 7–9 heures pour les 18–25 ans.

Durée du sommeil

Une étude longitudinale conduite dans le canton de Zurich entre 1976 et 2001 chez des jeunes à 1, 3, 6, 9, 12, 18 et 24 mois puis chaque année jusqu'à l'âge de 16 ans avait bien montré à l'époque la diminution considérable de la durée totale du sommeil qui se produit au cours du développement: de 14,2 heures en moyenne (écart-type = 1,9) à l'âge de 6 mois, elle reculait à 8,1 heures en moyenne (écart-type = 0,7) à l'âge de 16 ans (Iglowstein et al., 2003).

Les changements hormonaux liés à la puberté sont à l'origine d'un déplacement physiologique des phases de sommeil (Haba-Rubio & Heinzer, 2016). Les adolescents peuvent alors avoir une préférence pour se coucher et se lever tard, ce qui s'avère peu compatible avec l'horaire scolaire du matin. Des facteurs comportementaux tels que la consommation de caféine ou l'exposition à la lumière (bleue) des écrans dans les heures qui précèdent le coucher peuvent encore accentuer ce phénomène. Souvent en manque de sommeil durant la semaine, les adolescents tentent de le récupérer le week-end en dormant plus tard dans la matinée. Les résultats de l'enquête HBSC 2018 illustrent bien la nette différence entre la durée du sommeil les nuits où il y a école le lendemain et celles précédant un jour de congé: 57,4% des garçons et 58,2% des filles de 14 et 15 ans satisfaisaient à la recommandation de dormir entre 8 et 10 heures par nuit lorsqu'il y a école le lendemain – résultats proches de ceux de 2014 (G: 59,4%; F: 57,8%). Ces nuits-là, la durée moyenne du sommeil est de 7,8 heures (écart-type = 1,1) chez les garçons et de 7,8 heures (écart-type = 1,0) chez les filles. Lorsqu'il n'y a pas école le lendemain, 91,0% des garçons et 94,1% des filles de 14 et 15 ans parviennent à dormir au moins 8 heures, résultats eux aussi proches de ceux de 2014 (G: 92,8%; F: 96,0%). La durée moyenne du sommeil passe alors à 9,4 heures (écart-type = 1,3) chez les garçons et à 9,6 heures (écart-type = 1,2) chez les filles. À noter que la recommandation est davantage suivie par les jeunes de 14 et 15 ans dont les deux parents sont nés en Suisse que par ceux dont un moins un des deux parents est né à l'étranger.

L'enquête nationale représentative menée en 2011 sur les habitudes de sommeil de la population suisse de 12 à 95 ans met en évidence une heure moyenne de l'endormissement plus tardive avant les jours de congé chez les 16–19 ans par rapport au reste de la population, ainsi que la baisse rapide de la durée du sommeil entre les 12–15 ans et les 25–29 ans (Tinguely et al., 2014). S'agissant non pas du temps de sommeil effectif, mais des besoins en sommeil (mesurés par la question «De combien d'heures de sommeil avez-vous besoin pour vous sentir bien reposé?»), cette étude montre une nette réduction des besoins perçus en sommeil entre les 12–15 ans (p.ex. 52,3% d'entre eux estiment nécessaire de dormir plus de 8 heures), les 16–19 ans (32,0%) et les 20–29 ans (13,7%).

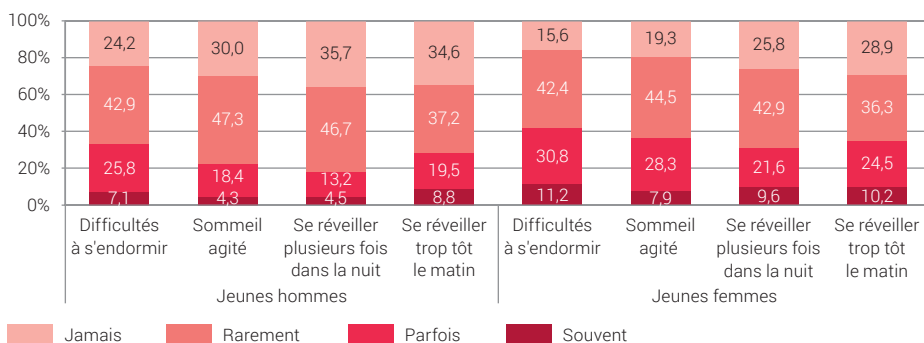
Les insomnies

En Suisse, les troubles du sommeil sont répandus aussi bien dans la population adulte (Stringhini et al., 2015) que chez les (jeunes) enfants et les adolescents (Jenni & Benz, 2007). Il existe différentes catégories de troubles du sommeil (Haba-Rubio & Heinzer, 2016), dont l'incidence varie en fonction de l'âge (Jenni & Benz, 2007). Les insomnies sont la catégorie de troubles du sommeil pour laquelle l'on trouve principalement des données en Suisse. Celles-ci se caractérisent, chez l'adulte, par un sommeil perçu de manière persistante comme difficile à initier ou consolider, trop court ou non récupérateur (American Academy of Sleep Medicine, 2014).

Chez les adolescents, la tendance à se coucher et à se lever tard (lorsque c'est possible) peut avoir un impact sur les phases et la qualité du sommeil (Dahl & Lewin, 2002), engendrer une fatigue diurne importante – symptôme répandu chez les adolescents (voir chapitre Santé psychique) – et contribuer aux insomnies (Haba-Rubio & Heinzer, 2016). Dans le cadre des enquêtes HBSC 2018 et ESS 2017, des questions sont posées sur la fréquence de symptômes évoquant les insomnies. Chez les 11–15 ans, 36,8% des garçons et 47,7% des filles disent avoir eu au moins une fois par semaine dans les 6 derniers mois des difficultés à s'endormir – ce taux a eu tendance à augmenter entre 2002 (G: 32,4%; F: 40,6%) et 2014 (G: 38,8%; F: 49,3%) tandis qu'il semble reculer en 2018 – et respectivement 26,4% et 30,5% disent ne pas avoir pu dormir d'une seule traite toute la nuit¹².

Fréquence des symptômes de l'insomnie chez les 16 à 25 ans, selon le sexe, Suisse, 2017

G7.3



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS), 2017

© Obsan 2020

¹² La question a été posée pour la première fois en 2018.

Chez les 16–25 ans, sur les 4 symptômes considérés dans le cadre de l'ESS (graphique G7.3), les difficultés à s'endormir représentent le problème le plus répandu, tandis que se réveiller plusieurs fois dans la nuit est le moins fréquent. Regroupées, les questions sur ces 4 symptômes donnent un indicateur¹³ qui permet d'estimer la sévérité des insomnies : 16,8% des jeunes hommes et 20,9% des jeunes femmes présentent des troubles moyens et respectivement 1,8% et 4,1% des troubles élevés.

Une enquête nationale représentative sur les comportements de sommeil dans la population suisse âgée de 18 ans et plus datant de 2003, soit avant le boom des écrans mobiles, renseigne quant à elle sur la prévalence des insomnies chez les 18–25 ans (Delini-Stula et al., 2007). Dans ce groupe d'âge, selon un score global d'insomnie s'inspirant des critères diagnostics de la DSM-IV, 30,1% des 18–25 ans présentaient une insomnie légère, 3,0% une insomnie modérée et moins de 1% une insomnie sévère.

En 2017, 16,8% des jeunes hommes et 20,9% des jeunes femmes de 16 à 25 ans présentent des troubles du sommeil moyens et respectivement 1,8% et 4,1% des troubles élevés.

7.6 Consommation de substances psychoactives

Les consommations de substances psychoactives sont généralement initiées au cours de l'adolescence. C'est pour cela, et aussi pour des raisons éthiques, que la récolte de données à leur sujet ne se fait pas auprès d'enfants¹⁴. Les données sont en revanche assez abondantes lorsqu'il s'agit des adolescents et jeunes adultes.

À l'adolescence, les consommations sont en général sporadiques, souvent expérimentales et opportunistes, et donc rarement régulières. À mesure de l'avancée vers l'âge adulte, davantage de jeunes en consomment fréquemment et cumulent plusieurs substances. Les consommations atteignent généralement leur prévalence la plus élevée vers 20-25 ans, et – globalement – les garçons et jeunes hommes sont plus consommateurs que les filles et jeunes femmes, mais il existe des exceptions selon le produit et le seuil de consommation considéré (Degenhardt et al., 2016).

¹³ Aucun ou faibles troubles = parfois, rarement, jamais des difficultés à s'endormir et sommeil agité et réveil plusieurs fois par nuit et réveil trop tôt le matin ; troubles moyens = souvent des difficultés à s'endormir ou sommeil agité ou réveil plusieurs fois par nuit ou réveil trop tôt le matin ; troubles élevés = souvent sommeil agité et réveil plusieurs fois par nuit (OFS, 2015).

¹⁴ Dans le cadre de l'étude HBSC, par exemple, les questions portant sur certaines substances ou modes de consommation ne sont posées qu'aux élèves les plus âgés. C'est pourquoi certains résultats ne sont présentés ici que pour les 15 ans.

Les adolescents ne devraient pas consommer du tout de substances psychoactives, car leur cerveau, dont le processus de maturation n'est pas achevé, est bien plus vulnérable à leurs effets neurotoxiques que celui des adultes (INSERM, 2014a). Chez eux comme chez les jeunes adultes, les risques associés à la consommation de substances psychoactives concernent leur santé aussi bien à court (p.ex. intoxications alcooliques, blessures, relations sexuelles non protégées) et long terme (entraves au processus de développement ou au parcours de formation, évolution vers un style de consommation à risque pour les MNT) (Hall et al., 2016; Phan & Couteron, 2015).

Cigarette traditionnelle et autres produits nicotiniques

Depuis quelques années, les cigarettes électroniques (ou vaporettes), à base de liquide avec ou sans nicotine, et les produits qui chauffent le tabac sans le brûler sont venus s'ajouter aux produits traditionnels. Alors que pour ces derniers les risques pour la santé sont bien documentés (Surgeon General, 2014), ceux associés aux nouveaux produits sont encore mal connus (Jenssen & Walley, 2019).

Cigarettes et autres produits traditionnels du tabac

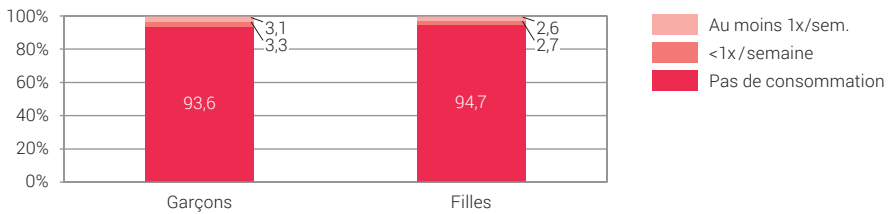
En 2018, 6,4% des garçons et 5,3% des filles de 11 à 15 ans consommaient des cigarettes traditionnelles, ne serait-ce que de temps en temps (graphique G.7.4); environ 1% des garçons et des filles le faisaient quotidiennement. Chez les fumeurs quotidiens de 15 ans, la moitié environ fumaient au maximum 5 cigarettes par jour, environ un tiers entre 6 et 10 et le quart restant plus d'un demi-paquet par jour.

Depuis 2002, la part des 11 à 15 ans qui fument des cigarettes traditionnelles au moins une fois par semaine est tendanciellement à la baisse.

Depuis 2002 (G: 9,0%; F: 9,0%), la part des filles et des garçons de 11 à 15 ans qui fument des cigarettes traditionnelles au moins une fois par semaine – fréquence qui suggère une certaine régularité du comportement – est tendanciellement à la baisse, avec une diminution particulièrement marquée entre 2010 (G: 8,0%; F: 6,4%) et 2014 (G: 4,7%; F: 3,5%). En 2018 (G: 3,1%; F: 2,5%), les taux étaient proches de ceux de 2014. En outre, en 2018 une consommation à cette fréquence était plus répandue chez les jeunes de 11 à 15 ans dont au moins un des deux parents est né à l'étranger (3,5%) que chez ceux dont les deux parents sont nés en Suisse (2,1%).

Consommation de la cigarette traditionnelle chez les 11 à 15 ans, selon le sexe, Suisse, 2018

G7.4



Source: Delgrande Jordan et al., 2019 – HBSC 2018

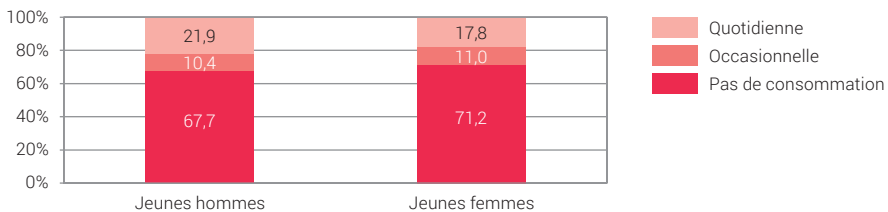
© Obsan 2020

Par ailleurs, 14,2% des garçons et 8,0% des filles de 15 ans ont dit avoir fumé la pipe à eau au moins une fois dans les 30 derniers jours et respectivement 6,0% et environ 1% avoir consommé du tabac sous forme de snus.

En 2017, environ 30% des 16–25 ans fumaient des cigarettes traditionnelles, la majorité quotidiennement (graphique G7.5). Parmi les fumeurs quotidiens, le nombre moyen de cigarettes traditionnelles consommées par jour était de 12,4 (écart-type = 6,8) chez les jeunes hommes et de 10,1 (écart-type = 5,7) chez les jeunes femmes.

Consommation de la cigarette traditionnelle chez les 16 à 25 ans, selon le sexe, Suisse, 2017

G7.5



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS), 2017

© Obsan 2020

Nouveaux produits nicotiques

Chez les 15 ans, 20,6% des garçons et 12,9% des filles ont utilisé au moins une fois la cigarette électronique (liquide avec ou sans nicotine) dans les 30 derniers jours, la majorité d'entre eux 2 jours au maximum (HBSC 2018). Un peu moins de 1 jeune de 15 ans sur 10 a dit avoir, au moins une fois dans les 30 derniers jours, aussi bien fumé des cigarettes traditionnelles qu'utilisé la cigarette électronique.

En comparaison, l'utilisation des produits du tabac chauffé («heat not burn») est quasi inexistante en 2018 chez les 15 ans, avec une prévalence à 30 jours de moins de 1%.

En 2017, environ 3,3% des jeunes hommes et 1,2% des jeunes femmes de 16 à 25 ans utilisaient occasionnellement ou quotidiennement une cigarette électronique, avec ou sans nicotine (ESS 2017). Dans ce groupe d'âge, la consommation de cigarettes traditionnelles conjointement à l'utilisation de la cigarette électronique s'observe chez la vaste majorité des utilisateurs de la vaporette. Par contraste, en 2017 la part des 16–25 ans qui utilisaient les (alors tout nouveaux) produits du tabac chauffé («heat not burn») avoisinait le 0%.

Alcool

Pour les enfants et jeunes adolescents, toute consommation d'alcool constitue un comportement à risque. Pour les (jeunes) adultes, en revanche, 2 dimensions de la consommation d'alcool sont principalement pertinentes au regard des risques pour leur santé physique et psychique, à savoir le volume moyen d'alcool consommé et les styles de consommation, en particulier les excès ponctuels (Babor et al., 2010).

En 2018, environ un tiers des 11–15 ans buvaient de l'alcool au moins occasionnellement, la plupart moins d'une fois par semaine (tableau T 7.2). La consommation quotidienne d'alcool était très rare à cet âge, avec des taux proches de 0%.

Depuis 2002 (G: 14,9%; F: 8,7%), la part des garçons et des filles de 11 à 15 ans qui boivent de l'alcool au moins une fois par semaine – fréquence qui suggère une certaine régularité du comportement – tend à reculer, avec une baisse particulièrement forte entre 2010 (G: 11,9%; F: 5,9%) et 2014 (4,6% et 2,1%). En 2018 (3,6% et 1,4%), les taux étaient proches de ceux de 2014.

En 2017, environ 80% des 16–25 ans buvaient de l'alcool au moins occasionnellement (tableau T 7.2). Parmi eux, plus de la moitié le faisaient chaque semaine, mais pas chaque jour et moins de 2% quotidiennement.

Selon l'enquête nationale CoRolAR du Monitoring suisse des addictions pour la population résidente âgée de 15 ans et plus, en 2016 les jeunes de 15–24 ans buvaient de l'alcool principalement le week-end (du vendredi au dimanche) et rarement en semaine (du lundi au jeudi). Dans les groupes d'âge plus âgés, par contre, la consommation devenait plus régulière, et l'écart entre week-end et semaine s'atténuait (Gmel et al., 2017).

D'après les seuils proposés par l'OMS¹⁵, une consommation d'alcool pur (éthanol) en moyenne par jour supérieure à 40g pour les hommes et 20g pour les femmes présente des risques moyens à élevés à long terme pour le développement de MNT (OMS, 2000). En 2017, 5,5% des jeunes hommes et 6,2% des jeunes femmes de 16 à 25 ans avaient une telle consommation d'alcool chronique à risque (ESS 2017; tableau T 7.2). Il n'existe pas de données pour les 11–15 ans.

Consommation d'alcool chez les adolescents et jeunes adultes, selon le sexe, Suisse

T 7.2

	11–15 ans (HBSC 2018)				16–25 ans (ESS 2017)			
	G (%)	IC 95%	F (%)	IC 95%	G (%)	IC 95%	F (%)	IC 95%
Consommation au moins occasionnelle ^a	35,9	33,9–38,0	29,0	27,0–31,0	82,6	80,6–84,5	76,5	74,3–78,7
Consommation hebdomadaire ^b	3,3	2,7–3,9	1,3	1,0–1,6	52,0	49,4–54,5	40,8	38,3–43,4
Consommation quotidienne	≈0,0		≈0,0		1,9	1,3–2,7	1,6	1,0–2,4
Excès ponctuels ^h	26,7 ^{c, h}	23,3–30,4	24,1 ^{c, h}	21,0–27,5	31,8 ^d	29,4–34,1	23,9 ^e	21,8–26,2
Consommation chronique à risque	–		–		5,5 ^f	4,4–6,8	6,2 ^g	5,0–7,5

Remarques: G = garçons, F = filles; les réponses des 2 groupes d'âge ne peuvent pas faire l'objet de comparaisons directes, car elles proviennent d'études utilisant des méthodologies différentes. IC 95% = intervalle de confiance à 95%. Verre/boisson alcoolisée standard = environ 12g d'alcool pur, par exemple environ 1dl de vin ou environ 3,3dl de bière.

^a consommation d'alcool, toutes fréquences confondues (occasionnelle, hebdomadaire, quotidienne) (HBSC: consommation actuelle; ESS: consommation dans les 12 derniers mois)

^b n'inclut pas les jeunes consommant quotidiennement

^c au moins 1 fois dans les 30 derniers jours consommé 5 boissons alcoolisées standard ou plus lors d'une même occasion

^d au moins une fois par mois une consommation de 5 boissons alcoolisées standard ou plus lors d'une même occasion, au cours des 12 derniers mois

^e au moins une fois par mois une consommation de 4 boissons alcoolisées standard ou plus lors d'une même occasion, au cours des 12 derniers mois

^f consommation d'alcool pur en moyenne par jour supérieure à 40g

^g consommation d'alcool pur en moyenne par jour supérieure à 20g

^h chez les 15 ans

Sources: Delgrande Jordan et al., 2019 – HBSC 2018; OFS – ESS 2017

© Obsan 2020

¹⁵ Seuils destinés à mesurer la consommation d'alcool à risque dans le cadre d'enquêtes populationnelles. Ne doivent pas être interprétés comme des plafonds recommandés pour la consommation. Pour des repères relatifs à la consommation d'alcool chez l'adulte voir CFAL (2018).

En comparaison de la consommation d'alcool chronique à risque, les excès ponctuels sont une forme de consommation d'alcool à risque bien plus fréquente chez les jeunes (tableau T 7.2). En 2018, environ un quart des garçons et des filles de 15 ans ont eu au moins un excès ponctuel dans les 30 derniers jours, la moitié l'ayant fait au moins 2 fois (HBSC 2018). Cette proportion est comparable à celle enregistrée en 2014 (G: 27,3%; F: 22,8%), mais bien plus basse qu'en 2010¹⁶ (G: 36,0%; F: 30,6%). Chez les 16–25 ans, en 2017 31,8% des jeunes hommes et 23,9% des jeunes femmes ont dit avoir eu au moins un excès ponctuel par mois au cours des 12 derniers mois (ESS 2017).

En 2018, environ un quart des 15 ans ont eu au moins un excès ponctuel dans les 30 derniers jours, soit une proportion comparable à celle de 2014, mais bien plus basse qu'en 2010.

Dans le cadre de l'enquête HBSC 2018 on constate, à l'inverse de ce qui est observé pour la consommation de cigarettes traditionnelles, que boire au moins une fois par semaine de l'alcool (11 à 15 ans) et avoir eu au moins un excès ponctuel dans les 30 derniers jours (14 et 15 ans) est un peu plus répandu chez les jeunes dont les deux parents sont nés en Suisse comparé à ceux dont au moins un des deux parents est né à l'étranger.

Médicaments

Il n'existe pas de données représentatives pour les enfants et les adolescents et elles sont très limitées pour les jeunes adultes. Dans le cadre de l'ESS 2017, 16,9% des jeunes hommes et 29,2% des jeunes femmes de 16 à 25 ans ont dit avoir pris au moins une fois des médicaments contre les douleurs, des calmants ou tranquillisants dans les 7 derniers jours. En revanche, l'usage des autres médicaments¹⁷ faisant l'objet d'une question, dont les somnifères et médicaments pour renforcer l'attention ou pour rester éveillé, est très rare chez les 16–25 ans.

¹⁶ La question a été posée pour la première fois en 2010.

¹⁷ Autres médicaments dans le cadre de l'ESS 2017: médicaments contre l'hypertension (contre la pression), médicament pour le cœur, somnifères, médicaments pour renforcer l'attention ou pour rester éveillé, médicaments contre le cholestérol, médicaments contre la dépression, médicaments contre le diabète ou injection d'insuline, médicaments contre l'ostéoporose.

Produits du cannabis et autres substances (illégaux)

Dans le cadre des études populationnelles, les réponses sur les produits illégaux peuvent être marquées d'un biais de (non-)désirabilité sociale élevé. De surcroît, les personnes qui en font souvent usage sont moins enclines à participer à de telles enquêtes. Il peut en résulter une sous-estimation des prévalences de consommation, qui doivent donc être interprétées avec prudence (Del Boca & Darkes, 2003; Percy et al., 2005; Zaldivar Basurto et al., 2009). S'agissant des jeunes adolescents, une exagération des consommations pour se vanter n'est toutefois pas exclue.

En Suisse, on distingue le *cannabis illégal*, contenant en moyenne au moins 1% de THC (tetrahydrocannabinol), des produits du cannabis contenant principalement du CBD (cannabidiol) et moins de 1% de THC qui, eux, ne sont pas illégaux. En 2018, chez les 15 ans, la consommation de cannabis illégal¹⁸ était plus répandue que celle des produits du cannabis contenant principalement du CBD¹⁹ (graphiques G7.6 et G7.7).

S'agissant de la consommation de cannabis illégal dans les 30 derniers jours, on ne constate guère de changement entre 2006 (G: 12,2%; F: 11,8%)²⁰ et 2018 (G: 13,5%; F: 8,7%) chez les garçons et les filles de 15 ans et pas non plus de différence statistiquement significative en 2018 entre les jeunes dont les deux parents sont nés en Suisse et ceux dont au moins un des deux parents est né à l'étranger. En 2017, 12,4% des jeunes hommes et 5,7% des jeunes femmes de 16 à 25 ans ont dit avoir consommé du cannabis (haschisch ou marijuana) au moins une fois dans les 30 derniers jours (ESS 2017). Selon l'enquête CoRoLAR de 2016, une grande partie des consommateurs de cannabis en consomment à titre expérimental ou de manière non problématique. Par contre, entre 2,5% et 3,5% des 15–19 ans et entre 1,9% et 2,3% des 20–24 ans présentent une consommation problématique²¹ (Marmet & Gmel, 2017). Il n'existe pas de données représentatives sur la consommation de produits contenant principalement du CBD chez les 16 ans et plus.

S'agissant des autres *substances illégales*, telles que la cocaïne, l'héroïne, les amphétamines et l'ecstasy, les enquêtes HBSC 2018, ESS 2017 et CoRoLAR 2016 indiquent que, comparativement aux produits du cannabis, leur consommation concerne une part considérablement plus petite d'adolescents et de jeunes adultes. Il en va de même des *stéroïdes anabolisants*, qui ont pour effet d'augmenter les tissus musculaires, dont la prévalence à vie est proche de 0% chez les 15 ans (HBSC 2018).

¹⁸ Dans le questionnaire HBSC 2018: «cannabis «qui pète»».

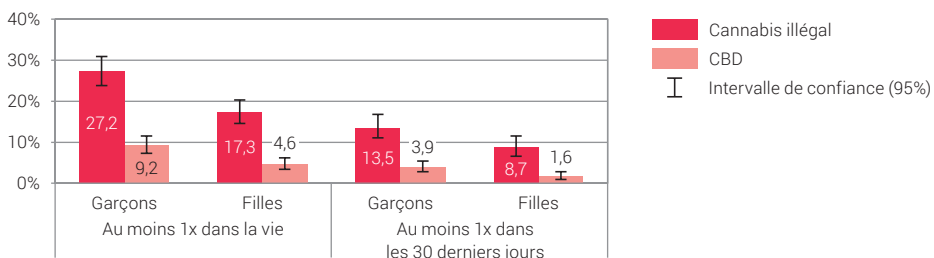
¹⁹ Dans le questionnaire HBSC 2018: «CBD»; question posée pour la première fois en 2018.

²⁰ La question a été posée pour la première fois en 2006.

²¹ Estimation basée sur le «Cannabis Use Disorder Identification Test» (CUDIT), versions originale et révisée; consommation problématique = 8 points ou plus.

Consommation de produits du cannabis chez les 15 ans, selon le sexe, Suisse, 2018

G7.6



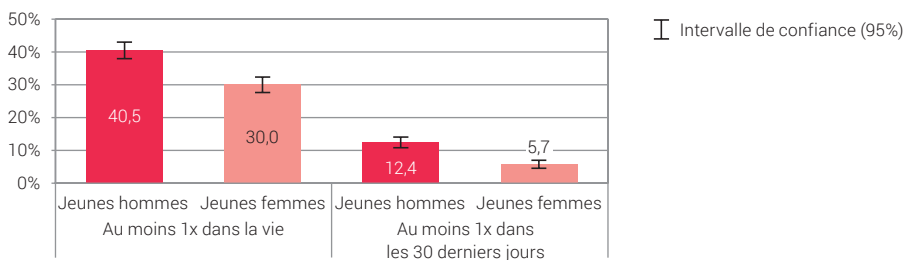
Remarques: consommation de cannabis (haschisch/marijuana)

Source: Delgrande Jordan et al., 2019 – HBSC 2018

© Obsan 2020

Consommation de produits du cannabis¹ chez les 16–25 ans, selon le sexe, Suisse, 2017

G7.7



¹ haschisch ou marijuana

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS), 2017

© Obsan 2020

7.7 Sexualité

La santé sexuelle est une composante majeure de la santé, et le passage à une vie sexuelle active, qui se produit le plus souvent durant l'adolescence, est considéré comme une tâche développementale propre à cette dernière. C'est pour cela que la récolte de données sur ce thème ne se fait qu'à partir de la moyenne adolescence. Les relations amoureuses et la sexualité sont au cœur des préoccupations des adolescents, tandis que chez les jeunes adultes peuvent s'ajouter celles en lien avec le désir d'enfants.

L'orientation sexuelle joue également un rôle important dans le développement et la construction identitaire des adolescents. Bien qu'elle puisse être patente chez les plus jeunes, c'est souvent à l'adolescence qu'elle s'établit (Papalia et al., 2010). En Suisse, 97,4% des jeunes hommes et 97,2% des jeunes femmes de 16 à 25 ans se disent hétérosexuels, respectivement 1,8% et moins de 1% homosexuels et respectivement moins de 1% et 2,1% bisexuels (ESS 2017). Chez les 24–26 ans, en 2017, environ 90% estimaient être uniquement ou très fortement attirés par le sexe opposé et à peu près 3% par des personnes du même sexe (Barrense-Dias et al., 2018).

La part des 14 à 15 ans initiés sexuellement est relativement stable depuis 2002 chez les garçons, alors qu'elle est plus basse en 2014 et 2018 que lors des précédentes enquêtes chez les filles.

Ces dernières années, le développement de l'Internet mobile et des smartphones a rendu les contenus pornographiques gratuits très aisément accessibles et donné naissance à de nouvelles pratiques, comme le «sexting» (Barrense-Dias et al., 2017) (voir chapitre Médias numériques: chances et risques pour la santé).

Proportion des jeunes sexuellement initiés

Selon l'enquête HBSC 2018, la proportion des 14–15 ans initiés sexuellement (critère considéré: avoir «couché» au moins une fois avec quelqu'un) est de 17,1% chez les garçons et de 8,9% chez les filles, soit une proportion relativement stable depuis 2002 chez les garçons et plus basse en 2014 et 2018 que lors des précédentes enquêtes chez les filles.

Chez les 16–25 ans, la part des jeunes sexuellement initiés (critère considéré: avoir eu au moins une relation sexuelle avec pénétration) est de 76,3% chez les hommes et de 72,2% chez les femmes (de 16–20 ans: G 60,5% et F 54,2%; de 21–25 ans: G 93,0% et F 90,1%) (ESS 2017). Ainsi, au-delà de l'âge de 20 ans, la vaste majorité des jeunes sont initiés sexuellement. Quant à la prévalence des relations sexuelles dans les 12 derniers mois, elle est de 68,2% aussi bien chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes de 16 à 25 ans.

Dans le cadre de l'enquête consacrée spécifiquement à la santé sexuelle et les comportements sexuels des jeunes de 24 à 26 ans en Suisse (Barrense-Dias et al., 2018), la proportion des jeunes sexuellement actifs (critère considéré: avoir eu au moins un partenaire sexuel au cours de la vie) est de 95,4% chez les jeunes hommes et de 94,0% chez les jeunes femmes. La raison la plus souvent invoquée par les non-actifs sexuellement était «ne pas avoir trouvé la bonne personne» pour les jeunes femmes et «ne pas en avoir eu l'occasion» pour les jeunes hommes.

Âge au moment du premier rapport sexuel

Le moment de la transition vers la vie sexuelle varie beaucoup d'une personne à l'autre. Parce qu'ils sont susceptibles d'avoir de moins bonnes connaissances en matière de sexualité et de contraception, ou en raison d'un manque d'expérience, les jeunes chez qui l'initiation sexuelle est précoce encourent davantage de risques pour leur santé (Boislard, 2014).

Âge lors du 1^{er} rapport sexuel chez les adolescents sexuellement initiés et les jeunes adultes ayant une vie sexuelle active, selon le sexe, Suisse T7.3

	14–15 ans (HBSC 2018)				16–25 ans (ESS 2017)			
	G (%)	IC 95%	F (%)	IC 95%	G (%)	IC 95%	F (%)	IC 95%
Avant 14 ans	26,2	21,3–31,9	14,5	9,9–20,5	1,9	1,2–2,8	1,8	1,2–2,8
À 14 ou 15 ans	73,8	68,1–78,7	85,5	79,5–90,1	22,5	20,1–25,0	22,1	19,7–24,7
À 16 ans ou plus	–	–	–	–	75,6	73,0–78,0	76,1	73,4–78,7

Remarques: G = garçons, F = filles; les réponses des 2 groupes d'âge ne peuvent pas faire l'objet de comparaisons directes, car elles proviennent d'études utilisant des méthodologies différentes. IC 95% = intervalle de confiance à 95%.

Le tableau T 7.3 présente, uniquement pour les jeunes sexuellement initiés, la proportion de ceux ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 14 ans (sexualité très précoce), à 14 ou 15 ans (précoce) et à 16 ans ou plus (dans la moyenne ou tardive). Pour la bonne interprétation des résultats, on tiendra compte du fait que chaque prévalence est étroitement liée à l'âge des répondants.

Parmi les 16–25 ans ayant une vie sexuelle active, l'âge moyen du premier rapport est de 16 ans et demi, avec seulement quelques mois de différences entre les jeunes hommes et les jeunes femmes (hommes: âge moyen = 16,5, écart-type = 1,7; femmes: âge moyen = 16,7, écart-type = 1,8) (ESS 2017).

Moyens de protection et de contraception

Les rapports sexuels ne sont pas sans risque, surtout s'ils ont lieu tôt et en cas de partenaires multiples. Les 2 préoccupations majeures concernant l'activité sexuelle des adolescents sont le risque de grossesse précoce et celui de contracter une maladie sexuellement transmissible (MST) telle que le VIH ou le papillomavirus (Papalia et al., 2010). Il est ainsi primordial qu'ils aient accès à une contraception et une protection adéquates contre les MST.

Le tableau T 7.4 renseigne, uniquement pour les jeunes sexuellement initiés, sur l'utilisation du *préservatif masculin en latex*, dont l'efficacité en matière de protection contre les MST est bien démontrée (Robin et al., 2014), ainsi que sur le recours à la *pilule (œstro) progestative*, qui figure parmi le large éventail de méthodes contraceptives hormonales pouvant être proposées aux adolescentes (Jacot-Guillarmod & Diserens, 2019), sachant qu'en Suisse ces dernières peuvent se voir prescrire un moyen de contraception sans que leur représentant légal, en principe les parents, en soit informés.

Les risques de rupture du préservatif sont limités, mais si cela se produit il est possible de recourir à une contraception médicale d'urgence («pilule du lendemain»), qui peut depuis 2002 être obtenue dans les pharmacies sans ordonnance médicale par les femmes de 16 ans ou plus (Arnet et al., 2009).

Selon une étude menée dans le canton de Vaud auprès d'adolescentes de 12 à 19 ans venues consulter dans l'intention de débiter une contraception, environ 3 quarts continuaient d'utiliser la méthode prescrite un an après (Diserens et al., 2017). La raison la plus souvent invoquée par celles qui n'ont pas poursuivi la contraception était la fin de la relation amoureuse et sexuelle. Pour les auteurs de l'étude, ce taux élevé est l'une des explications du taux relativement bas de grossesse chez les adolescentes en Suisse. En 2018, le taux de *naissances vivantes* chez les 15–19 ans était de 1,7 pour 1000 adolescentes de ce groupe d'âge (OFS, 2019a). La même année, le taux des *interruptions de grossesse* chez les 15–19 ans étaient de 3,3 pour 1000 adolescentes de ce groupe

d'âge²² (OFS, 2019b). La Suisse figure parmi les pays ayant le taux d'interruption de grossesse le plus bas d'Europe, quelle que soient les tranches d'âge prises en compte, et aucune augmentation n'a été constatée suite à l'introduction du régime du délai²³ en 2002 (Cominetti et al., 2016).

Moyens de contraception/protection chez les adolescents sexuellement initiés et les jeunes adultes ayant une vie sexuelle active, selon le sexe, Suisse T 7.4

	14–15 ans (HBSC 2018)				16–25 ans (ESS 2017)			
	G (%)	IC 95%	F (%)	IC 95%	G (%)	IC 95%	F (%)	IC 95%
Préservatif masculin^a	78,4 ^a	73,4–82,5	76,9 ^a	69,3–82,6	55,9 ^b	52,4–59,2	43,6 ^b	40,2–47,2
Combinaisons de moyens								
Préservatif masculin uniquement ^b	–		57,7 ^a	50,0–65,0	–		21,7 ^b	18,9–24,7
Pilule contraceptive uniquement ^c			9,8 ^a	5,7–16,2	–		30,5 ^b	27,3–33,8
Pilule et préservatif masculin ^d			18,8 ^a	13,6–25,4	–		22,0 ^b	19,1–25,0
Autre ^e moyen uniquement ^e			5,4 ^a	2,9–10,1	–		19,5 ^b	16,8–22,4
Aucun			8,3 ^a	4,9–13,8	–		6,4 ^b	4,8–8,3

Remarques: G = garçons, F = filles; les réponses des 2 groupes d'âge ne peuvent pas faire l'objet de comparaisons directes, car elles proviennent d'études utilisant des méthodologies différentes. Le tiret (–) signifie que les résultats relatifs aux garçons resp. jeunes hommes ne sont pas rapportés en raison de l'imprécision possible dans leurs réponses concernant la pilule contraceptive. IC 95% = intervalle de confiance à 95%.

^a Avec ou sans pilule contraceptive, avec ou sans autre moyen de contraception/protection.

^b C'est-à-dire sans la pilule contraceptive, mais avec ou sans autre moyen de contraception/protection.

^c C'est-à-dire sans préservatif masculin, mais avec ou sans autre moyen de contraception/protection.

^d Avec ou sans autre moyen de contraception/protection;

^e Sans utilisation du préservatif masculin et sans la pilule contraceptive.

^f Dans l'ESS 2017, autre moyen de contraception = patch, anneau vaginal, injection trimestrielle, implant sous-cutané, «pilule du lendemain», stérilet hormonal ou en cuivre, diaphragme, préservatif féminin, stérilisation (féminine ou masculine), contraception naturelle ou autre

^g La question se réfère au dernier rapport sexuel.

^h La question se réfère à la période des 12 derniers mois.

Sources: Addiction Suisse – HBSC 2018; OFS – ESS 2017

© Obsan 2020

²² Taux provisoires 2018 de la Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

²³ Selon les dispositions du Code pénal, le régime du délai donne la possibilité à une femme confrontée à une grossesse non désirée de décider, à l'intérieur d'un délai précis, si elle peut/veut ou non la mener à terme.

7.8 Compétences en santé

Dans le champ de la santé publique, le concept de «compétences en santé» (health literacy) a gagné en importance ces dernières années. Il n'existe toutefois pas de consensus sur ce qui doit être compris par «compétences en santé», qui recouvrent divers types de compétences – par exemple celles permettant de trouver, comprendre, assimiler, interpréter ou mettre en pratique les informations de santé – et dépassent le secteur de la santé pour en impliquer d'autres (p.ex. secteur de l'éducation ou le monde économique) (Hafen, 2018; Sørensen et al., 2012). Une définition souvent citée est celle de Kickbusch (2006, page 70): «Une compétence en santé est la capacité d'un individu à prendre des décisions dans la vie de tous les jours qui ont un impact positif sur sa santé – à la maison, dans la société, sur le lieu de travail, dans le système de santé, sur le marché économique et au niveau politique.»

En 2015, une enquête nationale représentative dédiée aux compétences en santé a été menée auprès de la population résidente des 15 ans et plus (Bieri et al., 2016). Plusieurs indices ont été créés, dont un pour lequel des résultats relatifs aux adolescents et jeunes adultes ont été publiés. Il s'agit de l'indice permettant d'estimer la «compétence générale en matière de santé»²⁴, d'après lequel 7% des 15-25 ans ont une compétence générale excellente (>42–50 points), 45% suffisante (>33–42 points), 47% problématique (>25–33 points) et 1% insuffisante (0–25 points). Pour ce groupe d'âge, cela correspond à une compétence générale de 34,2 points en moyenne (écart-type 5,0), soit un peu plus que chez les 26–35 ans, et sans différence notable en fonction du genre.

Une étude nationale a permis d'estimer qu'environ la moitié des 15 à 25 ans ont des compétences en santé suffisantes, voire parfois excellentes.

Une partie des études présentées dans ce chapitre avaient inclus dans leur questionnaire l'une ou l'autre question portant sur des compétences en santé des jeunes, mais en se limitant essentiellement à celles relatives à la connaissance de programmes de prévention et de risques liés à certains comportements.

²⁴ Cet indice se base sur 47 questions portant sur la gestion de la maladie, la prévention des maladies et la promotion de la santé (échelle de score graduée de 0 à 50 points).

7.9 Comportements de protection

Le port du casque à vélo, l'hygiène bucco-dentaire ainsi que la protection contre le bruit et celle contre les rayons du soleil sont quelques exemples de comportements de protection que les parents peuvent appliquer à leurs enfants ou que les jeunes peuvent adopter pour préserver leur santé. S'il n'existe pas en Suisse d'étude consacrée exclusivement au thème des moyens de protection chez les enfants, adolescents ou jeunes adultes, des données sont en revanche disponibles sur des comportements de protection particuliers. Celles-ci suggèrent une tendance au recul de ces comportements avec l'âge chez les jeunes.

Ainsi, par exemple, 2 études menées au plan local sur les moyens *de se protéger contre les rayons du soleil* – et, ce faisant, contre les cancers de la peau – montrent que la crème solaire est le moyen le plus utilisé, devant la recherche de l'ombre et le port de pulls à longues manches, et que son utilisation diminue avec l'âge. La première, menée en ville de Bâle en 2010 auprès d'élèves âgés de 8 à 17 ans, a montré que 36,3% d'entre eux appliquaient une crème solaire presque toujours les jours d'été ensoleillés, 19,4% souvent, 24,9% parfois et 18,2% jamais (Reinau et al., 2012). Selon la seconde étude, conduite en ville de la Chaux-de-Fonds en 2014 auprès d'élèves âgés de 8 à 16 ans, 69,2% d'entre eux appliquaient une crème solaire de façon routinière avant de s'exposer au soleil en été et 39,5% en hiver pour faire du sport et 32,8% cherchaient l'ombre aussi souvent que possible (Ackermann et al., 2016).

À propos de l'*hygiène bucco-dentaire*, pour laquelle l'enquête ESS n'a plus relevé de données en 2017, l'enquête HBSC 2018 montre que 80,9% des garçons et 89,8% des filles de 11 à 15 ans se brossent les dents plusieurs fois par jour, avec une baisse entre les 11 ans et les 15 ans chez les garçons, mais pas chez les filles. Des taux tout aussi élevés ont été enregistrés lors des enquêtes HBSC précédentes.

C'est au niveau local, avec une étude en ville de Zurich (Bauschatz et al., 2018), que l'on trouve des données sur la *protection contre le bruit*. Celle-ci montre qu'en 2017, parmi les élèves du degré secondaire II (âgés en moyenne d'environ 14 ans) qui écoutent de la musique à un volume élevé, 8% utilisaient toujours ou presque une protection, 27% occasionnellement et 65% jamais.

Enfin, en Suisse en 2017, environ 3 quarts des moins de 15 ans portaient volontairement le *casque lorsqu'ils faisaient du vélo*, alors qu'ils étaient moins de 1 tiers chez les 15–29 ans (Bureau de prévention des accidents, 2018).

7.10 Conclusions

Les politiques de prévention et de promotion de la santé impliquent de connaître, entre autres, les comportements en matière de santé de la population, en particulier par rapport au suivi des recommandations officielles. Au plan suisse, les données disponibles relatives aux comportements favorables ou préjudiciables à la santé sont rares pour la population des tout jeunes enfants, alors que ce qui se joue dans les premières années de l'existence façonne non seulement leur santé à court terme, mais aussi les fondements de leur santé plus tard dans la vie (Kuh & Shlomo, 2004). Les données nationales qui concernent les enfants plus âgés (de 6 à 10 ans) sont à peine moins fragmentaires dans la mesure où l'on en dispose pour un nombre limité de comportements (p.ex. portions de fruits et légumes, [in]activité physique, certains comportements de protection). En définitive, ce sont les 11–25 ans pour lesquels les données couvrent le plus large spectre de comportements, notamment du fait de la conduite à intervalles réguliers d'enquêtes populationnelles représentatives au plan national, telles que les enquêtes généralistes ESS et HBSC, ou thématiques telles que SWIFS et Sport Suisse, complétées par des études réalisées ponctuellement sur la sexualité ou le sommeil, entre autres.

Les données disponibles permettent d'illustrer combien les comportements de santé changent entre l'enfance et le début de l'âge adulte. En revanche, on ne saurait en tirer une conclusion générale quant à l'évolution de ces comportements au cours des dernières années en Suisse – évoquée dans ce chapitre pour les adolescents uniquement –, notamment car celle-ci varie selon le comportement étudié. Les données disponibles se basent en outre pour la plupart sur quelques questions simples faisant appel à l'évaluation des personnes interrogées et qui, par conséquent, ne permettent pas de rendre compte de la complexité et multidimensionnalité de certains comportements et/ou n'autorisent que des approximations. Or, pour pouvoir faire l'objet de mesures valides et de comparaisons avec les recommandations officielles, certains comportements nécessitent la mise en œuvre d'outils de mesure plutôt sophistiqués, comme cela a été le cas avec l'accéléromètre utilisé dans le cadre de l'étude SOPHYA. Les défis relatifs aux méthodes appropriées d'évaluation se posent également pour les compétences en santé des jeunes, pour lesquels les données sont lacunaires au plan suisse.

7.11 Bibliographie

- Ackermann, S., Vuadens, A., Levi, F., & Bulliard, J. L. (2016). Sun protective behaviour and sunburn prevalence in primary and secondary schoolchildren in western Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, *146*, w14370. doi: 10.4414/smww.2016.14370
- Afshin, A., Sur, P. J., Fay, K. A., Cornaby, L., Ferrara, G., Salama, J. S., ... Murray, C.J.L. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, *393* (10184), 1958–1972. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
- American Academy of Sleep Medicine (2014). *International classification of sleep disorders* (3rd ed.): American Academy of Sleep Medicine.
- Arnet, I., Frey Tirri, B., Zemp Stutz, E., Bitzer, J., & Hersberger, K. E. (2009). Emergency hormonal contraception in Switzerland: a comparison of the user profile before and three years after deregulation. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *14* (5), 349–356. doi: 10.3109/13625180903147765
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Barrense-Dias, Y., Akre, C., Berchtold, A., Leeners, B., Morselli, D., & Suris, J.-C. (2018). *Sexual health and behavior of young people in Switzerland* (Raison de santé 291). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Barrense-Dias, Y., Suris, J.-C., & Akre, C. (2017). *La sexualité à l'ère numérique: les adolescents et le sexting* (Raisons de santé 269). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Bauschatz, A.-S., Behringer, R., Felix, A., Gander, L., Honegger, M., Obrist, M., ... Winnewisser, E. (2018). *Gesundheit und Lebensstil von Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung Schuljahr 2017/18*. Zürich: Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich.
- Bieri, U., Kocher, J., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., ... Frind, A. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015» – Schlussbericht – Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien.
- Bochud, M., Chatelan, A., Blanco, J.-M., & Beer-Borst, S. M. (2017). *Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population: Results from menu CH 2014/2015*.
- Boislard, M.-A. (2014). La sexualité. Dans M. Claes & L. Lannegrand-Willems (Hrsg.), *La psychologie de l'adolescence* (pp. 149–159). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bringolf-Isler, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B., & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Basel: Swiss TPH.
- Bureau de prévention des accidents (bpa) (2018). *Rapport SINUS 2017: niveau de sécurité et accidents dans la circulation routière*. Berne: bpa.
- Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin, C. E., Jr., Ross, D. A., & Shek, D.T.L. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, *379* (9826), 1653–1664. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60238-4
- Chappuis, A., Bochud, M., Glatz, N., Vuistiner, P., Paccaud, F., & Burnier, M. (2011). *Swiss survey on salt intake: Main results*. Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Service de néphrologie et Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).
- Cominetti, F., Koutaissoff, D., Locicero, S., & Spencer, B. (2016). *Interruptions de grossesse: données épidémiologiques, accessibilité et techniques*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).
- Commission fédérale de la nutrition (2015). *Ernährung in den ersten 1000 Lebenstagen – von pränatal bis zum 3. Geburtstag. Expertenbericht der EEK*. Zürich: Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen.
- Commission fédérale de la nutrition (2018). *Vegan diets: review of nutritional benefits and risks. Expert report of the FCN*. Bern: Federal Food Safety and Veterinary Office.
- Commission fédérale de la nutrition (2019). *Reappraisal of the scientific evidence linking consumption of foods from specific food groups to non-communicable diseases*. An expert report of the FCN. Berne: Commission fédérale de la nutrition.
- Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL). (2018). *Repères relatifs à la consommation d'alcool 2018*. Disponible sous: <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/53056.pdf> (consulté le 20.6.2018)
- Cuyppers, K., Lebacqz, T., & Bel, S. (2016). Introduction et méthodologie. In T. Lebacqz & E. Teppers (éd.), *Enquête de consommation alimentaire 2014/2015. Rapport 3*. Brussel: WIV-ISP.

- Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *The Journal of Adolescent Health, 31* (6 Suppl), 175–184.
- de Ridder, K., Lebaq, T., Ost, C., Teppers, E., & Brocatus, L. (2016). Rapport 4: La consommation alimentaire. Résumé des principaux résultats. In E. Teppers & J. Tafforeau (éd.), *Enquête de Consommation Alimentaire 2014/2015*. Brussel: WIV-ISP.
- Degenhardt, L., Stockings, E., Patton, G., Hall, W. D., & Lynskey, M. (2016). The increasing global health priority of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry, 3* (3), 251–264. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00508-8
- Del Boca, F. K., & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports of alcohol consumption: State of the science and challenges for research. *Addiction, 98* Suppl 2, 1–12.
- Delgrande Jordan, M., Schneider, E., Eichenberger, Y., & Kretschmann, A. (2019). *La consommation de substances psychoactives des 11–15 ans en Suisse – Situation en 2018 et évolutions depuis 1986 – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* (Rapport de recherche No 100). Lausanne: Addiction Suisse.
- 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'enquête «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps* (Rapport de recherche No 109). Lausanne: Addiction Suisse.
- Delini-Stula, A., Bischof, R., & Holsboer-Trachsler, E. (2007). Sleep behavior of the Swiss population: Prevalence and the daytime consequences of insomnia. *Somnologie-Schlafforschung und Schlafmedizin, 11* (3), 193–201.
- Diserens, C., Quach, A., Mathevet, P., Ballabeni, P., & Jacot-Guillarmod, M. (2017). Adolescents contraception continuation in Switzerland: A prospective observational study. *Swiss Medical Weekly, 147*, w14504. doi: 10.4414/smw.2017.14504
- Dratva, J., Gross, K., Späth, A., & Zemp Stutz, E. (2014). *SWIFS – Swiss infant feeding study*. Basel: Swiss TPH.
- Due, P., Krolner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Trab Damsgaard, M., Graham, H., & Holstein, B.E. (2011). Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health, 39* (6 Suppl), 62–78. doi: 10.1177/1403494810395989
- Ernährungskommission der SGB/SSP. (2011). Einführung der Lebensmittel beim Säugling. *Paediatrica, 22* (4), 21.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, C. (2017). *Monitorage suisse des addictions: consommation d'alcool, de tabac et drogues illégales en Suisse en 2016*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Haba-Rubio, J., & Heinzer, R. (2016). *Je rêve de dormir*. Lausanne: Édition Favre SA.
- Hafen, M. (2018). Gesundheitskompetenz, Lebenskompetenzen und die Suchtprävention. *SuchtMagazin, 44* (4), 5–13.
- Hall, W. D., Patton, G., Stockings, E., Weier, M., Lynskey, M., Morley, K. I., & Degenhardt, L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet Psychiatry, 3* (3), 265–279. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00013-4
- hepa.ch (2013a). *Activité physique et santé des adultes – Recommandations pour la Suisse*. Disponible sous: https://www.hepa.ch/fr/themen/ausgleichsbewegung.detail.document.html/hepa-internet/fr/documents/fr/documents-de-base/hepa_Merkblatt_Gesundheitswirksame_Bewegung_Erwachsene_FR.pdf.html (consulté le 25.6.2019)
- hepa.ch (2013b). *Activité physique et santé des enfants et des adolescents – Recommandations pour la Suisse*. Disponible sous: https://www.hepa.ch/fr/themen/bewegung-im-alltag.detail.document.html/hepa-internet/fr/documents/fr/documents-de-base/hepa_Merkblatt_Gesundheitswirksame_Bewegung_Kinder_FR.pdf.html (consulté le 25.6.2019)
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... Adams Hillard, P.J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health, 1* (1), 40–43. doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010
- Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics, 111*(2), 302–307. doi: 10.1542/peds.111.2.302
- INSERM (2014a). *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. Paris: Inserm.
- INSERM (2014b). *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*. Paris: Collection Expertise collective, Inserm.
- Jacot-Guillarmod, M., & Diserens, C. (2019). Contraception chez les adolescentes. *Swiss Medical Forum, 19* (21–22): 354–360.
- Jenni, O., & Benz, C. (2007). Schlafstörungen. *Pädiatrie up2date, 2*(04), 309–333. doi: 10.1055/s-2007-966893
- Jenssen, B. P., & Walley, S. C. (2019). E-Cigarettes and similar devices. *Pediatrics, 143* (2). doi: 10.1542/peds.2018-3652

- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Krug, S., Finger, J. D., Lange, C., Richter, A., & Mensink, G. B. M. (2018). Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. - Querschnittergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (2): 3–22. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-065
- Kuh, D., & Shlomo, Y. B. (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology*: Oxford University Press.
- Lamprecht, M., Fischer, A., & Stamm, H. (2014). *Sport Suisse 2014. Activité et consommation sportives de la population suisse*. Macolin: Office fédéral du sport.
- Lamprecht, M., Fischer, A., Wiegand, D., & Stamm, H. (2014). *Sport Suisse 2014. Rapport sur les enfants et les adolescents*. Macolin: Office fédéral du sport.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., . . . Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study (2010). *The Lancet*, 380 (9859): 2224–2260. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8
- Marmet, S., & Gmel, G. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum im Jahr 2016*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- OFS (2015). *Enquête suisse sur la santé 2012 – Troubles du sommeil dans la population*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2017). *Comportement de la population en matière de transports – Résultats du microrecensement mobilité et transports 2015*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2019a). *Naissances vivantes selon l'âge de la mère et indicateur conjoncturel de fécondité*. Disponible sous: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.assetdetail.9466628.html> (consulté le 28.02.2020)
- OFS (2019b). *Nombre et taux d'interruptions de grossesse chez les adolescentes (15–19 ans), selon le canton de domicile*. Disponible sous: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.assetdetail.9486828.html> (consulté le 28.02.2020)
- OMS (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm (WHO/MSD/MSB/00.4)*: Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster.
- OMS (2001). *Report of the expert consultation of the optimal duration of exclusive breastfeeding, Geneva, Switzerland, 28–30 March 2001*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2012). *Guideline: Sodium intake for adults and children*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2015). *NCD Global Monitoring Framework. Ensuring progress on noncommunicable diseases in countries*. Disponible sous: http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/ (consulté en août 2015)
- OMS (2019). WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee *Guidelines on Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep for Children under 5 Years of Age*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Felman, R. D. (éd.). (2010). *Psychologie du développement humain* (7^e éd.). Montréal: De Boeck Supérieur.
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., . . . Viner, R.M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and well-being. *The Lancet*, 387 (10036), 2423–2478. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00579-1
- Percy, A., McAlister, S., Higgins, K., McCrystal, P., & Thornton, M. (2005). Response consistency in young adolescents drug use self-reports: A recanting rate analysis. *Addiction*, 100 (2), 189–196. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00943.x
- Phan, O., & Couteron, J.-P. (2015). *Adolescence et addictions*. In: A. Morel, J.-P. Couteron & P. Fouilland (éd.), *Aide-mémoire – Addictologie en 49 notions* (2e éd., pp. 264–274). Paris Dunod.
- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5 (3), e290–e299. doi: 10.1016/s2214-109x(17)30021-9
- Raphael, D. (2010). The health of Canada's children. Part II: Health mechanisms and pathways. *Paediatrics & Child Health*, 15 (2), 71–76.
- Raphael, D. (2013). Adolescence as a gateway to adult health outcomes. *Maturitas*, 75 (2), 137–141. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.03.013
- Reinau, D., Meier, C., Gerber, N., Hofbauer, G. F., & Surber, C. (2012). Sun protective behaviour of primary and secondary school students in North-Western Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 142, w13520. doi: 10.4414/smw.2012.13520

- Robin, G., Marcelli, F., & Rigot, J. M. (2014). Contraception masculine (male contraception). *Presse Medicale*, 43 (2), 205-211. doi: 10.1016/j.lpm.2013.12.004
- Rowlands, A. V. (2007). Accelerometer assessment of physical activity in children: an update. *Pediatric Exercise Science*, 19 (3), 252–266.
- Société Suisse de Nutrition (SSN). (2011a). *L'alimentation des adolescents*. Disponible sous: http://www.sge-ssn.ch/media/feuille_d_info_alimentation_des_adolescents_2011_1.pdf (consulté le 24.6.2019)
- Société Suisse de Nutrition (SSN). (2011b). *La pyramide alimentaire suisse. Recommandations alimentaires pour adultes, alliant plaisir et équilibre*. Disponible sous: http://www.sge-ssn.ch/media/sge_pyramid_long_F_2014.pdf (consulté le 27.8.2015)
- Société Suisse de Nutrition (SSN). (2012). *L'alimentation du nourrisson durant la première année de vie*. Berne: SSN.
- Société suisse de nutrition (SSN). (2017). *L'alimentation des enfants*. Disponible sous: http://www.sge-ssn.ch/media/Feuille_d_info_alimentation_des_enfants_2017_2.pdf (consulté le 24.6.2019)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z.,... (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (1), 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Spring, B., Moller, A. C., & Coons, M. J. (2012). Multiple health behaviours: Overview and implications. *Journal of Public Health*, 34 (suppl. 1), i3-i10. doi: 10.1093/pubmed/fdr111
- Stassen Berger, K. (2012). *Psychologie du développement* (2^e éd.). Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Stringhini, S., Haba-Rubio, J., Marques-Vidal, P., Waeber, G., Preisig, M., Guessous, I.,... Heinzer, R. (2015). Association of socioeconomic status with sleep disturbances in the Swiss population-based CoLaus study. *Sleep Medicine*, 16 (4), 469-476. doi: 10.1016/j.sleep.2014.12.014
- Surgeon General. (2014). *The health consequences of smoking – 50 years of progress: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Tinguely, G., Landolt, H.-P., & Cajochen, C. (2014). Schlafgewohnheiten, Schlafqualität und Schlafmittelkonsum der Schweizer Bevölkerung: Ergebnisse aus einer neuen Umfrage bei einer repräsentativen Stichprobe. *Therapeutische Umschau*, 71 (11), 637–646.
- Wang, G., Bartell, T. R., & Wang, X. (2018). Preconception and prenatal factors and metabolic risk. In Halfon N., Forrest C., Lerner R., & Faustman E. (Hrsg.), *Handbook of Life Course Health Development* (pp. 47–59) Cham: Springer.
- Weissenborn, A., Abou-Dakn, M., Bergmann, R., Both, D., Gresens, R., Hahn, B., Hecker, A., Koletzko, B., ... Kersting, M. (2016). Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – eine systematische Übersicht. *Gesundheitswesen*, 78, 695–707.
- Werkhausen, A., Favero, K., & Wyss, T. (2014). *Sitzender Lebensstil beeinflusst Gesundheit negativ*. Disponible sous: https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=+++Amelie+Werkhausen1%2C+Kathrin+Favero2+%26+Thom as+Wyss1&btnG=(consulté le 24.6.2019)
- Zaldivar Basurto, F., Garcia Montes, J. M., Flores Cubos, P., Sanchez Santed, F., Lopez Rios, F., & Molina Moreno, A. (2009). Validity of the self-report on drug use by university students: Correspondence between self-reported use and use detected in urine. *Psicothema*, 21 (2), 213–219.

08 Médias numériques: chances et risques pour la santé



Gregor Waller & Ursula Meidert
Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)

Messages clés

- La consommation médiatique varie fortement en fonction de l'âge. A l'entrée à l'école secondaire, au plus tard, les adolescents possèdent leur propre smartphone.
- La plupart des études menées en Suisse et à l'étranger s'intéressent aux éventuels effets négatifs sur la santé de la consommation médiatique et moins aux effets potentiellement positifs, qui sont insuffisamment étudiés. Les corrélations établies sont en général faibles et leur pertinence pratique est très limitée.
- Il n'existe pour l'heure aucun lien probant entre les ondes électromagnétiques de haute fréquence et l'apparition de tumeurs cérébrales, ni entre les ondes électromagnétiques de basse fréquence et la prévalence de la leucémie chez les enfants et les adolescents. Les résultats des études sont toutefois hétérogènes.
- L'utilisation intensive des médias, en particulier de la télévision, a souvent pour corollaire un manque d'exercice et une situation de surcharge pondérale. La sédentarité et les sollicitations excessives de certaines parties du corps dues à des mouvements répétitifs sont en corrélation avec des troubles musculo-squelettiques.
- Des yeux fatigués, secs ou larmoyants et des difficultés de mise au point peuvent être des conséquences à court terme de l'utilisation d'écrans. Il n'existe pas d'études empiriques attestant d'effets à long terme.
- L'exposition à la lumière bleue des écrans peut reporter l'endormissement. Utiliser le téléphone mobile de manière intense ainsi que recevoir des messages et des appels durant la nuit peut perturber le sommeil et être source de troubles du sommeil.
- Les médias numériques peuvent être utilisés tant d'une manière qui génère du stress que d'une manière qui le réduit, selon l'intensité d'utilisation et les contenus consommés.
- La notion de cyberdépendance recouvre un large spectre de phénomènes et n'a pas encore de définition généralement acceptée. Un lien a été établi entre cyberdépendance, solitude et symptômes de dépression.
- Les images de corps idéalisés diffusées par les médias peuvent, surtout chez les filles déjà insatisfaites de leur propre corps, aller de pair avec des effets négatifs tels que les troubles du comportement alimentaire.
- Les médias numériques peuvent tant stimuler que freiner le développement de l'individu. Le poison réside dans la dose et dans le contenu.
- La violence médiatique peut constituer un facteur de risque pour l'agressivité. Les scientifiques ne s'accordent pas sur la question de savoir si cette agressivité se traduit en violence dans la vie réelle.

8.1 Introduction

Ce chapitre se fonde sur l'analyse d'études menées en Suisse et à l'étranger sur les liens potentiels entre l'utilisation de médias numériques et la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Ces «nouveaux médias», dont les principaux sont Internet, les réseaux sociaux ainsi que les vidéos et la télévision numériques, mais aussi les livres électroniques et les jeux sur ordinateur (Delfanti & Arvidsson, 2018), font appel aux technologies numériques de l'information et de la communication pour enregistrer, traiter, reproduire et diffuser l'information, se distinguant ainsi des médias classiques, tels que livres, jeux de société et radio et télévision analogiques, qui utilisent des techniques plus anciennes. Il arrive souvent que les contenus soient identiques, à l'image d'un programme de radio qui peut être émis en mode analogique ou numérique. Si l'on parle de «nouveaux médias», c'est parce qu'ils permettent non seulement de nouveaux modes de diffusion, mais aussi des contenus et des possibilités d'utilisation inédits.

L'utilisation de médias numériques comporte pour l'essentiel deux types de risques pour la santé: ceux qui sont générés par les appareils eux-mêmes, comme le rayonnement électromagnétique, et ceux qui sont générés par leur utilisation, par exemple l'exposition à des contenus inadéquats. Nous présentons aux sections 8.3 à 8.6 les données probantes concernant les risques du premier type, qui peuvent occasionner déficiences physiques, maladies et douleurs. Nous abordons ensuite, aux sections 8.7 à 8.12, les problèmes d'ordre psychosocial et les maladies mentales que peut engendrer l'utilisation des dispositifs. Pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, les médias numériques ne sont toutefois pas seulement synonymes de risques, mais aussi d'opportunités, que nous analysons à la section 8.13, en nous arrêtant en particulier sur les compétences médiatiques. En dernier lieu, nous exposons à la section 8.14 les principales conclusions ainsi que les recommandations qui en découlent.

8.2 Consommation médiatique des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse

La consommation médiatique varie fortement en fonction de l'âge. Si, pour les enfants de moins de 6 ans, les principaux médias sont les livres, la radio, la musique, la télévision et les pièces radiophoniques, d'autres médias acquièrent une importance croissante durant l'école primaire, étape marquée notamment par les premières utilisations d'Internet. C'est au plus tard au moment du passage à l'école secondaire que les adolescents reçoivent un smartphone et ont donc librement accès à internet.

Consommation médiatique des enfants de 4 à 6 ans

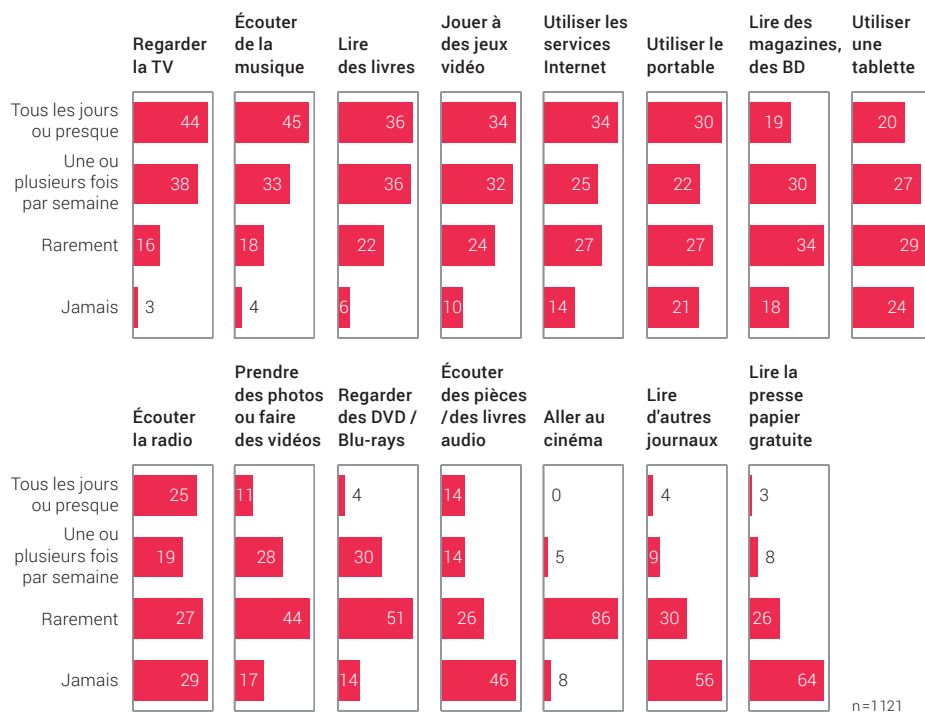
Si elle a attiré davantage l'attention ces dernières années, la consommation médiatique des jeunes enfants reste toutefois peu étudiée (Chaudron, 2015; Feierabend, Plankenhorn et Rathgeb, 2015; Könitzer, Jeker et Waller, 2017). La plupart des recherches réalisées en Europe sont de type qualitatif, à l'exception de deux études allemandes, MiniKIM (Feierabend et al., 2015) et BLIKK (Buesching, Riedel & Brand, 2017), et d'une étude réalisée par la Haute école zurichoise de sciences appliquées ZHAW (Bernath et al., 2020). Ce dernier travail (N = 879) montre que les enfants de 4 à 6 ans utilisent principalement des médias classiques tels que les livres, la radio et la télévision (selon les indications fournies par leurs parents). Le temps moyen passé devant un écran (téléviseur et jeux vidéo) est de 56 minutes par jour, la médiane se situant à 30 minutes. Les enfants dont les parents ont un niveau de formation formelle élémentaire passent plus de temps devant un écran que ceux dont les parents ont un niveau de formation formelle moyen ou supérieur. Le temps passé devant un écran dépend aussi de l'attitude des parents face aux médias électroniques. On observe en outre une corrélation positive avec le temps consacré à des activités non médiatiques telles que le jeu, le sport ou des activités créatrices, un constat contre-intuitif qui suggère que les enfants qui ont besoin de beaucoup se dépenser le font tant sur des dispositifs électroniques qu'avec des activités non médiatiques. Les enfants de 4 à 6 ans consacrent en moyenne 333 minutes par jour (la médiane étant de 300 minutes) au jeu, au sport et à des activités créatrices (Bernath et al., 2020).

Consommation médiatique des enfants de 6 à 12 ans

Une série d'études (Feierabend, Plankenhorn & Rathgeb, 2017; Genner et al., 2017; Suter, Waller, Genner, Oppliger, et al., 2015) permettent de brosser le tableau suivant de la consommation médiatique des 6 à 12 ans: ils disposent chez eux d'une vaste gamme de médias, mais la plupart des appareils et des abonnements appartiennent à leurs parents et sont souvent contrôlés par ceux-ci. Selon une étude représentative menée en Suisse (Genner et al., 2017), environ 50% des enfants de 6 à 12 ans possèdent leur propre téléphone. Le média le plus utilisé est la télévision – 44% la regardent tous les jours ou presque, 38 % une ou plusieurs fois par semaine – suivie de la musique, des livres et des jeux vidéo. Internet, qui vient au cinquième rang, devance le téléphone portable, les bandes dessinées et la tablette; enfin, les rares enfants de cette tranche d'âge qui lisent la presse ne le font que rarement et lisent des quotidiens, notamment les titres gratuits (voir graphique G8.1).

Consommation médiatique des enfants de 6 à 12 ans en Suisse, 2017

G8.1



Source: Étude MIKE 2017

© Obsan 2020

La consommation médiatique des enfants de 6 à 12 ans varie en fonction du sexe. Ainsi, les garçons jouent davantage aux jeux vidéo (76% le font au moins une fois par semaine) que les filles (55%). De même, ils ont accès à Internet (65%) et utilisent des tablettes (54%) plus souvent que les filles (respectivement 53 et 40%). En revanche, les filles lisent plus de livres que les garçons (77% contre 67%), écoutent plus de livres audio (33% contre 24%) et font plus de photos et de vidéos (46% contre 32%). La consommation médiatique des enfants de 6 à 12 ans évolue de façon marquée durant cette étape (voir tableau T8.1).

Les mutations parfois profondes observées dans la consommation médiatique s'expliquent d'une part par la disponibilité accrue des dispositifs et, d'autre part, par l'acquisition de nouvelles compétences telles que la lecture et l'écriture. En fin d'école primaire, 80% des élèves possèdent leur propre smartphone, de sorte qu'ils disposent à partir de ce moment de leur propre accès à Internet, que leurs parents ne peuvent plus contrôler.

Consommation régulière de médias numériques par les enfants en Suisse, par tranche d'âge, 2017

T 8.1

	6 à 7 ans	8 à 9 ans	10 à 11 ans	12 à 13 ans
Télévision	90%	83%	80%	75%
Lecture	78%	83%	68%	55%
Écoute de pièces radiophoniques	35%	34%	26%	16%
Écoute de musique	71%	74%	80%	91%
Jeux	56%	56%	73%	82%
Utilisation d'Internet	29%	50%	71%	87%
Utilisation du portable	34%	38%	63%	77%
Prise de photos et de vidéos	28%	34%	43%	55%

Source: Étude MIKE 2017

© Obsan 2020

Consommation médiatique des adolescents et des jeunes adultes

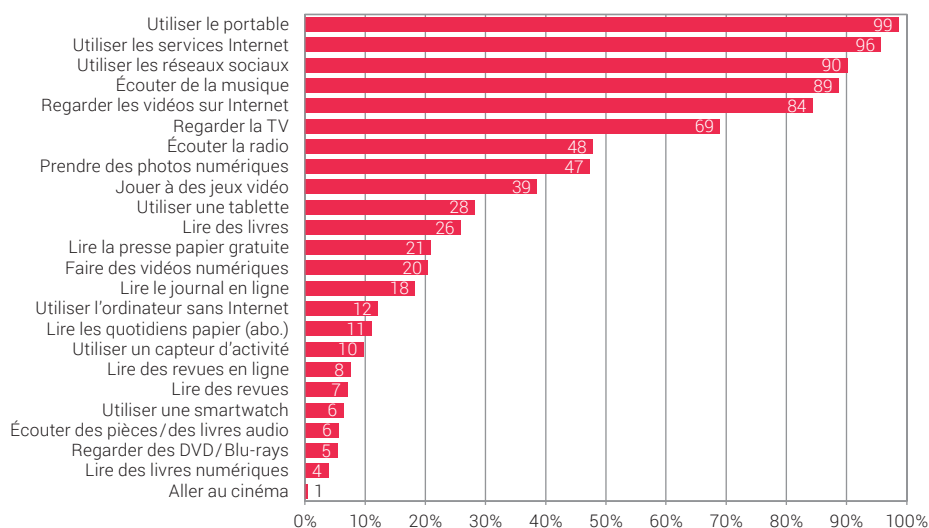
Les médias gardent toute leur importance durant l'adolescence (Heeg & Steiner, 2019). Pendant cette période, ils aident les jeunes à franchir des phases de développement ou les empêchent de le faire (voir également la section consacrée au développement).

Au moment où ils passent au degré secondaire, la quasi-totalité des jeunes en Suisse possèdent un smartphone (Suter et al., 2018a; Waller, Willemse, Genner, Suter & Süss, 2016), dispositif qui constitue dès lors le média le plus utilisé (voir aussi graphique G8.2): 99% des 12 à 18 ans l'utilisent tous les jours ou plusieurs fois par semaine. Viennent ensuite Internet (96%), les réseaux sociaux (90%), la musique (86%), la visualisation de vidéos sur Internet (86%), la télévision (69%), la photographie (48%), la radio (48%) et les jeux vidéo (38%) (Suter et al., 2018a). L'utilisation du téléphone portable, des réseaux sociaux, des journaux gratuits, des journaux et des revues en ligne ainsi que l'écoute de la musique augmente durant l'adolescence, contrairement à celle des jeux vidéo, de la tablette et des livres, qui diminue. Durant cette phase, les filles sont davantage sur les réseaux sociaux et lisent plus de livres – imprimés ou électroniques – que les garçons, qui ont davantage tendance à regarder des vidéos sur Internet, à jouer à des jeux vidéo et à utiliser tant des tablettes que des montres intelligentes. Les adolescents suisses disent surfer deux heures et 30 minutes par jour sur Internet en semaine et quatre heures par jour le week-end (Suter et al., 2018a), soit environ une heure de plus qu'en 2014. Les adolescents issus de la migration utilisent davantage Internet que les jeunes d'origine suisse, de même que les jeunes romands et tessinois surfent plus que leurs pairs alémaniques.

Consommation médiatique des adolescents en Suisse, 2018

G8.2

Pourcentage: chaque jour / plusieurs fois par semaine



Source: Étude JAMES 2018

© Obsan 2020

Les services d'Internet auxquels les adolescents ont le plus recours – et de loin – sont les réseaux sociaux, les moteurs de recherche et les sites de partage de vidéos, utilisés tant à des fins de divertissement que de recherche d'informations. Les réseaux sociaux ou messageries instantanées les plus appréciés sont Instagram, Snapchat et WhatsApp, ce dernier étant très utilisé par pratiquement tous les adolescents sur leur smartphone. La production de contenus destinés à Internet, comme des vidéos, photos ou textes, reste généralement secondaire, de sorte que nombre d'entre eux ne mettent rien en ligne.

L'enquête suisse sur la santé 2017 (ESS) fournit des renseignements sur la consommation médiatique des adolescents et des jeunes adultes de 15 à 25 ans. Dans cette classe d'âge, Internet vient en tête, puisque 97% l'utilisent chaque jour à des fins privées. En l'occurrence, l'intensité de l'utilisation ne varie pas, quel que soit le sexe, l'âge ou la région linguistique.

Regarder la télévision et des vidéos sont aussi des activités très fréquentes: 87,7% des jeunes interrogés indiquent regarder la télévision tous les jours, 30,2% moins d'une heure, 39,7% d'une à deux heures et 17,8% plus de deux heures par jour. Les garçons (91,9%) la regardent davantage que les filles (83,3%). L'origine n'influe certes pas sur la fréquence d'utilisation, mais bien sur sa durée: les adolescents et jeunes adultes issus de la migration sont 21,8% à passer plus de deux heures par jour devant un écran

de télévision, contre 15,6% pour leurs pairs d'origine suisse. Si, lorsque l'on compare les trois régions linguistiques, c'est en Suisse romande que le pourcentage de ceux qui regardent la télévision ou des vidéos plus de deux heures par jour est le plus élevé avec 22,2% (contre 16,3% en Suisse alémanique et 13,5% en Suisse italophone); c'est pourtant dans cette région que la proportion de ceux qui n'utilisent pas les médias chaque jour est la plus forte avec 13,9% (contre 11,8% en Suisse alémanique et 9,4% en Suisse italophone).

Quant aux jeux vidéo et sur ordinateur, ils sont bien moins fréquemment utilisés que la télévision ou des vidéos, puisque 63% des personnes interrogées indiquent ne pas y avoir recours tous les jours. Les différences entre les sexes sont ici importantes: 58% des adolescents et jeunes hommes jouent tous les jours à des jeux vidéo ou sur ordinateur, contre seulement 13,9% des adolescentes et jeunes femmes. La durée d'utilisation varie elle aussi en fonction du sexe: 11,7% des garçons et jeunes hommes y consacrent plus de deux heures par jour, contre 1,1% seulement des filles et jeunes femmes.

8.3 Consommation médiatique et maladies cancéreuses

L'utilisation des divers dispositifs électroniques repose sur plusieurs systèmes de transmission: téléphonie mobile, Bluetooth ou réseau local sans fil. Selon le dispositif et l'utilisation qui en est faite, différentes parties du corps sont exposées à des rayonnements électromagnétiques de haute fréquence. Lorsque l'on passe un appel sur un téléphone portable, ce sont notamment la tête, l'oreille et la main qui sont particulièrement exposées. En outre, les courants électriques des composants électroniques et de la batterie ou de l'alimentation électrique des dispositifs génèrent des champs électromagnétiques de basse fréquence pénétrant également dans la tête ou dans la main (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2019). La médecine soupçonne le rayonnement des champs électromagnétiques de basse et de haute fréquence d'être cancérogène. Ainsi, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'Organisation mondiale de la santé a classé ces deux types de rayonnement dans la catégorie des agents pouvant être cancérogènes pour l'homme (groupe 2b) (IARC Working Group, 2013).

L'individu qui commence à employer des téléphones portables, des tablettes et des ordinateurs dès l'enfance présente une plus longue durée d'utilisation et, par conséquent, une plus longue exposition cumulée au rayonnement que celui qui n'a commencé à les employer qu'à un stade ultérieur. En outre, les enfants sont jugés particulièrement vulnérables aux atteintes potentielles à la santé attribuables aux ondes électromagnétiques, du fait que leur système nerveux est encore en plein développement. Si le système nerveux anatomique est entièrement formé aux alentours des deux ans, son développement fonctionnel se poursuit jusqu'à l'âge adulte et pourrait donc être perturbé par les ondes électromagnétiques (Commission européenne, 2009).

Pour les enfants et les adolescents, les chercheurs ont analysé en particulier la corrélation entre l'exposition aux ondes électromagnétiques et l'incidence des cancers du sang, comme la leucémie, et des tumeurs cérébrales. S'agissant de la leucémie, plusieurs études scientifiques ont établi que les enfants et adolescents soumis au rayonnement électromagnétique de basse fréquence couraient un risque accru (European Commission & Directorate General for Health & Consumers, 2015; Kheifets et al., 2010; Schüz, 2011), risque qui augmente en fonction de l'exposition (Kheifets et al., 2010). La corrélation qui se dégage du résultat de ces études est toutefois faible.

En ce qui concerne les tumeurs cérébrales, diverses études concluent que les enfants et les adolescents faisant une utilisation normale des téléphones mobiles ne présentent pas de risque accru (Aydin et al., 2011; Kheifets et al., 2010; Schüz, 2011). De même, les enfants et les adolescents qui ont commencé à utiliser régulièrement un téléphone portable au moins cinq ans avant la date de l'enquête ne présentent pas non plus un risque plus élevé que ceux qui n'en emploient pas régulièrement. Aucune corrélation n'a par ailleurs été établie entre la localisation de la tumeur et la partie soumise au rayonnement le plus intense (Aydin et al., 2011). Une étude a toutefois abouti à la conclusion que l'incidence des tumeurs cérébrales était corrélée avec le temps écoulé depuis la souscription d'un abonnement de téléphonie mobile, mais pas avec l'intensité de l'utilisation. Ses auteurs signalent que le rayonnement électromagnétique constitue donc pour les enfants et les adolescents un risque de tumeurs cérébrales plus élevé que pour les adultes, du fait que le cerveau n'a pas terminé de se développer, que les os du crâne sont plus minces et que la densité tissulaire est différente (Gandhi et al., 2012; Hardell, 2017).

En conclusion, les études réalisées jusqu'à présent ne permettent pas de se prononcer avec certitude sur le lien entre maladies cancéreuses et utilisation de médias numériques. En effet, leurs résultats sont contradictoires, elles sont difficilement comparables et souffrent de problèmes méthodologiques (en particulier l'impossibilité de transposer tels quels les résultats des expériences réalisées sur des animaux aux êtres humains et complexité des diverses sources de rayonnement possibles). Surtout, nous manquons d'études sur l'effet à long terme de la téléphonie mobile. Pour l'heure, nous disposons de données probantes faisant état d'une corrélation plutôt faible entre rayonnement électromagnétique et tumeurs cérébrales, cette corrélation étant un peu plus forte, mais toujours minime, dans le cas de la leucémie.

La médecine soupçonne le rayonnement des champs électromagnétiques d'être cancérigène. Il n'est pas possible de se prononcer avec certitude à ce sujet, car les études menées aboutissent à des résultats contradictoires, présentent des problèmes méthodologiques, sont difficilement comparables entre elles et on manque d'études à long terme.

8.4 Sédentarité, surcharge pondérale et troubles musculo-squelettiques

À moins qu'il ne s'agisse de jeux sportifs ou de jeux de réalité virtuelle incluant des mouvements, consommer des médias numériques assis ou couché présente différents risques pour la santé inhérents à la sédentarité: surcharge pondérale et obésité, maladies cardiovasculaires et problèmes psychiques (Tremblay et al., 2011). La corrélation entre consommation médiatique et surcharge pondérale ou obésité a déjà fait l'objet d'un grand nombre d'études, l'obésité étant l'une des conséquences les mieux attestées de l'utilisation d'écrans (Robinson et al., 2017). Les rapports décrivent plusieurs mécanismes qui expliquent le lien entre consommation médiatique et surcharge pondérale ou obésité chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes: en premier lieu, l'utilisation de dispositifs électroniques se substitue à l'exercice physique; en deuxième lieu, l'apport calorique augmente en raison des aliments ingérés lors de cette utilisation; en troisième lieu, l'exposition à la publicité pour des aliments caloriques stimule leur consommation et, en quatrième lieu, la réduction des heures de sommeil altère l'équilibre des hormones de régulation de l'appétit, ce qui peut entraîner une hausse de la consommation d'aliments entre les repas et la nuit. La présence d'un téléviseur dans la chambre des enfants et des adolescents est aussi un facteur qui favorise la surcharge pondérale et l'obésité (Casiano, Kinley, Katz, Chartier & Sareen, 2012). Des études prouvent que les interventions aboutissant à une réduction de la consommation médiatique ont pour corollaire une diminution du poids (Hingle & Kunkel, 2012). La focalisation de nombreuses études sur la surcharge pondérale et l'obésité des enfants et des adolescents s'explique notamment par la forte augmentation de ce phénomène ces deux dernières décennies. On sait qu'une grande partie des enfants et des adolescents obèses le restent à l'âge adulte. Or, l'obésité augmente le risque d'hypertension artérielle, de maladies cardiovasculaires, de dyslipidémie, de diabète, de cholécystite et d'arthrite (voir le chapitre Maladies chroniques et handicaps) (Karaagac, 2015; Tremblay et al., 2011).

Des études montrent que regarder la télévision représente un plus grand risque de surcharge pondérale et d'obésité qu'utiliser d'autres dispositifs. Les messages passant à la télévision, à savoir la publicité pour des boissons et aliments caloriques, sont l'une des explications avancées (Robinson et al., 2017), l'autre étant le lien constaté entre la sédentarité et la consommation d'aliments devant le téléviseur et entre les repas. Ces facteurs favorisent vraisemblablement la surcharge pondérale des enfants et des adolescents. En outre, la sédentarité est corrélée avec un niveau socioéconomique bas, un âge plus élevé, davantage d'autonomie des enfants et une attitude négative envers l'exercice physique (Barr-Anderson & Sisson, 2012).

Le lien de causalité entre l'obésité et l'utilisation de dispositifs dotés d'un écran est considéré comme établi. La consommation médiatique peut par ailleurs aller de pair avec un manque d'exercice physique. Quant aux sollicitations excessives de certaines parties du corps dues à des mouvements répétitifs, elles sont en corrélation avec des troubles musculo-squelettiques.

L'étude précédemment mentionnée de la ZHAW, menée sur les enfants de 4 à 6 ans, n'a certes pas constaté de lien entre le temps passé devant les écrans et le bien-être physique ou psychique des enfants, mais en a établi un entre le niveau de consommation médiatique et l'indice de masse corporelle (IMC, calculé sur la base de la taille et du poids), la corrélation étant toutefois faible (Bernath et al., 2020).

Selon plusieurs études, la très grande majorité des enfants et des adolescents consacrent plus de deux heures par jour de leurs loisirs à des activités passives. Ce constat est aussi valable pour la Suisse, comme le montrent les résultats d'une étude représentative: les jeunes y déclaraient passer une moyenne de 2,5 heures par jour sur Internet en semaine et de 4 heures le week-end (Suter et al., 2018a). Selon l'ESS de 2017, 18% des 15 à 25 ans passaient plus de deux heures par jour à regarder la télévision ou des vidéos, 6,5% à jouer à des jeux vidéo ou sur ordinateur et 22,5% à utiliser leur ordinateur à d'autres fins.

Les résultats de l'étude HBSC (2019) montrent que les 11 à 15 ans qui passent beaucoup de temps sur des écrans à des fins récréatives les jours d'école font nettement moins d'exercice physique que les adolescents qui y consacrent peu de temps: parmi ceux qui passent au plus une demi-heure par jour d'école devant un écran, la moitié environ (50,7%) consacrent au moins 60 minutes par jour, cinq jours par semaine, à une activité physique. En comparaison, seulement 33,8% de ceux qui passent au moins quatre heures par jour devant un écran font de l'exercice.

La comparaison de l'IMC de ces jeunes corrobore ces résultats: 6,7% des jeunes qui passent peu de temps devant un écran sont en surcharge pondérale et moins de 1% obèses, contre respectivement 15,8% et 1,0% de ceux qui y restent quatre heures ou plus par jour d'école.

Une méta-analyse systématique englobant 232 études ayant porté sur 983 840 enfants et adolescents de 5 à 17 ans prouve l'existence d'une relation dose-effet entre la sédentarité et l'état de santé: le fait de passer plus de deux heures par jour devant la télévision nuit à la constitution corporelle, à la forme physique, à l'estime de soi, aux résultats scolaires et au comportement prosocial. Cette analyse a aussi montré que la réduction des heures d'inactivité permettait d'abaisser l'IMC. Toute réduction de la sédentarité a ainsi pour corollaire une diminution des risques pour la santé des jeunes et des adolescents (Tremblay et al., 2011).

L'exercice et le sport jouent aussi un rôle en lien avec les troubles musculo-squelettiques, car ils contrebalancent l'inactivité due à une longue station assise. Des troubles se manifestant sous forme de douleurs et d'inflammations apparaissent avant tout lorsque certains muscles, tendons et ligaments sont sollicités outre mesure par des mouvements répétitifs et par de mauvaises postures (p. ex.. Gustafsson, Johnson, Lindegård & Hagberg, 2011; Ming, Närhi & Siivola, 2004). Chez les adolescents, les parties du corps les plus éprouvées par l'utilisation de l'ordinateur sont la tête ainsi que la région de la nuque et des épaules (Hakala et al., 2012). Les maux de dos sont aussi fréquents (Suris et al., 2014). L'existence d'une relation dose-effet entre la durée d'utilisation et les symptômes a été prouvée par Harris et al. (2015) pour l'utilisation de l'ordinateur et par Gustafsson et al. (2017) pour la rédaction de textos sur le smartphone. Par ailleurs, l'aménagement du poste informatique et une posture correcte jouent un rôle important: comme le prouvent d'autres études, les enfants et les adolescents utilisent souvent des postes inadaptés à leur taille (Py Szeto et al., 2014). Des postes informatiques aménagés de façon ergonomique (Jacobs et al., 2013) ainsi qu'une posture adéquate pour utiliser le smartphone (position neutre de la tête, dos et avant-bras appuyés) peuvent prévenir ou réduire les troubles musculo-squelettiques (Gustafsson et al., 2011). Ces troubles semblent en outre aggravés par le manque de sommeil, souvent dû à l'utilisation fréquente et intense de l'ordinateur (voir la section sur le sommeil). L'analyse des données de l'étude JAMES de 2018 pour la Suisse parvient aux mêmes résultats: la durée de navigation sur Internet et d'utilisation du téléphone portable est corrélée avec des douleurs physiques tels que maux de tête, de nuque ou de dos. Toutes ces corrélations sont cependant très faibles (Bernath et al., 2020).

8.5 Problèmes de vue et maux de tête

Si aucune étude empirique n'a établi les effets à long terme que l'utilisation d'écrans a sur la vue, divers symptômes en prouvent les effets à court terme: yeux fatigués, secs, larmoyants, rougis ou irrités, baisse de l'acuité visuelle et difficultés de mise au point. Ces symptômes, souvent regroupés sous les termes de «syndrome de vision informatique» ou de «fatigue oculaire numérique», sont attribués à l'intensité de l'éclairage et au scintillement de l'écran ainsi qu'à la réduction du clignotement des yeux (Jaiswal et al., 2019). L'intensité de la lumière directe peut fatiguer les yeux de la personne qui lit à l'écran (Mork, Bruenech & Thorud, 2016). Par ailleurs, les yeux rivés sur l'écran ne regardent pas suffisamment au loin, ce qui les empêche de se détendre suffisamment. Les adolescents indiquent qu'ils présentent ces symptômes après 30 minutes seulement (Smahel, Wright & Cernikova, 2015). En outre, la position incorrecte de la tête peut engendrer des tensions dans la région de la nuque et des épaules ainsi que des maux de tête.

Si les dispositifs portables et les ordinateurs se distinguent par leurs modes d'utilisation, par la position du corps, la distance d'avec l'écran, la taille et la luminosité de celui-ci, les symptômes qu'ils provoquent sont toutefois de même nature (Jaiswal et al., 2019). En règle générale, ils perdent de leur intensité ou disparaissent lorsque la durée d'utilisation est réduite.

Des yeux fatigués, secs ou larmoyants et des difficultés de mise au point peuvent être consécutifs à l'utilisation d'écrans.

Il n'existe pas d'études empiriques attestant d'effets à long terme.

Chez les adolescents et les jeunes adultes, la prévalence de problèmes de vue liés à l'utilisation d'écrans est élevée: une étude réalisée auprès d'étudiants en Asie a montré que 90% d'entre eux présentent un ou plusieurs symptômes typiques de l'utilisation d'ordinateurs (Reddy et al., 2013). Une analyse transversale prouve qu'il en va de même pour les smartphones: les adolescents qui emploient fréquemment ce dispositif ont davantage de probabilités de présenter de multiples symptômes, comme une vision floue, des rougeurs, des yeux larmoyants ou secs que ceux qui les utilisent moins (Kim et al., 2016).

Les enfants de 6 à 12 ans présentent déjà des réactions de ce genre. Une étude a ainsi constaté que 6% des enfants examinés souffraient de sécheresse des yeux et qu'ils utilisaient davantage un smartphone que ceux qui ne présentaient pas ce trouble (Moon, Kim & Moon, 2016). Un lien est aussi établi entre mauvaise vue et temps passé devant un écran. Selon une étude, les enfants, les adolescents et les jeunes adultes faisant un usage intensif d'Internet ou de la télévision ont une moins bonne vision que ceux qui y passent moins de temps (Bener & Al-Mahdi, 2012).

L'utilisation de téléphones portables et d'ordinateurs peut aussi provoquer des maux de tête, bien que les aspects concrets de cette utilisation qui provoquent les céphalées n'aient pas été déterminés. Lors d'études expérimentales contrôlées, durant lesquelles de jeunes adultes ont été exposés à des champs électromagnétiques, aucun lien de cause à effet n'a pu être établi (European Commission, 2009; European Commission & Directorate General for Health & Consumers, 2015). On suppose en outre que les enfants sont plus sensibles au rayonnement que les adultes (par ex. Mortazavi et al., 2011). Par ailleurs, certains éléments font penser que les postes informatiques antiergonomiques et la concentration élevée de CO₂ dans les pièces équipées d'ordinateurs provoquent des maux de tête (Jacobs et al., 2013). De surcroît, le manque de sommeil peut être un facteur aggravant des maux de tête et d'autres douleurs (Nuutinen et al., 2014). Comme le montre l'ESS 2017, des liens sont toutefois constatés entre la prévalence des maux de tête chez les enfants et adolescents et la durée d'utilisation de médias numériques.

8.6 Sommeil

La médecine soupçonne les médias numériques de perturber le sommeil de leurs utilisateurs, et cela pour plusieurs raisons, telles que le rayonnement électromagnétique des appareils, la lumière bleue des écrans, la réception d'appels et de messages pendant la nuit, mais aussi les contenus, leur charge émotionnelle. Les études menées sur ces différents facteurs n'ont pas toujours permis d'établir de relations de cause à effet : ni les recherches sur des adultes en laboratoire, ni les études épidémiologiques menées sur des enfants et des jeunes n'ont prouvé de lien entre rayonnement électromagnétique et troubles du sommeil. Il a par contre été prouvé que la lumière bleue émise par les écrans agit sur l'équilibre hormonal (mélatonine) et peut donc retarder l'endormissement ou perturber le sommeil (Wahnschaffe et al., 2013); l'utilisation des médias numériques peu de temps avant d'aller se coucher ou une fois couché peut donc perturber le sommeil (Bruni et al., 2015). Une étude suisse menée récemment sur des enfants âgés de moins de 6 ans a conclu à un faible lien entre le temps d'écran et la qualité du sommeil: plus les enfants passent de temps devant un écran, plus leur sommeil est de mauvaise qualité (Bernath et al., 2020). Il en va de même pour les jeunes concernant les jeux vidéo: l'intensité de l'utilisation des jeux vidéo est liée à des problèmes de sommeil et des problèmes psychologiques. Cependant, la corrélation est faible (Bernath et al., 2020).

Les téléphones mobiles exercent un effet sur le sommeil surtout lorsqu'ils ne sont pas éteints la nuit et qu'ils réceptionnent des appels ou des messages, ce qui est le cas chez 80% des jeunes en Suisse, comme l'a montré une étude longitudinale. Même lorsque ces perturbations nocturnes par des appels ou des messages ne surviennent qu'une fois par mois, une année plus tard les jeunes concernés déclarent nettement plus souvent que les autres avoir de la peine à s'endormir, avoir le sommeil agité et présenter généralement des troubles du sommeil (Foerster, Henneke, Chetty-Mhlanga & Rössli, 2019). Ces perturbations amènent aussi les jeunes à se sentir plus fréquemment et plus rapidement fatigués durant la journée, et ce lien est encore plus marqué pour ceux qui répondent aux appels ou aux messages reçus la nuit (Schoeni, Roser & Rössli, 2015).

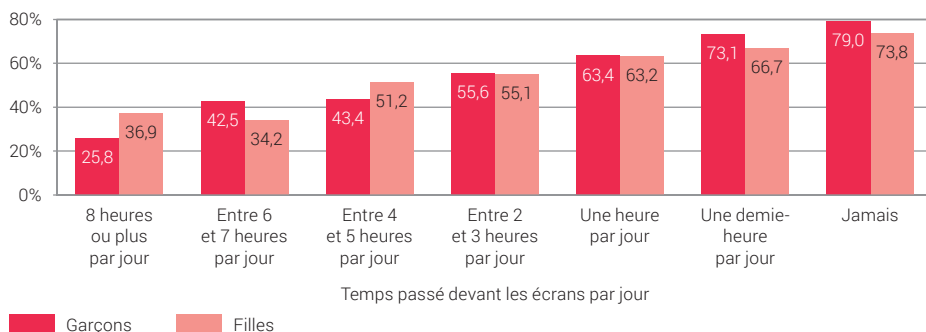
La lumière bleue des écrans agit sur l'horloge interne, qui règle le rythme veille-sommeil; s'y exposer avant d'aller se coucher peut rendre l'endormissement difficile. Utiliser le téléphone mobile de manière intense le soir et recevoir des messages et des appels durant la nuit peuvent perturber le sommeil.

Les contenus médiatiques qui font augmenter le niveau d'excitation peuvent eux aussi amener les enfants et les jeunes à rester plus longtemps le soir sur leur appareil, à aller plus tard au lit et à avoir de la peine à s'endormir (Foerster et al., 2019). L'étude HBSC (2018) (Delgrande Jordan, Schneider & Masseroni, 2020) a montré que parmi les jeunes de 14 à 15 ans qui, les jours d'école, passent en moyenne plus de quatre heures sur un écran à des fins de divertissement, seuls 43,9% dorment au minimum huit heures par nuit, c'est-à-dire la durée de sommeil recommandée pour cette classe d'âge (voir le graphique G8.3 ainsi que le chapitre sur les comportements de santé).

Part des garçons et des filles de 14 et 15 ans dormant généralement au minimum huit heures par nuit les jours d'école, en fonction de la durée de consommation récréative de télévision, de vidéos et d'autres médias numériques, 2018

G8.3

Taux avec suffisamment de sommeil



Source: Delgrande Jordan et al., 2020 – HBSC 2018

© Obsan 2020

Chez ceux qui passent moins d'une heure devant un écran, ce pourcentage est de 70,4%. En outre, les jeunes qui comptabilisent plus de quatre heures sur des écrans sont plus nombreux à avoir des difficultés à s'endormir tous les soirs (14,7%) que ceux passant peu de temps sur des appareils (10,3%) (Delgrande Jordan et al., 2020).

Une étude longitudinale menée en Suisse romande a prouvé que les jeunes possédant un téléphone mobile dorment nettement moins que ceux qui n'en ont pas et présentent plus fréquemment des troubles du sommeil (Schweizer, Berchtold, Barrense-Dias, Akre & Suris, 2017). La durée de la consommation médiatique semble elle aussi avoir des effets sur le sommeil. Foerster et al. (2019) ont ainsi pu montrer que les jeunes qui consacrent davantage de temps que la moyenne à leur téléphone mobile sont plus susceptibles d'avoir des difficultés d'endormissement que les autres. Les résultats de

l'ESS 2017 montrent un tableau similaire: les jeunes de 15 à 25 ans qui regardent plus de deux heures par jour la télévision ont deux fois plus souvent des insomnies ou des difficultés à s'endormir (9%) que ceux qui la regardent moins (4%). Il en va de même de l'utilisation d'un ordinateur (5% contre 9%) et des jeux vidéo, l'écart étant toutefois moins marqué dans ce dernier cas (5% contre 7%). Les filles souffrent plus souvent de troubles du sommeil que les garçons, ce qui est particulièrement patent en cas d'utilisation intensive: parmi les jeunes passant plus de deux heures par jour sur leur ordinateur, 12% des filles ont un sommeil perturbé, contre 4% des garçons. Dans une étude transversale menée dans le canton de Vaud, Suris et al. (2014) sont parvenus à établir que les enfants passant beaucoup de temps sur Internet durant les jours d'école dorment dans l'ensemble presque une heure de moins que les autres et qu'ils ont nettement plus souvent des problèmes de sommeil.

On suppose en outre que le manque de sommeil constitue un facteur aggravant pour d'autres symptômes tels que les maux de tête ou de dos (Barlett, Gentile, Barlett, Eisenmann & Walsh, 2012; Suris et al., 2014) ou encore les problèmes d'attention (Barlett et al., 2012).

8.7 Stress et détente

L'utilisation des médias numériques peut avoir différents effets sur le cycle de stress et de détente, en fonction de la situation, des contenus et du contexte. L'un de ses effets bénéfiques est l'état de flux (ou flow), cette expérience optimale ou état de grâce qui survient lorsqu'on est complètement absorbé par une activité (Yang, Lu, Wang & Zhao, 2014). Consommer les bons contenus, présentant le bon niveau d'exigence, peut mener à cet état de détente caractérisé par la curiosité d'esprit, le plaisir ou même l'augmentation de la capacité d'apprentissage (Hong, Tai, Hwang & Kuo, 2016). Plusieurs chercheurs ont établi un lien entre le fait de jouer à des jeux vidéos notamment et celui de vivre une expérience de flux (Smith, Gradisar, King & Short, 2017). L'état de flux a toutefois aussi des effets négatifs, puisqu'il favorise le développement d'une cyberdépendance (voir aussi la partie sur la cyberdépendance).

Outre l'état de flux, les utilisations hédonistes aussi bien que les utilisations porteuses de sens (eudémonique) peuvent aussi être source de récupération et, partant, de bien-être, qu'il s'agisse de visionner de brefs clips vidéo après une tâche stressante (Rieger, Reinecke & Bente, 2017) ou d'utiliser une application pour smartphone qui facilite certains aspects de la vie quotidienne (Melumad, 2018).

Les médias numériques peuvent tout aussi bien réduire le stress que le générer, selon la durée de leur utilisation et les contenus consommés.

L'utilisation des médias numériques peut aussi être associée au stress. Plusieurs études concluent à un lien entre l'utilisation excessive des médias, un haut degré de complexité, un état d'épuisement et ce qu'on appelle le «stress technologique». (Bucher, Fieseler & Suphan, 2013; Steelman & Soror, 2017). Le niveau de stress technologique dépend de plusieurs éléments subjectifs liés à l'utilisateur des médias numériques, tels que l'utilité (Yao & Cao, 2017), la convivialité ressentie et la satisfaction (Steeleman & Soror, 2017), à quoi s'ajoutent des aspects psychosociaux, tels que la pression sociale ressentie et la peur de manquer des informations ou des interactions sociales, un phénomène connu aussi sous le nom de «crainte obsessionnelle de manquer à l'appel» (COMA) (Reinecke et al., 2017).

Chez les jeunes adultes, l'utilisation intensive des médias sociaux (tels que Facebook) peut nuire à la vie professionnelle et privée, comme l'ont montré des recherches menées en Suisse (Bucher, 2013; Bucher et al., 2013). Les chercheurs ont pu établir des liens entre l'utilisation de réseaux sociaux et plusieurs aspects du stress technologique, tels que le surmenage et l'isolement (Bucher, 2013). Ce phénomène, généré par les réseaux sociaux et les téléphones mobiles, a d'importantes conséquences pour les individus, les entreprises et la société.

8.8 Isolement et symptômes de dépression

De nombreuses études ont été menées sur le lien entre utilisation des médias numériques d'une part et isolement et symptômes de dépression d'autre part; il en ressort que c'est surtout une utilisation excessive et problématique qui augmente ces risques (Huang, 2010). La durée d'utilisation n'est pas seule en cause, puisque les contenus jouent également un rôle important. Par ailleurs, le fait de recourir à Internet pour communiquer, par exemple, est corrélé à de meilleures relations avec les pairs. Dans une étude longitudinale, Boniel-Nissim et al. (2015) ont aussi constaté que les jeunes qui communiquent plus fréquemment par les médias électroniques se sentent également plus à l'aise dans les conversations face à face. L'utilisation des réseaux sociaux peut donc avoir des conséquences positives, en renforçant le soutien social, le capital social et les possibilités de parler de soi, mais aussi des conséquences négatives, puisqu'ils augmentent les risques de dépression et d'isolement (Best, Manktelow & Taylor, 2014).

L'existence d'une corrélation entre utilisation des médias numériques et augmentation de l'isolement et des symptômes de dépression dépend de la durée d'utilisation, des contenus et des traits de personnalité des utilisateurs.

Outre la cyberdépendance, deux autres aspects de la consommation médiatique sont en corrélation avec une fréquence accrue des symptômes de dépression: le cyberharcèlement et les comparaisons sociales (Hoge, Bickham & Cantor, 2017; Richards, Caldwell & Go, 2015). Les victimes de cyberharcèlement risquent en effet de développer une dépression accompagnée d'anxiété et d'isolement, qui peut mener au suicide. Quant aux comparaisons sociales défavorables sur les réseaux sociaux, elles peuvent, si elles persistent, augmenter la fréquence des symptômes de dépression (Richards et al., 2015). Dans cette problématique, les contenus et la durée d'exposition ne sont pas les seuls facteurs: la personnalité des utilisateurs joue également un rôle important. Chez les individus extravertis ou sociables, la probabilité qu'une utilisation intense des réseaux sociaux soit source d'isolement est nettement plus faible que chez les personnes émotionnellement instables (Whaite, Shensa, Sidani, Colditz & Primack, 2018).

8.9 Cyberdépendance

La notion de cyberdépendance, qui englobe de nombreuses manifestations telles que la dépendance aux jeux vidéo, à la pornographie, aux jeux d'argent, aux achats en ligne ou aux réseaux sociaux, n'a pas encore de définition établie. Cerniglia et al. (2017, S. 174) en donnent une définition très large «une dépendance comportementale non chimique, qui inclut une interaction homme-machine». La cyberdépendance ne figure pas dans les systèmes de classification que sont le DSM-5 (troubles psychiques) et la CIM-11 (ensemble des maladies, en cours d'élaboration), contrairement au jeu pathologique, décrit dans ces deux références. Les spécialistes débattent encore pour savoir s'il faut considérer la cyberdépendance comme une pathologie à part entière ou s'il faut plutôt y voir un symptôme d'autres troubles tels que la dépression, les troubles du contrôle des impulsions, les troubles obsessionnels compulsifs ou le TDAH. La cyberdépendance peut être source de conflits au sein de la famille et à l'école, de symptômes de dépression ou de manque de sommeil (Jorgenson, Hsiao & Yen, 2016). Parmi les facteurs de risque systémiques, on compte les structures familiales dysfonctionnelles ainsi que le manque de contrôle, de la part des parents, de l'utilisation d'Internet. Quant aux facteurs individuels qui peuvent amener à développer une cyberdépendance, ce sont le manque d'estime de soi et la solitude, mais aussi un esprit particulièrement curieux (Jorgenson et al., 2016).

La notion de cyberdépendance (ou dépendance à Internet) regroupe un large spectre de phénomènes et n'a pas encore de définition généralement acceptée. En Suisse, la proportion de jeunes (12 à 19 ans) qui présentent une cyberdépendance est estimée à 8,5%.

Le jeu pathologique en ligne est la forme de cyberdépendance la plus fréquente chez les garçons, tandis que les réseaux sociaux sont prépondérants chez les filles. Un nouveau type de cyberdépendance est apparu avec la dépendance au téléphone mobile. Dans ce cas comme dans la forme classique de cyberdépendance, on observe de grandes différences culturelles. Les jeunes adultes du Nord et du Sud de l'Europe abusent davantage de leur téléphone que leurs pairs de l'Ouest et de l'Est de l'Europe (Lopez-Fernandez et al., 2017). Par ailleurs, dans les pays asiatiques (sociétés à tendance communautaire), on enregistre des taux de cyberdépendance plus élevés que dans les pays occidentaux (sociétés à tendance individualiste) (Jorgenson et al., 2016).

En Suisse, 8,5% des jeunes (12 à 19 ans) présentent une cyberdépendance, 11,5% un risque de dépendance et 80% aucun trouble (Willemse, Waller, Suter, Genner & Süss, 2017). C'est surtout l'utilisation du téléphone mobile, de la tablette et des jeux vidéo qui est corrélée à une cyberdépendance. Selon l'ESS 2017, parmi les adolescents et les jeunes adultes (15 à 25 ans), 9,2% des individus de sexe masculin et 8,2% de ceux de sexe féminin présentent une consommation problématique d'Internet. Ces taux sont plus élevés dans la cohorte des 15 à 20 ans (10,4%) que dans celle des 21 à 25 ans (6,9%). Certains modes d'utilisation des réseaux sociaux peuvent constituer des indices de problèmes. Ainsi, les jeunes à risque communiquent plus souvent que les autres sur les réseaux sociaux et y jouent plus souvent à des jeux. Ils reçoivent plus souvent des contenus violents et sont plus susceptibles d'avoir déjà été victimes de cyberharcèlement (Willemse et al., 2017).

8.10 Sexting et cyberharcèlement

Le phénomène du sexting est apparu il y a une dizaine d'années. Le *sexting*, – un mot-valise dans lequel ont été fusionnés les notions de «sex» et de «texting» (envoi de messages privés, en anglais) – consiste à envoyer en privé à une personne proche, par voie numérique, des photographies ou des vidéos érotiques que l'on a faites de soi (Ouytsel, Walrave, Ponnet & Temple, 2018). Cette pratique ne pose la plupart du temps pas de problème tant que les contenus érotiques restent en possession exclusive de l'émetteur et du destinataire. La situation devient plus délicate en revanche s'ils sont diffusés à des tiers: les contenus produits par des mineurs peuvent en effet être considérés comme de la pornographie infantile, et la diffusion des images peut être à l'origine de souffrances psychiques pour la personne qui y figure. En Suisse, 12% des jeunes ont déjà envoyé du contenu érotique les représentant (Suter et al., 2018b). Si ce taux ne varie pas en fonction du sexe, il le fait avec l'âge: alors qu'il est de 2% chez les 12 à 13 ans, il s'élève déjà à 5% chez les 14 à 15 ans, puis atteint 14% chez les 16 à 17 ans, et 23% chez les 17 à 18 ans. Par ailleurs, le matériel photographique ou vidéo produit pour le sexting peut, s'il tombe dans de mauvaises mains, constituer un terreau propice au cyberharcèlement.

Le matériel photographique ou vidéo produit pour du sexting peut constituer un terreau propice au cyberharcèlement. En Suisse, les jeunes issus de la migration et de faible niveau de formation sont plus souvent confrontés au cyberharcèlement.

Pour ce qui est du cyberharcèlement, près d'un quart des jeunes de Suisse déclarent s'être déjà faits «détruire» sur Internet et 16% y ont déjà été l'objet de fausses allégations ou de propos dénigrants (Suter et al., 2018a). Dans l'étude HBSC, 1,8% des 11 à 15 ans indiquent être harcelés sur la Toile deux à trois fois par mois au minimum (HBSC, 2019). Les jeunes issus de la migration font plus souvent que les jeunes suisses des expériences négatives dans le domaine (2,2% contre 1,1%). De même, les jeunes de plus faible niveau de formation (voie professionnelle) sont plus souvent touchés que ceux de niveau de formation plus élevé (voie gymnasiale) (Waller et al., 2016). Par ailleurs, 30% des jeunes ont déjà été contactés par une personne inconnue à des fins sexuelles non désirées, un phénomène connu sous le nom de *cybergrooming*, qui a pris de l'ampleur ces dernières années.

Les enfants de 9 ans sont 26% à avoir déjà été confrontés à un risque au moins, comme le cyberharcèlement ou l'exposition à du contenu à caractère sexuel, et cette proportion s'élève même à 94% chez les 15 à 16 ans. L'exposition à des contenus problématiques générés par des utilisateurs constitue le risque le plus élevé: 29% des 9 à 16 ans ont déjà visionné des images sanglantes ou violentes et 28% ont pris connaissance de discours de haine discriminant des groupes ou des personnes déterminés (Hermida, 2019). Si les risques précédemment décrits sont connus des jeunes, d'autres aspects, tels que la perte de temps ou les déceptions causées par des malentendus dans la communication, sont de plus grande importance dans la vie quotidienne (Heeg et al., 2018).

8.11 Agressivité et violence

La question de savoir s'il existe un lien entre l'exposition à la violence dans les divers médias et l'agressivité ou la violence dans la vie réelle fait encore débat. Selon une synthèse parue récemment, la violence médiatique est l'un des facteurs de risque pour l'augmentation de l'agressivité, mais pas l'unique (Anderson et al., 2017). D'autres chercheurs soulignent en revanche que bon nombre d'études n'ont pas constaté de corrélation entre violence médiatique et comportement agressif (Ferguson & Beresin, 2017), soulignant que de nombreuses autres études ayant abouti aux mêmes résultats n'ont pas été publiées (biais de publication). Enfin, bien des études n'ont pu amener aucune conclusion sur le sujet, parce qu'elles étaient conçues de manière transversale.

Dans certains cas, la violence médiatique constitue un facteur de risque pour l'agressivité. Les scientifiques ne s'accordent en revanche pas sur la question de savoir si cette agressivité se traduit en violence dans la vie réelle.

D'autres auteurs concluent toutefois à un effet inverse: ce serait l'agressivité physique qui expliquerait la prédilection pour les contenus médiatiques violents. Cette corrélation n'est cependant observée que pour les jeunes adolescents (14 à 17 ans) et disparaît chez les individus plus âgés (Breuer, Vogelgesang, Quandt & Festl, 2015). Bushman et al. (2015) montrent que la plupart des parents ainsi que certains professionnels sont persuadés de l'existence d'une relation de cause à effet entre violence médiatique et agressivité. Les professionnels interrogés ne s'accordent cependant pas sur la question de savoir si cette agressivité se traduit en violence dans la vie réelle (Bushman, Gollwitzer & Cruz, 2015).

8.12 Développement cognitif, émotionnel et social

Il est notoire que la consommation médiatique évolue en parallèle avec le développement cognitif, émotionnel et social de l'enfant et du jeune, un phénomène que l'on constate tant dans le choix du média que dans celui des contenus (Blackwell, Lauricella, Conway & Wartella, 2014): les enfants et les jeunes accordent leur préférence à des médias et à des contenus qui correspondent à leur stade de développement. Pour ce qui est des interactions potentielles avec le développement cognitif, les recherches n'aboutissent pas à des résultats congruents. Certaines études concluent à des déficits de développement en lien avec l'abus d'écran, surtout chez les enfants âgés de moins de 6 ans

(lacunes dans des fonctions exécutives telles que la mémoire, la perception, l'attention (Brzozowska & Sikorska, 2016; Nathanson, Alade, Sharp, Rasmussen & Christy, 2014) ou l'acquisition du langage (Buesching et al., 2017; Tomopoulos et al., 2010).) Pourtant selon d'autres études, le recours à la télévision éducative a des effets positifs sur le vocabulaire, le comportement social ou les connaissances scolaires (Anderson & Subrahmanyam, 2017). Blumberg et al. (2013) indiquent que certains jeux vidéo permettent d'exercer des compétences mathématiques, et qu'ils constituent des espaces protégés permettant de tenter d'accomplir des tâches correspondant à divers stades de développement (Blumberg et al., 2013).

Les médias numériques peuvent tant stimuler que freiner le développement cognitif, émotionnel et social de l'individu, en fonction la plupart du temps de la quantité d'heures d'exposition et du contenu.

Durant l'enfance et la jeunesse, il est important que l'individu puisse se forger une image corporelle, et que cette dernière soit positive (Flammer & Alsaker, 2002). De nombreuses études ont été menées sur les effets potentiels des médias numériques sur l'image corporelle des enfants et des jeunes (Ferguson, 2013; Hausenblas et al., 2013). Une méta-analyse de 204 études a porté sur le lien entre images médiatiques idéalisées d'une part et insatisfaction de son propre corps, symptômes de troubles du comportement alimentaire et régimes chez les enfants et les jeunes d'autre part (Ferguson, 2013). On n'a observé aucun effet chez les adolescents et les jeunes hommes et de faibles effets chez les filles et les jeunes femmes, en particulier chez celles déjà insatisfaites de leur corps. Une autre méta-analyse de 33 études en laboratoire a montré que les images idéalisées du corps présentées sur divers médias n'ont qu'un faible impact sur les symptômes de dépression, les sentiments de colère et le manque d'estime de soi. C'est surtout sur les personnes présentant déjà un risque accru de troubles du comportement alimentaire que des effets ont été observés (Hausenblas et al., 2013).

Pour ce qui est du développement par l'individu de sa propre sexualité, la consommation de pornographie sur Internet peut mener à des représentations irréalistes (Owens, Behun, Manning & Reid, 2012). L'exposition à des contenus médiatiques sexualisés peut également, surtout chez les garçons, augmenter l'intérêt pour le sexe et s'accompagner d'une plus grande liberté de mœurs (Baams et al., 2015; Doornwaard, Bickham, Richter Bogt & van den Eijnden, 2015).

Les effets sur l'attachement font eux aussi débat. Selon quelques études, l'utilisation des médias sociaux influence de deux manières opposées le comportement en matière d'attachement: soit il le rend plus fragile (Davis, 2018), soit il facilite l'insertion de l'individu

dans son environnement social (Barth, 2015). Tout dépend de la personne, du contexte et de la situation. Quoi qu'il en soit, l'utilisation des nouvelles technologies modifie la manière dont les enfants et adolescents accèdent à de nombreuses tâches constitutives de leur développement et la manière dont ils les abordent, ce qui peut tant favoriser leur développement que le freiner.

8.13 Aspects positifs de l'utilisation des médias numériques

Pour pouvoir mettre à profit les opportunités que présentent les médias numériques et minimiser leurs risques, il est essentiel d'acquérir des *compétences médiatiques*, c'est-à-dire d'apprendre à utiliser ces médias de manière consciente et responsable (Süss, 2008). Dans notre société de l'information, une série d'aptitudes sont nécessaires pour acquérir cette technique culturelle. Il faut tout d'abord savoir faire preuve d'esprit critique et mener une réflexion sur les contenus. Il s'agit aussi d'être capable de débattre sur des questions liées à la consommation médiatique, d'être conscient des tenants et aboutissants, de comprendre le fonctionnement des médias et de savoir comment trouver des informations fiables; sans oublier la capacité d'intégrer les médias dans son quotidien de manière mesurée, plaisante et créative, ainsi que le savoir technique nécessaire pour utiliser ces mêmes médias (Suter, Waller, Genner & Süss, 2015).

De nombreux modèles ont été développés pour favoriser les compétences médiatiques, qui ne se laissent que difficilement vérifier empiriquement. De plus, comme bien des compétences médiatiques ne sont pas mesurables, on ne dispose pas d'ordres de grandeur de référence pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes de Suisse. Les médias numériques représentent une ressource importante en matière de santé pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Ils constituent non seulement une source d'information sur la santé, les maladies et les comportements à adopter, mais aussi un canal pour l'éducation à la santé et l'intervention dans ce domaine (COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA, 2016).

Les adolescents et les jeunes adultes se renseignent volontiers sur Internet sur des sujets liés à la santé: près de la moitié des jeunes interrogés dans le cadre d'une étude ont déclaré chercher sur la Toile des informations concernant la santé (Beck et al. 2014); 80% d'entre eux jugent ces informations fiables, et un tiers a changé de comportement après en avoir pris connaissance. Les adolescents et les jeunes adultes y recherchent des informations sur des sujets tels que l'alimentation, l'hygiène de vie, la santé sexuelle ou encore sur des maladies précises (Horgan & Sweeney, 2012)). Les forums présents sur Internet constituent en outre d'importants lieux d'échanges pour les malades et leurs proches, qui se sentent ainsi mieux entourés (Campaioli, Sale, Simonelli & Pomini, 2017) et moins seuls (Eichenberg, Flümman & Hensges, 2011).

Internet est aussi utilisé pour des interventions dans le domaine de la santé, et notamment pour des interventions de type comportemental visant à traiter ou à prévenir les rechutes chez des adolescents ou de jeunes adultes souffrant de troubles psychiques tels que dépression, tendances suicidaires ou troubles anxieux ou alimentaires (Calear & Christensen, 2010; Ebert et al., 2015; Fichter et al., 2012; Hollis et al., 2017; Rice et al., 2016; Ye et al., 2014). On y trouve aussi divers types d'interventions pour aider les jeunes atteints de maladies physiques chroniques à mieux gérer leur situation (Breakey et al., 2014; Stinson et al., 2010). On compte également, hébergés sur la Toile ou sur des réseaux sociaux, des prestations d'aide et d'accompagnement (Hamm et al., 2014; Wentz, Nydén & Krevers, 2012) ainsi que des programmes de prévention et de promotion de la santé (z.B. Brown, 2013; Gabarron & Wynn, 2016; Hamel, Robbins, & Wilbur, 2011; Hieftje, Edelman, Camenga, & Fiellin, 2013; K. Jones et al., 2014; Whittemore, Chao, Popick, & Grey, 2013; Yonker, Zan, Scirica, Jethwani, & Kinane, 2015).

Les téléphones mobiles sont eux aussi utilisés pour diffuser des contenus de prévention et de promotion de la santé, et notamment pour encourager l'activité physique, prévenir le surpoids ou la consommation d'alcool ou de tabac (Badawy & Kuhns, 2017; Haug et al., 2017; L'Engle, Mangone, Parcesepe, Agarwal & Ippoliti, 2016; Vodopivec-Jamsek, de Jongh, Gurol-Urganci, Atun & Car, 2012; Wickham & Carbone, 2015), pour aider les malades chroniques à gérer leur situation et à surveiller leur maladie ainsi que pour donner un retour au personnel soignant (Burbank et al., 2015; Gulec et al., 2014; Heron & Smyth, 2010; Kauer et al., 2012). Certaines de ces interventions reprennent la logique des jeux vidéos, et sont par conséquent ludiques (Ahn et al., 2015; LeGrand et al., 2016; Lichtenberg, 2013; Okorodudu, Bosworth & Corsino, 2015; Van Lippevelde et al., 2016). Ces démarches sont efficaces pour motiver les individus à adopter le comportement recherché et à s'y tenir (LeBlanc & Chaput, 2017). Leurs effets à long terme n'ont pas encore été établis, car il s'agit là de projets récents.

Les aspects positifs des médias numériques pour la santé se comptent par milliers. De nombreuses applications et logiciels ont fait leurs preuves en matière de prévention ou de promotion de la santé des malades chroniques, mais l'efficacité de la majorité des applications n'a pas été testée de manière empirique. En général, les aspects positifs pour la santé sont moins étudiés que les aspects négatifs.

D'autres interventions s'adressent aux parents des enfants et des jeunes ou à leur famille tout entière: il existe pour ces catégories aussi des programmes de prévention et de promotion de la santé hébergés sur Internet, notamment pour prévenir le surpoids ou les troubles anxieux et alimentaires ainsi que pour promouvoir l'activité physique auprès

des enfants et des jeunes (Catenacci et al., 2014; Cooperberg, 2014; Delisle et al., 2015; Jones, Jacobi & Taylor, 2015). Par ailleurs, des groupes de soutien ou des groupes de pairs fonctionnent sur les réseaux sociaux pour les parents d'enfants atteints de maladies chroniques (p. ex. DeHoff et al., 2016; S. Martin et al., 2017) ou pour la prévention précoce du surpoids chez les enfants (Fiks et al., 2017). Enfin, des applications pour smartphone ont également été conçues pour aider les parents à s'occuper de leurs enfants malades (Wang et al., 2016).

8.14 Conclusions

La vaste recherche bibliographique sur le lien entre médias numériques et santé, sur laquelle repose ce chapitre, a mis en lumière un bon nombre de constats et contre-constats. De plus, les études sur la Suisse sont rares. En l'état actuel de la recherche, il s'avère que malgré l'abondante offre médiatique destinée aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes, les effets de l'utilisation des médias numériques sur la santé sont souvent réduits.

La pertinence des études trouvées sur le sujet est très limitée: une grande partie d'entre elles sont en effet de type transversal, c'est-à-dire qu'elles consistent en un unique relevé, ce qui ne permet pas d'établir de lien de cause à effet entre utilisation de médias numériques et problèmes de santé. Par ailleurs, elles se fondent souvent sur de petits échantillons d'individus, ce qui réduit leur puissance statistique, et la plupart d'entre elles s'intéressent avant tout aux potentiels effets négatifs sur la santé, et pas aux effets positifs. En outre, les études confirmant l'existence d'un lien de cause à effet sont bien plus susceptibles d'être publiées que celles qui ne débouchent pas sur cette conclusion (biais de publication). Tous les résultats présentés ici doivent donc être interprétés avec précaution.

Il convient de mentionner ici que l'évolution des médias continuera de progresser à l'avenir. De nouvelles technologies sont continuellement développées et appliquées. Les individus et la société continueront d'être mis au défi à l'avenir et devront s'adapter en permanence aux nouvelles offres et tendances. Il conviendra donc de garder les aspects sanitaires présents à l'esprit.

Les principaux constats sur le lien entre consommation médiatique d'une part, santé et développement des enfants, des adolescents et des jeunes adultes d'autre part, sont les suivants:

- Il n'existe pour l'heure aucun lien probant entre les ondes électromagnétiques de haute fréquence et l'apparition de tumeurs cérébrales, ni entre les ondes électromagnétiques de basse fréquence et la prévalence de la leucémie chez les enfants. Les résultats des études sont toutefois contradictoires.

- L'utilisation des médias, en particulier de la télévision, peut avoir pour corollaire un manque d'exercice et une situation de surcharge pondérale. La sédentarité et les sollicitations excessives de certaines parties du corps dues à des mouvements répétitifs sont aussi en corrélation avec des troubles musculo-squelettiques.
- Des yeux fatigués, secs ou larmoyants et des difficultés de mise au point peuvent être des conséquences à court terme de l'utilisation d'écrans. Il n'existe pas d'études empiriques attestant d'effets à long terme.
- L'exposition à la lumière bleue des écrans peut reporter l'endormissement. Utiliser les téléphones mobiles sur une longue durée et les laisser fonctionner durant la nuit peut perturber le sommeil.
- Les médias numériques peuvent être utilisés tant d'une manière qui génère du stress que d'une manière qui le réduit, selon l'intensité de l'utilisation et les contenus consommés.
- Les images de corps idéalisés diffusées par les médias peuvent, surtout chez les filles déjà insatisfaites de leur propre corps, aller de pair avec des effets négatifs tels que les troubles du comportement alimentaire.
- Les médias numériques peuvent tant stimuler que freiner le développement de l'individu. Dans de nombreux cas, le problème vient de la quantité et du type de contenu.
- La violence médiatique peut, dans certains cas, constituer un facteur aggravant pour l'agressivité. Les scientifiques ne s'accordent en revanche pas sur la question de savoir si cette agressivité se traduit en violence dans la vie réelle.
- La notion de cyberdépendance (ou dépendance à Internet) regroupe un large spectre de phénomènes et n'a pas encore de définition généralement acceptée. La cyberdépendance prend différentes formes en fonction du sexe: chez les garçons, elle concerne surtout les jeux vidéo et chez les filles, surtout les réseaux sociaux.
- Un lien a été établi entre cyberdépendance et solitude et symptômes de dépression. En outre, les victimes de cyberharcèlement sont plus susceptibles de souffrir de troubles anxieux et dépressifs.

Tous les résultats présentés ci-dessus montrent que les effets de l'utilisation des médias ne sont pas uniformes et que des facteurs personnels et psycho-sociaux y jouent un rôle important, en plus du type d'utilisation. Par ailleurs, les médias sociaux génèrent de nombreux effets positifs, en particulier parce qu'ils constituent un accès à bas seuil à des interventions dans le domaine de la santé et de l'éducation à la santé. En particulier les smartphones et leurs applications, qui sont devenus les compagnons permanents de nombreux enfants et jeunes, jouent un rôle important en la matière.

Les observations mentionnées plus haut permettent de formuler plusieurs *recommandations* en matière de santé et d'utilisation des médias numériques:

- Des compétences médiatiques sont indispensables pour que les médias aient un effet positif sur le développement de l'enfant ou du jeune. Il faut aider les enfants déjà, mais aussi leurs parents, à acquérir ces compétences. Certains appareils proposent des fonctions qui aident à protéger les enfants de contenus inadéquats.
- Les adultes doivent être conscients qu'ils sont des modèles pour leurs enfants, en matière de communication médiatique aussi.
- Il est important de trouver un équilibre entre activités médiatiques et non médiatiques. Les activités telles que le jeu libre et le sport, qui maintiennent une bonne forme physique, aident à lutter non seulement contre les maux pouvant découler de la consommation médiatique, mais aussi contre le surpoids et les troubles du sommeil.
- L'utilisation de médias numériques peu de temps avant d'aller se coucher ou une fois couché est à éviter, surtout si l'on emploie des appareils émettant une forte lumière bleue. Il est possible de diminuer cette lumière en activant un mode déterminé («Night Shift», «Night Mode» etc.). La nuit, il est recommandé de bannir tous les médias numériques des chambres ou tout au moins d'éteindre le téléphone portable pendant les heures de sommeil ou d'activer le mode avion.
- Lorsque l'utilisation des médias numériques est fréquemment source de stress ou de conflit à l'école, sur le lieu d'apprentissage ou en famille, il est conseillé d'y réfléchir et de l'adapter; si cette démarche n'amène pas les résultats attendus, il est utile de recourir à l'aide d'un professionnel. Les parents devraient toujours surveiller la consommation médiatique de leurs enfants, surtout si ces derniers ont moins de 6 ans.
- Les postes d'ordinateur doivent être ergonomiques et, surtout, adaptés à la taille de l'enfant ou de l'adolescent. Adopter une posture correcte, faire fréquemment des pauses, changer régulièrement de position et limiter la durée d'utilisation aide à prévenir divers symptômes et problèmes liés aux médias numériques.
- Afin de réduire l'exposition au rayonnement électromagnétique, il est conseillé de mettre une oreillette ou des écouteurs filaires pour passer de longs appels téléphoniques depuis son téléphone portable, surtout lorsque la réception est mauvaise.

8.15 Bibliographie

- Ahn, S. J. G., Johnsen, K., Robertson, T., Moore, J., Brown, S., Marable, A., & Basu, A. (2015). Using Virtual Pets to Promote Physical Activity in Children: An Application of the Youth Physical Activity Promotion Model. *Journal of Health Communication, 20*(7), 807–815. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018597>
- Anderson, C. A., Bushman, B. J., Bartholow, B. D., Cantor, J., Christakis, D., Coyne, S. M., . . . Ybarra, M. (2017). Screen Violence and Youth Behavior. *Pediatrics, 140*(Supplement 2), S142–S147. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758T>
- Anderson, D. R., & Subrahmanyam, K. (2017). Digital screen media and cognitive development. *Pediatrics, 140*(Supplement 2), S57–S61.
- Aydin, D., Feychting, M., Schüz, J., Tynes, T., Andersen, T. V., Schmidt, L. S., . . . Röösl, M. (2011). Mobile phone use and brain tumors in children and adolescents: a multicenter case-control study. *Journal of the National Cancer Institute, 103*(16), 1264–1276.
- Baams, L., Overbeek, G., Dubas, J. S., Doornwaard, S. M., Rommes, E., & van Aken, M. A. G. (2015). Perceived Realism Moderates the Relation Between Sexualized Media Consumption and Permissive Sexual Attitudes in Dutch Adolescents. *Archives of Sexual Behavior, 44*(3), 743–754. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0443-7>
- Badawy, S. M., & Kuhns, L. M. (2017). Texting and Mobile Phone App Interventions for Improving Adherence to Preventive Behavior in Adolescents: A Systematic Review. *JMIR mHealth and uHealth, 5*(4), e50. <https://doi.org/10.2196/mhealth.6837>
- Barlett, N. D., Gentile, D. A., Barlett, C. P., Eisenmann, J. C., & Walsh, D. A. (2012). Sleep as a Mediator of Screen Time Effects on US Children's Health Outcomes. *Journal of Children and Media, 6*(1), 37–50. <https://doi.org/10.1080/17482798.2011.633404>
- Barr-Anderson, D. J., & Sisson, S. B. (2012). Media use and sedentary behavior in adolescents: what do we know, what has been done, and where do we go? *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews, 23*(3), 511–528.
- Barth, F. D. (2015). Social Media and Adolescent Development: Hazards, Pitfalls and Opportunities for Growth. *Clinical Social Work Journal, 43*(2), 201–208. <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0501-6>
- 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. *Journal of Medical Internet Research, 16*(5), e128. <https://doi.org/10.2196/jmir.2934>
- Bener, A., & Al-Mahdi, H. S. (2012). Internet Use and Television Viewing in Children and its Association with Vision Loss: A Major Public Health Problem. *Journal of Public Health in Africa, 3*(1), e16. <https://doi.org/10.4081/jphia.2012.e16>
- Bernath, J., Suter, L., Waller, G., Willems, I., Külling, C., & Süß, D. (2020). *JAMESfocus – Medien und Gesundheit*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Bernath, J., Waller, G., & Meidert, U. (2020). ADELE+. *Der Medienumgang von Kindern im Vorschulalter (4–6 Jahre) – Chancen und Risiken für die Gesundheit* (Obsan Bericht 03/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Best, P., Manktelow, R., & Taylor, B. (2014). Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review. *Children and Youth Services Review, 41*, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.001>
- Blackwell, C. K., Lauricella, A. R., Conway, A., & Wartella, E. (2014). Children and the Internet: Developmental Implications of Web Site Preferences Among 8- to 12-Year-Old Children. *Journal of Broadcasting, & Electronic Media, 58*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1080/08838151.2013.875022>
- Blumberg, F. C., Blades, M., & Oates, C. (2013). Youth and New Media: The Appeal and Educational Ramifications of Digital Game Play for Children and Adolescents. *Zeitschrift für Psychologie, 221*(2), 67–71. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000133>
- Boniell-Nissim, M., Lenzi, M., Zsiros, E., Matos, D., Gaspar, M., Gommans, R., van der Sluijs, W. (2015). International trends in electronic media communication among 11- to 15-year-olds in 30 countries from 2002 to 2010: association with ease of communication with friends of the opposite sex. *European Journal of Public Health, 25*(suppl_2), 41–45. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv025>
- 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: The Official Journal of the World Federation of Hemophilia, 20*(6), 784–793. <https://doi.org/10.1111/hae.12488>
- Breuer, J., Vogelgesang, J., Quandt, T., & Festl, R. (2015). Violent Video Games and Physical Aggression: Evidence for a Selection Effect Among Adolescents. *Psychology of Popular Media Culture, 4*(4), 305–328. <https://doi.org/10.1037/ppm0000035>

- Brown, J. (2013). A Review of the Evidence on Technology-Based Interventions for the Treatment of Tobacco Dependence in College Health. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(3), 150–162. <https://doi.org/10.1111/wvn.12000>
- 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: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 11(12), 1433–1441. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5282>
- Brzozowska, I., & Sikorska, I. (2016). Potential effects of screen media on cognitive development among children under 3 years old: review of literature. [Review] [Polish]. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 20(1), 75–81.
- Bucher, E. (2013). *The Stress of Being Social – Essays on Social Media in the Workplace*. St. Gallen: University of St. Gallen.
- Bucher, E., Fieseler, C., & Suphan, A. (2013). The Stress Potential of Social Media in the Workplace. *Information, Communication, & Society*, 16(10), 1639–1667. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2012.710245>
- Buesching, U., Riedel, R., & Brand, M. (2017). BLIKK-Medien: Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien. Bericht, Berlin. Disponible sous: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_BLIKK_Medien.pdf
- Burbank, A. J., Lewis, S. D., Hewes, M., Schellhase, D. E., Rettiganti, M., Hall-Barrow, J., ... Perry, T.T. (2015). Mobile-based asthma action plans for adolescents. *Journal of Asthma*, 52(6), 583–586. <https://doi.org/10.3109/02770903.2014.995307>
- Bushman, B. J., Gollwitzer, M., & Cruz, C. (2015). There Is Broad Consensus: Media Researchers Agree That Violent Media Increase Aggression in Children, and Pediatricians and Parents Concur. *Psychology of Popular Media Culture*, 4(3), 200–214. <https://doi.org/10.1037/ppm0000046>
- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 192(11), S12.
- Campaioli, G., Sale, E., Simonelli, A., & Pomini, V. (2017). The Dual Value of the Web: Risks and Benefits of the Use of the Internet in Disorders with a Self-Destructive Component in Adolescents and Young Adults. *Contemporary Family Therapy*, 39(4), 301–313. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9443-9>
- Casiano, H., Kinley, D. J., Katz, L. Y., Chartier, M. J., & Sareen, J. (2012). Media use and health outcomes in adolescents: findings from a nationally representative survey. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal De l'Academie Canadienne De Psychiatrie De L'enfant Et De L'adolescent*, 21(4), 296–301.
- Catenacci, V. A., Barrett, C., Oden, L., Browning, R., Schaefer, C. A., Hill, J., & Wyatt, H. (2014). Changes in physical activity and sedentary behavior in a randomized trial of an internet-based versus workbook-based family intervention study. *Journal of Physical Activity, & Health*, 11(2), 348–358. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0043>
- Cerniglia, L., Zoratto, F., Cimino, S., Laviola, G., Ammaniti, M., & Adriani, W. (2017). Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. *Neuroscience, & Biobehavioral Reviews*, 76, 174–184. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.024>
- Chaudron, S. (2015). *Young Children (0–8) and digital technology: A qualitative exploratory study across seven countries*. Ispra: Publications Office of the European Union.
- Cooperberg, J. (2014). *Food for thought: A parental internet-based intervention to treat childhood obesity in preschool-aged children*. Washington U in St. Louis, US.
- COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA (2016). Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*, 138(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2592>
- Davis, C. A. (2018). *Social media technologies' influence on adolescent social/emotional development via attachment*. The Chicago School of Professional Psychology, Applied Clinical Psychology, US.
- DeHoff, B. A., Staten, L. K., Rodgers, R. C., & Denne, S. C. (2016). The Role of Online Social Support in Supporting and Educating Parents of Young Children With Special Health Care Needs in the United States: A Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(12). <https://doi.org/10.2196/jmir.6722>
- Delfanti, A., & Arvidsson, A. (2018). Media and Digital Technologies. *Introduction to Digital Media* (S. 1–19). John Wiley, & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119276296.ch1>
- Delgrande Jordan, M., Schneider, E., & Masseroni, S. (2020). *Usage des écrans et d'Internet chez les 11 à 15 ans en Suisse. Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Delisle, C., Sandin, S., Forsum, E., Henriksen, H., Trolle-Lagerros, Y., Larsson, C., ... Löf, M. (2015). A web- and mobile phone-based intervention to prevent obesity in 4-year-olds (MINISTOP): a population-based randomized controlled trial. *BMC public health*, 15, 95. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1444-8>

- Doornwaard, S. M., Bickham, D. S., Rich, M., ter Bogt, T. F. M., & van den Eijnden, R. J. J. M. (2015). Adolescents' use of sexually explicit internet material and their sexual attitudes and behavior: Parallel development and directional effects. *Developmental Psychology, 51*(10), 1476–1488. <https://doi.org/10.1037/dev0000040>
- 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). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>
- Eichenberg, C., Flümman, A., & Hensges, K. (2011). Pro-Ana-Foren im Internet: Befragungsstudie ihrer Nutzerinnen. *Psychotherapeut, 56*(6), 492–500. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0861-0>
- European Commission (2009). Health Effects of Exposure to EMF, 83.
- European Commission, & Directorate General for Health, & Consumers (2015). *Opinion on potential health effects of exposure to electromagnetic fields (EMF)*. Luxembourg: Publications Office. (Consulté le 24.3.2018). Disponible sous: <http://bookshop.europa.eu/uri?target=EUB:NOTICE:NDAS13004:EN:HTML>
- Feierabend, S., Plankenhorn, T., & Rathgeb, T. (2015). *miniKIM 2014 – Kleinkinder und Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang von 2 bis 5-Jährigen*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (LFK, LMK).
- Feierabend, S., Plankenhorn, T., & Rathgeb, T. (2017). *KIM-Studie 2016. Kindheit – Internet – Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (LFK, LMK).
- Ferguson, C. J. (2013). In the eye of the beholder: Thin-ideal media affects some, but not most, viewers in a meta-analytic review of body dissatisfaction in women and men. *Psychology of Popular Media Culture, 2*(1), 20–37. <https://doi.org/10.1037/a0030766>
- Ferguson, C. J., & Beresin, E. (2017). Social science's curious war with pop culture and how it was lost: The media violence debate and the risks it holds for social science. *Preventive Medicine, 99*(Supplement C), 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.009>
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Nisslmüller, K., Lindner, S., Osen, B., Huber, T., & Wünsch-Leiteritz, W. (2012). Does internet-based prevention reduce the risk of relapse for anorexia nervosa? *Behaviour Research and Therapy, 50*(3), 180–190. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.003>
- Fiks, A. G., Gruver, R. S., Bishop-Gilyard, C. T., Shults, J., Virudachalam, S., Suh, A. W., . . . Power, T.J. (2017). A Social Media Peer Group for Mothers To Prevent Obesity from Infancy: The Grow2Gether Randomized Trial. *Childhood Obesity (Print), 13*(5), 356–368. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0042>
- Flammer, A., & Alsaker, F. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz*. Bern: Huber.
- Foerster, M., Henneke, A., Chetty-Mhlanga, S., & Röösli, M. (2019). Impact of Adolescents' Screen Time and Nocturnal Mobile Phone-Related Awakenings on Sleep and General Health Symptoms: A Prospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(3), 518. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030518>
- Gabarron, E., & Wynn, R. (2016). Use of social media for sexual health promotion: a scoping review. *Global Health Action, 9*, 32193.
- Gandhi, O. P., Morgan, L. L., de Salles, A. A., Han, Y.-Y., Herberman, R. B., & Davis, D. L. (2012). Exposure limits: the underestimation of absorbed cell phone radiation, especially in children. *Electromagnetic Biology and Medicine, 31*(1), 34–51. <https://doi.org/10.3109/15368378.2011.622827>
- Genner, S., Suter, L., Waller, G., Schoch, P., Willemse, I., & Süss, D. (2017). *MIKE – Medien / Interaktion / Kinder / Eltern – Ergebnisbericht 2017*. Zürich: ZHAW.
- Gulec, H., Moessner, M., Túry, F., Fiedler, P., Mezei, A., & Bauer, S. (2014). A Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Posttreatment Care for Patients with Eating Disorders. *Telemedicine and e-Health, 20*(10), 916–922. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0353>
- Guse, K., Levine, D., Martins, S., Lira, A., Gaarde, J., Westmorland, W., & Gilliam, M. (2012). Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: a systematic review. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 51*(6), 535–543. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.03.014>
- Gustafsson, E., Johnson, P. W., Lindegård, A., & Hagberg, M. (2011). Technique, muscle activity and kinematic differences in young adults texting on mobile phones. *Ergonomics, 54*(5), 477–487. <https://doi.org/10.1080/00140139.2011.568634>
- Gustafsson, E., Thomée, S., Grimby-Ekman, A., & Hagberg, M. (2017). Texting on mobile phones and musculoskeletal disorders in young adults: A five-year cohort study. *Applied Ergonomics, 58*, 208–214. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.06.012>
- 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 musculoskeletal disorders, 13*, 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-41>

- Hamel, L. M., Robbins, L. B., & Wilbur, J. (2011). Computer- and web-based interventions to increase preadolescent and adolescent physical activity: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(2), 251–268. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05493.x>
- Hamm, M. P., Shulhan, J., Williams, G., Milne, A., Scott, S. D., & Hartling, L. (2014). A systematic review of the use and effectiveness of social media in child health. *BMC Pediatrics*, *14*, 138. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-138>
- Hardell, L. (2017). Effects of Mobile Phones on Children's and Adolescents' Health: A Commentary. *Child Development*. <https://doi.org/10.1111/cdev.12831>
- Harris, C., Straker, L., Pollock, C., & Smith, A. (2015). Children, computer exposure and musculoskeletal outcomes: the development of pathway models for school and home computer-related musculoskeletal outcomes. *Ergonomics*, *58*(10), 1611–1623. <https://doi.org/10.1080/00140139.2015.1035762>
- Haug, S., Paz Castro, R., Kowatsch, T., Filler, A., Dey, M., & Schaub, M. P. (2017). Efficacy of a web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in adolescents: Results of a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*(2), 147–159. <https://doi.org/10.1037/ccp0000138>
- Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M., & Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: A meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review*, *33*(1), 168–181. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.011>
- Heeg, R. & Steiner, O. (2019). *Always on: Comment les jeunes vivent-il la connexion permanente?* Berne: Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ).
- Hermida, M. (2019). *EU Kids Online Schweiz. Schweizer Kinder und Jugendliche im Internet: Risiken und Chancen*. Goldau: Pädagogische Hochschule Schwyz.
- Heron, K. E., & Smyth, J. M. (2010). Ecological momentary interventions: Incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British Journal of Health Psychology*, *15*(1), 1–39. <https://doi.org/10.1348/135910709X466063>
- Hieftje, K., Edelman, E. J., Camenga, D. R., & Fiellin, L. E. (2013). Electronic media-based health interventions promoting behavior change in youth: a systematic review. *JAMA pediatrics*, *167*(6), 574–580. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.1095>
- Hingle, M., & Kunkel, D. (2012). Childhood obesity and the media. *Pediatric Clinics of North America*, *59*(3), 677–692. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.03.021>
- Hoge, E., Bickham, D., & Cantor, J. (2017). Digital media, anxiety, and depression in children. *Pediatrics*, *140*(Supplement 2), S76–S80.
- 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. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(4), 474–503. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>
- Hong, J.-C., Tai, K.-H., Hwang, M.-Y., & Kuo, Y.-C. (2016). Internet cognitive failure affects learning progress as mediated by cognitive anxiety and flow while playing a Chinese antonym synonym game with interacting verbal-analytical and motor-control. *Computers, & Education*, *100*(Supplement C), 32–44. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2016.04.009>
- Horgan, Á., & Sweeney, J. (2012). University students' online habits and their use of the Internet for health information. *Computers, informatics, nursing: CIN*, *30*(8), 402–408. <https://doi.org/10.1097/NXN.0b013e3182510703>
- Huang, C. (2010). Internet Use and Psychological Well-being: A Meta-Analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(3), 241–249. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0217>
- IARC Working Group, & Cancer, I. A. for R. on. (2013). Non-ionizing radiation, Part 2: Radiofrequency electromagnetic fields. *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*, *102*, 1–421.
- Jacobs, K., Kaldenberg, J., Markowitz, J., Wuest, E., Hellman, M., Umez-Eronini, A., & Barr, A. (2013). An ergonomics training program for student notebook computer users: preliminary outcomes of a six-year cohort study. *Work (Reading, Mass)*, *44*(2), 221–230. <https://doi.org/10.3233/WOR-121584>
- Jaiswal, S., Asper, L., Long, J., Lee, A., Harrison, K., & Golebiowski, B. (2019). Ocular and visual discomfort associated with smartphones, tablets and computers: what we do and do not know. *Clinical, & Experimental Optometry*. <https://doi.org/10.1111/cxo.12851>
- Jones, K., Eathington, P., Baldwin, K., & Sipsma, H. (2014). The impact of health education transmitted via social media or text messaging on adolescent and young adult risky sexual behavior: a systematic review of the literature. *Sexually Transmitted Diseases*, *41*(7), 413–419. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000146>
- Jones, M., Jacobi, C., & Taylor, C. B. (2015). Internet assisted family therapy and prevention for Anorexia Nervosa. In K.L. Loeb, D.; Le Grange, & J.; Lock (Hrsg.), *Family therapy for adolescent eating and weight disorders: New applications* (S. 384–401). Routledge/Taylor, & Francis Group; US.

- Jorgenson, A. G., Hsiao, R. C.-J., & Yen, C.-F. (2016). Internet Addiction and Other Behavioral Addictions. [Review]. *Child, & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 509–520. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.03.004>
- Karaagac, A. T. (2015). Undesirable Effects of Media on Children: Why Limitation is Necessary? *Indian Pediatrics*, 52(6), 469–471.
- Kauer, S. D., Reid, S. C., Crooke, A. H. D., Khor, A., Hearps, S. J. C., Jorm, A. F., & Patton, G. (2012). Self-monitoring Using Mobile Phones in the Early Stages of Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e67. <https://doi.org/10.2196/jmir.1858>
- Kheifets, L., Ahlbom, A., Crespi, C. M., Draper, G., Hagihara, J., Lowenthal, R. M., . . . Wunsch Filho, V. (2010). Pooled analysis of recent studies on magnetic fields and childhood leukaemia. *British Journal of Cancer*, 103(7), 1128–1135. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605838>
- Kheifets, L., Ahlbom, A., Crespi, C. M., Feychting, M., Johansen, C., Monroe, J., . . . Mezei, G. (2010). A pooled analysis of extremely low-frequency magnetic fields and childhood brain tumors. *American journal of epidemiology*, 172(7), 752–761.
- Kim, J., Hwang, Y., Kang, S., Kim, M., Kim, T.-S., Kim, J., . . . Park, S.K. (2016). Association between Exposure to Smart-phones and Ocular Health in Adolescents. *Ophthalmic Epidemiology*, 23(4), 269–276. <https://doi.org/10.3109/09286586.2015.1136652>
- Könitzer, B., Jeker, F., & Waller, G. (2017). *Young Children (0–8) and Digital Technology: A Qualitative Exploratory Study: National Report Switzerland based on the 2016 Survey*. Zurich: Zurich University of Applied Science.
- LeBlanc, A. G., & Chaput, J.-P. (2017). Pokémon Go: A game changer for the physical inactivity crisis? *Preventive Medicine*, 101, 235–237. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.11.012>
- LeGrand, S., Muessig, K. E., McNulty, T., Soni, K., Knudtson, K., Lemann, A., . . . Hightow-Weidman, L.B. (2016). Epic Allies: Development of a Gaming App to Improve Antiretroviral Therapy Adherence Among Young HIV-Positive Men Who Have Sex With Men. *JMIR serious games*, 4(1), e6. <https://doi.org/10.2196/games.5687>
- L'Engle, K. L., Mangone, E. R., Parcesepe, A. M., Agarwal, S., & Ippoliti, N. B. (2016). Mobile Phone Interventions for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review. *Pediatrics*, 138(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0884>
- Lichtenberg, J. D. (2013). *Facilitating prosocial behavior in at-risk children through cooperative media-based play with peers*. U Nebraska at Omaha, US.
- Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J., Romo, L., Morvan, Y., Kern, L., Graziani, P., . . . Billieux, J. (2017). Self-reported dependence on mobile phones in young adults: A European cross-cultural empirical survey. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 168–177. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.020>
- Martin, S., Roderick, M. C., Lockridge, R., Toledo-Tamula, M. A., Baldwin, A., Knight, P., & Wolters, P. (2017). Feasibility and Preliminary Efficacy of an Internet Support Group for Parents of a Child with Neurofibromatosis Type 1: a Pilot Study. *Journal of Genetic Counseling*, 26(3), 576–585. <https://doi.org/10.1007/s10897-016-0031-1>
- Melumad, S. (2018). *The distinct psychology of smartphone usage*. Columbia University, Business, US.
- Ming, Z., Närhi, M., & Siivola, J. (2004). Neck and shoulder pain related to computer use. *Pathophysiology*, 11(1), 51–56.
- Moon, J. H., Kim, K. W., & Moon, N. J. (2016). Smartphone use is a risk factor for pediatric dry eye disease according to region and age: a case control study. *BMC ophthalmology*, 16(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12886-016-0364-4>
- Mork, R., Bruenech, J. R., & Thorud, H. M. S. (2016). Effect of Direct Glare on Orbicularis Oculi and Trapezius During Computer Reading. *Optometry and Vision Science: Official Publication of the American Academy of Optometry*, 93(7), 738–749. <https://doi.org/10.1097/OPX.0000000000000855>
- Mortazavi, S. M. J., Atefi, M., & Kholghi, F. (2011). The pattern of mobile phone use and prevalence of self-reported symptoms in elementary and junior high school students in shiraz, iran. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 36(2), 96–103.
- Nathanson, A. I., Alade, F., Sharp, M. L., Rasmussen, E. E., & Christy, K. (2014). The Relation Between Television Exposure and Executive Function Among Preschoolers. *Developmental Psychology*, 50(5), 1497–1506. <https://doi.org/10.1037/a0035714>
- Nuutinen, T., Roos, E., Ray, C., Villberg, J., Välimaa, R., Rasmussen, M., . . . Tynjälä, J. (2014). Computer use, sleep duration and health symptoms: a cross-sectional study of 15-year olds in three countries. *International Journal of Public Health*, 59(4), 619–628. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0561-y>
- OFSP (2019). Fiche d'information: Téléphones mobiles et smartphones. Berne: Office fédéral de la santé publique.

- Okorodudu, D. E., Bosworth, H. B., & Corsino, L. (2015). Innovative interventions to promote behavioral change in overweight or obese individuals: A review of the literature. *Annals of Medicine*, *47*(3), 179–185. <https://doi.org/10.3109/07853890.2014.931102>
- Ouytsel, J. V., Walrave, M., Ponnet, K., & Temple, J. R. (2018). Sexting. In T.K. Shackelford, & V.A. Weekes-Shackelford (Hrsg.), *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science* (S. 1–3). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-16999-6_218-1
- Owens, E. W., Behun, R. J., Manning, J. C., & Reid, R. C. (2012). The Impact of Internet Pornography on Adolescents: A Review of the Research. *Sexual Addiction, & Compulsivity*, *19*(1–2), 99–122. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.2660431>
- Py Szeto, G., Tsui, M. M. S., Sze, W. W. Y., Chan, I. S. T., Chung, C. C. F., & Lee, F. W. K. (2014). Issues about home computer workstations and primary school children in Hong Kong: a pilot study. *Work (Reading, Mass.)*, *48*(4), 485–493. <https://doi.org/10.3233/WOR-131810>
- Reddy, S. C., Low, C. K., Lim, Y. P., Low, L. L., Mardina, F., & Nursaleha, M. P. (2013). Computer vision syndrome: a study of knowledge and practices in university students. *Nepalese journal of ophthalmology: a biannual peer-reviewed academic journal of the Nepal Ophthalmic Society: NEPJOPH*, *5*(2), 161–168. <https://doi.org/10.3126/nepjoph.v5i2.8707>
- Reinecke, L., Aufenanger, S., Beutel, M. E., Dreier, M., Quiring, O., Stark, B., ... Müller, K.W. (2017). Digital Stress over the Life Span: The Effects of Communication Load and Internet Multitasking on Perceived Stress and Psychological Health Impairments in a German Probability Sample. *Media Psychology*, *20*(1), 90–115. <https://doi.org/10.1080/15213269.2015.1121832>
- Rice, S., Robinson, J., Bendall, S., Hetrick, S., Cox, G., Bailey, E., ... Alvarez-Jimenez, M. (2016). Online and Social Media Suicide Prevention Interventions for Young People: A Focus on Implementation and Moderation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *25*(2), 80–86.
- Richards, D., Caldwell, P. H., & Go, H. (2015). Impact of social media on the health of children and young people. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *51*(12), 1152–1157. <https://doi.org/10.1111/jpc.13023>
- Rieger, D., Reinecke, L., & Bente, G. (2017). Media-induced recovery: The effects of positive versus negative media stimuli on recovery experience, cognitive performance, and energetic arousal. *Psychology of Popular Media Culture*, *6*(2), 174–191. <https://doi.org/10.1037/ppm0000075>
- Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L., & Wartella, E. (2017). Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*, *140*(Suppl 2), S97–S101. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758K>
- Schoeni, A., Roser, K., & Rössli, M. (2015). Symptoms and Cognitive Functions in Adolescents in Relation to Mobile Phone Use during Night. *PLoS One*, *10*(7), e0133528. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133528>
- Schüz, J. (2011). Exposure to extremely low-frequency magnetic fields and the risk of childhood cancer: Update of the epidemiological evidence (Non-Ionizing Radiation (NIR) and Children's Health). *Progress in Biophysics and Molecular Biology*, *107*(3), 339–342. <https://doi.org/10.1016/j.pbiomolbio.2011.09.008>
- Schweizer, A., Berchtold, A., Barrense-Dias, Y., Akre, C., & Suris, J.-C. (2017). Adolescents with a smartphone sleep less than their peers. *European journal of pediatrics*, *176*(1), 131–136.
- Smahel, D., Wright, M. F., & Cernikova, M. (2015). The impact of digital media on health: children's perspectives. *International Journal of Public Health*, *60*(2), 131–137. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0649-z>
- Smith, L. J., Gradisar, M., King, D. L., & Short, M. (2017). Intrinsic and extrinsic predictors of video-gaming behaviour and adolescent bedtimes: the relationship between flow states, self-perceived risk-taking, device accessibility, parental regulation of media and bedtime. *Sleep Medicine*, *30*, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.01.009>
- Steelman, Z. R., & Soror, A. A. (2017). Why do you keep doing that? The biasing effects of mental states on IT continued usage intentions. *Computers in Human Behavior*, *73*(Supplement C), 209–223. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.03.027>
- Stinson, J. N., McGrath, P. J., Hodnett, E. D., Feldman, B. M., Duffy, C. M., Huber, A. M., ... White, M.E. (2010). An internet-based self-management program with telephone support for adolescents with arthritis: a pilot randomized controlled trial. *The Journal of Rheumatology*, *37*(9), 1944–1952. <https://doi.org/10.3899/jrheum.091327>
- Suris, J.-C., Akre, C., Piquet, C., Ambresin, A.-E., Zimmermann, G., & Berchtold, A. (2014). Is Internet use unhealthy? A cross-sectional study of adolescent Internet overuse. *Swiss Medical Weekly*, *144*, w14061. <https://doi.org/10.4414/smw.2014.14061>
- Süss, D. (2008). Mediensozialisation und Medienkompetenz. In B. Batinic, & M. Appel (Hrsg.), *Medienpsychologie* (S. 361–378). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-46899-8_15

- Suter, L., Waller, G., Bernath, J., Külling, C., Willemse, I., & Süss, D. (2018a). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz: Ergebnisbericht 2018*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Suter, L., Waller, G., Bernath, J., Külling, C., Willemse, I., & Süss, D. (2018b). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz: Ergebnisbericht 2018*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Suter, L., Waller, G., Genner, S., Oppliger, S., Willemse, I., Schwarz, B., & Süss, D. (2015). *MIKE – Medien / Interaktion / Kinder / Eltern – Ergebnisbericht 2015*. Zürich: ZHAW.
- Suter, L., Waller, G., Genner, S., & Süss, D. (2015). *JAMESfocus: Medienkurse und Medienkompetenz*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Tomopoulos, S., Dreyer, B. P., Berkule, S., Fierman, A. H., Brockmeyer, C., & Mendelsohn, A. L. (2010). Infant Media Exposure and Toddler Development. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *164*(12), 1105–1111. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.235>
- Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., ... Connor Gorber, S. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *8*, 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-98>
- Van Lippevelde, W., Vangeel, J., De Cock, N., Lachat, C., Goossens, L., Beullens, K., ... Van Camp, J. (2016). Using a gamified monitoring app to change adolescents' snack intake: the development of the REWARD app and evaluation design. *BMC public health*, *16*, 725. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3286-4>
- Vodopivec-Jamsek, V., de Jongh, T., Gurol-Urganci, I., Atun, R., & Car, J. (2012). Mobile phone messaging for preventive health care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*, CD007457. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007457.pub2>
- Wahnschaffe, A., Haedel, S., Rodenbeck, A., Stoll, C., Rudolph, H., Kozakov, R., ... Kunz, D. (2013). Out of the lab and into the bathroom: evening short-term exposure to conventional light suppresses melatonin and increases alertness perception. *International journal of molecular sciences*, *14*(2), 2573–2589.
- Waller, G., Willemse, I., Genner, S., Suter, L., & Süss, D. (2016). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz: Ergebnisbericht 2016*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Wang, J., Yao, N., Wang, Y., Zhou, F., Liu, Y., Geng, Z., & Yuan, C. (2016). Developing „Care Assistant“: A smartphone application to support caregivers of children with acute lymphoblastic leukaemia. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *22*(3), 163–171. <https://doi.org/10.1177/1357633X15594753>
- Wentz, E., Nydén, A., & Krevers, B. (2012). Development of an internet-based support and coaching model for adolescents and young adults with ADHD and autism spectrum disorders: a pilot study. *European Child, & Adolescent Psychiatry*, *21*(11), 611–622. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0297-2>
- Whaite, E. O., Shensa, A., Sidani, J. E., Colditz, J. B., & Primack, B. A. (2018). Social media use, personality characteristics, and social isolation among young adults in the United States. *Personality and Individual Differences*, *124*, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.030>
- Whittemore, R., Chao, A., Popick, R., & Grey, M. (2013). School-based internet obesity prevention programs for adolescents: a systematic literature review. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, *86*(1), 49–62.
- 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>
- Willemse, I., Waller, G., Suter, L., Genner, S., & Süss, D. (2017). *JAMESfocus. Onlineverhalten: unproblematisch – risikohaft – problematisch*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Yang, S., Lu, Y., Wang, B., & Zhao, L. (2014). The benefits and dangers of flow experience in high school students' internet usage: The role of parental support. *Computers in Human Behavior*, *41*(Supplement C), 504–513. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.039>
- Yao, J., & Cao, X. (2017). The balancing mechanism of social networking overuse and rational usage. *Computers in Human Behavior*, *75*(Supplement C), 415–422. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.04.055>
- Ye, X., Bapuji, S. B., Winters, S. E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., ... Sutherland, K. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, *14*(1), 313.
- Yonker, L. M., Zan, S., Scirica, C. V., Jethwani, K., & Kinane, T. B. (2015). "Friending" Teens: Systematic Review of Social Media in Adolescent and Young Adult Health Care. *Journal of Medical Internet Research*, *17*(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.3692>

09 Promotion de la santé et prévention



Fabienne T. Amstad, Promotion Santé Suisse
Lucile Ducarroz & Sabine Dobler, Addiction Suisse
Sirikka Mullis, Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Messages clés

- La promotion de la santé et la prévention ont pour but de préserver la santé, par opposition à l'approche dans laquelle on n'intervient que lorsqu'une guérison est nécessaire, c'est-à-dire lorsque le mal est déjà là.
- Les approches efficaces visent aussi bien à modifier les comportements individuels qu'à améliorer les conditions de vie et les aspects structurels.
- L'enfance et l'adolescence sont des périodes très propices pour adopter un comportement salutogène, acquérir des compétences en matière de consommation et de risque, les pratiquer et les intégrer définitivement dans son mode de vie.
- En 2019, vingt-et-un cantons suisses appliquaient des programmes destinés à promouvoir la santé psychique des enfants et des adolescents. Nombre des activités en question se concentrent sur les grandes phases de transition de la vie.
- Les programmes d'action cantonaux lancés pour promouvoir l'activité physique et une alimentation saine sont largement répandus et bien établis : en 2019, vingt-deux cantons menaient dans ces domaines un programme qui visait le groupe cible des enfants et des adolescents.
- La prévention des addictions s'inscrit dans les contextes les plus variés et poursuit différents objectifs. Plusieurs cantons ont mis en place un programme cantonal de prévention du tabagisme, un plan d'action cantonal alcool et/ou des programmes de prévention des dépendances. Dans les cantons, la prévention des addictions est mise en œuvre notamment par les services de prévention des dépendances. Quelques projets à caractère préventif ont été évalués et jugés efficaces.
- L'éducation sexuelle est assurée par les parents, l'école, internet et les personnes du même âge, ainsi que dans le cadre de cours régionaux et de consultations individuelles proposées par des spécialistes de la santé sexuelle ou de la médecine. En Suisse, il n'existe cependant guère de données fiables sur l'efficacité de ces différents types d'offres.
- Pour promouvoir la santé des enfants et des adolescents, il importe de privilégier une stratégie multisectorielle, de miser sur les éléments favorables à la santé, de favoriser l'approche systémique et de renforcer l'égalité des chances.

9.1 Définitions

Les notions de «promotion de la santé» et de «prévention» ne sont pas utilisées de manière uniforme dans la littérature spécialisée (Hurrelmann et al., 2014) et leurs définitions diffèrent. Considérée uniquement comme un moyen qui sert à prévenir la maladie en écartant ou en réduisant les risques, la «prévention» complète en quelque sorte la «promotion de la santé» (Hurrelmann et al., 2014). Lorsque la prévention renforce également les facteurs de protection, rôle qu'elle joue souvent dans les programmes modernes, elle se recoupe avec la promotion de la santé. C'est surtout la prévention universelle (voir plus bas) qui englobe les efforts destinés à développer les facteurs de protection favorables à la santé (Blaser & Amstad, 2016).

La promotion de la santé se fonde sur une perspective salutogène, la salutogenèse mettant davantage l'accent sur la santé que sur la maladie. Selon cette approche, il importe non seulement de savoir ce qui rend les gens malades, mais aussi ce qui les maintient en bonne santé, même lorsqu'ils sont exposés à des risques et à des contraintes (Antonovsky, 1997). La promotion de la santé inclut dès lors des efforts visant à modifier la situation économique et sociale ainsi que les conditions de vie de manière à ce qu'elles exercent une influence positive sur la santé de l'individu et de toute la population (Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch).

La prévention a pour but d'empêcher l'apparition de maladies ou leur propagation («prévention de la maladie»; Hurrelmann et al., 2014) ou d'éviter les accidents. Elle réduit, élimine ou écarte les risques d'apparition et d'amplification de phénomènes indésirables, comme les maladies ou les accidents. Les programmes modernes de prévention visent aussi bien à limiter les facteurs de risque qu'à favoriser les facteurs de protection. À l'instar de la promotion de la santé, la prévention mise sur des approches individuelles et structurelles (prévention comportementale et prévention contextuelle) (Bühler & Bühringer, 2014). Elle peut avoir un objectif général (prévention globale) ou être ciblée (prévention des accidents, de l'alcoolisme, du tabagisme, etc.).

Les concepts techniques de prévention «universelle», «sélective» et «indiquée» spécifient au contraire le groupe cible (Mrazek & Haggerty, 1994). La prévention universelle s'adresse à l'ensemble de la population ou à des segments entiers de celle-ci (toutes les personnes à la retraite, p. ex.). La prévention sélective vise des groupes dont les membres courent un risque plus élevé de tomber malades en raison de leurs conditions de vie ou de leur situation personnelle. Dans l'idéal, les préventions universelle et sélective sont articulées ensemble et se complètent. Enfin, les mesures de prévention indiquée sont destinées à des personnes qui adoptent manifestement un comportement à risque. Du point de vue diagnostique, ces personnes ne sont pas (encore) malades.

¹ <https://www.quint-essenz.ch/fr/concepts>

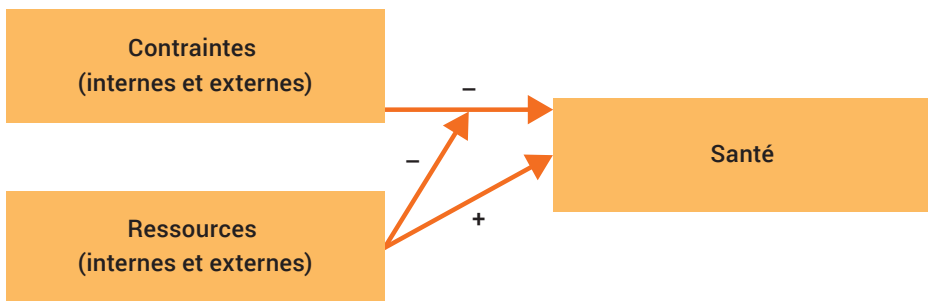
Le chapitre suivant se penche plus particulièrement sur la promotion de la santé, c'est-à-dire sur les préventions universelle et sélective. Le chapitre *Soins de santé* traite des offres et prestations de prévention qui sont fournies dans le cadre du système de santé au sens strict.

Approche axée sur les ressources: mode d'influence des ressources

Les interactions entre contraintes et ressources jouent un rôle déterminant pour la santé: les premières exercent sur elle une influence négative, tandis que les secondes la favorisent. Il est par ailleurs possible de mobiliser les ressources pour réagir face à des contraintes. Tant les contraintes que les ressources peuvent être internes, et relever donc de la personne elle-même, ou externes, et faire partie de son environnement. Elles peuvent être d'ordre corporel (biologique), psychique, social ou structurel. Les ressources peuvent protéger contre quelque chose (un trouble p.ex.), mais elles peuvent aussi exercer une influence positive directe sur la santé (graphique G9.1).

Modèle des ressources et contraintes

G9.1



Source: Blaser & Amstad, 2016

© Obsan 2020

Les ressources comprennent également les compétences de vie. Il s'agit des compétences qui permettent à l'individu de mener une existence autonome et d'acquérir ou de développer la capacité d'accepter les changements survenant dans son environnement ainsi que de provoquer lui-même des changements (OMS, 1997, 1999). Ces aptitudes sont des ressources universelles; elles ne sont donc pas liées à un trouble ou à un problème (Mangrulkar, Vince Whitman & Posner, 2001).

Acquérir et renforcer les compétences de vie chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes favorise la santé et contribue à prévenir les addictions. Parmi les principales ressources externes d'ordre général, mentionnons le soutien social fourni notamment par les parents ou les amis (voir chapitre Environnement et conditions sociales; cf. Blaser & Amstad, 2016). Une cour d'école propice à l'activité physique et la mise à disposition de nourriture saine pendant la récréation constituent par exemple des ressources externes à même de promouvoir la santé physique.

Rôle de la promotion de la santé et de la prévention chez les enfants et les adolescents

Si la promotion de la santé et la prévention jouent un rôle essentiel et crucial à tout âge, elles revêtent une importance particulière au cours des jeunes années. L'enfance et l'adolescence sont des périodes particulièrement propices pour adopter un comportement salutogène, acquérir des compétences en matière de consommation et de risque, les pratiquer et les intégrer définitivement dans son mode de vie. Les bienfaits des mesures de promotion de la santé appliquées durant la petite enfance ont été maintes fois prouvés (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2018) : les programmes préscolaires exercent une influence sur le développement au cours des premières années dans la mesure où ils ont un effet positif sur la santé, l'apprentissage et le psychisme. Ce sont surtout les enfants issus de familles à bas niveau de formation et à faible revenu qui en profitent. L'encouragement précoce présente aussi des avantages économiques, car l'investissement consenti produit des effets tout au long de la vie (Stamm, 2009). Des études longitudinales établissent par ailleurs l'impact positif de l'encouragement précoce de familles défavorisées sur les résultats scolaires des enfants et sur leurs chances de trouver un emploi. Parmi les autres bénéfiques, mentionnons la diminution des risques de tomber dans la délinquance ou d'avoir recours à l'aide sociale ainsi qu'une meilleure santé en général (OFSP, 2018; p.ex. Reynolds et al., 2011).

L'enfance et l'adolescence sont des périodes propices pour adopter un comportement salutogène, acquérir des compétences en matière de consommation et de risque, les mettre en pratique et les intégrer définitivement dans son mode de vie.

Une prévention efficace vise aussi bien à modifier les comportements individuels qu'à améliorer les conditions de vie, c'est-à-dire les aspects structurels. Parmi les programmes ciblés sur les enfants et les adolescents, ceux qui combinent les activités

destinées à adapter les comportements et à développer des compétences avec des mesures modifiant le système scolaire (climat à l'école) s'avèrent particulièrement efficaces (Bühler & Thrul, 2013).

Des études ont également démontré les grands avantages de la prévention en termes économiques: chaque franc consacré à la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme évite des coûts sociaux dont le montant serait au moins dix fois plus élevé (Jeanrenaud et al., 2009).

9.2 Stratégies nationales, acteurs et règles de base des programmes

Les principes de prévention et de promotion de la santé sont inscrits dans différents documents qui relèvent de la politique de la santé, tels des rapports, des stratégies et des plans d'action. En Suisse, il existe sept documents majeurs concernant la prévention et la promotion de la santé des enfants et des adolescents: stratégie Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT; OFSP & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS], 2016), rapport Santé psychique en Suisse – État des lieux et champs d'action (OFSP, CDS & Fondation Promotion Santé Suisse, 2015), Stratégie nationale Addictions 2017–2024 (OFSP, 2015), plan d'action Prévention du suicide (OFSP, CDS & Fondation Promotion Santé Suisse, 2016), Stratégie suisse de nutrition (Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires, 2017), programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PVNI; OFSP, 2010) et Stratégie nationale de vaccination (SNV; OFSP, 2017).

Il existe aussi des mesures qui, de par leur contenu, poursuivent simultanément les objectifs de plusieurs stratégies. La promotion des compétences de la vie quotidienne contribue par exemple à favoriser la santé psychique et la santé sexuelle, ainsi qu'à prévenir les dépendances et le suicide. Dans ce contexte et bien qu'ils ne soient que partiellement consacrés à la santé, il convient de relever également l'existence des programmes cantonaux d'intégration, dont la coordination est assurée par le Secrétariat d'État aux migrations. Ces programmes reposent sur trois piliers: l'information et le conseil, la formation et le travail ainsi que la compréhension mutuelle et l'intégration sociale. Ces programmes sont axés en priorité sur la petite enfance, âge auquel formation, prise en charge, éducation et santé sont étroitement liées.²

² Des informations détaillées sur les programmes cantonaux d'intégration sont disponibles sur le site <http://www.kip-pic.ch>.

Acteurs à l'œuvre en Suisse dans la promotion de la santé et la prévention

Le paysage des activités de prévention et de promotion de la santé obéit à la même répartition des compétences que le domaine général de la santé. La santé relève de la compétence des cantons, qui ont pouvoir de légiférer et d'appliquer la législation dans ce domaine. Les cantons coordonnent les activités de promotion de la santé. Ils agissent en partenariat avec les villes et les communes, qui souvent se chargent de la réalisation concrète des activités de prévention et de promotion de la santé. Au niveau fédéral, plusieurs organismes s'occupent de prévention et de promotion de la santé chez les enfants et les adolescents, dont l'OFSP, l'Office fédéral du sport (OFSP0), l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV), le Secrétariat d'État à l'économie (SECO), l'Office fédéral de la statistique (OFS) et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

À l'échelle nationale, la fondation Promotion Santé Suisse lance, coordonne et évalue de nombreuses activités qui s'inscrivent dans la promotion de la santé et la prévention. Pour atteindre le groupe cible formé par les enfants et les adolescents, elle collabore étroitement avec les cantons. Une autre fondation, Santé sexuelle Suisse, élabore des bases de travail pour le domaine de la santé sexuelle et assume des tâches de coordination pour les services régionaux. Le «Réseau d'écoles21: réseau suisses d'écoles en santé et durables» et le réseau «Education et santé» jouent un rôle important de mise en réseau de l'ensemble de ces thématiques. Enfin, de nombreuses organisations non gouvernementales et associations professionnelles réalisent des programmes de promotion de la santé et de prévention. La fondation Addiction Suisse, par exemple, met à disposition des données de base dans le domaine de la prévention des dépendances. De nombreux services spécialisés régionaux et cantonaux jouent un rôle décisif dans la mise en œuvre des mesures de promotion de la santé et de prévention.

Règles de base des programmes

Pour être efficaces, les programmes doivent comprendre des mesures qui s'appliquent simultanément à différents niveaux. Les programmes d'action cantonaux de promotion de la santé, soutenus par Promotion Santé Suisse, comportent par exemple quatre niveaux structurels:

- interventions;
- mesures politiques;
- mise en réseau;
- information au public.

La structure uniforme des programmes facilite la collaboration au niveau national et les échanges de connaissances et d'informations entre les différents acteurs. Il importe que les mesures soient coordonnées aux quatre niveaux précités et reliées entre elles. La qualité de la planification et de l'organisation d'un programme constitue en général un cinquième facteur de succès (Balthasar & Lussi, 2018).

9.3 Santé psychique

Souvent, les troubles du comportement se manifestent pour la première fois durant l'enfance ou la prime adolescence (voir chapitre Santé psychique). Promouvoir la santé psychique de manière précoce, mais aussi réagir rapidement face à des troubles psychiques observés chez des enfants ou des adolescents, réduisent le risque d'apparition de troubles psychiques graves.

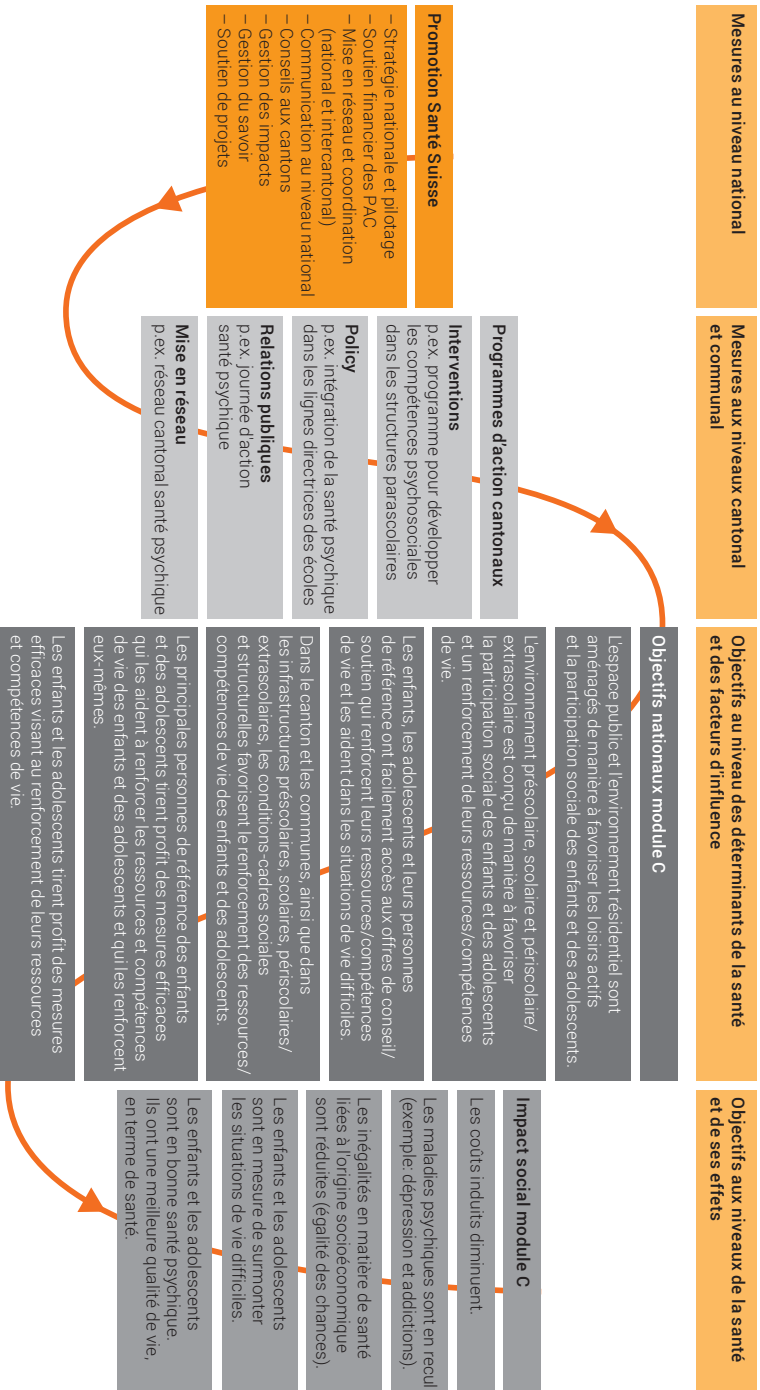
Programmes d'action cantonaux destinés à promouvoir la santé psychique

Les cantons de la Suisse du Nord-Ouest et de Suisse orientale accordent depuis des années déjà une grande attention à la promotion de la santé psychique des enfants et des adolescents. Les cantons de Bâle-Ville, d'Argovie et de Zoug ont fait œuvre de pionniers dans ce domaine. Le canton de Zoug a par exemple importé de Haute-Autriche la campagne des dix pistes pour prendre soin de sa santé mentale. De son côté, le Forum de Suisse orientale pour la santé psychique (<https://ofpg.ch/>) a rejoint le projet interrégional «Kinder im seelischen Gleichgewicht» (L'équilibre mental des enfants) mené dans toute la région du lac de Constance, afin de renforcer les qualifications des professionnels et de les sensibiliser au travail à mener avec les parents et les enfants en rapport avec la santé psychique.

Promotion Santé Suisse soutient depuis 2017 des programmes d'action cantonaux destinés à promouvoir la santé psychique au sein du groupe cible formé par les enfants et les adolescents. Mis en œuvre par vingt-et-un cantons en 2019 (AI, GL, SZ, TI, VD exclus), ces programmes ont en commun de poursuivre les mêmes grands objectifs (Promotion Santé Suisse, 2016). Chaque canton les adapte à ses besoins et à ses spécificités. Le graphique G9.2 illustre les interactions entre grands objectifs nationaux et retombées sociales des programmes.

Modèle d'impact des programmes d'action cantonaux sur la santé psychique chez les enfants et les adolescents, Promotion Santé Suisse

G.9.2



Source: Promotion Santé Suisse <https://www.quint-essenz.ch/fr>

© Obsan 2020

Interventions

En Suisse, nombre d'interventions s'attachent à promouvoir les principaux aspects de la santé psychique. Elles se concentrent souvent sur les phases de transition entre deux périodes de l'existence, dont la réussite joue un rôle particulier pour la santé psychique (Wettstein, 2016). Franchir ces étapes de transition et de développement avec succès peut renforcer durablement la santé mentale, tandis que les jeunes personnes qui échouent lors de ces transitions présentent un risque plus important de développer des troubles psychiques. Un soutien revêt donc une importance toute particulière pendant ces périodes de transition ou lorsqu'un événement grave survient. C'est ce que souligne également le rapport *Santé psychique en Suisse* (OFSP et al., 2015), qui traite d'activités dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention et de la détection précoce (Bürli et al., 2015).

Franchir avec succès les étapes de transition et de développement de la vie peut renforcer durablement la santé mentale.

Le succès d'un projet ne dépend pas seulement de sa capacité à produire des effets; il faut aussi pouvoir les vérifier et, le cas échéant, adapter les mesures en conséquence (Fässler & Studer, 2018). Nous présentons et évaluons ci-après des exemples d'interventions réussies qui ciblent les périodes de la vie que sont l'enfance et l'adolescence.

Zeppelin

Zeppelin, un projet de l'Université de Zurich, s'adresse aux familles en difficulté (chômage, addiction, etc.) au moment de la naissance d'un enfant. Des consultants parents-enfants spécialement formés appliquent avec ces familles le programme «Parents as Teachers – Mit Eltern Lernen», qui assure la formation des parents. Les familles sont identifiées grâce à un réseau interdisciplinaire (pédiatres, consultations parents-enfants, services de maternité, etc.) et accompagnées à leur domicile par des formateurs PAT (Parents as Teachers). Ceux-ci analysent la vie quotidienne de la famille avec le concours de ses membres et tous recherchent ensemble des solutions aux problèmes rencontrés (dans les interactions avec les enfants, p.ex.). Ces formateurs aident également les parents à utiliser les offres de soutien mises à leur disposition, en les accompagnant par exemple auprès des services concernés.

La recherche menée sur l'efficacité du projet (Neuhasuer et al., 2018; Jungmann et al., 2017) a montré que les enfants du groupe d'intervention présentaient une avance de développement significative par rapport aux enfants du groupe témoin. Cette avance se concrétisait notamment par un vocabulaire plus riche, un comportement moins craintif, une meilleure qualité du sommeil et un plus grand contrôle des impulsions. Des effets positifs se faisaient également sentir du côté des parents: après une année, les mères bénéficiant des mesures PAT se montraient significativement plus attentives que celles qui ne participaient pas au projet. Celui-ci a même exercé une influence positive sur la participation sociale des familles concernées: elles tendaient par exemple plus souvent que les familles du groupe témoin à recourir à des institutions telles que la ludothèque ou la bibliothèque.

Miapas: recommandations destinées à promouvoir la santé psychique chez les enfants en bas âge

Le projet *Miapas*, lancé par Promotion Santé Suisse, a réuni des représentants de différentes associations professionnelles gravitant autour de la petite enfance – pédiatres, sages-femmes, gynécologues, spécialistes de l'accueil des enfants, conseillères en allaitement, consultants parents-enfants, psychologues pour enfants et adolescents et autres – au sein d'un groupe de réflexion. En réunissant des spécialistes de différents horizons, il a été possible d'élaborer des recommandations concernant l'activité physique

Voici, à titre d'exemple, l'une des onze recommandations du projet *Miapas* concernant la promotion de la santé psychique dans la petite enfance.

Parler avec l'enfant – créer du lien

Un lien se crée lorsqu'on se parle, lorsqu'on échange, lorsqu'on se dit ses besoins. Cela est vrai même pour des enfants qui ne parlent pas encore. Les nourrissons comprennent certains aspects de la communication, et l'acquisition du langage progresse très rapidement chez les jeunes enfants.

Les adultes aident l'enfant dans son développement en lui parlant et en utilisant leurs capacités d'empathie pour mettre des mots sur d'éventuels besoins ou sentiments que l'enfant n'arrive pas encore à exprimer. En grandissant, celui-ci trouve ses propres mots. Rapidement, on peut parler avec lui des choses de tous les jours, s'amuser à babiller avec lui, jouer avec les mots. Petit à petit, des discussions sérieuses deviennent possibles, où tant l'enfant que l'adulte s'expriment et s'accordent sur leurs besoins et demandes respectifs. Les enfants se sentent pris au sérieux et les relations s'approfondissent.

durant la petite enfance, l'activité physique pendant la grossesse, l'alimentation et la promotion de la santé psychique chez les enfants en bas âge. Ces recommandations ont ensuite été diffusées par le biais des associations professionnelles concernées. Les recommandations destinées à promouvoir la santé psychique chez les enfants en bas âge englobent onze conseils axés sur la vie quotidienne des familles (Institut Marie Meierhofer & Promotion Santé Suisse, 2019).

MindMatters

Fondé sur des bases scientifiques probantes, *MindMatters* est un programme efficace de promotion de la santé psychique dans les écoles primaires et du secondaire I. Mis en œuvre par la Fondations suisse pour la santé Radix³, il aide les écoles à promouvoir la santé psychique des élèves aussi bien que du corps enseignant. Le programme intervient à différents niveaux. À l'échelon de la direction, il sensibilise par exemple les responsables au rôle de la santé psychique et les aide à déterminer comment améliorer le cadre général (ambiance à l'école, p. ex.) afin de promouvoir la santé psychique. Il apprend également aux enseignantes et aux enseignants à identifier et à exploiter, dans leur travail quotidien, les éléments à même de favoriser la santé psychique. Le programme met à cet effet des modules d'enseignement et du matériel didactique à disposition.

Les résultats de l'évaluation (Franze et al., 2007) ont montré qu'après l'intervention de *MindMatters*, les élèves appréciaient notamment davantage la contribution de l'école à l'acquisition de compétences sociales. Sur la base des déclarations des élèves, ceux-ci souffraient moins de troubles psychovégétatifs, de stress scolaire, de problèmes psychologiques liés à l'école, de sentiments négatifs, de la pression des notes et de désintéressement scolaire.

chili

Le projet *chili* de la Croix-Rouge suisse apprend aux enfants à aborder ouvertement les conflits et étend leurs compétences sociales. Destiné à prévenir la violence, il est mis en œuvre dans les jardins d'enfants et les premières années de l'école primaire. En impliquant le corps enseignant et les parents, ce projet exerce non seulement une influence positive sur les enfants, mais aussi sur leur entourage. Des résultats d'évaluation (Messmer et al., 2013) ont révélé qu'il importe d'aborder régulièrement le thème de la prévention de la violence dans le cadre scolaire et dans l'enseignement pour obtenir des effets durables.

³ www.radix.ch

Mesures politiques

Par mesures politiques on entend des mesures destinées à faire inscrire la santé psychique dans des dispositions contraignantes aux niveaux national, cantonal ou communal (Promotion Santé Suisse, 2019). Ces mesures ont pour but d'induire des changements structurels durables de grande portée (prévention contextuelle) et interviennent dans différents domaines politiques («la santé dans toutes les politiques»). Elles se concrétisent par l'adoption ou la modification de lois, d'ordonnances, de règlements, de directives, de stratégies cantonales et d'autres dispositions contraignantes.

Les stratégies, les plans d'action et les rapports d'envergure nationale évoqués à la section 9.2 s'inscrivent dans les interventions d'ordre politique. Nombre des mesures de ce type sont appliquées à l'échelle cantonale. Voici des exemples d'activités menées pour promouvoir la santé psychique des enfants et des adolescents en Suisse:

- Intégration de la santé psychique dans les programmes d'enseignement de la formation professionnelle (LU)
- Ancrage de la santé psychique dans les structures scolaires: «Gesund zur guten Schule» (GR)
- Intégration de la promotion de la santé dans l'application de la loi sur la promotion de la jeunesse et dans la formulation des ordonnances correspondantes (OW)
- Inscription de la santé psychique des enfants et des adolescents dans les objectifs de la législature (SH et LU)

Mise en réseau

En Suisse, le Réseau Santé psychique suisse mène depuis 2011 des activités dans le domaine de la santé psychique⁴. Regroupant des associations, des institutions et des entreprises qui s'engagent en faveur de la santé psychique, ce réseau repose sur un contrat de collaboration entre la Confédération (OFSP, OFAS, SECO), les cantons (CDS) et la fondation Promotion Santé Suisse. Il a pour but d'identifier et de rendre exploitables les synergies entre les acteurs, de renforcer les acteurs dans leur action et d'accroître l'efficacité et l'efficacité de leurs mesures. Sur les 315 organisations membres, 240 (soit 76%) déclarent mener des activités dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention (état au 1er janvier 2020).

Bien que le réseau réunisse des acteurs qui traitent de santé psychique tout au long de la vie, il a consacré de nombreuses activités ces dernières années au groupe cible des enfants et des adolescents. En 2015 et en 2017, il a par exemple coorganisé les congrès «Être enfant dans une famille vulnérable». Il a également mis sur pied des rencontres

⁴ www.npg-rsp.ch

thématiques, consacrées à la famille («Familie», 2013), à la manière de franchir les difficiles étapes de l'adolescence («Schwierige Übergänge im Jugendalter: Wie können diese gelingen») ou aux alliances à forger pour prévenir la dépression chez les enfants et les adolescents («Bündnissen gegen Depression bei Kindern und Jugendlichen», 2015). Le réseau possède en outre et gère la licence des «10 pas pour la santé psychique». Cette campagne comprend différents types de produits et d'instruments spécialement destinés aux adolescents⁵.

Information au public

Deux campagnes nationales de sensibilisation à la santé psychique sont en cours depuis 2018. D'un côté, les cantons suisses alémaniques ont développé, en collaboration avec pro Mente Sana, la campagne «Comment vas-tu?»⁶ Celle-ci ne vise certes pas directement les enfants et les adolescents. Comme elle s'adresse à toute la population, elle transmet néanmoins directement des messages de promotion de la santé psychique aux personnes de référence de ce groupe spécifique. D'un autre côté, les cantons latins ont lancé avec la Coordination Romande des Associations d'Action pour la Santé Psychique (Coraasp) la campagne «Santépsy.ch». Cette dernière aborde également les moyens de préserver sa propre santé psychique. Les adolescents constituent le groupe cible primaire de la deuxième de ses trois étapes. Des messages appropriés à ce groupe particulier ont été conçus au cours de séances de travail spéciales organisées durant les préparatifs de la campagne (CLASS & Coraasp, 2019).

Prévention des accidents

Rédigé par le bureau de prévention des accidents (bpa)

Les types d'accidents les plus fréquents varient selon les classes d'âge. Les organismes à l'œuvre dans la prévention des accidents sont par conséquent variés. Comme le prévoit son mandat légal, le Bureau de prévention des accidents (BPA) s'attache à prévenir tous les types d'accidents non professionnels; il est dès lors actif dans la circulation routière, l'habitat, les loisirs et le sport.

Les efforts visent à éviter autant que possible les accidents en recourant à la prévention contextuelle. En voici quelques exemples: aménagement sûr des aires de jeux pour enfants, des terrains de jeux et des installations sportives; optimisation des infrastructures sur le chemin de l'école et le long d'itinéraires et de pistes en

⁵ <https://www.npg-rsp.ch/de/projekte/10-schritte-fuer-psychische-gesundheit.html>

⁶ <https://www.comment-vas-tu.ch/>

plein air; installation de systèmes électroniques pour éviter les noyades dans les piscines publiques, etc. Ces efforts s'accompagnent en outre de mesures axées sur la prévention comportementale. Focalisées sur l'individu, elles souhaitent le sensibiliser et l'aider à adopter un comportement sûr (les campagnes ciblant les enfants en bas âge ne s'adressent en général pas aux enfants eux-mêmes, mais à leurs parents ou aux personnes d'encadrement).

Exemples tirés des différents domaines de prévention:

- *Prévention des accidents en général*: Le Courrier BPA vise les enfants jusqu'à leur 8^e anniversaire. Il envoie régulièrement à leurs parents ou aux personnes d'encadrement des brochures contenant des conseils pour éviter les risques les plus courants à leur âge. Selon le contexte régional, le taux de couverture de ce service se situe entre 30 et 50%.
- *Sécurité routière*
 - L'éducation routière fait partie intégrante de l'enseignement scolaire dès le début de l'école enfantine ou primaire; elle est assurée par les instructeurs et instructrices de la circulation de la police.
 - Formation à la conduite: Que ce soit pour la formation théorique ou pratique des élèves conducteurs (pour piloter un scooter, une moto ou une voiture de tourisme), des organismes spécialisés mettent à disposition des règles de base permettant d'adopter un comportement misant sur la sécurité. Ces règles visent à se protéger soi-même et à protéger les usagers de la route plus vulnérables.
 - Diverses campagnes, comme celles intitulées «Chemin de l'école», rappellent aux conducteurs de véhicules motorisés de veiller à la sécurité des enfants.
- *Sécurité dans l'eau*: Différents acteurs de la prévention ont collaboré pour mettre au point et imposer le contrôle de sécurité aquatique (CSA). Ce projet a pour objectif de transmettre aux enfants de 10 à 12 ans les compétences de base pour se secourir soi-même. Dans certains cantons, le CSA fait désormais partie intégrante de l'enseignement scolaire.
- *Sport et activité physique*: Le BPA a pour objectif d'instaurer des normes de sécurité dans l'enseignement du sport et de la gymnastique, par exemple dans le cadre de Jeunesse+Sport et dans la pratique du sport à l'école. En parallèle, le bureau entend offrir aux moniteurs de sport des cours de formation et de perfectionnement qui les responsabilisent dans leur rôle.

9.4 Alimentation et activité physique

On sait aujourd'hui qu'une alimentation équilibrée et une activité physique régulière constituent des facteurs de protection contre les maladies non transmissibles (MNT; OMS, 2018). Toutes deux jouent en outre un rôle essentiel pour éviter la surcharge pondérale et l'obésité, qui accroissent sensiblement le risque de développer une maladie non transmissible et réduisent la probabilité de survie (Stratégie MNT, 2016). Indépendamment de son effet sur le poids corporel, l'activité physique exerce par ailleurs une influence bénéfique en protégeant l'individu contre les maladies non transmissibles (Niess & Thiel, 2018).

Programmes d'action cantonaux dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique

Depuis 2007, Promotion Santé Suisse aide les cantons à mener des programmes d'action destinés à promouvoir l'activité physique et une alimentation équilibrée. Comme spécifié à la section 9.2, ces programmes ont en commun le fait d'appliquer des mesures à quatre niveaux (interventions, mesures politiques, mise en réseau et information au public) et de poursuivre les mêmes grands objectifs (Promotion Santé Suisse, 2016). Dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique, ces objectifs sont les suivants :

- Aménager l'espace public de manière à offrir aux enfants et aux adolescents des possibilités suffisantes de bouger.
- Concevoir l'environnement préscolaire, scolaire et périscolaire/extrascolaire de manière à favoriser une alimentation équilibrée⁷ et une activité physique suffisante⁸ pour les enfants et les adolescents.
- Assurer aux enfants, aux adolescents et à leurs personnes de référence un accès facile aux services de conseil ou de soutien ayant trait à l'alimentation et à l'activité physique.
- Concevoir les conditions-cadres sociales et structurelles dans le canton et les communes ainsi que les infrastructures préscolaires, scolaires, périscolaires/extrascolaires de manière à favoriser une alimentation équilibrée et une activité physique appropriée chez les enfants et les adolescents.
- Mener des actions dont l'efficacité est avérée afin de sensibiliser les principales personnes de référence des enfants et des adolescents et de les aider à promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique appropriée chez les enfants et les adolescents.

⁷ Conformément aux recommandations nutritionnelles nationales, Société Suisse de Nutrition.

⁸ Conformément aux recommandations nationales en matière d'activité physique, Office fédéral du sport, OFSPO, 2016.

- Atteindre les enfants et les adolescents grâce à des mesures efficaces, qui les aident à développer leurs connaissances, leurs compétences et leur attitude en matière d'alimentation et d'activité physique.

Chaque canton est libre de choisir les mesures à mettre en œuvre et les objectifs à atteindre. La situation particulière de chacun est donc prise en compte.

Les programmes d'action cantonaux destinés à promouvoir l'activité physique et une alimentation saine sont largement répandus et jouissent d'une bonne réputation et d'un ancrage solide. Les six cantons pionniers – Saint-Gall, Jura, Neuchâtel, Bâle-Ville, Zoug et Lucerne – ont d'emblée réalisé des projets auprès des enfants et des adolescents. Plus de douze années plus tard, soit en 2019, 22 cantons sur 26 menaient un programme cantonal axé sur ce groupe cible spécifique (font exception AI, AR, GL et SZ).

Les programmes d'action cantonaux destinés à promouvoir l'activité physique et une alimentation saine sont largement répandus et solidement établis.

Les activités cantonales se sont concentrées sur la petite enfance il y a huit ans environ: pour la deuxième phase du programme, Promotion Santé Suisse a soumis son soutien à la condition que les programmes cantonaux comprennent des mesures destinées à ce groupe d'âge. Au cours des années qui ont suivi, la proportion d'enfants en surpoids, parmi ceux en âge de fréquenter l'école enfantine, a sensiblement diminué par rapport aux enfants plus âgés (voir chapitre Maladies chroniques et handicaps). Ces dernières années (depuis le début de la troisième phase du programme), les cantons misent de plus en plus sur des projets dont l'efficacité est avérée (Fässler et al, 2018).

Interventions

Plus encore que pour les autres groupes cibles, il importe d'associer alimentation et exercice physique dans les activités visant les enfants et les adolescents (Steiger, 2018). Ce sont en effet les interventions axées sur le comportement et combinant ces deux aspects qui produisent les effets les plus durables sur le maintien d'un poids corporel sain. Il apparaît par ailleurs que les actions émanant de l'école s'avèrent les plus efficaces auprès de ces classes d'âges (Bleich, 2013). Les interventions décrites ci-après sont considérées comme efficaces pour promouvoir l'activité physique et une alimentation saine.

Mamamundo

*Mamamundo*⁹ est un cours de préparation à la naissance pour les futures mamans immigrées ayant des compétences linguistiques lacunaires. L'association qui le propose porte le même nom; elle est autonome et poursuit exclusivement un but d'intérêt public. Les séances comprennent des activités corporelles destinées à renforcer le bien-être physique et psychique, la consolidation des compétences en matière de santé et des discussions sur l'alimentation pendant la grossesse. De plus, les activités impliquent une collaboration étroite entre services sociaux, centres d'asile, interprètes communautaires confirmés et responsables. Le cours est très centré sur le corps; des interprètes communautaires assistent aux séances pour les traduire dans la langue de chaque participante. La formation comprend la transmission d'informations générales sur le système de santé en Suisse et des offres complémentaires en matière de santé.

Les évaluations montrent que les participantes traversent la grossesse, l'accouchement et la période post-partum avec plus de confiance, ce qui décharge les professionnels de santé. Depuis leur lancement, en 2012, les cours n'ont cessé de se multiplier. En 2018, 143 femmes ont pu en suivre un dans le canton de Berne (à Bienne ou à Berne) en dix langues différentes. Protégé par une licence, le cours est proposé depuis 2018 à l'Hôpital universitaire de Bâle et à l'Hôpital cantonal de Lucerne.

Senso5

*Senso5*¹⁰ propose d'aborder l'alimentation avec plaisir. Dans le canton du Valais, le matériel didactique mis au point par *Senso5* est aujourd'hui le moyen officiellement utilisé pour l'éducation nutritionnelle telle qu'elle est définie dans le plan d'études romand (PER). Sa diffusion figure parmi les priorités du plan d'action cantonal dans le domaine de la santé.

Voici les objectifs de *Senso5*:

- Développer une éducation au monde alimentaire non stigmatisante basée sur les cinq sens et le plaisir alimentaire.
- Créer des supports d'apprentissage polysensoriels pour l'éducation nutritionnelle en lien avec différentes disciplines scolaires.
- Introduire et déguster des aliments variés en classe.

Les évaluations de ce programme montrent que l'éducation nutritionnelle basée sur une approche sensorielle engendre de véritables bienfaits chez les enfants en bas âge, puisqu'elle leur permet en particulier d'acquérir des compétences spécifiques très

⁹ www.mamamundo.ch

¹⁰ www.senso5.ch

utiles pour aborder l'alimentation: acquisition d'un vocabulaire sensoriel, connaissances nutritionnelles, ouverture face à la multitude d'aliments et sensibilisation à différentes attitudes en matière d'alimentation. Outre le rapport sur le projet *Senso5* (Cler-Bérod, Hugo & Luisier, 2012), une étude finlandaise sur les enfants âgés de 3 à 5 ans (Kähkönen, Rönkä, Hujo & Lyytikäinen, 2018), parue récemment dans le périodique *Public Health Nutrition*, est parvenue à la même conclusion.

Purzelbaum

À l'aide de moyens pratiques et simples, *Purzelbaum*¹¹ intègre une diversité de mouvements fréquents et une alimentation équilibrée dans le quotidien d'écoles enfantines, d'écoles primaires, de crèches et de garderies. Lancé à l'origine par le canton de Bâle-Ville, le projet a été repris en 2009 par Radix, qui l'a développé et largement diffusé. Il est actuellement mis en œuvre dans 21 cantons déjà par les services spécialisés cantonaux en collaboration avec *Purzelbaum*^{Suisse}. Les cours de formation continue dispensés au niveau cantonal sont complétés par des rencontres nationales, des conférences dans les régions linguistiques et des cours de perfectionnement à caractère pratique. Ces activités témoignent de l'extension réussie d'un projet exemplaire, qui atteint chaque jour environ 59 000 enfants.

Dans le cadre d'un projet de recherche commun, l'Université de Bâle et les hautes écoles pédagogiques de Schwyz et de Zurich ont étudié les compétences motrices de base¹² d'enfants âgés de 4 à 6 ans (Kühnis, Ferrari, Fahrni & Herrmann, 2018; Herrmann, Seelig, Ferrari & Kühnis, 2019). C'est là la première étude réalisée en Suisse pour analyser les différences d'aptitudes motrices de base des enfants à l'aide du test MOBAC, récemment mis au point. Cette étude a démontré que les enfants fréquentant une école enfantine *Purzelbaum* présentent des compétences motrices de base significativement supérieures à celles des enfants inscrits dans une école enfantine ordinaire.

GORILLA

Moult fois primé, *GORILLA* est le programme national de promotion de la santé lancé par la fondation Schtifti. Il motive les enfants, les adolescents et les jeunes adultes de 9 à 25 ans, à pratiquer une activité physique suffisante, à adopter une alimentation équilibrée et à consommer de manière éclairée. Dans le cadre d'ateliers d'une journée, des

¹¹ www.purzelbaum.ch

¹² Les compétences motrices de base sont des prédispositions fonctionnelles à la performance, qui garantissent que les enfants sont à même de participer à la culture du sport et de l'exercice physique. Voilà pourquoi la promotion de ces compétences joue un rôle essentiel chez les enfants en bas âge.

ambassadeurs *GORILLA* initient les adolescents à différents sports freestyle, comme le breakdance, le skateboard ou le cyclisme. Assurant la préparation des en-cas et du buffet de midi, des professionnels de la diététique expliquent l'importance et les règles de base d'une alimentation saine et durable à l'aide de la pyramide alimentaire. Pour organiser le quotidien des élèves d'une manière qui soit favorable à leur santé, *GORILLA* a élaboré en 2016 un programme scolaire qui propose aux enseignantes et aux enseignants du matériel didactique «prêt à l'emploi» consacré à l'activité physique, à l'alimentation et à la consommation durable. *GORILLA* n'intervient pas seulement dans le quotidien scolaire, il reste aussi en contact avec les adolescents durant leurs loisirs. Au moyen de tutoriels vidéos sur son site (www.gorilla.ch), à travers un recueil de recettes ou via les réseaux sociaux, il leur propose toutes sortes de conseils et d'idées. *GORILLA* a obtenu de bons résultats dans différents secteurs, telle la consommation de boissons énergétiques.

Mesures politiques

De nombreuses mesures visent à inscrire l'alimentation et l'activité physique chez les enfants et les adolescents dans des dispositions nationales, cantonales ou communales à caractère contraignant. En voici deux exemples :

- Intégration de la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée chez les enfants et les adolescents dans un programme cantonal de promotion de la santé nouveau ou à adapter (SH, SG).
- Inscription de l'alimentation et de l'activité physique dans le catalogue des tâches confiées aux monitrices dentaires scolaires (TG).

Le service dentaire scolaire ou le succès d'une mesure politique

En Suisse, tout enfant apprend à se brosser les dents à l'école et, surtout, il apprend à le faire correctement. Il n'y a que cinquante ans environ que des monitrices (malaimées au début à cause du goût de la pâte dentifrice au fluor) passent régulièrement dans les classes. On les nomme désormais monitrices dentaires scolaires (MDS).

Se brosser les dents constitue un comportement préventif essentiel pour la santé bucco-dentaire. Un projet de recherche mené par Thomas Marthaler, professeur à l'Université de Zurich et pionnier de la prophylaxie dentaire, a étudié l'effet préventif de cette mesure et chiffré son efficacité: grâce aux visites régulières des monitrices dentaires scolaires, la prévalence des caries a reculé de 90% (!) à Zurich (Menghini & Steiner, 2007). L'effet de la prophylaxie a d'ailleurs pu être démontré jusqu'à l'âge adulte. Ce succès zurichois a fait tache d'huile, de sorte que d'autres cantons ont également inscrit cette mesure dans des ordonnances régissant la prévention à l'école.

Aujourd'hui, tous les cantons possèdent des lois, des ordonnances ou des actes législatifs qui régissent les services dentaires scolaires. La Fondation pour les monitrices dentaires scolaires (MDS) encadre, coordonne et forme les quelque 1000 MDS qui promeuvent l'hygiène dentaire en Suisse. Celle-ci est désormais si profondément ancrée dans les habitudes, qu'il est normal d'avoir des dents en bonne santé.

Les visites des monitrices dentaires scolaires servent non seulement à expliquer le brossage des dents aux enfants, mais aussi à aborder d'autres sujets de la santé bucco-dentaire, comme l'alimentation, le piercing de la langue, etc. Elles contribuent ainsi à accroître sans cesse les compétences des enfants en matière de santé.

Mise en réseau

En matière de promotion de la santé dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique, la mise en réseau intervient à différents niveaux. À l'échelon régional, des plateformes se sont imposées en Suisse centrale et orientale. En Suisse romande, la collaboration entre les cantons latins est assurée par la Commission de prévention et de promotion de la santé (CPPS). Au sein des cantons, diverses activités favorisent également la mise en réseau. À ce titre, la création de chaînes de soutien est un exemple intéressant. Pour éviter autant que possible les problèmes durant les passages d'une période de la vie à l'autre, il est essentiel d'assurer une certaine continuité et surtout d'éviter toute lacune dans la promotion de la santé. D'où la création de *chaînes* de soutien. A chaque étape de l'existence, des acteurs différents sont compétents pour intervenir auprès des enfants et de leur famille ou de leurs personnes de référence (les gynécologues pendant la grossesse, les sages-femmes après l'accouchement, les consultantes et consultants parents-enfants ou les collaborateurs et collaboratrices de la crèche durant la prime enfance, etc.). Établir une chaîne de soutien revêt une importance particulière dans le cas des familles issues de la migration, qui échangent avec les spécialistes via des interprètes interculturels. S'il n'est pas nécessaire de mettre en place une collaboration avec un nouvel interprète à chaque étape de la vie, les mesures de promotion seront promises à un meilleur succès. Voilà pourquoi quelques cantons ont entrepris d'instituer ou de développer de telles chaînes de soutien. Cette approche est déjà assez bien ancrée dans le canton de Berne.

À l'échelle nationale, la collaboration intervient au sein de réseaux thématiques financés par des acteurs nationaux. Le Réseau suisse Santé et activité physique *hepa.ch* (*health enhancing physical activity*) regroupe des organisations, des institutions et des entreprises qui s'engagent en Suisse – au niveau national, cantonal ou local – pour promouvoir la santé par le biais de l'activité physique et du sport.

Le plan d'action de la stratégie suisse de nutrition, évoquée plus haut, comprend des mesures qui aident les personnes vivant en Suisse à adopter un mode de vie sain et une alimentation équilibrée. Différents acteurs issus du secteur alimentaire, d'organisations non gouvernementales et d'associations de consommateurs, mais aussi des offices fédéraux, des cantons et d'instituts de recherche et de formation collaborent à la mise en œuvre de la stratégie. Le forum annuel sur la stratégie de nutrition leur donne l'occasion d'échanger des idées sur leurs activités et leurs expériences. L'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) coordonne les activités et vérifie chaque année les progrès du plan d'action.

Information au public

Ces dernières années, plusieurs cantons ont lancé des campagnes destinées à promouvoir une activité physique régulière et une alimentation équilibrée chez les enfants et les adolescents. Le programme «Bisch fit?» (T'es en forme?) du canton des Grisons montre bien comment on peut faire passer le message à différents niveaux. Pour sensibiliser et informer le public, sa communication s'articule autour du site internet <https://bischfit.ch/> et utilise des moyens adaptés à chaque groupe cible (brochures, dépliants, etc.).

9.5 Addictions

La prévention des addictions entend prévenir et retarder la première consommation de substances problématiques, favoriser l'arrêt d'une éventuelle consommation et réduire les effets négatifs de la consommation ou de la dépendance (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011). Ces objectifs ne s'appliquent pas seulement aux substances légales (tabac, alcool, médicaments) ou illégales, mais aussi aux comportements susceptibles d'entraîner une dépendance, comme les jeux d'argent.

La prévention des addictions est primordiale durant l'adolescence. Elle comporte des mesures axées sur les comportements et des mesures structurelles: les premières visent à renforcer les compétences des jeunes afin de les aider à renoncer à toute consommation ou de s'en tenir à une consommation à faible risque; les secondes ont pour but de faire évoluer les normes sociétales et les prescriptions légales afin d'améliorer la protection de la jeunesse (Coordination politique des addictions, 2018). Les efforts de prévention auprès des jeunes interviennent dans différents contextes, notamment l'école, le lieu de travail, la famille, les loisirs et la commune.

De manière générale la santé psychique et les addictions sont des sujets étroitement liés et les interactions entre consommation de substances et santé psychique sont souvent complexes. Ainsi, du point de vue de la prévention, toutes les mesures qui vont dans le sens de la promotion de la santé psychique contribuent également à la prévention des addictions.

La prévention des addictions est primordiale durant l'adolescence. Elle comporte des mesures axées sur les comportements et des mesures structurelles.

Les explications ci-après ne traitent que de la prévention des addictions ciblant les enfants et les jeunes à partir de l'âge scolaire. La prévention des addictions auprès des enfants en âge préscolaire est essentiellement axée sur le renforcement des compétences psychosociales et se rapproche ainsi de la promotion de la santé mentale (voir section 9.3).

Programmes cantonaux de prévention

Dans un grand nombre de cantons, la prévention des addictions s'appuie sur des programmes cantonaux de prévention du tabagisme, des plans d'actions cantonaux alcool et/ou de plans ou stratégies de prévention des dépendances. Les programmes de prévention du tabagisme par exemple sont soutenus par le Fonds de prévention du tabagisme. En 2020, 12 cantons disposent d'un tel programme.

Prévention comportementale

De nombreux projets de prévention des addictions auprès des jeunes sont mis en œuvre en Suisse. Certains sont spécifiques à une substance ou à un type de comportement (alcool, tabac, jeu, etc.), d'autres abordent les addictions, avec ou sans consommation de substance, de manière générale, et mettent à cet effet l'accent sur le renforcement des compétences psychosociales.

Les évaluations méthodologiques de projets et mesures de prévention et de leur efficacité sont relativement rares. En effet, il est souvent difficile d'évaluer isolément l'impact d'une mesure. Les projets présentés dans ce chapitre ont fait l'objet d'une évaluation et leur efficacité a pu être démontrée.

Cool and clean

«Cool and clean»¹³ est le programme national de prévention en milieu sportif. Proposé par Swiss Olympic, l'OFSP et l'OFSP, il s'engage pour un sport propre, fair-play et performant. Dans ce contexte, les personnes qui encadrent des enfants et des jeunes de 10 à 20 ans ont accès à des outils pour renforcer les compétences psychosociales des jeunes sportifs, identifier les conduites à risque et réagir de manière appropriée. Le programme repose sur six engagements, dont la volonté de réussir sans dopage, de renoncer au tabac et au cannabis et de modérer la consommation d'alcool. Il offre également un soutien aux organisateurs et organisatrices de manifestations sportives pour mettre en œuvre des mesures de protection de la jeunesse et de protection contre le tabagisme passif.

Ce programme a fait l'objet d'une évaluation entre 2007 et 2015 (Wicki, Stucki & Marmet, 2015). Celle-ci a conclu à son efficacité, en particulier pour ce qui est de renforcer les compétences psychosociales chez les jeunes.

Expérience non-fumeur

«Expérience non-fumeur» est un concours ouvert aux classes de la 6^e à la 9^e année. Dans le cadre de ce projet mené par l'Association suisse pour la prévention du tabagisme, les classes inscrites s'engagent à rester sans fumer au moins pendant toute la durée du concours. Celles qui relèvent le défi jusqu'au bout sont récompensées.

Une évaluation de ce projet a révélé que la participation à Expérience non-fumeur engendre des effets positifs sur la consommation de tabac à long terme (Stucki, Archimi, Kuntsche, 2017).

Prev@WORK

*Prev@WORK*¹⁴ est un projet alliant prévention des addictions et promotion de la santé mentale qui s'adresse aux jeunes dans le contexte de la formation professionnelle. Il comprend deux interventions, espacées de quelques mois, qui sont réalisées auprès des jeunes à l'école ou en entreprise. Recourant à des méthodes participatives, elles sensibilisent les jeunes à la gestion des risques liés aux substances et aux comportements

¹³ www.coolandclean.ch

¹⁴ www.addictionsuisse.ch/entreprises/prevwork

addictifs, ainsi qu'à la gestion du stress. Ils ont l'occasion de réfléchir à leurs comportements de consommation et aux liens entre problèmes psychiques et consommation et de trouver d'autres moyens de faire face à ces problèmes.

Mis en œuvre et éprouvé en Allemagne depuis plus de dix ans, Prev@WORK a été adapté pour la Suisse par Addiction Suisse et Perspektive Thurgau, en collaboration avec la Fachstelle für Suchtprävention Berlin (Evaluation par Gesellschaft für Statistik und Evaluation StatEval, 2012).

Prévention structurelle

Les mesures de prévention structurelle visent à modifier l'environnement dans lequel évoluent les individus. Dans le cadre de la prévention des addictions, elles comprennent par exemple le travail sur les normes sociétales ainsi que des mesures législatives visant à réduire l'attractivité ou l'accessibilité d'une substance ou d'un comportement. Bien que parfois impopulaires, ces mesures sont généralement considérées comme efficaces et peu coûteuses (Babor et al., 2010).

Dans le domaine des addictions, les mesures structurelles dont l'efficacité est prouvée sont multiples : politique des prix, restriction de la publicité et du parrainage, mesures de protection de la jeunesse, réduction des horaires d'ouverture de magasins, limitation de la consommation d'alcool au volant, etc.

Limites d'âge et achats-tests

Les limites d'âge pour la remise d'alcool et de tabac aux jeunes sont l'une des principales mesures de protection de la jeunesse. Afin d'évaluer le respect des dispositions légales, des achats-tests d'alcool sont réalisés dans tous les cantons¹⁵. Ces contrôles permettent en outre de sensibiliser et de soutenir le personnel de vente, responsable de vérifier l'âge des acheteurs.

Une évaluation a montré que la répétition de ces contrôles sur plusieurs années réduit le taux de vente d'alcool (Stucki, Scheuber, Tichelli & Rihs-Middle, 2009). Cette mesure joue ainsi un rôle important dans la protection de la jeunesse.

¹⁵ La liste des cantons est disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-zur-alkoholpraevention/alkoholpraevention-kantone/testkaeufoe.html>

Régime de nuit

Certains cantons¹⁶ ont édicté des dispositions légales visant à interdire ou à limiter la vente ou la consommation d'alcool à certaines heures ou en certaines occasions. Dans le canton de Vaud par exemple, la vente à l'emporter d'alcool est interdite de 21 h à 6 h. Depuis l'entrée en vigueur de cette réglementation, le nombre de jeunes admis aux urgences pour cause d'intoxication alcoolique a reculé de manière significative dans les cantons de Vaud et de Genève (Wicki, Gmel, Kuendig, Schneider, Bertholet, & Faouzi, 2018; Gmel, & Wicki, 2010).

Fixation des prix

Agir sur le prix d'un produit comme le tabac ou l'alcool est une mesure de prévention structurelle efficace. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2019), l'augmentation des impôts sur le tabac représente l'une des mesures les plus efficaces pour encourager l'arrêt du tabagisme et dissuader les jeunes de commencer à fumer. Toutefois, pour que la demande du produit baisse, les consommateurs et consommatrices doivent ressentir l'augmentation du prix. Ainsi, une augmentation du prix de vente de 10% fait reculer la demande de 4% en moyenne.

Réduction des risques en milieu festif

Plusieurs institutions cantonales de prévention proposent des labels ou des chartes à l'intention des organisateurs et organisatrices de fêtes ou festivals. Ce type de mesures permet une gestion et une réduction des risques en milieu festif. Les organisateurs et organisatrices s'engagent à respecter certaines mesures de sécurité et de prévention, assurer par exemple la formation du personnel des bars, distribuer des bracelets indiquant l'âge des consommateurs, mettre gratuitement de l'eau à disposition ou recourir à des moyens pour promouvoir des boissons sans alcool.

¹⁶ La liste des cantons est disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-zur-alkoholpraevention/alkoholpraevention-kantone/zeitliche-einschraenkungen.html>

Mise en réseau

Le milieu de la prévention des addictions est composé d'une multitude d'acteurs étatiques et non étatiques, répartis entre les niveaux national, cantonal ou communal. Leur grand nombre s'explique par l'évolution des structures au fil du temps, la diversité des thématiques et l'hétérogénéité du financement. En toute logique, les activités de mise en réseau sont elles aussi multiples et menées à différents niveaux.

Au niveau national, l'Office fédéral de la santé publique organise à intervalles réguliers des rencontres entre les parties prenantes des stratégies Addiction et Maladies non transmissibles. Les acteurs de la prévention du tabagisme se réunissent aussi régulièrement dans le cadre de séminaires mis sur pied par l'Association suisse de prévention du tabagisme (AT).

Au niveau intercantonal, des plateformes sont organisées régulièrement sur des thèmes spécifiques par le Groupement romand d'étude des addictions (GREA) en Suisse romande, par le Fachverband Sucht en Suisse alémanique et par Ticino Addiction en Suisse italienne. Ces plateformes réunissent les acteurs du milieu de la prévention, ainsi que des professionnels d'autres milieux. D'autres réseaux existent en outre dans les cantons et dans certaines régions.

Information au public

Les campagnes de sensibilisation destinées au grand public relèvent de la prévention comportementale et doivent en principe être associées à d'autres mesures de prévention des addictions pour être pertinentes et efficaces.

La plupart des campagnes de sensibilisation sur le thème des addictions s'adressent à l'ensemble de la population. La campagne «Smokefree. Je suis plus fort»¹⁷, lancée par l'Office fédéral de la santé publique, les cantons et des ONG, avec le soutien du Fonds de prévention du tabagisme, en est un exemple. Menée de 2015 à 2018, cette campagne avait pour objectif premier d'encourager et d'aider les personnes qui avaient décidé d'arrêter de fumer. Pour citer un autre exemple, mentionnons la campagne menée en 2018 par seize cantons suisses alémaniques¹⁸ pour sensibiliser la population aux risques de dépendance liés aux paris sportifs: des clips vidéos attiraient l'attention sur ce type de risques dans le milieu du football.

Certaines campagnes s'adressent spécifiquement aux jeunes; ce fut le cas de la campagne menée en 2019 par la ville de Lausanne¹⁹ afin de sensibiliser les jeunes à la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis. Cette campagne s'est adressée aux jeunes par le biais d'affiches placardées en ville et de vidéos diffusées sur les réseaux sociaux.

¹⁷ www.smokefree.ch

¹⁸ www.sos-spielsucht.ch

¹⁹ 13-17.ch

9.6 Santé sexuelle

La sexualité exerce une influence décisive sur le bien-être et la qualité de vie, elle affecte tant la santé physique que psychique. Le développement sexuel débute avant la naissance, par exemple au moment de la formation des voies nerveuses qui relient les organes des sens et de la perception. La sexualité revêt en outre plusieurs dimensions. Les aspects biologique, social, psychologique, cognitif, affectif, sensuel, culturel, moral ou spirituel jouent un rôle plus ou moins important en fonction de l'âge (Rapport d'experts sur l'éducation sexuelle, 2017). Les conventions internationales recommandent par conséquent de dispenser une éducation sexuelle «holistique» aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes; c'est-à-dire une éducation sexuelle qui ne se concentre pas uniquement sur la prévention des risques, mais qui favorise également un développement sexuel sain (Rapport du Conseil fédéral, 2018). La Suisse apporte son soutien aux conventions internationales en question.

Interventions et mise en réseau

Les parents sont les premiers et principaux responsables du développement sexuel de leurs enfants. Certains cantons, organisations non gouvernementales spécialisées et services régionaux d'éducation sexuelle les soutiennent dans cette tâche en leur proposant des cours de formation, des informations et des consultations. Aux côtés des parents, les cantons sont responsables de l'éducation sexuelle des enfants en milieu scolaire. Les trois plans d'études régionaux appliqués en Suisse (Lehrplan 21, Plan d'études romand et Piano di studio) décrivent les contenus des cours scolaires consacrés à l'éducation sexuelle. Dès leur introduction au début du XXe s., ces cours ont engendré un vaste débat public qui se poursuit aujourd'hui encore. Celui-ci porte essentiellement sur les valeurs que cette éducation doit transmettre (Ruckstuhl, 2018). Outre les parents et les écoles, de nombreux autres acteurs et activités contribuent à l'éducation sexuelle. Selon une étude récente, les camarades de même âge et internet jouent un rôle essentiel comme sources d'information (Barrense-Dias et al., 2019). Par ailleurs, des consultations individuelles auprès de services spécialisés en santé sexuelle ainsi qu'auprès de spécialistes de la médecine de l'adolescence, de la gynécologie ou de la psychiatrie apportent un appui aux adolescents et aux jeunes adultes dans leur développement sexuel. Les médias commerciaux adressent également aux jeunes des messages dont le contenu se réfère à la sexualité.

La fondation Santé sexuelle Suisse met en réseau les services spécialisés en matière d'éducation et de consultation sexuelles à travers toute la Suisse. Tisser un réseau entre les acteurs scolaires et avec d'autres acteurs constitue un réel défi. Les relations entre les acteurs sont plus étroites en Suisse romande qu'en Suisse alémanique (Rapport d'experts sur l'éducation sexuelle, 2017).

Les activités proposées dans le domaine de l'éducation sexuelle sont très variées et différent d'une région à l'autre. Un rapport d'experts de 2017 (Rapport d'experts sur l'éducation sexuelle, 2017) en donne un aperçu en mettant l'accent sur l'éducation sexuelle à l'école. On mentionnera ici les structures suprarégionales et quelques offres proposées sur internet et par des jeunes:

- L'école obligatoire comprend une éducation sexuelle adaptée à chaque degré. Dans les trois régions linguistiques, il est possible de regrouper les contenus de cet enseignement dans les catégories suivantes: le corps et les comportements sexuels; la santé sexuelle et reproductive (à savoir grossesse et contraception, naissance, parentalité, interruption de grossesse, VIH et autres maladies sexuellement transmissibles et prévention des infections); l'amitié, l'amour, le plaisir, la vie relationnelle et affective; le genre, les identités et orientations sexuelles; la prévention de la violence sexuelle; la sexualité dans la société et les médias.
- L'application des plans d'études varie d'une région linguistique à l'autre: en Suisse romande, les cours d'éducation sexuelle sont dispensés par des personnes spécialement formées (spécialistes en éducation sexuelle); en Suisse alémanique et au Tessin, ils sont assurés par les enseignants, qui peuvent parfois faire intervenir des spécialistes externes en éducation sexuelle.
- Les adolescents francophones et germanophones peuvent consulter des sites web, qui contiennent des informations adaptées à leur âge concernant la sexualité: www.lilli.ch, www.tschau.ch, www.feelok.ch et www.ciao.ch.
- Plusieurs projets sont proposés par les jeunes pour les jeunes en Suisse alémanique et en Suisse romande. En voici quelques exemples: «Georgette in Love» (Vaud), «du bist du» (Suisse alémanique), «ABQ» (Berne), «Achtung Liebe» (Bâle, Berne, Zurich).

Citons encore quelques projets parascolaires aux niveaux suisse et cantonal dont l'efficacité a été étudiée ou est en cours d'étude:

- Les évaluations qui ont été faites du programme national «Sortir ensemble et se respecter» («Herzsprung – Freundschaft, Liebe und Sexualität ohne Gewalt»), qui vise à prévenir la violence et à activer des compétences positives dans les relations amoureuses entre jeunes, ont mis en relief les nombreuses qualités de ce programme, mais ont également identifié de possibles améliorations (Haab Zehrê 2015, Minore 2016). Le programme a été adapté en 2017. Une évaluation nationale de ses deux volets, «Herzsprung» et «Sortir ensemble et se respecter », était en cours au moment de la rédaction du présent rapport sur la santé. La publication du rapport d'évaluation est annoncée fin août 2020.

- L'évaluation effectuée en 2018 d'une activité proposée par la fondation Santé bernoise pour compléter les cours scolaires conclut à un effet positif. Aux dires des jeunes interrogés, l'éducation sexuelle extrascolaire les conduit à adopter un comportement plus responsable, plus sûr et plus autonome en matière de sexualité. Les enseignants observent de leur côté une influence positive directe dans le quotidien scolaire (Wetz, Schnyder-Walser, 2018).

Des études internationales sur l'efficacité de l'éducation sexuelle montrent que l'éducation sexuelle «holistique» produit un effet optimal en vue d'améliorer une foule d'indicateurs psychosociaux et de santé. Cette approche ne mise pas uniquement sur l'abstinence ou sur la réduction des risques. Elle place au contraire la réduction des risques dans un contexte plus large, qui englobe le développement individuel et sexuel tout en incluant la promotion de la santé (Rapport d'experts sur l'éducation sexuelle, 2017).

Des études internationales sur l'efficacité de l'éducation sexuelle montrent que l'éducation sexuelle «holistique» produit des effets optimaux sur nombre d'indicateurs psychosociaux et d'indicateurs de santé.

Les travaux de recherche sur l'impact des différents modèles ou cours d'éducation sexuelle sont rares en Suisse (Rapport d'experts sur l'éducation sexuelle, 2017). L'étude la plus récente se réfère à l'éducation sexuelle dans le cadre scolaire. Elle fait état d'une influence positive sur la santé sexuelle. Parmi les personnes interrogées, celles ayant indiqué que l'école était leur principale source d'information sur la sexualité étaient le moins souvent touchées par des infections sexuellement transmissibles (Barrense-Dias et al., 2019). La même étude révèle cependant que les adolescents de sexe masculin et non hétérosexuels en quête d'informations se tournent plus souvent vers internet que d'autres jeunes. Force est de supposer que l'éducation sexuelle dispensée à l'école correspond moins à leurs besoins. Les jeunes qui atteignent la puberté de manière particulièrement précoce ou tardive s'informent aussi plus souvent que les autres par le biais d'internet.

Pour ce qui est des interventions, des besoins d'actions divers apparaissent : mise au point des bases théoriques, définition des termes utilisés, fixation d'objectifs et de valeurs pour l'ensemble de la Suisse, harmonisation du processus de l'éducation sexuelle dans la formation des enseignants en Suisse alémanique, mise au point du matériel pédagogique, conduite de travaux de recherche sur l'impact de l'éducation sexuelle, et établir des liens avec les acteurs compétents au niveau international (Rapport d'experts sur l'éducation sexuelle, 2017).

Stratégies de la Confédération et information au public

En ce qui concerne la santé sexuelle, la Confédération n'est compétente que dans quelques domaines restreints. Sa compétence est définie dans la loi sur les épidémies et se limite à surveiller, à prévenir et à combattre les maladies transmissibles. La Confédération est dès lors responsable du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI). À ce titre, elle pilote la campagne nationale de prévention Love Life, qui diffuse des messages sur le safer sex, soit des informations destinées à se protéger contre les infections sexuellement transmissibles. Elle dirige en outre la stratégie nationale de vaccination (SNV), qui a pour but d'éviter les infections, sexuellement transmissibles, par les papillomavirus humains (HPV) ainsi qu'à prévenir les hépatites A et B.

9.7 Perspectives

Si de nombreux projets reconnus sont menés en Suisse, il reste quelques défis à relever.

Une question importante, dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, est celle de l'*égalité des chances* en matière de santé chez les enfants et les adolescents (voir chapitre Environnement et conditions sociales). Dans ce contexte se pose la question de l'accessibilité de certains groupes cibles. Il est indispensable de s'informer sur les moyens et les canaux permettant d'atteindre un groupe cible donné (en particulier les groupes vulnérables dont les chances en matière de santé sont réduites). Il importe de mettre au point et de faire connaître des solutions à ce type de problème.

Il est indispensable de s'informer sur les moyens et sur les canaux qui permettent d'atteindre les différents groupes cibles.

La participation des groupes cibles apparaît invariablement comme l'un des facteurs de succès des mesures de prévention et de promotion de la santé. Avoir la possibilité de donner son avis, voire de disposer d'un pouvoir de décision, sur la mise au point et l'application de telles mesures est également essentiel pour les enfants et les adolescents, ainsi que pour leurs personnes de référence. Il n'est certainement pas facile d'impliquer de façon adéquate de jeunes enfants dans un processus participatif; leur contribution n'en demeure pas moins essentielle à la bonne réalisation des mesures destinées à promouvoir leur santé.

L'application de mesures de prévention et de promotion de la santé présente des différences régionales, en particulier un écart notable entre ville et campagne dans les activités proposées. Dans les zones rurales, où la densité de la population est faible

et où les distances sont plus grandes, il faut faire un effort supplémentaire pour couvrir l'ensemble du territoire et rendre les activités proposées accessibles à tous.

Dans certains domaines, comme la santé psychique et la santé sexuelle, il importe d'améliorer les données de base. Ce progrès permettra de mieux cerner les groupes cibles, de mesurer les effets des interventions et de procéder à des évaluations globales.

Enfin, il vaut la peine, surtout pour un petit pays comme la Suisse, de s'intéresser à ce qui se fait ailleurs et de tirer les leçons d'expériences internationales. Des projets lancés dans d'autres pays ont été adaptés avec succès à la Suisse. Mentionnons en particulier la *Multiplikatorenfortbildung* (formation continue de multiplicateurs ou personnes-clés) pour faire face aux problèmes des enfants de familles souffrant d'addiction. Mis au point en Allemagne, ce projet a été adapté à la Suisse et y est à l'œuvre depuis plusieurs années déjà. Compte tenu de la structure fédérale de notre pays, «importer» des projets étrangers relève néanmoins du défi.

Nous proposons ci-après quatre interventions envisageables. Il s'agit de recommandations portant sur plusieurs thématiques, qui identifient les domaines où il faudrait investir davantage et où des efforts concrets produiraient un impact optimal.

1. Renforcer l'approche multisectorielle

Les échanges multisectoriels revêtent une importance énorme, spécialement avec les enfants et les adolescents, comme le montrent les exemples ci-après :

- École et santé: Nombre des projets de promotion de la santé et de prévention interviennent dans le cadre scolaire. C'est dans ce contexte, où l'on peut toucher pratiquement tous les enfants, qu'il convient de promouvoir l'égalité des chances.
- Urbanisme et santé: Pour encourager les enfants et les adolescents à pratiquer une activité physique, il convient d'aménager leur environnement de sorte qu'il leur permette une telle activité et même qu'il les y invite.
- Économie et santé: L'entrée dans la vie active au terme de la scolarité constitue un événement majeur dans la vie des adolescents. Ce passage représente souvent une importante coupure. Le choix d'une profession et l'entrée dans la société et dans le monde du travail jouent un rôle central pour le développement de l'identité et sont un défi important que l'adolescent doit relever.

2. Renforcer l'approche salutogénique

Renforcer l'approche salutogénique recèle un potentiel énorme non seulement dans la prévention et la promotion de la santé, mais tout au long de la chaîne des soins de santé. Il importe d'accorder à cette approche centrée sur la santé une place plus grande également dans le système de soins (OFSP & Promotion Santé Suisse, 2017).

En définissant un champ d'action «prévention dans le domaine des soins», la stratégie MNT a franchi un premier pas dans cette direction en Suisse. Il reste cependant à généraliser cette approche.

Dans le domaine des soins, l'approche salutogénique s'avère prometteuse lorsqu'elle transcende les frontières entre soins somatiques et psychiatriques. Dans la fourniture de soins somatiques réside un potentiel de prévention des troubles psychiques et vice-versa. Le cas d'un adolescent souffrant d'un diabète de type 1, par exemple, montre qu'il est important, au moment de communiquer le diagnostic (et év. encore par la suite), de proposer un soutien psychologique. Cette maladie – qui implique d'accepter de vivre avec une maladie chronique et d'admettre qu'elle fait partie de soi – constitue un choc d'autant plus important qu'il bouleverse la vie quotidienne à un âge où l'individu cherche son identité. Il peut engendrer une dépression (Pinquart & Shen, 2010).

3. Renforcer le point de vue systémique et les approches intersectorielles

En matière de santé, il importe de considérer les enfants et les adolescents dans leur contexte. Leurs compétences de santé dépendent en effet beaucoup des compétences, des habitudes et des ressources de leurs personnes de référence. L'école offre un cadre idéal pour s'adresser aux enfants et aux adolescents car elle permet de les atteindre (presque) tous. Il est cependant essentiel de ne pas considérer les élèves de manière isolée et d'impliquer leurs parents, leurs frères et sœurs, leurs amis et d'autres personnes de référence dans l'application des mesures de prévention et de promotion de la santé ou, du moins, de tenir compte de leur influence. Ceci est illustré par le cas des jeunes aidants ou *young carers* (voir chapitre Jeunes aidants). Parmi les activités de prévention visant les enfants et les adolescents, les plus efficaces sont celles qui privilégient une approche globale en incluant les parents et l'entourage des enfants et des adolescents ainsi que leur cadre structurel.

4. Renforcer l'égalité des chances

La société devenant de plus en plus hétérogène, la question de l'égalité des chances se pose de façon toujours plus pressante. Les facteurs suivants peuvent engendrer des désavantages sociaux: faible statut socio-économique (éducation, revenu, ressources financières, statut professionnel), sexe, origine migratoire, orientation et identité sexuelles. Il faut prêter une attention toute particulière aux situations où ces facteurs se chevauchent. La combinaison sexe féminin et faible revenu, par exemple, est de nature à accroître les désavantages (Weber, 2019).

Il convient d'accorder plus d'attention à la question de l'accessibilité aux groupes cibles. Il importe enfin de trouver de (nouveaux) moyens pour éliminer, ou du moins atténuer, l'inégalité des chances en matière de santé.

9.8 Bibliographie

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt Verlag.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity*. Research and public (2nd edition). Oxford: Oxford University Press.
- Baer, N., Frick, U., Fasel, T., & Wiedermann, W. (2010). «Schwierige» Mitarbeiter. *Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*. Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung.
- Balthasar, A., & Lussi, I. (2018). *Erfolgsfaktoren für kantonale Programme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention*. Bericht zuhanden der Arbeitsgruppe «Massnahmenbereich 1» der NCD-Strategie, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.
- Balzer, L. (2018). *Evaluation des Programms «Jugendprojekt Lift»*. Bericht Evaluationsbereich A 2017. Zollikofen: Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle IFFP.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barrene-Dias, Y., Akre, C., Suris, J.-C., Berchtold, A., Morselli, D., Jacot-Descombes, C., & Leeners, B. (2019). Does the Primary Resource of Sex Education Matter? A Swiss National Study. *The Journal of Sex Research*, 19, 1–11.
- Blaser, M., & Amstad, F.T. (2016). *La santé psychique au cours de la vie*. Rapport 6, Berne und Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Bleich, S. N., Segal, J., Wu, Y., Wilson, R., & Wang, Y. (2013). Systematic review of community-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics*, 132 (1), e201–10.
- Bürli, C. Amstad, F, Deutz Schmucki, M., & Schibli, D. (2015). *Rapport santé psychique en Suisse: État des lieux et champs d'action*. Berne: OFSP.
- Bühler, A., & Bühringer, G. (2014). Prävention von substanzbedingten Störungen. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 255–165). Bern: Huber, Hogrefe.
- Class, & Coraasp (2019). Campagne nationale pour la santé psychique en Suisse latine: Collecte données auprès des jeunes, Synthèse.
- Clerc-Bérod, A., Hugo, A., & Luisier, A-C (2012). *Rapport de projet Senso5*. Sense 5 Fondation.
- Coordination politique des addictions (2018). Pour une prévention des addictions et une protection de la jeunesse en phase avec leur temps. Position générale de la Coordination politique des addictions NAS-CPA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. Lissabon: EMCDDA.
- Fässler, S., Laubereau, B., La Mantia, A., Lussi, I., Roose, Z., & Balthasar, A. (2018). *Évaluation des programmes d'action cantonaux alimentation et activité physique 2014–2017*. Rapport final. Document de travail 47. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Fässler, S., & Studer, S. (2018). *Évaluation des effets des interventions. Guide pour des projets dans les domaines de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique*. Document de travail 46. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R., & Paulus, P. (2007). MindMatters. Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 221–227.
- Gesellschaft für Statistik und Evaluation StatEval (2012). *Evaluation des Projektes Prev@WORK*. Abschlussbericht im April 2012.
- Gmel, G., & Wicki, M. (2010). *Evaluation des effets sur les intoxications alcooliques suite aux mesures visant à réduire le degré d'accessibilité à l'alcool dans le canton de Genève (Rapport de recherche No 54-B)*. Lausanne: Addiction Info Suisse.
- Haab Zehrè, K., Frischknecht, S., & Luchsinger, L. (2015). *Evaluation des Programms «Herzsprung – Freundschaft, Liebe, Sexualität ohne Gewalt*. Disponible sous: https://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/themen/geschlechtsspezifische_gewalt/gewalt-in-jugendlichen-paarbeziehungen/projekt--beziehungen-ohne-gewalt.html#pilotphase_und_weiterentwicklung
- Herrmann, C., Seelig, H., Ferrari, I., & Kühnis, J. (2019). Basic motor competencies of preschoolers: construct, assessment and determinants. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 1–9. DOI: 10.1007/s12662-019-00566-5

- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2014). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 13–24). Bern: Huber, Hogrefe.
- Jenzer, R. (2014). «Theorie- und empiriebasierte Wirkungsanalyse des Präventionsprojekts "Mein Körper Gehört Mir!"». *Sozial Aktuell*, 46(10), 19.
- Jungmann, T., Sierau, S., Dähne, V., Serbati, S., Dugravie, R., & Lanfranchi, A. (2017). Effectiveness of four early intervention programs in Europe: How do the results inform program development and dissemination? *Nursing and Health Sciences*, 3(3). Disponible sous: <http://www.rroij.com/open-access/effectiveness-of-four-early-intervention-programs-in-europe-how-do-the-results-inform-program-development-and-dissemination-.php?aid=86357>
- Kähkönen, K., Rönkä, A., Hujo, M., & Lyytikäinen, A. (2018). Sensory-based food education in early childhood education and care, willingness to choose and eat fruit and vegetables, and the moderating role of maternal education and food neophobia. *Public Health Nutrition*, 21 (13), 2443–2453. <http://bit.ly/2M6Lh3B>
- Kühnis, J., Ferrari, I., Fahrni, D., & Herrmann, C. (2018). Motorische Basiskompetenzen von 4- bis 6-Jährigen in der Schweiz – Eine vergleichende Untersuchung in Regel- und Bewegungskindergärten. *Swiss Sports, & Exercise Medicine*.
- Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., & Posner, M. (2001). *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. Washington DC: Pan American Health Organization.
- Marie-Meierhofer-Institut, & Gesundheitsförderung Schweiz (2019). *Recommandations pour les professionnel-le-s de la santé et de l'action sociale. La promotion de la santé psychique dans la petite enfance*. Fiche d'information.
- Menghini, G., & Steiner, M. (2007). *La santé bucco-dentaire en Suisse, situation en 2006 (en allemand)*. Document de travail 26, Neuchâtel: Obsan.
- Messmer, H., Costantini, S., Heeg, R., Schmid, M., & Steiner, O. (2013). *Schlussbericht Evaluation chile – Konstruktive Konfliktbearbeitung*. Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit.
- Minore R., Combremont M., & Hofner M.-C. (2016). *Projet d'implantation du programme «Sortir Ensemble Et Se Respecter» dans le canton de Vaud (2013-2015). Rapport final*. Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH), Lausanne. Disponible sous: https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/actualite/2017/SE_SR_rapport_final_04032016_d.pdf
- Mrazec, P.J., & Haggerty R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Neuhauser, A. (2018). Predictors of maternal sensitivity in at-risk families. *Early Child development and Care*, 188(2), 126–142. doi:10.1080/03004430.2016.1207065
- Neuhauser, A., Ramseier, E., Schaub, S., Burkhardt, A., & Lanfranchi, A. (2018). Mediating Role of Maternal Sensitivity: Enhancing Language Development in At-Risk Families. *Infant Mental Health Journal*, 39(5):522–536.
- Niess, A., & Thiel, A. (2018). Änderung des Bewegungsverhaltens. In S. Bischoff (Hrsg.), *Adipositas*: Berlin und Boston DeGruyter.
- Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (2017). *Geniessen und gesund bleiben – Schweizer Ernährungsstrategie 2017–2024*. Berne: Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires.
- OFSP (2010). *Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011–2017*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2015). *Stratégie nationale Addictions*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2017). *Stratégie nationale de vaccination*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2018). *Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) & Promotion Santé Suisse (2015). *Santé psychique en Suisse – État des lieux et champs d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), & Promotion Santé Suisse (2016). *La prévention du suicide en Suisse: Context, mesures à prendre et plan d'action*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP & Promotion Santé Suisse (2017). *Document de base «Prévention dans le domaine des soins» (PDS) et concept pour le Soutien de projets PDS*. Berne: Office fédéral de la santé publique et Promotion Santé Suisse.
- OMS (1997). *Life Skills Education for children and adolescents in Schools*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf

- OMS (1999). Partners in life skills education – conclusions from a United Nations inter-agency meeting. https://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf
- OMS (2018). Maladies non transmissibles. Fiches d'information. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS (2019). Tabac. Factsheets. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2010). Depressive Symptoms in Children and Adolescents with chronic physical illness: An updated meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36, 375–384.
- Promotion Santé Suisse (2016). *Conditions-cadres pour un programme d'action cantonale*. https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/1-kap/basisinformationen/Conditions_cadres_PAC.pdf
- Promotion Santé Suisse (2019). *Mesures actuelles (Interventions, Policy, Mise en réseau, Information au public) pour un programme d'action cantonale (PAC): une orientation. Rapport d'experts sur l'éducation sexuelle en Suisse, référence faite à des documents de principe internationaux et comparaison avec des pays choisis (2017)*. Berne: groupe d'experts sur l'éducation sexuelle.
- Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 14.4115 Regazzi - Examen des bases de l'éducation sexuelle (2018)*. Berne: Confédération suisse.
- Reynolds, A. J., Temple, J. A., White, B. A. B., Ou, S. R., & Robertson, D. L. (2011). Age 26 Cost-Benefit Analysis of the Child-Parent Center Early Education Program. *Child Development*, 82(1), 379–404. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01563.x>
- Ruckstuhl, B., & Ryter, E. (2018). *Zwischen Verbot, Befreiung und Optimismus. Sexualität und Reproduktion in der Schweiz seit 1750*. Schriftenreihe Sexuelle Gesundheit und Soziale Arbeit. Band 3. Luzern: interact, 20G8.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Jerusalem, M., & Hopf, D. (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen, Zeitschrift für Pädagogik*, 44. Beiheft, Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 28–54.
- Stamm, M. (2009). Frühkindliche Bildung in der Schweiz. Eine Grundlagenstudie im Auftrag der Schweizerischen UNESCO-Kommission.
- Steiger, D. (2018). *Poids corporel sain chez les enfants et les adolescents. Vérification et actualisation des bases scientifiques. Document de travail 45*. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Stern, S., Schwab Cammarano, S., Gschwend, E., & Sigrist, D. (2019). *Instaurer une politique de la petite enfance – Un investissement pour l'avenir. Éducation et accueil des jeunes enfants/Encouragement précoce en Suisse*. Berne: Commission suisse pour l'UNESCO.
- Stucki, S., Archimi, A., & Kuntsche, S. (2017). Smoking status and attitudes towards preventive structural measures after participation in the Smoke-Free Class Competition in Switzerland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(2), 166–174.
- Stucki, S., Scheuber, N., Tichelli, E., & Rihs-Middle, M. (2009). *Regard sur les achats-test en Suisse de 2000 à 2008. Rapport final*.
- Walter, E. Duetz Schmucki, M., Bürlì, C, Amstad, F., Schibli, D., & Kaufmann, M. (2016). *La prévention du suicide en Suisse. Contexte, mesures à prendre et plan d'action*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Weber, D. (2019). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Wettstein, F. (2016). Transitions et événements critiques: leur influence sur la santé psychique. Dans Blaser, M. et Amstad, F.T. (éd.) *La santé psychique au cours de la vie*. Rapport 6. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Wetz, S., & frSchnyder-Walser, K. (2018). *Schlussbericht. Berner Gesundheit. Wirkungsevaluation Sexualpädagogische Gruppengespräche*. Bern.
- Wicki, M., Gmel, G., Kuendig, H., Schneider, E., Bertholet, N., & Faouzi, M. (2018). *Analyse d'effets de la restriction de vente de boissons alcooliques à l'emporter entrée en vigueur au 1er juillet 2015 dans le canton de Vaud (Art. 5 LADB) – Analyses secondaires de données hospitalières (Rapport de recherche N° 95)*. Lausanne: Addiction Suisse / CHUV.
- Wicki, M., Stucki, S., & Marmet, S. (2015). *Evaluation des Préventionsprogramms «cool and clean» Teilstudie IA – Wirkung von «cool and clean» bei sportlich aktiven Jugendlichen im Breitensport (Forschungsbericht Nr. 76)*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Zapf, D., & Semmer, N.K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In: Schuler, H: (Hrsg.), *Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie. Enzyklopädie der Psychologie*, Themenbereich D, Serie III (S. 1007–1112). Göttingen, Germany: Hogrefe.

10 Soins de santé



Jolanda Jäggi, Lena Liechti & Kilian Künzi
Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS

Messages clés

- La Suisse dispose d'une vaste gamme de prestations spécialisées et hautement spécialisées en matière de prévention, de détection précoce, de traitement et de réadaptation destinées aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes. Les lacunes et problèmes potentiels concernent les soins pédiatriques en cabinet, les soins psychiatriques et psychothérapeutiques et la transition vers la médecine de l'adulte.
- Les soins aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes ne sont pas fournis exclusivement dans le cadre du système de santé: le système des soins médicaux doit coopérer et travailler en réseau avec les acteurs de l'instruction publique, de l'éducation et du travail social, ainsi qu'avec les familles.
- Dans de nombreux domaines, les données sur les structures et les soins destinés aux enfants et aux jeunes sont lacunaires. C'est le cas pour les prestations organisées par les cantons ou les communes, les structures de soins pédiatriques stationnaires, les soins en santé mentale, l'offre de soins spécifiques aux adolescents et la consommation de médicaments, mais aussi pour le recours aux prestations de prévention (programmes de dépistage durant la grossesse, examens pédiatriques de dépistage).
- On observe des difficultés d'accès au système de santé pour les mères et les enfants issus de la migration (risque accru de mortalité maternelle et infantile) ainsi que pour les groupes de population socialement défavorisés. Les groupes à risque sont justement ceux qui profitent trop peu des offres de dépistage et de prévention, notamment en raison de la barrière de la langue et par méconnaissance du système de santé.
- Les services d'urgence jouent un rôle essentiel dans les soins de santé aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes. Près de 40% des consultations dans les services d'urgence des hôpitaux concernent ces groupes d'âge. Les enfants de moins de 6 ans et la population issue de la migration recourent de manière particulièrement fréquente aux services d'urgence.
- Les coûts de la santé ont augmenté ces dernières années dans le groupe des 0 à 25 ans, mais moins fortement que dans l'ensemble de la population. La part des enfants, des adolescents et des jeunes adultes dans les dépenses de santé totales dépasse à peine 12%, alors qu'ils représentent 27% de la population.

10.1 Acteurs, structures et offres

Groupes professionnels impliqués

Médecins

Les soins médicaux de base aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes sont dispensés par des pédiatres établis en cabinet privé et par des médecins généralistes (surtout pour les adolescents plus âgés et les jeunes adultes)¹. Les généralistes et les pédiatres sont généralement les premiers interlocuteurs en matière de santé physique et mentale; ils réalisent aussi les examens de dépistage. Lorsqu'il est nécessaire de procéder à d'autres examens ou traitements spécialisés, qui n'entrent pas dans les soins de base, les dossiers sont transmis à des services médicaux spécialisés (spécialistes de domaines pédiatriques particuliers pratiquant en cabinet privé ou dans des établissements de soins). Dans le domaine des soins pédiatriques, la Suisse reconnaît trois spécialisations: la pédiatrie, la chirurgie pédiatrique et la psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, auxquelles il faut ajouter 12 formations approfondies de droit privé (telles que la néonatalogie, la pédiatrie du développement ou la médecine d'urgence pédiatrique).

Selon la statistique médicale de la FMH, près de 38 500 médecins fournissaient des soins dans le secteur ambulatoire et hospitalier en Suisse en 2018, et 2900 d'entre eux environ pratiquaient l'une des trois spécialisations pédiatriques mentionnées². De 2009 à 2018, la densité des spécialistes en soins pédiatriques pour 100 000 individus de 0 à 18 ans a nettement augmenté (graphique G10.1).

La plus forte augmentation en chiffres absolus s'observe en pédiatrie, tandis que la densité de la chirurgie pédiatrique ne varie pratiquement pas (mais c'est dans cette spécialisation que l'on observe la plus forte augmentation relative de la densité, avec +49%.) La densité des médecins varie beaucoup d'une région à l'autre: tant pour les médecins de premiers recours (y c. les pédiatres) que pour les spécialistes. La densité des médecins est particulièrement élevée dans les grandes villes et diminue proportionnellement à la taille des communes (voir Hostettler et Kraft, 2019).

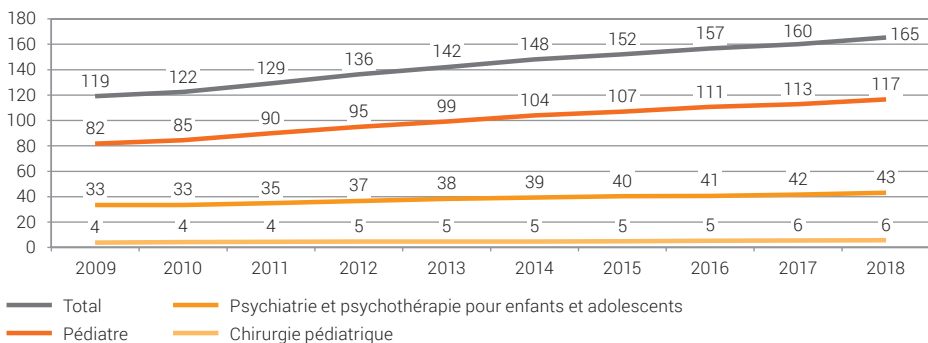
Malgré l'augmentation observée, il est souvent question dans les médias d'une pénurie de pédiatres, une situation qui s'explique peut-être par le fait que le temps partiel est toujours plus fréquent, surtout chez les médecins en cabinet privé. Les données disponibles ne permettent pas de tirer de conclusions précises à ce sujet, le nombre de médecins travaillant à temps partiel n'étant qu'une évaluation. En 2018, la densité des trois spécialisations en soins pédiatriques s'élevait selon la statistique médicale de la

¹ En font partie les médecins praticiens ainsi que les spécialistes en médecine interne générale.

² Ce chiffre inclut également les personnes pratiquant l'un des domaines particuliers de pédiatrie (en 2018, la statistique médicale de la FMH recensait 443 médecins actifs au bénéfice de l'un de ces titres).

Densité de spécialistes en soins pédiatrique (nombre de médecins pour 100 000 enfants et adolescents de 0 à 18 ans, par spécialité)

G 10.1



Sources: Statistique médicale de la FMH, OFS – ESPOP (2009–2010) et STATPOP (2011–2018) / analyse BASS

© Obsan 2020

FMH à près de 132 emplois plein temps au total pour 100 000 enfants et adolescents (pédiatrie: 94, psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent: 33, chirurgie pédiatrique: 5; ces données ne figurent pas dans le graphique G 10.1). Dans ces trois spécialisations, 63% travaillent en cabinet privé, bien que l'on observe ces dernières années une légère augmentation du secteur hospitalier, mesurée en poste à plein temps (secteur ambulatoire des hôpitaux y compris) (statistique médicale de la FMH 2009–2018).

S'achemine-t-on vers une pénurie de pédiatres en Suisse? Des études, menées pour répondre à cette question, livrent quelques informations. Pour ce qui est des soins de base pédiatriques, Jenni et Sennhauser (2016) estiment qu'on ne sait pas avec certitude si le nombre de spécialistes suffira à couvrir les besoins. Durant la prochaine décennie, près de la moitié des pédiatres travaillant à plein temps en cabinet (principalement des hommes) atteindront l'âge de la retraite. Or, une grande partie de la relève (composée surtout de femmes) opte pour le temps partiel. Toujours selon Jenni et Sennhauser (2016), le choix d'une formation postgrade en médecine de premier recours sera lui aussi déterminant pour garantir les soins de base pédiatriques.

Pour ce qui est des futurs effectifs et besoins en pédiatres, les exemples de modèles de calculs établis par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) indiquent que d'ici 2031, 46% environ des pédiatres actuellement en poste auront cessé leur activité (Burla et Widmer, 2019). Si, comme à l'heure actuelle, près d'une centaine de médecins par an terminent une formation postgrade en pédiatrie, les besoins futurs ne pourront être couverts qu'en recourant à du personnel étranger.

Psychologues

Les psychologues constituent, aux côtés des médecins, le principal groupe professionnel pour les soins aux enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques. En raison de l'importance des professions de la psychologie pour la politique de la santé, des normes ont été introduites en 2013 pour les formations prégrade et postgrade de certaines d'entre elles, lors de l'entrée en vigueur de la loi sur les professions de la psychologie (LPsy). À cette même occasion, un registre professionnel (PsyReg), actuellement en cours d'élaboration, a aussi été créé. Nous ne disposons donc pas encore de données chiffrées sur la contribution aux soins aux enfants et aux adolescents des psychothérapeutes, des psychologues pour enfants et adolescents, des psychologues cliniciens, des neuropsychologues et des psychologues de la santé. Il est d'autant plus difficile de quantifier les effectifs des psychologues travaillant dans le domaine des enfants et adolescents qu'il n'existe pas de titre postgrade propre à la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent.

En Suisse, il n'existe pas pour le moment de titre postgrade réglementé à l'échelon fédéral pour la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent pratiquée par des non-médecins.

La plupart des *psychologues pour enfants et adolescents* travaillent dans des services psychologiques scolaires, des antennes jeunesse, des institutions d'éducation spécialisée, des foyers, des cliniques ou des services de l'administration (protection de mineurs ou justice, p.ex.). Leur tâche consiste notamment à conseiller, accompagner, faire de la prévention, établir des diagnostics et intervenir en cas de crise. Une grande partie des psychologues psychothérapeutes travaillent comme indépendants ou comme employés auprès de cabinets de psychiatres ou de médecins (ce que l'on appelle une activité «déléguée»). Ils exercent aussi, mais en nombre plus réduit, dans des hôpitaux psychiatriques ou des institutions du secteur ambulatoire (comme par exemple des cliniques de jour ou des centres interdisciplinaires) (Stettler et al., 2013).

Selon les résultats de diverses études on suppose que l'offre est insuffisante pour répondre aux besoins des enfants et des jeunes en matière de santé mentale, et cela tant pour la psychiatrie que pour les psychothérapies réalisées par des non-médecins: il faut attendre de sept à huit semaines en moyenne pour obtenir un rendez-vous chez un pédopsychiatre, et les institutions font état de difficultés à engager ces spécialistes (Stocker et al., 2016). Dans l'enquête menée par Stettler et al. (2013), deux tiers des psychothérapeutes pour enfants et adolescents interrogés indiquent avoir des listes d'attente (de 4 semaines en moyenne) et un bon tiers doit refuser des demandes de traitement

par manque de capacités. On ne sait toutefois pas si cette difficulté à accéder aux prestations est due à un manque d'offre (pénurie de psychologues psychothérapeutes pour enfants et adolescents) ou à des obstacles d'ordre financier (seules les psychothérapies «déléguées» étant remboursées par l'assurance obligatoire des soins [AOS]). Le nombre limité de places pour les thérapies prises en charge par l'AOS génère de longues listes d'attente et rend difficile l'accès aux soins en santé mentale, en particulier pour les enfants et adolescents issus de familles socio-économiquement défavorisées, qui ne peuvent se permettre de payer de leur poche les services de psychologues psychothérapeutes indépendants.

Prise en charge prénatale, obstétrique et accompagnement durant les premiers mois de vie

Des éléments essentiels au bon développement physique, psychique, social et cognitif de l'individu se mettent en place pendant la grossesse et durant les premières années de vie. Les soins octroyés aux enfants commencent avant leur naissance et, depuis plusieurs années, la petite enfance est considérée comme un moment clé qui doit être pris en compte dans les politiques de l'instruction, de l'intégration, de la santé et du domaine social³.

La prise en charge prénatale des mères et de leurs enfants ainsi que l'obstétrique sont de la compétence de spécialistes en gynécologie et en obstétrique, de généralistes et de sages-femmes. Durant la période postnatale et l'allaitement, des consultant·es interviennent aux côtés des sages-femmes pour l'allaitement et la préparation à l'allaitement. Les consultations parents-enfants, organisées et financées par les communes ou les cantons, font de la promotion de la santé, de la prévention et de la détection précoce et soutiennent les parents de la naissance de l'enfant à son entrée à l'école. Leurs prestations comprennent des conseils, des visites à domicile et d'autres offres (comme des formations à la parentalité).

Le tableau T 10.1 présente les chiffres disponibles sur les groupes professionnels du domaine de la petite enfance. Par manque de données fiables sur les taux d'occupation respectifs, seul le nombre de professionnels actifs y est mentionné. Le temps partiel étant courant dans ce domaine, ces données ne permettent pas de tirer de conclusions probantes sur la densité des médecins et du personnel de soins.

³ Pour des stratégies en faveur de l'intégration, voir par ex. les recommandations du Dialogue CTA sur l'intégration (Conférence tripartite sur les agglomérations CTA, 2014); pour l'encouragement précoce dans le domaine de la santé, les prises de position Encouragement précoce (2015) et Public Health Schweiz (2012) ainsi que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2018c).

Nombre de gynécologues, sages-femmes, consultantes en lactation et allaitement maternel et services de consultations parents-enfants pour 1 000 naissances vivantes, 2016

T 10.1

Groupe de professions	Nombre de personnes	Pour 1 000 naissances vivantes
Médecins spécialistes Gynécologie et obstétrique	1 773	20
Sages-femmes	3 676	42
Consultantes en lactation et allaitement maternel	445	5
Services de consultations parents-enfants	n.d.	25 (services de consultation)

Remarques: Les indications sur les sages-femmes englobent les personnes employées et celles travaillant à leur compte. Les indications sur les consultantes en lactation et allaitement maternel ne portent que sur les membres de l'association professionnelle. La densité de soins est probablement plus élevée dans la réalité. Les indications sur les services de consultations parents-enfants se basent sur les données de l'enquête de 2016 provenant de 62% des 74 organisations.

Sources: Statistique médicale de la FMH 2016; OFSP, CDS et OdASanté (2016); Association suisse des consultantes en lactation et allaitement maternel 2016; Association suisse des consultations parents-enfants (2017); OFS – STATPOP 2016 / Analyse BASS

© Obsan 2020

Établissements de soins stationnaires

Le domaine de la pédiatrie comprend la prise en charge des enfants et des adolescents de la naissance à la fin de l'adolescence, cette dernière étant fixée à 19, 20 ou parfois 25 ans, selon les définitions retenues. Dans les soins ambulatoires, le passage à la médecine de l'adulte se fait petit à petit, comme le montrent les données sur le recours aux soins (voir chapitre 10.2). Les établissements de soins pédiatriques stationnaires ne prennent généralement en charge que les patients mineurs, et il arrive souvent que les jeunes de 16 ans et plus soient traités dans des structures destinées aux adultes (Akré et al., 2014). Nous présentons ci-après les structures de soins somatiques aigus et les cliniques et départements psychiatriques stationnaires des hôpitaux et des établissements de réadaptation destinés aux enfants et aux adolescents de moins de 18 ans.

Hôpitaux: des soins médicaux de base à la médecine hautement spécialisée

La Suisse compte trois hôpitaux pédiatriques (ceux de Bâle, de Zurich et de Saint-Gall), qui proposent une large palette de soins pour enfants et adolescents allant des consultations ambulatoires spécialisées aux soins stationnaires hautement spécialisés. S'y ajoutent les hôpitaux de l'enfance des hôpitaux universitaires ou cantonaux et leurs soins spécialisés ou hautement spécialisés ainsi que les services de pédiatrie des hôpitaux régionaux. L'ISFM, l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue, reconnaît près de 30 établissements pédiatriques et services pédiatriques pour la formation des

professionnels de la santé spécialisés dans l'enfance et l'adolescence. Aucune statistique n'est tenue sur le nombre d'établissements qui, parmi les 281 hôpitaux de Suisse (état en 2017), disposent de structures pédiatriques (ni sur le nombre de lits de ces structures). Les données à disposition ne se réfèrent qu'aux hôpitaux pédiatriques indépendants. Selon AllKids, leur association, la grande majorité des patients (95%) y reçoit des soins ambulatoires. De 2008 à 2017, ces hôpitaux ont réduit leurs places de soins stationnaires, comme on le constate dans le tableau T 10.2.

Nombre de lits dans les hôpitaux pédiatriques pour 100 000 enfants et adolescents de 0 à 18 ans

T 10.2

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Lits pour 100 000 enfants et adolescents de 0 à 18 ans	26	25	23	22	22	21	20	20	22	21

Remarque: lits dans les cliniques spécialisées en pédiatrie (typologie K233 de l'OFS).

Sources: OFSP – Chiffes-clés des hôpitaux suisses 2008–2017; OFS – ESPOP 2008–2010; OFS – STATPOP 2011–2017 / Analyse BASS

© Obsan 2020

Depuis quelques années, les cantons s'entendent pour coordonner les soins hautement spécialisés en Suisse⁴, et de nombreux domaines dans lesquels on cherche à concentrer les prestations auprès d'un petit nombre de fournisseurs appartiennent à la pédiatrie. Il s'agit notamment de l'oncologie pédiatrique, des transplantations sur enfants, de l'hématologie pédiatrique (transplantations de cellules souches) et des grands brûlés. Il n'existe actuellement pas de données chiffrées sur le nombre de lits en médecine hautement spécialisée de l'enfant et de l'adolescent et en chirurgie pédiatrique hautement spécialisée. Seul le domaine des soins intensifs du nouveau-né (Neonatal Intensive Care Unit NICU) fait exception, puisqu'on sait que près de 820 nouveau-nés par an bénéficient de soins hautement spécialisés en néonatalogie (CDS, 2015). Selon le Swiss Neonatal Network (SwissNeoNet), il existe pour les soins hautement spécialisés 383 lits au total en 2016, dont 93 lits NICU, 142 lits en soins continus et 148 lits en soins post-opératoires.

Un autre domaine de la médecine spécialisée et hautement spécialisée dont il est de plus en plus question ces dernières années est celui des maladies rares, puisque malgré des taux de prévalence très faibles, l'ensemble de ces affections concernent tout de même près de 6 à 8% de la population (Strebel et al., 2017). Ces maladies, qui sont majoritairement d'origine génétique, revêtent une certaine importance pour les soins de santé fournis

⁴ Cette coordination se fonde sur le mandat légal figurant dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal, art. 39, al. 2bis) et sur la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) du 1^{er} janvier 2009.

aux enfants et aux adolescents en cela que leurs premiers symptômes apparaissent souvent durant l'enfance; deux tiers des diagnostics sont en effet posés sur des enfants et des adolescents. La mise en œuvre du Concept national maladies rares, adopté en 2014, prévoit notamment l'amélioration des soins fournis aux patients, par exemple à l'aide d'une centrale d'appels pour les professionnels, les patients et leurs proches (dès 2014 en Suisse romande et dès 2016 en Suisse alémanique) et la création de centres interdisciplinaires et de réseaux pour le diagnostic et le traitement des maladies rares.

Cliniques psychiatriques et départements psychiatriques des hôpitaux

Les hôpitaux psychiatriques pour enfants et adolescents n'offrent pas seulement des places de traitement stationnaires, mais aussi toute une série de prestations ambulatoires et semi-stationnaires (hôpitaux de jour, consultations et parfois aussi visites à domicile; voir la présentation par type de prestation et par canton établie par von Wyl et al., 2017). Il n'existe pas de données statistiques sur la palette de prestations dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, étant donné que cette dernière est rattachée aux hôpitaux de psychiatrie de l'adulte. Des études montrent toutefois que les établissements de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont surchargés. C'est particulièrement vrai pour les traitements stationnaires, mais aussi pour les traitements ambulatoires et semi-stationnaires: les patients doivent attendre en moyenne 5 à 6 semaines pour y recevoir des soins, un délai d'attente nettement supérieur à celui de la psychiatrie de l'adulte (Stocker et al., 2016)⁵.

En raison du manque de capacités de la pédopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, on en arrive à des placements – peu adéquats – de jeunes dans des services de psychiatrie de l'adulte (Stocker et al., 2016). Les données du canton de Zurich montrent qu'en 2015, 40% environ des jeunes traités en psychiatrie l'étaient dans des services destinés aux adultes. Après réorganisation et augmentation des places de traitement, cette proportion n'était plus que de 11% en 2017 (Direction de la santé du canton de Zurich, p. 81). La presse médicale s'est fait l'écho des préoccupations des professionnels pour le suivi des soins une fois la majorité atteinte: une séparation stricte, en fonction de l'âge, entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent d'une part, et psychiatrie de l'adulte d'autre part, peut en effet se révéler problématique. Afin de répondre aux besoins des adolescents et jeunes adultes de 16 à 25 ans lors du passage à l'âge adulte, des services stationnaires spécifiques de psychiatrie de l'adolescent ont vu le jour en Suisse

⁵ Le délai d'attente peut être bien plus long selon le trouble (jusqu'à une année pour des examens et un diagnostic en cas de troubles du spectre de l'autisme, voir le Rapport du Conseil fédéral du 17 octobre 2018 sur les troubles du spectre de l'autisme).

(voir Grimmer et Dammann, 2011)⁶. L'offre proposée par tous les services stationnaires et semi-stationnaires du pays ainsi que les besoins des adolescents et des jeunes adultes font actuellement l'objet d'une analyse (von Wyl et al., [en cours]) qui permettra pour la première fois de dresser un état des lieux détaillé de la situation en matière de soins situés à la charnière entre psychiatrie de l'adolescent et psychiatrie de l'adulte.

On ne dispose pas de données sur les capacités de traitement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA). Des études ont montré qu'en raison du manque de places dans la PEA, des jeunes sont parfois traités dans des unités de psychiatrie de l'adulte.

Il en va de même des structures de soins stationnaires ou semi-stationnaires servant au traitement commun de parents malades psychiques et de leurs enfants en bas âge: des éléments laissent conclure à un manque de places (Stocker et al., 2016), malgré la création dans plusieurs cantons d'équipes mobiles de soins psychiatriques, dont les enfants et les adolescents constituent les groupes cibles primaires ou secondaires. Citons ici notamment les thérapies multisystémiques (TMS) pour les adolescents présentant des troubles du comportement social et leurs familles (voir Rhiner et al., 2011), les traitements psychiatriques à domicile (pour une typologie de ces traitements, voir Stocker et al., 2018) ou encore les offres de thérapies familiales à domicile (Home Treatment Aargau, par ex.). Il convient de distinguer de ces prestations les aides à domicile destinées aux familles qui se font hors du système de santé, comme l'accompagnement socio-thérapeutique des familles, l'éducation précoce spécialisée ainsi que les programmes de visites à domicile faites dans le cadre de l'encouragement précoce.

Réadaptation et structures de soins de longue durée

La réadaptation pédiatrique vise à assurer aux enfants accidentés ou atteints de maladies congénitales ou acquises d'une part la meilleure guérison possible et, d'autre part, la plus grande indépendance possible en fonction de leur âge ainsi que l'intégration au quotidien dans le milieu scolaire et familial ou, le cas échéant, dans une institution en aval (voir H+ 2018). Comme celle de l'adulte, la réadaptation pédiatrique comprend des prestations stationnaires, ambulatoires et semi-stationnaires. Les prestations médicales

⁶ Il existe également dans les soins de base et en médecine aiguë stationnaire des offres adaptées aux adolescents qui se trouvent entre la pédiatrie et la médecine de l'adulte (voir par ex. Grieser et Eiholzer, 2005). Certaines cliniques pédiatriques suisses proposent des consultations et traitements spécifiques pour les jeunes. On ne dispose toutefois pas d'état des lieux systématique des soins de santé pour adolescents en Suisse.

et thérapeutiques sont fournies de manière interprofessionnelle et on compte parmi les intervenants, outre des médecins de divers domaines spécialisés, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des logopédistes, des éducateurs spécialisés, des psychologues, des spécialistes de l'orthopédie et de la réadaptation ainsi que des infirmiers et des professionnels du travail social. La réadaptation pédiatrique se fait dans des services spécialisés des cliniques pédiatriques ou des établissements de réadaptation de la médecine de l'adulte (cliniques spécialisées ou services de réadaptation d'hôpitaux de soins généraux). En ce qui concerne la réadaptation des enfants et des adolescents, il n'existe de données ni sur les places disponibles, ni sur les besoins, ni sur le recours aux soins, que ce soit pour les prestations stationnaires, pour les ambulatoires et pour les semi-ambulatoires.

Les enfants et adolescents qui doivent bénéficier en permanence de soins et d'un suivi stationnaires sont pris en charge par des institutions spécialisées. La statistique des établissements de santé non hospitaliers distingue quatre types de structures (les institutions pour personnes handicapées, celles pour personnes souffrant de dépendance, les établissements pour personnes présentant des troubles psychosociaux et les maisons pour personnes âgées), mais ne présente pas le nombre de places par groupe d'âge (voir chapitre 10.2). La Suisse compte aussi, outre ces établissements, des foyers pour enfants et adolescents ainsi que des structures de pédagogie spécialisée, qui appartiennent plutôt au domaine du social et de l'instruction qu'à celui de la santé.

Programmes de santé en milieu scolaire

Durant la scolarité obligatoire, les services de santé scolaire, les services dentaires scolaires, les services de psychologie scolaire, le travail social en milieu scolaire ainsi que les offres de pédagogie spécialisée jouent un rôle central pour la santé des enfants et des jeunes. Étant donné que la compétence en ce domaine revient aux cantons et, dans certains cantons, en partie aux communes, tant l'organisation en termes de personnel que la gamme des prestations offertes et leur financement varient d'un endroit à l'autre. S'il n'existe pas de données qui permettent de fournir à l'échelle nationale une vue d'ensemble chiffrée du personnel, des prestations fournies et des coûts de la santé en milieu scolaire, des études fournissent quelques informations sur le sujet (voir Dratva & Späth, 2017).

La santé scolaire étant réglementée à l'échelle cantonale ou communale, son organisation et sa gamme de prestations varient d'un endroit à l'autre. Aucune statistique nationale n'est tenue sur le personnel de ces services et les prestations fournies.

Pour ce qui est du personnel des services de santé scolaire, on peut distinguer trois types d'organisation. 1. En Suisse romande, ces tâches sont généralement confiées à des infirmières scolaires, qui coordonnent l'offre (examens p. ex.) avec les médecins scolaires. 2. Dans la plupart des cantons de Suisse alémanique en revanche, elles reviennent à des généralistes ou à des pédiatres privés, qui assument ce rôle parallèlement à leur activité principale. 3. Dans les grandes villes surtout, les services de santé scolaire sont pluriprofessionnels et peuvent compter sur une équipe permanente de médecins, d'assistants médicaux ainsi que de spécialistes des domaines tels que les conseils nutritionnels, l'éducation sexuelle et les sciences du mouvement⁷.

Durant la scolarité obligatoire, les enfants sont soumis à des examens de dépistage en milieu scolaire (deux ou trois, en fonction des dispositions cantonales). On contrôle aussi à cette occasion le statut vaccinal, en plus des principaux paramètres de développement et de santé (taille, poids, etc.); certains services de santé scolaire vaccinent eux-mêmes les enfants au besoin. Ces services offrent aussi leurs conseils aux établissements scolaires en matière de lutte contre les maladies infectieuses ainsi que de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire. Les parents ne sont pas obligés de soumettre leurs enfants à ces examens de dépistage (ni de les faire vacciner). Comme ces examens sont proposés à l'ensemble des élèves et qu'ils sont gratuits, ils permettent d'atteindre aussi des enfants et des jeunes de familles de faible niveau socio-économique, qui n'ont pas les moyens de payer les examens de dépistage et les vaccins, ou qui, pour d'autres raisons (telles que les barrières linguistiques ou culturelles), n'y ont pas ou plus accès (Sottas et al., 2014).

Les soins dentaires scolaires sont réglementés par les cantons, qui édictent soit des dispositions contraignantes, soit des règlements cadres appliqués par les communes et les autorités scolaires. En font partie, outre les contrôles annuels (parfois obligatoires) confiés soit à des dentistes pratiquant en cabinet privé soit à des services dentaires scolaires, les cours d'hygiène bucco-dentaire donnés par des moniteurs dentaires scolaires (MDS), parfois en collaboration avec les enseignants. Il n'existe aucune donnée chiffrée sur le personnel des soins dentaires scolaires en Suisse. Selon Weber & Gassmann (2015), près de la moitié des dentistes assument des tâches dans ce domaine, mais les cantons et les communes auraient réduit ces dernières années les moyens financiers octroyés à la promotion de la santé bucco-dentaire.

Tandis que tous les élèves bénéficient des soins médicaux et dentaires scolaires, seuls ceux qui en ont besoin sont pris en charge par les services de psychologie scolaire, de travail social en milieu scolaire et de pédagogie spécialisée. Les services de psychologie scolaire établissent des diagnostics et dispensent des conseils aux enfants, à leurs parents et à leur centre scolaire en cas de difficultés scolaires, problèmes de

⁷ L'Association suisse des professionnels/professionnelles des services de santé scolaire propose sur son site une rubrique avec des liens vers les services de santé scolaire cantonaux et communaux: www.scolarmed.ch (consulté le 27.02.2019).

comportement, conflits ou autres⁸. Il n'existe pas de données nationales sur le personnel des services de psychologie scolaire, les prestations offertes et le recours à ces prestations (von Wyl et al., 2017). Le constat est le même pour le travail social en milieu scolaire, qui soutient les élèves, leurs parents et leurs enseignants lors de problématiques, conflits ou crises psycho-sociaux (que ceux-ci concernent un individu ou un groupe) et contribue à la conception de projets de prévention et de détection précoce (voir AvenirSocial et Schulsozialarbeitsverband, 2016).

Les prestations de la pédagogie spécialisée comprennent entre autres la logopédie, la psychomotricité, la pédagogie curative en milieu scolaire et l'éducation précoce spécialisée. Des données sur l'utilisation qui est faite de ces prestations seront collectées dans le cadre de la nouvelle statistique de la pédagogie spécialisée.

Quant aux mesures en faveur des enfants et jeunes ayant des besoins particuliers, elles s'inscrivent à l'intersection entre l'instruction publique, la santé et le domaine du handicap. Depuis 2008, l'organisation et les offres de la pédagogie spécialisée sont réglementées à l'échelle cantonale. Seize cantons ont conclu un concordat sur la pédagogie spécialisée, qui fixe pour les enfants et adolescents de 0 à 20 ans une offre de base allant de la logopédie aux conseils et aux mesures de soutien, en passant par la psychomotricité, la pédagogie curative en milieu scolaire et l'éducation précoce spécialisée. Les mesures de pédagogie spécialisée peuvent avoir comme cadre les centres scolaires ordinaires, les écoles spéciales, les structures de jour ou les établissements résidentiels⁹. Les offres de pédagogie spécialisée (personnel et équivalents plein temps) ne font pas l'objet d'un relevé national; les groupes professionnels impliqués ne travaillent pas que dans le cadre scolaire, mais aussi avec des adultes. La nouvelle statistique de la pédagogie spécialisée, en cours d'élaboration, relèvera le recours aux mesures de pédagogie spécialisée (voir Centre suisse de coordination pour la recherche en éducation, 2018, pp. 41 à 44). Les enquêtes existantes (Statistique des élèves et étudiants de l'OFS) ne saisissent que le nombre d'élèves bénéficiant de mesures de pédagogie spécialisée dans des classes spéciales, mais ni le type, ni l'ampleur de ces mesures qui, depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'égalité pour les handicapés, en 2004, sont toujours plus réalisées dans les classes ordinaires (selon le principe de l'inclusion).

⁸ Schulpsychologie Schweiz propose sur son site une rubrique avec des liens vers les services de psychologie scolaire cantonaux et communaux: www.schulpsychologie.ch (en allemand, consulté le 26.03.2019).

⁹ Accord intercantonal du 25 octobre 2007 sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée, en vigueur depuis 2011 et signé par seize cantons (état en 2018). Au sujet de l'offre de pédagogie spécialisée, voir aussi Forster (2016) ainsi que le site internet du Centre suisse de pédagogie spécialisée (www.szh.ch → Thèmes de la pédagogie spécialisée → Offre en pédagogie spécialisée, consulté le 26.03.2019).

10.2 Prestations et recours aux prestations

Nous décrivons ci-après les prestations et offres en matière de soins de santé destinées aux enfants et adolescents en Suisse ainsi que les données sur leur recours à ces soins.

Prévention, dépistage et détection précoce

La fourniture de soins de santé aux enfants et aux jeunes ne se limite pas au traitement des maladies et des blessures consécutives à des accidents: elle comprend aussi des mesures de détection précoce et de prévention des maladies. Prévention et soins sont d'ailleurs étroitement imbriqués (au sujet de ces notions, voir aussi Hafen, 2014). Les mesures et programmes de prévention et de promotion de la santé sont présentés au chapitre *Promotion de la santé et prévention*. Nous nous focalisons ici sur les offres et prestations de la prévention primaire, secondaire et tertiaire (voir encadré) qui sont fournies dans le cadre du système de santé au sens strict.

Prévention primaire, secondaire et tertiaire

La médecine et la politique sanitaire distinguent trois niveaux de prévention, en fonction du stade de la maladie et du groupe cible. La prévention primaire, qui vise à éviter les maladies, s'adresse à de larges pans de la population. La prévention secondaire se concentre sur la détection et l'intervention précoces auprès de groupes à risques spécifiques ou lors des premiers signes de la maladie; elle a pour objectif d'améliorer le pronostic de la maladie et de prévenir les conséquences de comportements à risque pour la santé. Quant à la prévention tertiaire, elle vise à éviter les rechutes, les séquelles et les chronicisations chez des personnes déjà malades (sources: OFSP, CDS et PSCH, 2016; Robert Koch Institut [RKI], 2015).

Grossesse et allaitement

Les examens de contrôle durant la grossesse et la préparation à l'accouchement servent à prévenir les problèmes pour la mère et l'enfant ou à les détecter et les traiter en temps opportun. Après la naissance, le personnel des maternités accompagne la mère et son enfant et lui enseigne les soins au nouveau-né; il promeut l'allaitement¹⁰ par des conseils (par des sages-femmes ou des conseillères en lactation et en allaitement) et par des pratiques favorisant l'allaitement (Conzelmann et al., 2016; Spaeth et al., 2017). Si la prise en charge prénatale se fait souvent en ambulatoire, la majorité des naissances ont lieu en hôpital ou en maison de naissance¹¹.

Ce sont tant des médecins (notamment des spécialistes en gynécologie et en obstétrique) que des sages-femmes qui s'occupent des examens de contrôle durant la grossesse. L'AOS prend en charge, outre ces examens, le diagnostic prénatal, l'accouchement (à la maison, en hôpital ou en maison de naissance), le conseil en allaitement ainsi que le suivi par une sage-femme (suivi post-partum à domicile durant les 56 jours suivant la naissance)¹²; ces prestations ne sont soumises ni à la franchise ni à la participation aux coûts. Après cette période, les parents de nourrissons et d'enfants en bas âge (0 à 5 ans) ont à leur disposition des programmes de consultations parents-enfants qui comprennent aussi, en cas de besoin, des visites à domicile et l'aiguillage vers d'autres prestations.

Il n'existe pas de données nationales sur le recours aux prestations de dépistage durant la grossesse et après la naissance, mais seulement quelques études. Dans l'enquête menée par Gross et al. (2014), presque toutes les femmes interrogées avaient bénéficié de conseils en allaitement. Plusieurs enquêtes ont par ailleurs montré qu'en Suisse, les mères et enfants issus de la migration constituent un groupe vulnérable, qui présente davantage de risques notamment pour ce qui est de la mortalité maternelle et infantile¹³. Le fait que les femmes issues de la migration peinent à accéder au système de santé et à y recevoir des soins s'explique principalement par la barrière de la langue (par manque de services d'interprétariat) et par leur méconnaissance dudit système (voir Ikhilor et al., 2017; Cignaccio et al. 2017).

¹⁰ Il est prouvé que l'allaitement a des effets positifs sur le processus d'attachement et la santé de la mère et de l'enfant: il diminue notamment le risque d'infection et d'obésité chez l'enfant et celui de cancer du sein chez la mère (voir Conzelmann et al., 2016; cf. chapitre Comportements de santé)

¹¹ La statistique médicale des hôpitaux indique que cela a été le cas de plus de 80 000 nouveau-nés pour 2017, c'est-à-dire 92 % des naissances vivantes (source: OFS, STATPOP 2017). De 2008 à 2017, cette proportion s'est située dans une fourchette allant de 82 à 94%.

¹² Les dispositions y relatives se trouvent aux articles 13 à 16 du chapitre «Prestations spécifiques en cas de maternité» de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

¹³ Voir le rapport du Conseil fédéral du 24 juin 2015 sur la santé maternelle et infantile des populations migrantes.

Dépistage néonatal et examens préventifs en pédiatrie

Depuis les années 1960, tous les nouveau-nés de Suisse sont soumis à des examens de détection de plusieurs maladies congénitales métaboliques et hormonales qui peuvent provoquer de graves atteintes et troubles du développement et doivent donc être traitées dès les premiers jours de vie. Le dépistage se fait sur tous les nouveau-nés de Suisse, sur la base d'analyses d'échantillons de sang séché réalisées en laboratoire. Il comprend actuellement dix maladies, dont la mucoviscidose (qui touche près d'un nouveau-né sur 2500, voir le chapitre Maladies chroniques et handicaps)¹⁴.

L'examen préventif en pédiatrie est l'une des principales mesures de prévention mises en place durant l'enfance. Y sont examinés la croissance, les fonctions sensorielles et le développement physique et psychosocial de l'enfant (voir le chapitre «Santé physique et développement» du RNS), afin de détecter rapidement maladies et problème de développement. Conjugué aux conseils aux parents au sujet de la santé et de l'éducation (surtout dans le domaine de la prévention primaire, c'est-à-dire la prévention des accidents, la vaccination, l'alimentation, la prophylaxie dentaire, le sommeil et les compétences linguistiques), il contribue au sain développement de l'enfant et de l'adolescent (Weber et Jenni, 2012). La Société suisse de pédiatrie (SSP) recommande un total de 15 examens préventifs jusqu'à 14 ans, dont 12 avant l'âge de six ans (SSP, 2011); l'assurance-maladie obligatoire en rembourse huit au maximum.

Nous ne disposons pas de données complètes sur le recours aux examens préventifs en pédiatrie en Suisse. Des estimations donnent une fourchette de 45 à 49% des nouveau-nés soumis aux cinq contrôles recommandés pour la première année de vie, et 40% pour les deux examens conseillés pour la deuxième année. On peut toutefois supposer que ces contrôles sont faits dans le cadre d'une consultation pour d'autres problèmes de santé (une toux, par exemple), et qu'ils ne sont pas facturés sous la rubrique TARMED correspondante. Dans l'étude nationale sur l'alimentation des nourrissons, Swiss Infant Feeding Study (SWIFS), 96% des mères interrogées disent avoir fait faire tous les examens recommandés durant la première année de vie de leur enfant (Gross et al. 2014, p. 99). On sait grâce à l'étude allemande KiGGS que le taux de participation est à son maximum lors des premiers contrôles (peu de temps après la naissance), puis qu'il diminue peu à peu, et qu'il est significativement plus bas chez les familles socio-économiquement défavorisée et celles issues de la migration. Les autorités allemandes, qui ont pris des mesures, sont parvenues à réduire ces écarts ces dix dernières années et à augmenter nettement le taux de participation aux examens préventifs (Schmidtke et al., 2018).

¹⁴ État en février 2019. Pour des informations sur les maladies détectées et sur la stratégie de dépistage, voir www.neoscreening.ch (consulté le 20.02.2019).

Vaccination

La vaccination sert à prévenir les maladies infectieuses potentiellement graves ou mortelles. Elle ne protège pas seulement l'individu vacciné, mais relève de la santé publique, puisqu'à partir d'un certain taux de vaccination (immunité collective), il est possible d'arrêter la multiplication et la propagation d'une maladie et, par là, de protéger même les personnes non vaccinées, comme les nourrissons et les personnes immunodéprimées. Le Plan de vaccination suisse, qui est mis à jour chaque année, indique les vaccins recommandés en fonction des âges et des groupes de population pour une protection optimale tant du point de vue de l'individu que de la collectivité (OFSP & Commission fédérale pour les vaccinations, 2019).

En Suisse, la vaccination n'est pas obligatoire. Les enfants se font en général vacciner par leur pédiatre ou leur généraliste; dans certains cantons ou communes, ce sont les services de santé scolaire qui s'en chargent. En vertu de la loi, les cantons sont tenus de contrôler la vaccination des enfants à deux reprises au moins durant leur scolarité et de prendre des mesures pour augmenter le taux de vaccination (par exemple en chargeant les services de santé scolaire de proposer des vaccinations gratuites). La Confédération et les cantons prennent aussi d'autres mesures pour parvenir à un niveau de protection individuelle et collective suffisant; ils prodiguent notamment informations et conseils à des groupes cibles et dans des lieux déterminés et facilitent l'accès à la vaccination. La Stratégie nationale de vaccination (SNV), dont la mise en œuvre a commencé en 2018, prévoit d'impliquer davantage dans les conseils et les contrôles de vaccination le personnel de la santé comme les sages-femmes et les infirmiers ainsi que les institutions telles que les consultations parents-enfants, les structures d'accueil de jour et les écoles (voir OFSP, 2018b).

Le graphique G10.2 indique la proportion d'enfants qui ont reçu les vaccins de base (couvertures vaccinales). Le Plan de vaccination suisse 2019 recommande d'administrer les vaccins de base durant l'enfance et l'adolescence et considère cette pratique comme indispensable pour la santé de l'individu et de la collectivité. Pour chaque vaccin, le graphique présente la couverture vaccinale nationale (colonnes bleues) ainsi que la couverture la plus élevée et la plus basse enregistrée dans les cantons (triangles et losanges). Chaque taux se rapporte à une dose et à un groupe d'âge différent, conformément aux recommandations du Plan de vaccination (voir la légende). Pour la plupart des vaccins (Hib, ROR, Per, Polio et DT), l'objectif est d'atteindre un taux de 95%; pour d'autres en revanche, aucun objectif n'a été explicitement défini (voir OFSP, 2018b; OFSP et CFV, 2019).

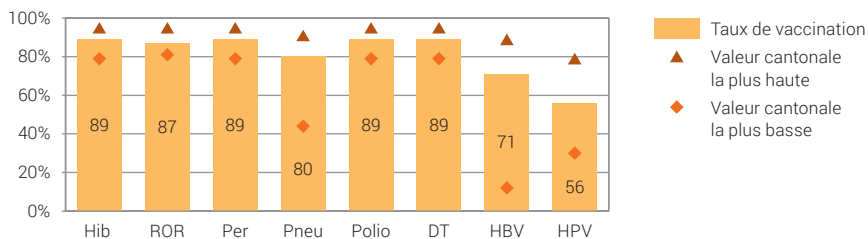
Les couvertures les plus élevées chez les enfants sont celles contre l'*haemophilus influenzae* type B, la coqueluche, la poliomyélite et la diphtérie-tétanos (89%) et celle du vaccin rougeole-oreillons-rubéole (87%). Ces vaccinations sont recommandées avant l'âge de deux ans. Les couvertures les plus basses sont celles du vaccin contre le VPH (56%), qui n'est proposé que depuis 2007 (et ne fait partie des vaccins de base que pour

les filles de 11 à 14 ans). Si certains cantons atteignent l'objectif de 95% de couverture fixé pour le Hib, le ROR, la coqueluche et le VHB, la moyenne nationale ne le fait pour aucun vaccin¹⁵. Les écarts les plus marqués avec les objectifs sont observés pour le VPH et l'hépatite B et s'expliquent par le rôle très différent confié d'un canton à l'autre aux services de santé scolaire (Spaar et Masserey 2015).

Depuis 2005, la couverture de tous les vaccins a connu une augmentation modérée à l'exception de celui contre le VPH, dont la couverture enregistre une très forte hausse, puisqu'elle est passée de 24 à 54% de la période 2008–2010 à la période 2011–2013. Les écarts entre cantons restent importants pour ce vaccin, recommandé depuis 2007, tandis qu'ils ont tendance à se réduire pour les autres. En application de la Stratégie nationale d'élimination de la rougeole 2011–2015, la Confédération, les cantons ainsi que d'autres acteurs ont pris des mesures pour augmenter la couverture vaccinale contre cette maladie. Les données de la SNVCS montrent que cela a permis d'augmenter le taux de vaccination ROR des 8 à 16 ans (grâce à des rattrapages de vaccins) et de réduire les différences intercantionales (OFSP, 2018a). Pour les enfants en bas âge, l'objectif d'une couverture de 95% (deux doses à deux ans) n'est toutefois pas encore atteint. Cette couverture s'élève à 87% pour la période 2014-2016, ce qui la situe en dessous du seuil d'immunité collective. Des épidémies de rougeole sont donc encore possibles (voir le chapitre Santé physique et développement).

Taux de vaccination (%) pour les vaccins de base recommandés, période 2014–2016

G10.2



Légende (recommandations en nombre de doses de vaccin par groupe d'âge): Hib = Haemophilus influenzae type B (2 ans, 4 doses); ROR = rougeole-oreillons-rubéole (2 ans, 2 doses); Per = coqueluche (2 ans, 4 doses); Pneu = pneumocoques (2 ans, 3 doses); Polio = poliomyélite (8 ans, 5 doses); DT = diphtérie-tétanos (16 ans, 6 doses); VHB = virus hépatite b (16 ans, 2 doses); VPH = virus du papillome humain chez les adolescentes (16 ans, 2 doses)

Remarque: Données du canton de BE sans la ville de Berne; les indications du JU font défaut pour la polio et la DT. Le vaccin contre les pneumocoques ne fait partie des vaccins de base que depuis le Plan de vaccination 2019 (il s'agissait auparavant d'un vaccin complémentaire), ce qui peut expliquer sa couverture relativement faible.

Source: Swiss National Vaccination Coverage Survey SNVCS – période 2014–2016

© Obsan 2020

¹⁵ La couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est relativement élevée chez les enfants en bas âge. Dans les classes d'âge suivantes, l'écart entre recommandations et pratique augmente: les objectifs fixés par l'OFSP (2018b) sont moins bien atteints, tant pour la diphtérie et le tétanos (16 ans, 6 doses: 72%) que pour la poliomyélite (8 ans, 5 doses: 80%).

Prévention secondaire, détection précoce et intervention précoce

L'objectif de la détection et de l'intervention précoces est de déceler rapidement les signes de maladie ainsi que les comportements problématiques et les évolutions ou facteurs défavorables, de trouver des solutions appropriées et d'aider les personnes touchées à se développer sainement et à s'intégrer dans la société. L'intervention précoce peut comprendre des traitements médicaux, des conseils et un suivi, mais aussi des mesures visant à renforcer les ressources existantes et à réduire les facteurs défavorables (Charte de l'intervention précoce, 2016). La prévention secondaire doit pouvoir s'appuyer d'une part sur des structures et des instruments, afin de reconnaître les signes de problèmes de santé ou de nature psychosociale chez les enfants et leurs familles; et d'autre part sur un bon travail en réseau entre les professionnels et acteurs tels que le personnel de la santé, les professionnels des services d'aide à l'enfance et à l'adolescence et les acteurs du contexte scolaire et social (Hafen, 2014), afin de concevoir et de réaliser des mesures répondant aux besoins de cette population.

La détection précoce des infirmités congénitales ainsi que des problèmes de santé ou de développement chez les enfants et les jeunes se fait dans le cadre des contrôles préventifs réalisés par le pédiatre, à l'aide des dépistages et diagnostics médicalement indiqués, comme les mesures prises le Tessin depuis 2009 en matière de détection et de diagnostic précoces des troubles du spectre de l'autisme (Ramelli, 2017).

Les risques psychosociaux durant l'enfance et la jeunesse peuvent entraver le bon développement physique, psychique et social de l'individu. Ces événements traumatiques, que les spécialistes anglophones appellent les «adverse childhood experiences», comprennent la violence subie personnellement, la négligence émotionnelle, mais aussi des situations familiales défavorables (parents souffrant de dépendance ou de maladies psychiques, violence domestique, voir Donkin et Allen, 2015; OFSP, 2018c; voir aussi le chapitre Environnement et conditions sociales).

La Suisse dispose déjà, dans certains domaines, de procédures institutionnalisées et de réseaux de détection et d'intervention précoces. C'est le cas dans celui de la protection de l'enfant (notamment avec les groupes de protection de l'enfance créés dans les hôpitaux et services pédiatriques). Il existe aussi des stratégies et des principes que les communes et les centres scolaires appliquent pour les enfants et les jeunes à comportement à risque (consommation de stupéfiants, violence ou délinquance, troubles de l'alimentation) (voir RADIX, 2015). Pour les enfants et adolescents dans des situations familiales difficiles par contre, tant la détection précoce que les mesures d'intervention précoce méritent encore d'être développées. Il s'agit notamment d'insérer le dépistage précoce des violences au sein de la famille dans la formation de base, la formation post-grade et la formation continue du personnel de la santé¹⁶. De même, l'un des objectifs

¹⁶ Voir le rapport du Conseil fédéral du 17 janvier 2018 sur la détection précoce des violences intrafamiliales envers les enfants par les professionnels de la santé.

de la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (Stratégie MNT) est d'améliorer le travail en réseau entre la santé et les services de conseil du domaine social, en particulier pour la petite enfance (OFSP, 2018c).

Pour cibler correctement les besoins, l'intervention précoce et le traitement doivent être conçus spécifiquement pour les divers groupes de population. Il existe pour les enfants et adolescents vivant dans des familles présentant des problèmes de dépendance ou dont les parents souffrent de troubles psychiques des offres de thérapie et de conseils et des stratégies de traitement spécifiques. Dans le domaine de la petite enfance, il est prévu d'encourager la constitution de réseaux centrés sur la famille pour mettre en place une gestion des cas interinstitutionnelle et interprofessionnelle, afin de soutenir les familles socio-économiquement défavorisées et confrontées à des difficultés multiples (OFSP, 2018c).

Prévention tertiaire

La prévention tertiaire a pour objectif d'éviter séquelles, rechutes et chronicisation après des soins aigus ou d'éviter des séquelles et des rechutes en cas de maladie chronique. Outre les offres de réadaptation, elle comprend des programmes de gestion de la maladie maintenant bien établis pour de nombreuses affections chroniques. La stratégie d'accompagnement en cas de surpoids et d'obésité, mise en place et évaluée dans le cadre du projet pilote suisse KIDSSTEP, constitue un exemple de nouveau programme de traitement structuré pour enfants et adolescents. Depuis 2008, des programmes multi-professionnels de thérapie de groupe pour traiter l'obésité, et depuis 2014 des thérapies individuelles, sont remboursées par l'AOS (L'Allemand et al., 2014; Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS).

Dans le cadre de la stratégie MNT, des mesures sont prises pour renforcer la prévention dans le domaine des soins (PDS): il s'agit de soutenir les personnes à risque et les personnes malades au moyen de prestations de prévention et de promotion de la santé, afin de préserver leur état de santé, leur qualité de vie et leur participation à la vie de la société (OFSP et Promotion Santé Suisse, 2017). Depuis 2018, des projets sont soutenus dans les domaines MNT, dépendances et santé psychique, afin de promouvoir la conception, la diffusion et la pérennisation d'offres de prévention dans le domaine des soins. Sur les 14 projets soutenus en 2018, deux visent expressément les enfants et les adolescents et leurs familles: «Pas d'claques» (prévention de la violence domestique contre les enfants) et «Famille forte» (dépistage et intervention précoce auprès des familles ayant des enfants en surpoids).

Il n'existe pas d'étude nationale sur l'importance et la diffusion des programmes spécifiques aux enfants et aux jeunes en matière de gestion structurée des maladies (Disease-Management-Programmes; voir le chapitre Maladies chroniques et handicaps).

Soins de santé ambulatoires

Consultations auprès de médecins exerçant en cabinet privé

En 2017, les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (0 à 25 ans) ont consulté en moyenne 3,8 fois un médecin en cabinet privé. Dans le groupe d'âge le plus jeune (0 à 5 ans), ce nombre est nettement plus élevé (4,9), ce qui s'explique probablement par les contrôles pédiatriques. Le tableau T 10.3 indique les spécialistes consultés par l'ensemble des 0 à 25 ans et par groupe d'âge. On observe une forte concentration dans un petit nombre de domaines: si l'on prend en compte toutes les classes d'âge, 64% au moins de l'ensemble des consultations concernent les soins de base (médecine de l'enfant et de l'adolescent, médecine interne générale et généralistes). Sur l'ensemble des consultations de ce groupe d'âge, près de 87% relèvent d'une des dix spécialisations présentées dans le tableau T 10.3.

Consultations en cabinet médical et visites médicales à domicile selon la spécialité et l'âge, 2017

T 10.3

Spécialité	Nombre de consultations pour 100 enfants/adolescents, par groupe d'âge						Part de l'ensemble des consultations du groupe d'âge					
	Total	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	Total	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25
Pédiatre	151	393	180	121	36	3	40%	80%	57%	38%	9%	1%
Médecine générale interne (y c. médecins praticiens)	92	41	40	73	163	139	24%	8%	13%	23%	41%	41%
Psychiatrie et psychothérapie	18	1	6	9	27	45	5%	<1%	2%	3%	7%	13%
Gynécologie et obstétrique	16	<1	<1	2	27	45	4%	<1%	<1%	1%	7%	13%
Psychiatrie pour enfants et adolescents	16	3	23	29	21	6	4%	1%	7%	9%	5%	2%
Ophthalmologie	15	9	25	24	14	7	4%	2%	8%	8%	3%	2%
Dermatologie et vénéréologie	13	3	8	15	24	16	3%	1%	2%	5%	6%	5%
Oto-rhino-laryngologie	7	6	10	6	8	7	2%	1%	3%	2%	2%	2%
Radiologie	3	1	2	4	6	5	1%	<1%	<1%	1%	1%	1%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	3	<1	1	5	7	4	1	<1%	<1%	1%	2%	1%
Autres spécialités	44	34	24	33	64	64	12%	7%	8%	10%	16%	19%
Total	378	490	318	320	396	341	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Remarque: les «autres spécialités» comprennent aussi les consultations attribuables à aucune catégorie, notamment la catégorie «cabinets de groupe» du pool de données SASIS.

Sources: SASIS SA – pool de données; institution commune de la LAMal – compensation des risques / Analyse Obsan © Obsan 2020

L'importance des soins pédiatriques diminue constamment avec l'âge, pour passer de 80% des consultations chez les plus jeunes (0 à 5 ans) à 1% chez les 21 à 25 ans. Chez les adolescents et les jeunes adultes (16 à 25 ans), 40% des consultations relèvent des soins de base; chez les 20 à 25 ans, on trouve, outre ces soins, la psychiatrie et la gynécologie, qui constituent des domaines importants, puisqu'elles enregistrent chacune 13% des consultations.

Consultations en cabinet de psychiatre

Comme on le voit dans le tableau ci-dessus, les psychiatres comptent parmi les groupes de spécialistes les plus souvent consultés (la psychiatrie de l'adulte arrive en troisième place, et celle de l'enfant et de l'adolescent en cinquième). Le nombre annuel de consultations auprès de psychiatres exerçant en cabinet privé a connu une augmentation constante ces dernières années, le taux de consultation ayant passé de 22 pour 100 enfants ou jeunes en 2005 à 33 en 2017. La part des assurés de 0 à 25 ans qui ont consulté une fois au minimum dans un cabinet de psychiatre s'est élevée à 4% en moyenne en 2017; parmi les groupes d'âge pris en compte ici, c'est chez les jeunes adultes (20 à 25 ans) qu'elle est la plus forte, avec 6%¹⁷.

Une certaine partie des consultations sont menées par des psychothérapeutes employés par des psychiatres (et, dans une moindre mesure, par des généralistes et des pédiatres) mais les données à disposition ne permettent pas d'établir le nombre de ces consultations. On sait cependant que sur l'ensemble des groupes d'âge, la psychothérapie déléguée représente 40 à 47% des coûts totaux de psychothérapie (source: SASIS SA – pool tarifaire, 2016).

Soins ambulatoires en hôpital

Selon la nouvelle statistique de l'OFS, «Patients dans le secteur ambulatoire hospitalier», le secteur ambulatoire des hôpitaux a enregistré 1,2 consultations en moyenne par enfant, adolescent ou jeune adulte (0 à 25 ans) en 2017. Avec un total de 2,7 millions de consultations enregistrées en 2017, c'est certes nettement moins que les 8,7 millions de consultations dans les cabinets privés, mais les offres ambulatoires et semi-stationnaires représentent une grande partie des prestations fournies par les hôpitaux pédiatriques: dans ces établissements, on a compté en 2017 431 500 consultations ambulatoires, contre seulement 18 900 hospitalisations (comptabilisées sur la base des sorties) (source: Chiffres-clés des hôpitaux suisses, 2017).

¹⁷ Il est probable que les valeurs effectives soient légèrement moins élevées, puisque ce relevé comptabilise deux fois les personnes qui ont consulté deux prestataires différents la même année (source: SASIS SA – pool de données; institution commune de la LAMal – compensation des risques / Analyse Obsan).

Consultations auprès des services d'urgence

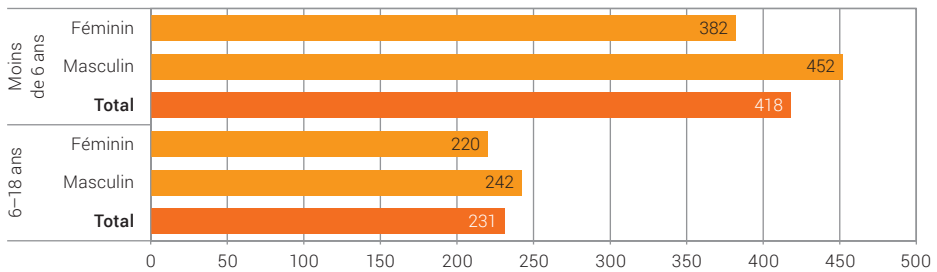
La centaine de services d'urgence que compte la Suisse joue un rôle important pour les soins de santé des enfants, des adolescents et des jeunes: en 2016, dans le secteur ambulatoire des hôpitaux, 39% des patients des urgences avaient moins de 26 ans (ce qui, en chiffres absolus, représente 652 000 consultations, voir Merçay, 2018, p. 20). Les taux de recours aux urgences (nombre de consultations par 1000 habitants) varient sensiblement en fonction de l'âge et du sexe et enregistrent leur maximum chez les enfants de moins de 6 ans (418 consultations par 1000 habitants), un groupe d'âge dans lequel le taux est par ailleurs 18% plus élevé chez les garçons que chez les filles (voir graphique G10.3). Chez les 6 à 18 ans, le taux de recours est moitié plus faible (231 consultations par 1000 habitants), mais toujours supérieur à la moyenne suisse, qui est de 197. Chez les jeunes adultes (19 à 25 ans: 263 consultations par 1000 habitants, ne figure pas dans le graphique), le taux de recours des femmes est légèrement plus élevé que celui des hommes, ce qui selon Merçay (2018, p. 20), s'explique probablement par les problématiques gynécologiques.

L'analyse par Merçay (2018) du relevé statistique «Patients dans le secteur ambulatoire hospitalier» de l'OFS (établi pour la première fois en 2016), montre que près de 10% des consultations proviennent de personnes qui recourent plusieurs fois par an aux services d'urgences. Il s'agit là aussi surtout d'enfants de moins de 6 ans: un tiers des enfants de cette tranche d'âge-là s'est en effet rendu plusieurs fois aux urgences au cours de l'année prise en compte (2016). Cette proportion est plus élevée chez les enfants de nationalité étrangère (38%) que chez ceux de nationalité suisse (30%). Les données à disposition ne permettent pas de tirer de conclusions sur les raisons de ces différences dans les taux de recours, que l'on observe par ailleurs aussi entre cantons. Il est en revanche certain que ces taux varient en fonction de l'offre (existence de permanences médicales et cliniques sans rendez-vous; collaboration avec des généralistes et des pédiatres exerçant en cabinet privé).

Les services d'urgence sont en principe tenus de prendre en charge les patients en cas d'urgence, mais en l'absence de définition généralement acceptée de cette notion, c'est aux médecins qu'il revient de juger s'il y a urgence ou pas (Sottas et al., 2014). Les personnes qui se rendent aux services des urgences présentent des problèmes de santé de gravité très variable (Merçay, 2018). Certaines s'y adressent par méconnaissance du système de santé (comme les migrants qui, dans leur pays, n'ont pas connu de système similaire à celui du médecin de famille, voir Sottas et al., 2014). D'autres y sont poussées par leur faible niveau socio-économique: notamment pour des personnes travaillant à l'heure, dans des conditions précaires, il peut être difficile de prendre congé pour un rendez-vous chez le pédiatre ou le médecin de famille. Des facteurs financiers peuvent aussi entrer en jeu: les hôpitaux publics surtout semblent plus susceptibles que les médecins exerçant en cabinet privé de trouver des possibilités de prendre tout

Nombre de consultations d'urgence pour 1000 enfants et adolescents, de 0 à 18 ans, 2016

G10.3



Source: Merçay (2018), représentation propre

© Obsan 2020

de même en charge des personnes dont la couverture est insuffisante ou qui ont des arriérés de paiement (notamment grâce au recours à des institutions ou à des fonds d'aide, voir Sottas et al., 2014). Les services d'urgence remplissent donc une fonction importante pour les groupes de population défavorisés, qui peinent à accéder au système de soins ordinaire. Pour ces patients, les soins de santé présentent toutefois des lacunes en matière de dépistage précoce de maladies et de traitement des problèmes chroniques, puisque les services d'urgence ne peuvent garantir de suivi dans les soins. À cela s'ajoute le fait que ces groupes à risque n'ont que trop peu recours aux offres de dépistage et de prévention (Sottas et al., 2014).

Les services d'urgence jouent un rôle important pour les groupes de population défavorisés, qui peinent à accéder au système de soins ordinaire.

Soins pédiatriques ambulatoires

Tout un réseau d'infirmiers à domicile doit être à disposition pour permettre aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents atteints de maladies graves ou porteurs de handicaps sérieux d'être pris en charge chez eux. Les soins pédiatriques spécialisés à domicile comprennent, outre les traitements et les soins de base, les conseils et la formation destinés aux parents. La statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) ne relève pas séparément les soins fournis aux enfants et aux adolescents. L'Association Soins pédiatriques à domicile Suisse, qui réunit 14 organisations de soins à domicile d'intérêt public (état en 2018) et des infirmiers indépendants, fournit certains chiffres clés concernant les prestations et le recours aux prestations. Cette association, qui propose

des soins pédiatriques ambulatoires dans 23 cantons, ne couvre cependant pas les cantons romands ni les parties francophones des cantons bilingues, à l'exception du canton de Vaud, dans lequel les soins pédiatriques, avec les prestations IPE (infirmières petite enfance), s'inscrivent dans la prévention primaire¹⁸. Les soins pédiatriques à domicile sont effectués par des infirmiers diplômés ayant de l'expérience dans les soins pédiatriques aigus. En 2017, ce domaine comptait près de 600 personnes, pour 210 équivalents plein temps (Association Soins pédiatriques à domicile Suisse – Rapport annuel 2017).

En 2017, les organisations membres de l'Association Soins pédiatriques à domicile Suisse ont pris en charge 1900 enfants et adolescents environ, dont presque la moitié avait moins de cinq ans. Les soins – près de 200 000 heures, dont un bon tiers de travail de nuit – sont en grande partie financés par l'assurance-invalidité (AI) qui, en cas d'infirmités congénitales, prend à sa charge en partie ou totalement les mesures médicales jusqu'à 20 ans révolus. Près de 20% des heures de soins sont remboursées par les assurances maladie ; pour couvrir l'ensemble des coûts, les familles doivent donc aussi recourir à des aides des pouvoirs publics et de donateurs (Association Soins pédiatriques à domicile Suisse – Rapport annuel 2017).

Soins stationnaires

Ce chapitre présente la mesure dans laquelle les enfants, les adolescents et les jeunes adultes sont pris en charge dans les établissements stationnaires de médecine et de médecine sociale ainsi que les principaux motifs d'hospitalisation.

Hospitalisations

En 2017, le nombre d'hospitalisations d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes (0 à 25 ans) s'est élevé à 243 197, ce qui correspond à tout juste 17% de l'ensemble des hospitalisations. Ce total comprend aussi les nouveau-nés sains (76 629 cas, 32% des hospitalisations dans le groupe des 0 à 25 ans). Le tableau T 10.4 présente ces hospitalisations (nombre d'hospitalisations, nombre de patients et durée moyenne d'hospitalisation ; sans les nouveau-nés sains).

Ce sont les soins somatiques aigus qui ont enregistré, et de loin, le nombre le plus élevé d'hospitalisations (151 727 hospitalisations). Le groupe d'âge le plus jeune (0 à 1 an) recense le taux d'hospitalisation le plus fort (354 cas pour 1000 enfants ; durant l'année en question, 28,2% des enfants de ce groupe d'âge ont été hospitalisés une fois au moins).

¹⁸ Pendant les quatre premières années de vie de l'enfant, toutes les familles ont droit à un suivi et à des conseils à domicile par une infirmière, à des groupes-rencontres parents-enfants et à des conseils par téléphone.

Les hospitalisations deviennent ensuite nettement plus rares, avant d'augmenter à nouveau dans toutes les classes d'âge, dès celle des 6 à 10 ans (elles passent de 31 pour 1000 personnes chez les 6 à 10 ans à 91 chez les 21 à 25 ans). Les chiffres ne varient que très peu en fonction du sexe (aspect non représenté dans le tableau T 10.4).

Dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, le taux d'hospitalisation est certes plus bas (psychiatrie: 6 cas stationnaires pour 1000 enfants, adolescents et jeunes adultes; réadaptation: 1 cas pour 1000), mais les séjours y sont en moyenne sensiblement plus longs que dans les soins somatiques aigus (respectivement 37 et 34 jours, voir la colonne de droite du tableau T 10.4). Si tous les domaines de soins comptent des personnes hospitalisées plusieurs fois au cours d'une année, c'est en psychiatrie que les hospitalisations multiples sont les plus fréquentes (c'est-à-dire que la différence entre le nombre d'hospitalisations et le nombre de personnes hospitalisées est la plus élevée; voir la première et la troisième colonne du tableau T 10.4).

De 2012 à 2017, le recours aux soins somatiques aigus et à la réadaptation a très peu varié. On observe par contre une augmentation des traitements psychiatriques, qui se traduit par une hausse de 22% du nombre d'hospitalisations et par un taux d'hospitalisation qui passe de 5 à 6 pour 1000 personnes âgées de 0 à 25 ans. La durée des séjours a quant à elle diminué en psychiatrie (-11%); il en va de même dans les soins somatiques aigus (-8%), mais pas dans la réadaptation (+9%).

Hospitalisations d'enfants et de jeunes de 0 à 25 ans, par domaine de soins et par groupe d'âge, 2017

T 10.4

	Nombre d'hospitalisations	Taux d'hospitalisation (pour 1 000 personnes)	Nombre de personnes	Part des 0 à 25 ans hospitalisés au moins une fois	Durée moyenne d'hospitalisation (en jours)
Domaine de soins					
Soins somatiques aigus	151 727	66	128 292	5,6%	4,0
Psychiatrie	13 762	6	9 651	0,4%	37,0
Réadaptation	1 464	1	1 379	0,1%	34,1
Par groupe d'âge					
0-1 an	30 291	354	24 137	28,2%	7,2
1-5 ans	22 468	52	18 487	4,3%	3,2
6-10 ans	13 259	31	11 684	2,8%	4,5
11-15 ans	19 571	48	16 495	4,0%	7,9
16-20 ans	35 453	80	29 961	6,8%	8,5
21-25 ans	45 911	91	38 558	7,6%	8,0
Total	166 953	73	139 322	6,1%	7,0

Remarque: Les nouveau-nés sains (code DRG «P67D») ont été exclus de l'analyse.

Motifs d'hospitalisation

Pour quelles raisons les enfants, les adolescents et les jeunes adultes sont-ils hospitalisés? Le tableau T 10.5 présente les dix groupes de diagnostics les plus fréquents ainsi que, pour chacun d'eux, le nombre d'hospitalisations et la part qu'ils représentent par rapport à l'ensemble des hospitalisations des 0 à 25 ans. L'analyse montre que les lésions traumatiques et les empoisonnements sont les principales causes d'hospitalisation (20% des cas), suivis des maladies du système respiratoire telles que les inflammations des amygdales et les bronchites (13%) et les troubles mentaux (10%). Tandis que les codes CIM P00 à P96 se réfèrent à des maladies du nouveau-né (9% des hospitalisations), 12 000 cas environ concernent de jeunes mères (grossesse, accouchement et puerpéralité)¹⁹.

Principaux groupes de diagnostics dans les hospitalisations d'enfants et de jeunes de 0 à 25 ans, 2017

T 10.5

Diagnosics par groupe de la CIM-10	Nombre d'hospitalisations	Part des hospitalisations
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe (S00-T98)	32 635	20%
Maladies du système respiratoire (J00-J99)	22 242	13%
Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)	17 228	10%
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)	14 076	9%
Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99)	12 112	7%
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	11 065	7%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (M00-M99)	10 063	6%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	7 559	5%
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)	6 186	4%
Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99)	5 865	4%
10 chapitres de diagnostics restants	27 537	17%
Total	166 568	100%

Remarque: Les nouveau-nés sains (code DRG «P67D») ont été exclus de l'analyse.

Sources: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2017; OFS – Statistique des hôpitaux 2017 / Analyse Obsan et BASS

© Obsan 2020

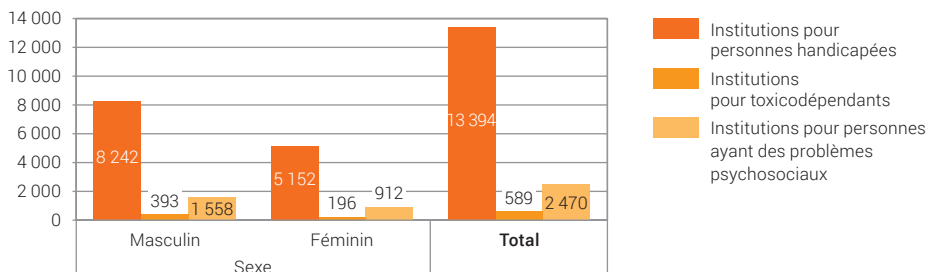
¹⁹ Il s'agit là pour la plupart de femmes du groupe d'âge des 21 à 25 ans (ne figure pas dans le tableau).

Pour ce qui est des principaux diagnostics (code CIM à trois composants; ne figure pas dans le tableau), on trouve en première place les commotions cérébrales (S06), les inflammations des amygdales (J35), les appendicites (K35), les luxations ou blessures du genou (S83), la détresse respiratoire du nouveau-né (P22), la bronchite aiguë (J20) et les fractures des membres inférieurs (S52). Deux domaines de la psychiatrie – les épisodes dépressifs (F32) ainsi que les réactions à un facteur de stress sévère et les troubles de l'adaptation (F43) – figurent également parmi les dix catégories de diagnostics menant le plus souvent à une hospitalisation. Avec un nombre de cas allant de 2499 à 7519, ces diagnostics ne représentent toutefois qu'une petite partie des hospitalisations: toutes sortes de problèmes de santé peuvent en effet amener des enfants et des jeunes à suivre un traitement stationnaire.

Institutions médico-sociales

En 2015, 16 453 enfants, adolescents et jeunes adultes (0 à 24 ans) ont été pris en charge dans une institution spécialisée en raison d'un handicap, d'une dépendance ou de problèmes psychosociaux (voir graphique G 10.4)²⁰. Ce sont les institutions pour personnes handicapées qui comptabilisent le plus de séjours (près de 80% des clients); les autres types d'institutions s'occupent de nettement moins de personnes (institutions pour personnes ayant des problèmes psychosociaux: 2470 personnes; institutions pour toxicodépendants: 589). Dans ce domaine, on observe une nette différence entre les sexes, puisque la part de garçons, adolescents et jeunes hommes pris en charge est nettement plus importante, et cela, dans les trois types d'institutions; elle représente près de 62% de cette tranche d'âge.

Nombre de clients de 0 à 24 ans des institutions médico-sociales, par sexe et par type d'institution, 2015

G 10.4


Source: OFS – SOMED 2015

© Obsan 2020

²⁰ Il s'agit là des derniers chiffres disponibles, car la participation à ce relevé n'est plus obligatoire depuis 2016.

Médication

Les thérapies médicamenteuses des enfants présentent des difficultés propres à ce domaine, étant donné que la plupart des médicaments sont conçus pour des patients adultes, et donc testés sur eux. Les soignants qui désirent prescrire de tels médicaments à des enfants ne disposent donc pas de recommandations de dosage, ce qui augmente les risques d'erreur dans la médication (Tilen et Berger, 2017). Afin d'améliorer la sécurité médicamenteuse des enfants, une base nationale de données a vu le jour en 2013, qui rassemble des recommandations harmonisées sur la prescription, le dosage et l'administration de médicaments aux enfants et aux nouveau-nés. Depuis avril 2018, ce registre est disponible en ligne à l'adresse swisspeddose.ch.

En matière de consommation de médicaments par les enfants et les jeunes en Suisse (tous groupes d'âge confondus), les statistiques publiques se limitent en général aux coûts des médicaments pris en charge par l'AOS. La statistique de l'AOS établie par l'Office fédéral de la santé publique indique qu'en 2016, sur 1,9 milliard de francs de prestations brutes dans le groupe d'âge des 0 à 18 ans, près de 225 millions concernaient des médicaments remis par des médecins ou des pharmacies.

Les enquêtes sur la population telles que l'enquête suisse sur la santé (ESS), le monitoring suisse des addictions et l'étude internationale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) ne couvrent pas l'ensemble du groupe d'âge de 0 à 25 ans. Elles renseignent sur la prévalence hebdomadaire ou mensuelle de la consommation de certains médicaments²¹. Le monitoring suisse des addictions par exemple se concentre sur les médicaments psychoactifs, qu'il regroupe en trois catégories: les analgésiques puissants (dont sont explicitement exclus les analgésiques en vente libre, tels que l'Aspirin ou le Paracetamol), les somnifères et tranquillisants ainsi que les psychostimulants (tels que le Ritalin®). Le tableau T10.6 présente la consommation de médicaments psychoactifs par les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 24 ans indiquée lors de l'enquête 2016.

Consommation de médicaments psychoactifs au cours des 12 derniers mois, chez les 15 à 24 ans, 2016 T 10.6

	15–19 ans	20–24 ans
Forts analgésiques	12,8%	18,5%
Somnifères et tranquillisants	4,5%	7,4%
Psychostimulants (p. ex. Ritalin®, Medikinet®, Concerta® et Modasomil®)	2,9%	3,3%

Source: Monitoring suisse des addictions (Gmel et al., 2018)

© Obsan 2020

²¹ La question de l'étude HBSC concerne uniquement la prise de médicaments en vue d'obtenir un effet psychoactif (pour se griser).

Des médicaments contenant du méthylphénidate, comme le Ritalin®, sont prescrits pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), mais on présume qu'ils sont aussi ingérés afin d'augmenter les performances (voir Gmel et al., 2018). La consommation de ces médicaments par les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ayant suscité un vaste débat, une étude approfondie a été menée sur le sujet, en se fondant sur les données de trois caisses-maladies (Pletscher et Wieser, 2012). Il en ressort qu'entre 2005 et 2008, la part des 0 à 18 ans qui se sont fait remettre au moins une fois un médicament contenant du méthylphénidate est passée de 0,61 à 0,85%. Les auteurs de l'étude concluent toutefois que les médecins qui prescrivent ce traitement le font en respectant les recommandations figurant dans les ouvrages médicaux (voir Pletscher et Wieser, 2012).

Le rapport sur les médicaments du groupe Helsana, une grande assurance-maladie, permet d'obtenir certaines informations sur la consommation de médicaments dans le groupe des 0 à 18 ans, en extrapolant les données de facturation à l'ensemble de la Suisse. Il présente la quantité et le coût des médicaments en fonction du groupe de principe actif (niveau 2 de la classification ATC). Ces données ne contiennent pas les médicaments remis sans ordonnance médicale, que les patients paient eux-mêmes

Les 15 groupes thérapeutiques de médicaments les plus consommés (ATC niveau 2) chez les 0 à 18 ans, 2017

T 10.7

ATC niveau 2	Désignation	Part des 0 à 18 ans en ayant consommé
M01	Anti-inflammatoires et antirhumatismaux	33%
N02	Analgésiques	29%
J07	Vaccins	25%
J01	Antibiotiques systémiques	19%
R01	Médicaments contre le rhume	17%
R05	Médicaments contre la toux et les refroidissements	15%
D02	Produits dermatologiques	11%
R06	Anthistaminiques systémiques	11%
S01	Médicaments pour les yeux	9%
A07	Médicaments contre la diarrhée	9%
R03	Médicaments pour les voies respiratoires	8%
A11	Vitamines	8%
D07	Stéroïdes locaux	8%
N01	Narcotiques locaux	7%
D01	Antifongiques locaux	7%

Remarques : Les calculs se basent sur les médicaments remboursés dans le cadre de l'AOS (produits OTC exclus). Il s'agit de prestations ambulatoires, car les médicaments sont remboursés dans le cadre des forfaits par cas pour les hospitalisations.

(médicaments en vente libre). Selon les analyses d'Helsana pour 2017, les enfants et les jeunes de 0 à 18 ans ont représenté 7% des remises de médicaments, et 3% de l'ensemble des coûts en médicaments. Le tableau T 10.7 montre les groupes de médicaments le plus souvent consommés dans ce groupe d'âge ainsi que le pourcentage des personnes en ayant consommé. Pour ce qui est de cette dernière donnée, ce sont les anti-inflammatoires et les antirhumatismaux (M01) qui occupent la première place, suivis des analgésiques (N02). Quant aux vaccins (J07), qui affichent le plus grand nombre de remises, ils ne viennent qu'en troisième place.

Pour la période 2013 à 2017, le rapport Helsana fait état d'une augmentation de 7,5 à 8,2 millions des remises de médicaments aux 0 à 18 ans. On n'enregistre en revanche pratiquement pas d'évolution pour les médicaments les plus consommés, à cela près que les vitamines (A11) sont venues s'y ajouter en 2017.

10.3 Coûts

En Suisse, les soins de santé sont fournis par un grand nombre de structures différentes et ont plusieurs sources de financement (pouvoirs publics, assurances, assurés). Les coûts directs comprennent les dépenses engagées dans la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation, les soins et autres prestations de ce genre. Selon la statistique de l'OFS «Coûts et financement du système de santé», l'ensemble des coûts de la santé est estimé à près de 82,5 milliards de francs en 2017, dont 9,9 milliards environ, ou 12,1%, concernent les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (0 à 25 ans, 27% de la population en 2017).

Coûts de la santé en fonction de l'âge et du type de prestation

Les graphiques ci-après présentent l'évolution des coûts de la santé en fonction des classes d'âge et des types de prestations. On voit sur l'illustration G 10.5 que, de 2010 à 2017, les coûts pour le groupe d'âge des 0 à 25 ans sont passés de 8341 à 9944 millions de francs (+1603 millions de francs). Cette hausse est toutefois moins marquée chez les 0 à 25 ans que dans l'ensemble de la population (19,2% contre 26,7%).

Par habitant, les coûts pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes se sont élevés à 312 francs par mois en 2010 et à 362 francs en 2017, ce qui représente une augmentation de 16% (voir graphique G 10.6). Les coûts sont généralement plus élevés pour les groupes d'âge plus avancés que pour les plus jeunes. Parmi les 0 à 25 ans, ce sont les 11 à 15 ans qui ont enregistré l'augmentation la plus forte de 2010 à 2017 (de 316 à 383 francs, pour une hausse de 21%). On n'observe pas de différence notable entre les sexes (aspect ne figurant pas dans le graphique). On note une hausse du nombre de cas

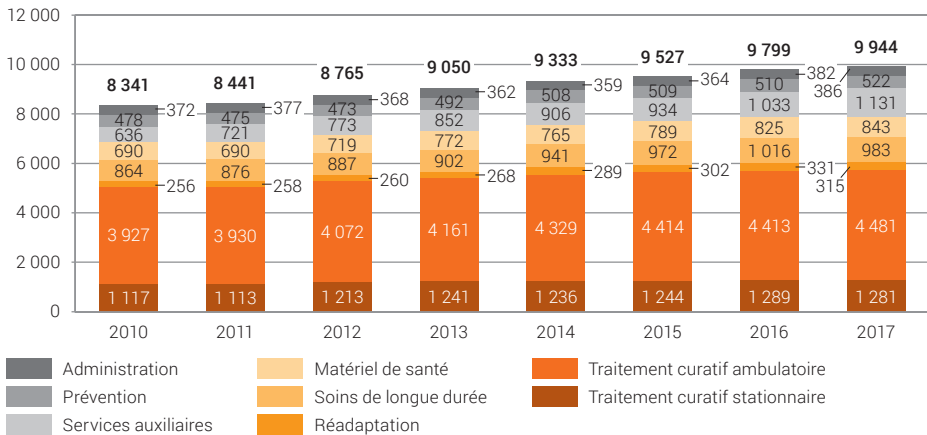
stationnaires et du nombre de patients traités dans les cabinets médicaux aussi bien qu'une hausse des coûts par cas et des coûts par patient dans les cabinets médicaux (coûts par cas en stationnaire, coûts OAS dans les cabinets médicaux) (non représenté dans le graphique).

Pour ce qui est des types de prestations (soins curatifs ambulatoires et stationnaires, réadaptation, soins de longue durée, biens de santé, services auxiliaires et prévention), les soins curatifs stationnaires constituent de loin le poste de coûts le plus important; quant à la structure des coûts, elle est semblable pour tous les groupes d'âge. La part des coûts de prévention – qui inclut notamment les campagnes d'information de la population, les mesures dans le domaine de la santé scolaire, de la prévention des accidents et des dépendances – reste stable, avec un bon 5% du total des coûts pour les 0 à 25 ans. Pour l'ensemble de la population, la prévention constitue près de 2,4% des dépenses de santé totales (donnée ne figurant pas dans le graphique), ce qui place la Suisse en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE, qui est de 2,9%²².

Coûts de santé annuels des 0 à 25 ans, selon le type de prestations

G10.5

En millions de francs



Source: OFS – Coût et financement du système de santé 2010–2017 / Analyse BASS

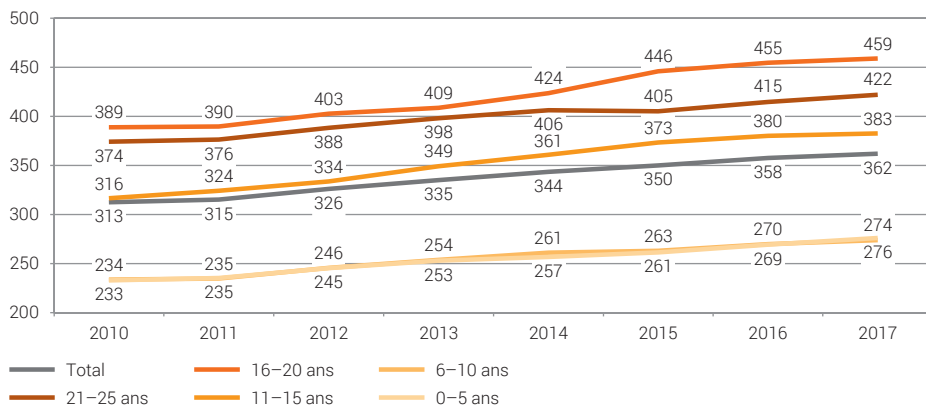
© Obsan 2020

²² Source: OCDE.Stat (Dépenses de santé et financement – soins préventifs, part des dépenses courantes de santé, 2016). Tous les pays membres de l'OCDE n'utilisent cependant pas les mêmes catégories de dépenses de santé que la Suisse.

Coûts mensuels par personne, par groupe d'âge

G10.6

En francs



Source: OFS – Coût et financement du système de santé 2010–2017 / Analyse BASS

© Obsan 2020

La statistique de l'OFS ne relève pas séparément les coûts de la santé mentale. Les données des assurances fournissent bien certaines informations sur le sujet «SASIS: Coûts pour traitements en cliniques psychiatriques (stationnaire, ambulatoire) et en cabinets médicaux psychiatriques», mais elles ne contiennent pas les prestations des psychologues psychothérapeutes indépendants, qui sont remboursées par des assurances complémentaires ou à la charge du patient. Les données de la SASIS pour la période 2005 à 2017 révèlent une augmentation constante des coûts de soins en santé mentale pour les enfants et les jeunes, qui passent d'environ 223 à près de 392 millions de francs (et de 103 à 171 francs par habitant et par an).

10.4 Conclusions

Le présent tour d'horizon des soins de santé destinés aux enfants et aux jeunes se fonde sur une notion étendue de la santé, qui ne se limite pas aux soins curatifs, mais considère la prévention ainsi que la promotion d'un développement sain comme partie intégrante d'un système de santé répondant aux besoins de ses divers groupes de bénéficiaires. Compte tenu de l'étroite interdépendance, pour la santé des enfants et des jeunes, de la prévention, de la détection précoce et des soins, le système de santé ne peut faire l'économie d'un travail en réseau avec les acteurs et de l'instruction publique, de la formation et du système social.

Si nous disposons de données sur la densité des soins médicaux spécialisés et parfois sur la mesure dans laquelle les enfants, les adolescents et les jeunes adultes recourent aux prestations ambulatoires et stationnaires, bien d'autres variables font défaut. Dans le domaine des soins curatifs, on ne peut que constater un manque de données sur la consommation de médicaments, sur les psychothérapies menées par des psychologues (densité des soins et recours à ces soins) et sur les capacités de prise en charge stationnaire (les services pédiatriques des hôpitaux de soins généraux, des hôpitaux psychiatriques et des établissements de réadaptation constituent une seule rubrique statistique). De plus, on ne sait rien ou presque de l'utilisation qui est faite des offres de prévention, à l'exception du taux de vaccination, de sorte qu'on ne dispose de données nationales ni sur les contrôles de grossesse ni sur les contrôles de dépistage pédiatriques. Quant aux données sur les prestations réglementées et financées à l'échelle cantonale ou communale (comme les services de santé scolaire, la pédagogie spécialisée ou les consultations parents-enfants), elles ne sont pas plus complètes.

En pédiatrie, la densité des soins (nombre de médecins pour 100 000 enfants et jeunes) a constamment augmenté ces dix dernières années, mais les informations fiables sur l'évolution des équivalents plein temps durant cette période font défaut. Les données disponibles sur la fourniture des soins ne permettent pas de savoir si l'offre est insuffisante ou surabondante. Certaines études concluent toutefois à des pénuries dans les soins pédiatriques en cabinet ainsi que dans le domaine de la santé mentale.

Les informations sur le recours aux soins montrent que le besoin en prestations de santé ambulatoires et stationnaires est comparativement élevé les premières années de vie (prise en charge des nouveau-nés, urgences et dépistage). Les consultations ambulatoires, les hospitalisations ainsi que le recours aux services d'urgence des hôpitaux sont en effet plus fréquents dans le groupe d'âge le plus jeune que chez les enfants plus âgés et les jeunes. Par ailleurs, si les consultations en ambulatoire relèvent le plus souvent des soins de premier recours, d'autres domaines (comme la psychiatrie et la gynécologie) gagnent en importance dans les groupes plus âgés. Les hospitalisations se font surtout en soins somatiques aigus, bien que l'on observe durant les années 2012 à 2017 une nette augmentation des traitements psychiatriques stationnaires.

Les coûts de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes (qui représentent 27% de la population) constituent 12% de l'ensemble des dépenses de la santé en Suisse. Les coûts mensuels par habitant dans le groupe d'âge des 0 à 25 ans ont augmenté ces dernières années, et se sont élevés à 362 francs en moyenne en 2017, ce qui représente moins de la moitié des coûts moyens par habitant de l'ensemble de la population. Il est peu probable que cette part relativement faible augmente prochainement, même s'il est décidé d'adapter les tarifs de l'AI et des caisses-maladies pour les soins pédiatriques, comme le demande certains milieux politiques.

10.5 Bibliographie

- Akré, C., Chamay-Weber, C., Haller-Hester, D., Heiniger Eggimann, S., Hutter, I., Pizzagalli, C., ... & Schlumbom, V. (2014). Obere Altersgrenze für Kinderkliniken in der Schweiz. Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für die Gesundheit Adolozescenter (SGGA). *Paediatrica*, 25(4), 7f.
- Association suisse des consultations parents-enfants (ASCPE) (2017). *Faktenblatt «Profil der Anbieter von Mütter- und Väterberatung» (en allemand)*. Disponible sous: https://www.sf-mvb.ch/files/7BKlAPT/faktenblatt_profildermvb_20161229.pdf (consulté le 02.04.2019).
- Avenirsocial – Soziale Arbeit Schweiz, & Schulsozialarbeitsverband SSV (Hrsg.) (2016). Lignes directrices du travail social en milieu scolaire. Berne/Zürich. Disponible sous: <https://ssav.ch/de/publikationen/grundlagenpapiere>.
- Burla, L. & Widmer, M. (2019). *Détermination des besoins futurs en médecins par spécialité: modèle de simulation (en allemand incl. résumé en français)*. Rapport III dans le cadre du mandat partiel «Coordination de la formation postgrade des médecins». Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Charte de l'intervention précoce (2016). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/praevention-fuer-kinder-und-jugendliche/frueherkennung-fruehintervention-bei-jugendlichen.html>.
- Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2015). Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée. *Rapport de situation à l'intention du Département fédéral de l'intérieur (DFI)*. Berne.
- Cignacco, E., Berger, A., Sénac, C., Wyssmüller, D., Hurni, A., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2017). *Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften der Schweiz (REFUGEE)*. Bern: Berner Fachhochschule.
- Conférence tripartite sur les agglomérations CTA (2014). *TAK-Integrationsdialog «Aufwachsen – gesund ins Leben starten»*. Empfehlungen an die Dialogpartner (27. Juni 2014). Bern.
- Conzelmann, C., Späth, A., & Dratva, J. (2016). «Baby-freundliches Spital» in der Schweiz – Nutzen und Stellenwert. *Paediatrica*, 27(1), 36f.
- Centre suisse de coordination pour la recherche en éducation CSRE (2018). *L'éducation en Suisse, rapport 2018*. Aarau: CSRE.
- Donkin, A., & Allen, M. (2015). *The Impact of Adverse Experiences in the Home on the Health of Children and Young People, and Inequalities in Prevalence and Effects*. UCL Institute of Health Equity. Disponible sous: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/the-impact-of-adverse-experiences-in-the-home-on-children-and-young-people>.
- Dratva, J., & Späth, A. (2017). *Erarbeitung Erhebungsmethoden für Datenlücken der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz*. Basel: Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut.
- Encouragement précoce: Un bon démarrage pour une vie en bonne santé (2015). Disponible sous: <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/ernaehrung-und-bewegung/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/klainkinderbereich.html>.
- Forster, J. (2016). Unterstützung in der Schule. In K. Albermann (Hrsg.), *Wenn Kinder aus der Reihe tanzen. Psychische Entwicklungsstörungen von Kindern und Jugendlichen erkennen und behandeln* (S. 363–374). Zürich: Beobachter Edition.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Hrsg.) (2018). *Gesundheitsversorgung 2018. Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie*. Zürich.
- Gmel, G., Notari, L., & Gmel, C. (2018). *Monitoring suisse des addictions – Prise de médicaments psychoactifs en Suisse en 2016 (en allemand, résumé en français)*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Grieser, J., & Eiholzer, U. (2005). Zum Umgang mit dem jugendlichen Patienten und seinen Eltern in der kinderärztlichen Praxis. *Paediatrica*, 16(1), 32–35.
- Grimmer, B., & Dammann, G. (2011). Stationäre Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 11(23–24), 413–416.
- Gross, K., Späth, A., Dratva, J., & Zemp, E. (2014). *SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr (Schlussbericht)*. Basel: Swiss Tropical and Public Health Institute. Disponible sous: <http://www.swisstph.ch/swifs>.
- H+ Les Hôpitaux de Suisse (2018). *DefReha@ Version 2.0, Réadaptation stationnaire: Définition et exigences minimales*. Bern.
- Hafen, M. (2014). *„Better Together“ – Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren* (Überarbeitete und erweiterte Version des Schlussberichts zuhanden des Bundesamts für Gesundheit). Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

- Hostettler, S., & Kraft, E. (2019). Statistique médicale 2018 de la FMH: Peu de femmes aux postes de cadre. *Bulletin des médecins suisses*, 100(12), 411–416.
- Ikhilor, P.O., Hasenberg, G., Kurth, E., Stocker Kalberer, B., Cignacco, E., & Pehlke-Milde, J. (2017). *Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE*. Bern: BFH, ZHAW, & Swiss TPH.
- Jenni, O.G., & Sennhauser, F.H. (2016). Child Health Care in Switzerland. *The Journal of Pediatrics*, 177S, S2013–S212.
- L'Allemand, D., Farpour-Lambert, N., Isenschmid, B., & Laimbacher, J. (2014). La prise en charge globale des enfants en surpoids d'après le nouveau modèle Suisse. *Bulletin suisse des médecins*, 95(44), 1640–1643.
- Merçay, C. (2018). *Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales* (Obsan Dossier 64). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- OFSP et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) (2019). *Plan de vaccination suisse 2019. Directives et recommandation*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP et Promotion Santé Suisse (2017). *Base de la prévention dans le domaine des soins (PDS) et concept de soutien de projet PDS*. Berne.
- OFSP (2018a). Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 2014–2016. *Bulletin OFSP*, 2018(24), 10–17.
- OFSP (éd.) (2018b). *Stratégie nationale de vaccination (SNV)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (éd.) (2018c). *Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance (Stratégie nationale Addictions, 2017–2024)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP, CDS et OdASanté (2016). Besoins en effectifs dans les professions de la santé. *Rapport national 2016. Besoins de relève et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national*. Berne.
- OFSP, CDS et Promotion Santé Suisse (2016). *Plan de mesures de la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024*. Berne.
- Pletscher, M., & Wieser, S. (2012). *Pilotstudie Kosten-Leistungsstatistik am Beispiel von methylphenidathaltigen Arzneimitteln*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW.
- Public Health Schweiz (2012). *Prise de position «Promotion de la santé pour la petite enfance»*. Disponible sous: https://public-health.ch/de/aktivitäten/fachgruppen/gesundheitsförderung_1/.
- RADIX – Schweizerische Gesundheitsstiftung (Hrsg.) (2015). *Intervention précoce dans les écoles et les communes: l'essentiel*. Disponible sous: <https://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Frueherkennung-und-Fruehintervention/PDRml/>.
- Ramelli, G.P. (2017). Früherkennung von Kindern mit Autismus-Spektrums-Störungen: Erfahrungen im Tessin. *Pædiatrica*, 28(2), 36f.
- Rapport du Conseil fédéral du 17.01.2018 sur la Protection de l'enfance : rapport sur la détection précoce des violences intrafamiliales, en réponse au postulat Feri (12.3206)*.
- Rapport du Conseil fédéral du 17.10.2018 sur les troubles du spectre de l'autisme: Mesures à prendre en Suisse pour améliorer la pose de diagnostic, le traitement et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme*
- Rapport du Conseil fédéral du 24.06.2015 sur la santé maternelle et infantile au sein de la population migrante, en réponse au postulat Pasquier (12.3966)*.
- Rhiner, B., Graf, T., Dammann, G., & Fürstenau, U. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens. Implementierung in der deutschsprachigen Schweiz und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(1), 33–39.
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: RKI.
- Schmidtko, C., Kuntz, B., Starker, A., & Lampert, T. (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(4), 68–77.
- Société Suisse de Pédiatrie SSP (éd.) (2011). Checklists pour les examens de prévention (4^e édition 2011 révisée et actualisée sur mandat de la SSP, complété avec l'information pour l'utilisation des checklists de la SSP en janvier 2017). Disponible sous: <https://www.swiss-paediatrics.org/fr/node/50> (consulté le 20.02.2019).
- Sottas, B., Brügger, S., & Jaquier, A. (2014). *Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen*. Bourguillon.
- Spaar, A., & Masserey, V. (2015). HPV-Impfung in der Schweiz. *Pædiatrica*, 6, 8–11.
- Spaeth, A., Zemp, E., Merten, S., & Dratva, J. (2017). Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1), e12497.

- Stettler, P., Stocker, D., Gardiol, L., Bischof, S., & Künzi, K. (2013). *Enquête sur les données structurelles de la psychothérapie effectuée par des psychologues en Suisse en 2012. Offre, utilisation et coûts de la psychothérapie*. Berne.
- Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). *Critères de réussite des services psychiatriques mobiles*. Berne.
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., ... & Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern.
- Strebel, S., Karg, S.R., & Baumgartner, M.R. (2017). Helpline Seltene Krankheiten. *Paediatrica*, 28(2), 51f.
- Tilen, R., & Berger, C. (2017). Ein nationales Verzeichnis zur Dosierung von Arzneimitteln bei Kindern. *Paediatrica*, 28(5), 42f.
- Von Wyl, A., Andreae, A., Chew Howard, E., Haemmerle, P., Passalacqua, S., Schneebeil, L., & Wade-Bohleber, L.M. (laufend). *Stationäre Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters*. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L., & Haemmerle, P. (2017). *Santé mentale et maladies psychiques des enfants et des adolescents en Suisse: prise en charge et épidémiologie. Inventaire des rapports empiriques parus de 2006 à 2016 (en allemand avec résumé en français)*. (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Weber, A., & Gassmann, S. (2015). Zahnmedizin. In W. Oggier (Hrsg.), *Système de santé suisse 2015–2017* (5., édition entièrement révisée) (p. 461–469). Berne: Hogrefe.
- Weber, P., & Jenni, O. (2012). Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Effektivität und Relevanz einzelner Früherkennungs- und Präventionsmassnahmen. *Paediatrica*, 23(4), 12–15.

11 Soins palliatifs



Eva Bergsträsser & Karin Zimmermann
Hôpital universitaire pédiatrique de Zurich

Messages clés

- Le nombre d'enfants et d'adolescents (de 0 à 18 ans) qui ont besoin de soins palliatifs en Suisse est estimé à 5000. Ce chiffre provient des données épidémiologiques du Royaume-Uni; aucun recensement n'est effectué en Suisse.
- L'offre de soins palliatifs pour enfants est insuffisante en Suisse. Seuls 10 % des enfants concernés bénéficieraient d'une prise en charge spécialisée.
- Les familles touchées souhaitent, outre le soulagement des douleurs, une communication franche, être impliquées dans les décisions, que la prise en charge soit coordonnée et continue et se poursuive après le décès.
- Le personnel spécialisé qui accompagne les enfants souffrant d'une maladie incurable sans avoir de formation spécifique en soins palliatifs souhaite un soutien de la part d'équipes spécialisées en soins palliatifs.
- Les formations de base et continues en soins palliatifs ne comprennent pas de formation spécifique en soins palliatifs pédiatriques.
- En comparaison avec d'autres pays, les soins palliatifs pour enfants sont encore peu ancrés dans la politique de santé suisse.

11.1 Nourrissons, enfants et adolescents dont l'espérance de vie est limitée par une maladie en Suisse

Le nombre d'enfants et d'adolescents (de 0 à 18 ans, regroupés dans la notion d'«enfants») souffrant d'une maladie incurable augmente (Fraser et al., 2012; Jarvis, Parslow, Carragher, Beresford, & Fraser, 2017). En effet, les possibilités de traitement des maladies incurables étant meilleures, les enfants survivent plus longtemps (Bosch et al., 2018; Fraser et al., 2012). Cependant, malgré les progrès importants réalisés en médecine, l'espérance de vie de ces enfants reste réduite. Étant donné la gravité de leur maladie, les enfants ont, dans la majeure partie des cas, besoin d'un soutien et d'une prise en charge médicale. Les hospitalisations imprévues et répétées ainsi que les périodes d'incertitude et d'aggravation de la maladie caractérisent la vie de ces enfants et de leur famille (Jarvis et al., 2017).

Aucune donnée sur le nombre d'enfants concernés n'est disponible pour la Suisse. Sur la base des chiffres du Royaume-Uni (Jarvis et al., 2017), on estime qu'environ 5000 enfants sont atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie en Suisse. Ces maladies sont de natures très diverses. La fondation britannique «Together for Short Lives» propose le classement suivant (Together for Short Lives, 2018):

- Groupe 1: maladies potentiellement mortelles pour lesquelles il existe une thérapie à l'issue incertaine (p.ex. cancer)
- Groupe 2: maladies qui abrègent l'espérance de vie, pour lesquelles il existe des mesures thérapeutiques capables de prolonger la vie (p.ex. fibrose kystique ou dystrophie musculaire de Duchenne)
- Groupe 3: maladies évolutives dont le traitement est exclusivement palliatif (p.ex. maladies du métabolisme)
- Groupe 4: troubles lourds, généralement neurologiques, susceptibles de complications avec dégradation imprévue de l'état général (p.ex. paralysie cérébrale lourde, traumatisme cérébral ou médullaire)

Pour répondre aux demandes et aux besoins médicaux des enfants malades et de leur famille, il convient d'appliquer les techniques globales de prise en charge et d'accompagnement des soins palliatifs (*Palliative Care*) ou des soins palliatifs pédiatriques (*Pediatric Palliative Care*).

11.2 Soins palliatifs pédiatriques – Définition, buts et fondements

L'Académie suisse des sciences médicales se base sur l'OMS pour définir les soins palliatifs ainsi: «Les soins palliatifs comprennent, dans le cadre d'une approche globale, le traitement et la prise en charge de personnes atteintes de maladies incurables, mettant leur vie en danger ou chroniques et évolutives. Ces soins ont pour objectif de maintenir la meilleure qualité de vie possible. Ceci inclut également l'accompagnement des proches. Les souffrances doivent être atténuées dans toute la mesure du possible et, si le patient le souhaite, les aspects sociaux, moraux, spirituels et religieux doivent également être pris en compte. Les soins palliatifs de bonne qualité dépendent de connaissances et de méthodes de travail professionnelles et sont prodigués, dans la mesure du possible, dans le lieu souhaité par le patient. S'ils prennent tout leur sens au moment de l'agonie et du décès, ils devraient être proposés au patient à un stade précoce de sa maladie ou de son handicap, peut-être même déjà parallèlement aux soins curatifs.» (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2019, p. 6). Dans les soins palliatifs (SP) pédiatriques, on parle de la famille plutôt que des proches. La famille joue un rôle central pour les enfants. De plus, l'expérience a montré que la prise en charge devrait intervenir tôt, et non pas seulement «au moment de l'agonie et du décès». Cela apparaît notamment dans la définition que l'OMS donne des SP pédiatriques (Craig et al., 2008; Together for Short Lives, 2018).

Buts et fondements des soins palliatifs pédiatriques

- Les SP pédiatriques visent à laisser une part aussi grande que possible à l'autodétermination de l'enfant et de sa famille.
- Les SP pédiatriques sont une approche thérapeutique qui met l'accent sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille.
- La prévention et le soulagement des douleurs sont adaptés aux besoins et aux préférences de chacun.
- Les SP pédiatriques peuvent être indiqués parallèlement à une thérapie potentiellement curative.
- Les SP pédiatriques sont mis en œuvre en fonction de l'évolution de la maladie, des effets que celle-ci produit sur le quotidien de l'enfant et de sa famille, des options thérapeutiques et de leur efficacité, de l'espérance de vie et de la volonté de la famille de bénéficier d'un tel accompagnement.

11.3 Comment et où les enfants décèdent en Suisse

En 2017, 460 enfants sont décédés en Suisse; plus de la moitié étaient des nouveau-nés. Outre les complications relatives à la grossesse et à l'accouchement, les malformations congénitales telles que les maladies génétiques présentant un tableau clinique complexe sont la cause de décès la plus fréquente (cf. chapitre Environnement et conditions sociales). Pour plus d'informations sur les causes de décès chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, voir le chapitre *Démographie*.

L'étude nationale *Paediatric End-of-Life CAre Needs in Switzerland* (étude *PELICAN*, 2012–2015) analyse comment et où décèdent les enfants atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie. Le but de cette étude est d'observer la prise en charge des enfants souffrant d'une maladie incurable à la fin de leur vie ainsi que celle de leur famille afin d'en tirer des recommandations quant à la meilleure façon de répondre aux besoins des enfants et de leur famille, mais aussi à ceux du personnel spécialisé qui les accompagne. Les quatre dernières semaines de vie de 149 nouveau-nés, enfants et adolescents décédés entre 2011 et 2012 ont été analysées sur la base de leur dossier médical. Les chiffres-clés sont regroupés dans le tableau suivant:

Lieu de la prise en charge et du décès des enfants avec une maladie limitant l'espérance de vie

T 11.1

	Total n=149	Néonatalogie n=57	Oncologie n=37	Neurologie n=36	Cardiologie n=19
Âge (médian) lors du décès, en année	0,5	0,0	8,4	6,0	0,5
Lieu du décès, n (%):					
Hôpital:	124 (83)	55 (96)	23 (62)	29 (81)	17 (89)
Soins intensifs	93	54	10	26	13
Domicile	25 (17)	2 (4)	14 (38)	7 (19)	2 (11)
Nombre de jours (médian) passés au domicile	0	0	24	21	8

Source: Zimmermann et al., 2018 – étude PELICAN

© Obsan 2020

Les enfants endurent non seulement des douleurs importantes mais aussi de nombreuses autres souffrances. Au cours des quatre dernières semaines de vie, un tiers des enfants a subi une intervention sous anesthésie. Durant les 24 dernières heures avant le décès, une tentative de réanimation a été pratiquée pour un enfant sur cinq. Pour quatre enfants sur cinq parmi ceux qui décèdent aux soins intensifs, la décision d'interrompre les mesures de maintien en vie a été prise.

Presque la moitié des enfants ont pu passer au moins un jour à domicile au cours des quatre dernières semaines de vie. La moitié d'entre eux étaient pris en charge par un service de soins pédiatriques à domicile (Zimmermann et al., 2018). Les besoins des enfants souffrant d'une maladie incurable et de leur famille sont complexes et comprennent une relation de confiance avec le personnel spécialisé, une communication franche et l'implication dans les prises de décision, le soulagement des douleurs de l'enfant et un accompagnement coordonné et continu qui se poursuit après le décès (Aschenbrenner, Winters, & Belknap, 2012; Melin-Johansson, Axelsson, Jonsson Grundberg, & Hallqvist, 2014; Stevenson, Achille, & Lugasi, 2013).

Les parents d'enfants décédés (n=200) interrogés dans le cadre de l'étude *PELICAN* rapportent une bonne expérience quant à la prise en charge de leur enfant et en sont satisfaits. Ils relèvent en particulier les efforts du personnel spécialisé pour soulager les souffrances et les douleurs de leur enfant. En revanche, ils regrettent le manque de continuité et de coordination dans la prise en charge. Ces deux aspects sont importants pour renforcer l'assurance des parents et la confiance dans l'accompagnement de leur enfant (Zimmermann et al., 2016).

Les membres du personnel spécialisé interrogés dans l'étude *PELICAN* (n=48) travaillent dans le domaine de la médecine, des soins, de la psychologie, de l'accompagnement spirituel et de la musicothérapie ; ils considèrent la prise en charge d'enfants mourants comme une tâche importante, qui se situe néanmoins en-dehors de leur domaine d'activité habituel essentiellement porté sur les soins curatifs. Les répondants n'ont pas effectué de formation continue spécifique en SP, mais sont régulièrement en contact avec des enfants mourants. Une grande partie du personnel spécialisé regrette de disposer de connaissances lacunaires ainsi que le manque de possibilités de formation continue et de directives pour la prise en charge d'enfants souffrant d'une maladie incurable et mourants. Beaucoup sont d'avis que des équipes spécialisées en SP pédiatriques seraient d'un précieux secours. Le personnel spécialisé souhaiterait que tant la société que le monde politique prennent davantage conscience que la mort touche aussi les enfants et que ceux-ci ont des besoins spécifiques (Bergsträsser, Cignacco, & Luck, 2017).

11.4 Mise en œuvre actuelle des soins palliatifs pédiatriques en Suisse

Mandats des programmes en cours

Contrairement à ce qui est le cas pour les adultes, la mise à disposition d'une offre de SP pour les enfants est très différente d'un canton à l'autre. Un mandat cantonal n'est délivré pour le moment que dans le canton de Vaud pour le CHUV (depuis 2005) et à Zurich pour l'hôpital universitaire pédiatrique (depuis 2008). Des offres existent en outre à St-Gall (depuis 2009), à Lucerne (depuis 2017) et à Bâle (depuis 2019). À Lausanne et

à Zurich, des postes sont consacrés aux SP pédiatriques (resp. 3,0 et 4,85 équivalents plein temps, EPT) : Ils sont entièrement financés par le canton au CHUV, alors qu'ils le sont pour moitié par des dons à l'hôpital universitaire pédiatrique de Zurich, l'autre moitié étant financée par l'hôpital pour enfants. À Lucerne, un pourcentage d'un poste (0,2 EPT) est financé par des dons et dévolu aux SP pédiatriques, plus précisément aux tâches de coordination ; d'autres membres du personnel spécialisé effectuent ce travail, à St-Gall par exemple, dans le cadre de leur mandat principal dans les secteurs spécialisés tels que la neurologie, l'oncologie et la néonatalogie.

Situation actuelle de prise en charge pour les enfants concernés et leur famille

Grâce aux offres de SP pédiatriques, un nombre croissant d'enfants et leur famille ont pu être pris en charge ces dernières années (Bergsträsser, 2019) ; les chiffres exacts à l'échelle nationale font cependant défaut. Une équipe pluridisciplinaire (soins infirmiers, médecine, psychologie, assistance sociale, etc.) est constituée pour la prise en charge, qui est en grande partie ambulatoire – à domicile ou dans une institution de soins de longue durée dans laquelle vit l'enfant. En 2018, l'association de soins pédiatriques à domicile Suisse a recensé plus de 300 familles prises en charge avec un enfant en situation palliative (Zimmermann, 2019). Une petite part des enfants est prise en charge à l'hôpital, dans le secteur spécialisé concerné par leur maladie (soins intensifs, oncologie, cardiologie, etc.).

Ces offres ne suffisent pas encore à couvrir les besoins suisses, même dans les centres existants. Le nombre d'enfants souffrant d'une maladie incurable et ayant potentiellement besoin de SP pédiatriques est estimé à 5000. Seuls 10% à peine de ces enfants et de leur famille sont pris en charge.

Formations de base et continues en soins palliatifs pédiatriques

La Suisse possède une grande expérience de terrain en matière de prise en charge d'enfants en situation palliative, mais peu de formations de base et continues formelles et spécifiques en soins palliatifs pédiatriques existent. Les SP et les SP pédiatriques font partie des études de médecine et de la formation de base des infirmiers. Dans l'ensemble des hôpitaux pour enfants de Suisse et des organisations de soins pédiatriques à domicile, on a souligné qu'un grand nombre d'infirmiers avaient terminé une formation de base en SP (Zimmermann, 2019), que certains remplissaient les conditions relatives aux soins spécialisés et que quelques infirmiers et médecins satisfaisaient à celles de soins hautement spécialisés. Du côté des médecins, une seule spécialiste en pédiatrie

possède à l'heure actuelle la qualification formelle, existante depuis 2016, qui sanctionne la formation approfondie interdisciplinaire en médecine palliative (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue, 2016).

Les offres de formations de base et continues pour les SP généraux en Suisse se sont désormais élargies. Les offres spécifiques de SP pédiatriques sont disponibles uniquement sous la forme de modules dans le cadre d'offres spécialisées (Berne et St-Gall). Pour les infirmiers en pédiatrie, deux cours sont proposés (formation de base et perfectionnement) (Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales, 2019). De manière générale, ces offres ne permettent pas de fournir des SP pédiatriques satisfaisants et spécialisés.

Remboursement des prestations

Le mode de tarification des SP en Suisse fait qu'il est difficile de facturer les prestations ambulatoires et stationnaires de manière à couvrir les coûts (Catlos, 2018). C'est en particulier le cas pour les services de consultation internes à l'hôpital, qui sont courantes en pédiatrie (Feudtner et al., 2013).

11.5 Ancrage des soins palliatifs pédiatriques en Suisse dans la politique sanitaire

Une «stratégie nationale en matière de soins palliatifs» a été mise en œuvre par la Confédération et les cantons de 2010 à 2015. Pendant cette période, de nombreuses mesures ont été prises dans le domaine des soins, du financement, de la formation, de la sensibilisation, de la recherche et du bénévolat.

Dans la deuxième phase d'application de la stratégie, on a étudié l'importance et les besoins de développement des soins palliatifs dans des groupes particulièrement vulnérables, comme les enfants et les adolescents. La Stratégie nationale en matière de soins palliatifs a été reprise par la plate-forme «Soins palliatifs». Cette plate-forme, créée par le Département fédéral de l'intérieur et coordonnée par l'OFSP, est le forum des acteurs nationaux et des autorités cantonales dans le domaine des soins palliatifs en Suisse (OFSP, 2019). Comme les SP pédiatriques ne sont pas encore fixés dans le droit suisse, la plate-forme «Soins palliatifs» cherche surtout à faciliter l'accès des enfants et des adolescents aux soins palliatifs.

Comparaison avec l'Allemagne

L'Allemagne, contrairement à la Suisse, a établi un programme de soins, ancré dans la loi, pour la prise en charge palliative de toute personne quel que soit son âge (Arbeitsgruppe Kinder & Jugendliche der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 2011). Pour la prise en charge des enfants, il existe des soins palliatifs pédiatriques ambulatoires spécialisés (*spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung*, SAPPV) qui sont prodigués par des équipes de médecins et d'infirmiers complétées, si nécessaire, par des collaborateurs des domaines psychosocial et thérapeutique. Ces équipes travaillent étroitement avec le personnel des secteurs pédiatriques spécialisés tels que cardiologie, néonatalogie, neurologie et oncologie, ainsi qu'avec les médecins de famille et les pédiatres.

Grâce à ce programme de soins, un nombre toujours croissant d'équipes SAPPV sont constituées en Allemagne et sont à la disposition de plus en plus de familles concernées. Par conséquent, selon les rapports régionaux, davantage d'enfants peuvent être pris en charge à domicile et peuvent y rester jusqu'à la fin de leur vie (Jünger & Radbruch, 2009).

11.6 Conclusions et perspectives

Le nombre d'enfants souffrant d'une maladie incurable augmente au niveau international. Partant, la prise en charge palliative prend de l'importance, dans les soins de base, mais également en médecine hautement spécialisée. En Suisse, l'accès aux offres spécialisées de soins palliatifs pédiatriques pour les familles dont un enfant est atteint d'une maladie incurable n'est pas garanti. Cela a été reconnu au niveau politique, c'est pourquoi la plateforme nationale «Soins palliatifs» a développé un paquet de mesures pour les groupes de patients vulnérables, dont font partie les enfants. Afin d'améliorer encore les soins palliatifs pour enfants, des programmes de formations de base et continues spécialisées et un financement couvrant l'ensemble des prestations sont des conditions essentielles. Il serait envisageable que les centres de SP pédiatriques se situent aux points de jonction, c'est-à-dire dans les grands hôpitaux pédiatriques et que ceux-ci soient reliés entre eux, mais aussi avec d'autres partenaires tels que les soins pédiatriques à domicile et les médecins de premier recours. Une offre de prise en charge stationnaire et ambulatoire pourrait ainsi être garantie.

11.7 Bibliographie

- Arbeitsgruppe Kinder & Jugendliche der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2011). Versorgungskonzept für eine bundesweite Umsetzung der SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (SAPPV).
- Académie Suisse des Sciences Médicales (2019). *Directives et recommandations médico-éthiques – Soins palliatifs*. Berne: ASSM.
- Aschenbrenner, A. P., Winters, J. M., & Belknap, R. A. (2012). Integrative review: parent perspectives on care of their child at the end of life. *Journal of Pediatric Nursing, 27*(5), 514–522. doi:10.1016/j.pedn.2011.07.008
- Bergsträsser, E. (2019). Jahresrückblick 2018 vom Palliative Care Team am Kinderspital. *Jahresrückblick*. Disponible sous: <https://www.kispi.uzh.ch/de/patienten-und-angehoerige/fachbereiche/palliativecare/Seiten/default.aspx#k=palliative%20care>
- Bergsträsser, E., Cignacco, E., & Luck, P. (2017). Health care Professionals' Experiences and Needs When Delivering End-of-Life Care to Children: A Qualitative Study. *Palliative Care, 10*, 1178224217724770. doi:10.1177/1178224217724770
- Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales (2019). Pädiatrische Palliative Care A2 und B1. Disponible sous: <https://www.bfgs-tg.ch/weiterbildung/palliative-care.html/6559>
- Bosch, A., Wager, J., Zernikow, B., Thalemann, R., Frenzel, H., Krude, H., & Reindl, T. (2018). Life-Limiting Conditions at a University Pediatric Tertiary Care Center: A Cross-Sectional Study. *Journal of Palliative Medicine, 21*(2), 169–176. doi:10.1089/jpm.2017.0020
- Catlos, P. (2018, 24.10.). [CHOP-Kodes der Palliative Care. Eine komplexe Angelegenheit? Paper presented at the Informationsveranstaltung zu den Tarifen der spezialisierte Palliative Care im DRG-System: Welchen Wert hat die letzte Lebensphase?, Bern].
- Craig, F., Abu-Saad Huijjer, H., Benini, F., Kuttner, L., Wood, C., Feraris, P. C., & Zernikow, B. (2008). [IMPaCCT: standards of paediatric palliative care]. *Schmerz, 22*(4), 401–408. doi:10.1007/s00482-008-0690-4
- Feudtner, C., Womer, J., Augustin, R., Remke, S., Wolfe, J., Friebert, S., & Weissman, D. (2013). Pediatric palliative care programs in children's hospitals: a cross-sectional national survey. *Pediatrics, 132*(6), 1063–1070. doi:10.1542/peds.2013-1286
- Fraser, L. K., Miller, M., Hain, R., Norman, P., Aldridge, J., McKinney, P. A., & Parslow, R. C. (2012). Rising national prevalence of life-limiting conditions in children in England. *Pediatrics, 129*(4), e923–929. doi:10.1542/peds.2011-2846
- Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (2016) Médecine palliative (palliative.ch). Disponible sous: https://www.siwf.ch/files/pdf18/palliativmedizin_version_internet_f.pdf
- Jarvis, S., Parslow, R. C., Carragher, P., Beresford, B., & Fraser, L. K. (2017). How many children and young people with life-limiting conditions are clinically unstable? A national data linkage study. *Archives of disease in childhood, 102*(2), 131–138. doi:10.1136/archdischild-2016-310800
- Jünger, S., & Radbruch, L. (2009). *Ambulante Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen*. Disponible sous: www.mags.nrw.ch
- Melin-Johansson, C., Axelsson, I., Jonsson Grundberg, M., & Hallqvist, F. (2014). When a child dies: parents' experiences of palliative care-an integrative literature review. *Journal of Pediatric Nursing, 29*(6), 660–669. doi:10.1016/j.pedn.2014.06.009
- OFSP (2019). Plateforme soins palliatifs. Disponible sous: <https://www.plateforme-soinspalliatifs.ch/home>
- Stevenson, M., Achille, M., & Lugasi, T. (2013). Pediatric palliative care in Canada and the United States: a qualitative metasummary of the needs of patients and families. *Journal of Palliative Medicine, 16*(5), 566–577. doi:10.1089/jpm.2011.0076
- Together for Short Lives (2018). *A Guide to Children's Palliative Care. Supporting babies, children and young people with life-limiting and life-threatening conditions and their families*. Disponible sous: <http://www.togetherforshortlives.org.uk/>
- Zimmermann, K. (2019). [Abfrage Ausbildungssituation Schweizer Kinderspitäler und Verband Kinder-Spitex Schweiz].
- Zimmermann, K., Bergstraesser, E., Engberg, S., Ramelet, A. S., Marfurt-Russenberger, K., Von der Weid, N., . . . Consortium, Pelican. (2016). When parents face the death of their child: a nationwide cross-sectional survey of parental perspectives on their child's end-of life care. *BMC Palliative Care, 15*(1), 30. doi:10.1186/s12904-016-0098-3
- Zimmermann, K., Cignacco, E., Engberg, S., Ramelet, A. S., von der Weid, N., Eskola, K., . . . Wernz, B. (2018). Patterns of paediatric end-of-life care: a chart review across different care settings in Switzerland. *BMC pediatrics, 18*(1), 67. doi:10.1186/s12887-018-1021-2

12 Réflexions et perspectives



Le présent rapport national sur la santé est le premier consacré aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes. Il se fonde sur un examen minutieux de faits et de chiffres concernant leur santé, les influences structurelles de leurs conditions de vie, leur comportement en matière de santé et différents aspects du système de santé. Ces informations soutiennent les efforts déployés à l'échelle nationale, mais aussi mondiale, pour promouvoir la santé et le bien-être de la population. L'Agenda 2030 de développement durable, adopté en 2015 par tous les pays membres des Nations Unies, définit comme suit son Objectif 3 :

«Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge» (ONU, 2015).

Ce principe fondamental sous-tend le présent rapport, qui est axé sur l'idée que tous les enfants, tous les adolescents et adolescentes et tous les jeunes adultes doivent bénéficier des mêmes chances de vivre en bonne santé et jouir d'un même bien-être. À l'avenir, ce postulat devra s'imposer face à l'évolution rapide de la société et de l'environnement. L'Obsan a rédigé ce rapport avec le concours d'un comité d'experts possédant de vastes connaissances théoriques et pratiques. Le présent chapitre est le fruit d'un atelier de réflexion commun.

12.1 Une grande majorité en bonne santé

Dans l'ensemble, on peut affirmer aujourd'hui que la grande majorité des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse sont en bonne santé et se portent bien. Cependant, malgré les grands progrès accomplis ces dernières décennies, notre pays enregistre toujours des disparités en matière de santé liées à l'âge, au sexe, au statut socio-économique, à l'origine migratoire et à d'autres facteurs.

Axé sur la situation nationale, le présent rapport renonce à se pencher sur les acquis qui vont de soi dans notre pays. En Suisse, il est par exemple normal que l'assurance-maladie soit inscrite dans la loi et obligatoire pour toute la population. De même, l'accès à l'eau potable, à l'alimentation et à la formation est pour ainsi dire illimité, tandis que la mortalité maternelle et infantile est faible. Lorsque nous considérons ci-après la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes d'un œil critique, nous le faisons en gardant ces grands acquis en mémoire. Ceux-ci ne doivent pas être considérés comme allant de soi.

12.2 Inégalités en matière de santé – un problème transversal

Le rapport national sur la santé considère l'inégalité des chances en matière de santé comme un problème transversal : il l'aborde en commençant par les facteurs qui influencent la santé et le bien-être en général (chapitre Environnement et conditions sociales), puis poursuit l'exploration jusqu'aux conditions qui déterminent l'accès au système de santé (chapitre Soins de santé).

Divers chapitres décrivent des enfants soumis à de lourdes contraintes familiales en termes de santé et de chances dans la vie. Certains enfants et adolescents procurent des soins ou un soutien à des proches, un rôle qui peut assombrir leurs propres perspectives en matière de santé. Au sein de la famille, un faible niveau d'éducation, la pauvreté, l'absence de travail ou des conditions de travail précaires et, en particulier, l'expérience de la migration, constituent d'autres risques pour la santé.

Les perspectives de santé des enfants et des adolescents sont souvent grevées par plusieurs facteurs à la fois. Les familles pauvres vivent par exemple souvent dans des conditions défavorables (manque d'espace) : en 2015, 83,5% des ménages pauvres et 57,1% des ménages formés par des personnes en situation précaire ne disposaient pas d'un logement adéquat (chapitre Environnement et conditions sociales).

Avoir connu la violence doit également être considéré comme une contrainte portant à conséquence. Or, 10% des adolescents et 18% des adolescentes (âgés de 15 à 16 ans) ont subi des violences de la part de leurs parents au cours de l'année de l'enquête. Selon des données récentes, 6,9% des jeunes filles de 11 à 15 ans et 5,8% des garçons du même âge font l'objet de harcèlement par des tiers plusieurs fois par mois, voire plusieurs fois par semaine (chapitre Environnement et conditions sociales). Pour ce qui est de la cyberintimidation ou du cyberharcèlement, environ un quart des adolescents, tous sexes confondus, déclarent avoir été «démolis» sur internet et 16% ont déjà été visés par des commentaires erronés ou injurieux en ligne (chapitre Médias numériques : chances et risques pour la santé).

Outre les facteurs qui ont une action directe sur la santé, le système de santé exerce également une influence sur l'égalité des chances en matière de santé et de bien-être : l'accès de certains groupes de population immigrés aux mesures de promotion de la santé est partiellement insuffisant (chapitre Promotion de la santé et prévention). Les visites médicales scolaires, là où elles existent, ont en revanche un effet compensatoire : elles permettent de rattraper les contrôles et les vaccinations que les enfants n'ont pas reçus durant leurs premières années. Les déficits de l'offre psychothérapeutique destinée aux enfants constituent un problème qui touche principalement les familles vivant dans des conditions socio-économiques modestes (chapitre Soins de santé).

12.3 Manque de données sur l'état de santé et les soins de santé

Les informations sur l'état de santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse sont actuellement lacunaires. Les données sur l'influence de facteurs structurels et comportementaux, sur les stades de développement durant la croissance ou sur la présence de handicaps font presque entièrement défaut. Les données disponibles sont de manière générale incomplètes et très hétérogènes. Quelques registres médicaux établis de longue date, des études représentatives ou le dépistage néonatal fournissent des données de qualité sur la fréquence, l'évolution et le traitement de certaines maladies ou risques de santé. Pour le reste, les données disponibles se limitent souvent à quelques régions ou à quelques groupes cibles et ne sont pas réparties selon les facteurs d'influence tels que la formation ou le revenu des parents. Certaines données sont d'ailleurs inaccessibles ou payantes pour les chercheurs. Enfin, des données sur les risques de santé liés au comportement existent pour les 11 à 25 ans; elles sont beaucoup plus rares pour les classes d'âge plus jeunes.

Les données concernant les soins de santé sont tout aussi insuffisantes: dans le domaine des soins curatifs, des données font défaut sur les capacités de traitement dans les hôpitaux, sur la psychothérapie assurée par des psychologues (densité de l'offre et recours aux soins) et sur la consommation de médicaments. Pour ce qui est du recours aux moyens de prévention, les données ne portent guère que sur le taux de vaccination. De même, la Suisse manque de chiffres sur les contrôles pendant la grossesse ou les examens préventifs en pédiatrie. Les données souffrent également de lacunes concernant les prestations régies et financées au niveau cantonal ou communal (services de santé scolaires, pédagogie spécialisée, consultations parents-enfants; voir chapitre Soins de santé).

Si l'on veut disposer dans le domaine de la santé de rapports fondés sur des données objectives et susceptibles d'être utilisés comme instruments de gestion, il n'y a pas d'alternative à l'utilisation de données sur la population. Les responsables politiques doivent décider, en mettant en balance différents facteurs, sur quels segments de la population il faut se concentrer et quelles données doivent être complétées en priorité (Viergever et al., 2010).

12.4 Avènement d'une politique de la santé et des soins adaptée aux enfants

La Suisse ne possède pas de stratégie en matière de santé spécialement axée sur les enfants et les adolescents. Depuis quelques années, les milieux politiques se préoccupent davantage de la santé de ce groupe de population. La signature, par la Suisse, de la Convention relative aux droits de l'enfant (1997), le rapport stratégique Pour une politique suisse de l'enfance et de la jeunesse (2008), l'entrée en vigueur de la loi sur l'encouragement de l'enfance et de la jeunesse (LEEJ, 2013) et l'élaboration d'une législation sur la protection de l'enfant et de l'adulte (2013) constituent d'importantes avancées politiques. La nouvelle stratégie 2020-2030 du Conseil fédéral en matière de politique de la santé met de plus un accent particulier sur la santé des enfants et des adolescents (axe 4.2, page 20):

«Promotion de la santé chez les enfants et les adolescents. Commencer sa vie en bonne santé est une condition déterminante pour continuer sur cette même lancée à l'âge adulte. La Confédération, les cantons et tous les établissements d'éducation et de formation d'enfants et d'adolescents sont appelés à développer des mesures permettant d'utiliser les potentiels encore inexploités lors de la grossesse, de la petite enfance, au jardin d'enfants, à l'école et dans la transition vers la vie professionnelle, et ce pour tous les groupes socio-économiques. Les maladies psychiques doivent bénéficier d'une attention particulière.»

La Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, ratifiée en 1997 par la Suisse, confère à chaque enfant différents droits: le droit à la liberté d'expression, le droit de jouir du meilleur état de santé possible, le droit à l'éducation, mais aussi le droit au repos et aux loisirs et le droit de jouer. Les enfants doivent aussi être protégés contre toute forme de violence. Aux dires des spécialistes interrogés lors d'un sondage réalisé dans le cadre du présent rapport (voir chapitre Environnement et conditions sociales), la Suisse est sur la bonne voie dans ce domaine.

En ce qui concerne les soins de santé, il convient de reconnaître avant tout qu'il y a en Suisse une offre très riche et (hautement) spécialisée pour assurer la prévention, le dépistage, le traitement et la réadaptation chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. On tend souvent à sous-estimer les excellentes prestations du dépistage néonatal suisse, qui, par le dépistage systématique de maladies curables, prévient des problèmes susceptibles de surgir plus tard.

En Suisse, les programmes de promotion de la santé font généralement l'objet d'adaptations dans chaque canton et pour certaines régions. Cela permet de tenir compte des besoins locaux. Mais quand les objectifs et les priorités varient, on arrive parfois à une certaine inégalité de l'offre. Les transferts de savoir, également, peuvent en souffrir. Pour que tous bénéficient des meilleures pratiques, il faut rechercher activement la mise en réseau, les transferts de connaissances et la coordination.

La garantie de soins pédiatriques en cabinet médical, la fourniture de soins psychiatriques et psychothérapeutiques et les passages vers la médecine de l'adulte souffrent de lacunes. Celles-ci lèsent certains groupes de la population, comme les migrantes et les migrants. Le domaine des soins palliatifs rencontre également des problèmes qui exigeraient d'adapter au mieux le système aux besoins existants.

12.5 Environnement physique et social: futurs défis

L'un des grands changements qui ont marqué ces dernières décennies réside dans l'évolution de la structure familiale: depuis les années 1970, le nombre de familles monoparentales a doublé. Les familles recomposées et de nouvelles formes de cohabitation sont appelées à se multiplier à l'avenir. La majorité des enfants de moins de six ans domiciliés en Suisse vivent dans une famille issue de la migration. Au vu de ces diverses mutations, la promotion de la santé durant l'enfance ne peut pas se contenter de cibler la santé individuelle, mais doit également viser à renforcer les ressources au sein de la famille et des autres milieux que fréquente l'enfant (en particulier l'école).

Les enfants, les adolescents et les jeunes adultes sont confrontés aujourd'hui à de nouveaux changements de leur environnement physique et social. Faute de données suffisantes, tous n'ont pas pu être recensés ici. Mentionnons par exemple l'impact du changement climatique sur la santé ou la dissémination dans l'environnement de substances chimiques cancérigènes, mutagènes ou capables de perturber le système endocrinien. Le monde de la consommation n'est pas non plus en reste: les substituts nicotiques et les nouvelles substances psychoactives jouent un rôle considérable. L'impact que les médias numériques auront sur la santé suscite également beaucoup de questions, auxquelles une étude spécifique a été consacrée dans le présent rapport national sur la santé (Bernath et al., 2020).

Certains des défis à venir pourront être bien maîtrisés si les compétences de la population en matière de santé sont élevées – en particulier si la population est capable de comprendre et d'utiliser les informations sur la santé. Les résultats d'une étude (Bieri et al., 2016) indiquent que la moitié environ des 15 à 25 ans vivant en Suisse possèdent des compétences suffisantes à excellentes en matière de santé, tandis que ces compétences s'avèrent problématiques ou insuffisantes chez l'autre moitié des jeunes.

12.6 Actions recommandées

Les jeunes, les adolescents et les jeunes adultes sont l'avenir de notre société. Leur santé, les risques qu'ils courent et leurs chances en matière de santé se répercutent jusqu'à un âge avancé voire, comme l'ont révélé des travaux récents, sur la génération suivante: certains états de santé et certains comportements (l'obésité et le tabagisme, p.ex.) exercent une influence sur la prochaine génération (Johannessen et al., 2019; Arshad, et al., 2017; Fernandez-Twinn et al., 2015). Éviter que les enfants, les adolescents et les jeunes adultes tombent malades ou aient des accidents en réduisant les risques de santé permet en outre de réaliser d'importantes économies (Bundy et al., 2018). Au vu de ces réflexions, les recommandations ci-après devraient sous-tendre les décisions concrètes dans le domaine politique.

1. Produire des données objectives – créer des bases de données

Une politique fondée sur des données objectives «doit faire appel à des connaissances empiriques, argumentées et acquises de manière systématique» (Balthasar et al., 2010). Les recommandations ci-après peuvent contribuer à améliorer les connaissances et, ainsi, à prendre des décisions fondées sur des données objectives:

- Recueillir des données épidémiologiques sur les enfants (facteurs de risques, état de santé) jusqu'à leur dixième anniversaire, à intervalles réguliers et à l'échelle de la Suisse. Un monitoring des principaux facteurs et résultats pertinents en matière de santé publique est essentiel car la santé à l'âge adulte dépend dans une large mesure de la santé dans l'enfance. Les données collectées permettent également de mieux explorer empiriquement les rapports entre la santé et d'autres secteurs de la société (éducation, questions sociales, etc.). Une approche globale aidera à identifier les domaines où de nouvelles données sont nécessaires.
- Examiner les projets de recherche sur les enfants, les adolescents et les jeunes adultes pour savoir si la Suisse est à même de fournir à elle seule des données pertinentes. Au besoin, là où c'est utile, continuer à soutenir les chercheurs pour leur permettre de mener des travaux en collaboration avec d'autres pays européens et de travailler en particulier avec les registres européens existants.
- Outre la production générale et régulière de données statistiques et épidémiologiques, il convient de procéder à des études particulières aux fins de combler certaines lacunes, lorsque c'est utile pour organiser l'offre de soins destinés aux enfants et aux adolescents. On voudrait notamment en savoir davantage sur la prise de médicaments et sur l'offre et la demande de traitements psychothérapeutiques (voir chapitre Soins de santé).

- Exiger et soutenir l'évaluation des projets de prévention et de promotion de la santé et des mesures prises dans le domaine des soins de santé. Il importe d'étudier scientifiquement l'utilité pour la société des activités de prévention destinées aux enfants et aux adolescents.

2. Préparer l'avenir

Recueillies de manière classique (voir point 1), les données fournissent des informations sur le passé et, au mieux, sur le présent. Le cadre de vie des jeunes générations évolue toutefois si vite, que cela ne suffit pas. Il importe aussi d'envisager l'avenir de manière régulière et systématique, afin d'élaborer des stratégies. Nous recommandons de planifier soigneusement ce travail prospectif, en prenant par exemple les mesures suivantes :

- Charger un organisme («Recherches sur l'avenir de l'enfance») de présenter régulièrement un rapport sur les nouvelles tendances en matière de santé et de bien-être des enfants et des jeunes, sur les défis à venir et sur l'évaluation des chances et des risques. Ce travail pourrait le cas échéant être mené en collaboration avec la Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (voir point 6).
- Élaborer ces rapports en appliquant une approche multisectorielle (Obsan, 2009 et 2015) afin de formuler également des recommandations de santé destinées à des domaines politiques non médicaux. L'avenir de la santé de la population doit tenir compte de l'évolution de son environnement social et physique, notamment du monde numérique.

3. Instaurer l'égalité des chances – leave no one behind

La Suisse a réuni un maximum de conditions pour garantir aux enfants les meilleures chances de vivre longtemps et en bonne santé, et pour leur garantir l'accès au système de soins. On peut supposer qu'elle poursuivra ces efforts et qu'elle veillera à préserver les liens établis avec les domaines politiques directement concernés («la santé dans toutes les politiques»). Les mesures complémentaires ci-après pourraient s'avérer utiles :

- Laisser les enfants, les adolescents et les jeunes adultes donner leur avis sur l'élaboration de nouveaux processus et structures (participation).
- Poursuivre l'extension et la mise en réseau des activités d'encouragement précoce dans toute la Suisse. Beaucoup de cantons et de communes n'utilisent pas encore assez ce moyen destiné à améliorer l'égalité des chances.
- Faciliter l'accès au système de santé pour les groupes défavorisés, comme les mères et les enfants issus de la migration et les personnes souffrant de désavantages multiples.

- Faire en sorte que tous les groupes de population, même défavorisés, grandissent dans un environnement favorable à la santé. Encourager la mobilité chez les enfants et les adolescents n'a de sens que si l'environnement dans lequel ils vivent permet cette mobilité et incite à la mobilité.
- Élargir la promotion de l'égalité des chances à des inégalités autres que celles liées au sexe, à l'origine migratoire et aux disparités socio-économiques. À cet effet, il serait utile de disposer de nouveaux résultats de recherche. Des résultats de travaux concernant les enfants et les adolescents d'un parent malade, par exemple, n'existent que depuis peu.

4. Promouvoir la santé psychique

Des indices montrent que la santé psychique des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse évolue. Les troubles psychoaffectifs et les symptômes dépressifs semblent se multiplier, et l'usage inapproprié des médias numériques pourrait avoir des effets sur la qualité du sommeil. Mais ces indices s'appuient encore sur des données insuffisantes. Voici nos propositions :

- Étudier de plus près le bien-être et la santé psychique des enfants, des adolescents et des jeunes adultes (y facteurs de risque et facteurs de protection). Des données récentes sur certains troubles spécifiques font totalement défaut et la pertinence des données sur l'instabilité psychique varie beaucoup selon les classes d'âge.
- Promouvoir dès l'enfance, mais aussi chez les parents, l'acquisition de compétences dans le domaine de la santé, de la vie, des médias et des risques. Les parents, par exemple, devraient prêter attention à la consommation de médias chez leurs enfants en âge préscolaire et être toujours conscients du rôle de modèle qui leur incombe.

5. Garantir les soins et coordonner le système de santé

Assurer la coordination du système de santé est un gros défi dans notre Etat fédéral. De plus, le système de santé n'est pas en mesure d'assumer seul la tâche de maintenir les enfants, les adolescents et les jeunes adultes en bonne santé. L'intervention d'autres systèmes est indispensable, notamment le système scolaire, le système social et les systèmes d'aménagement de l'environnement et du territoire.

Les propositions ci-après, visant à assurer les prestations et la coordination au sein du système de santé et au-delà, sont de nature à contribuer à la bonne santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes :

- Garantir les soins de base en pédiatrie et en médecine de l'adolescent et une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique appropriée.

- Instaurer des échanges réguliers, sur le thème de l'enfance et de la jeunesse, entre des personnes du système de santé, en particulier des personnes chargées de la prévention et de la promotion de la santé, et des représentants d'autres domaines d'activité politique.
- Renforcer l'approche multisectorielle, salutogénique et systémique, et mettre l'accent sur l'égalité des chances dans la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.
- Suivre les parcours thérapeutiques des enfants, des adolescents et des jeunes adultes afin d'identifier le manque de coordination et d'y remédier. Faute de capacités suffisantes dans les services ou cliniques psychiatriques pour enfants et adolescents, il arrive que des adolescents soient placés dans les services pour adultes, alors que ce n'est pas optimal.
- Axer la planification et les soins de santé sur les phases de transition enfance – adolescence – âge adulte, et répartir les compétences avec souplesse pour éviter que les patientes et les patients ne passent à travers les mailles du filet au moment de ces transitions (en créant par exemple des services spécialisés en psychiatrie de l'adolescence).

6. Réglementer là où c'est nécessaire

Ces vingt dernières années, la Suisse a accompli d'énormes progrès dans le domaine des réglementations destinées à garantir aux enfants et aux adolescents la protection dont ils ont besoin et à laquelle ils ont droit. Malgré cela, la protection de l'enfant et de l'adolescent est parfois moins bien ancrée dans notre pays qu'ailleurs en Europe – par exemple, la consommation des produits du tabac est moins réglementée en Suisse que dans plusieurs autres pays européens (Jossens & Raw, 2018). Les propositions ci-après mériteraient d'être envisagées :

- Accélérer la mise en application des éléments des droits de l'enfant qui sont encore en suspens.
- Suivre avec attention les évolutions et les (nouveaux) comportements susceptibles de nuire à la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Édicter au besoin une réglementation dans le cadre d'une coopération multisectorielle.
- Mettre en place une collaboration plus étroite entre le secteur de la santé et la Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse, afin de faciliter les échanges d'information extraparlimentaires dans ce domaine. Aux termes de l'article 22 de la loi sur l'encouragement de l'enfance et de la jeunesse (LEEJ), cette commission a pour tâche d'observer la situation, de sensibiliser l'opinion publique et de conseiller le Conseil fédéral. Elle peut proposer des mesures.

12.7 Conclusion

Le présent rapport sur la santé vise à informer les responsables politiques et le grand public sur la santé, la maladie, les déterminants de la santé et les soins de santé chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Il interprète à cet effet des études et des données issues de différentes sources. L'objectif est de produire une base de décision fondée sur des données objectives, propre à faciliter à court et à long terme la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.

Le rapport brosse dans l'ensemble un tableau réjouissant. Les actions à entreprendre consistent surtout à combler certaines lacunes dans les données et à acquérir davantage de connaissances afin de pouvoir évaluer rapidement la situation sur des questions spécifiques et prendre des décisions rationnelles. Il faut observer et analyser avec précision et assez tôt les changements en cours si l'on veut identifier les défis actuels pour la santé des jeunes générations et prendre les mesures qui s'imposent. Assurer la santé des jeunes ne va pas sans l'engagement soutenu et la coopération de tous les secteurs de l'activité politique.

12.8 Bibliographie

- Arshad, S. H., Karmaus, W., Zhang, H., & Holloway, J. W. (2017). Multigenerational cohorts in patients with asthma and allergy. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 139(2), 415–421. doi: 10.1016/j.jaci.2016.12.002
- Balthasar, A., Müller, F., & Maisenbacher, J. (2010). La définition des politiques dans les cantons suisses se fonde-t-elle sur des données probantes et prend-elle en compte les aspects liés au genre? *Sécurité sociale CHSS*, 6, 305–309.
- Bernath, J., Waller, G. & Meidert, U. (2020). *ADELE+. Der Medienumgang von Kindern im Vorschulalter (4–6 Jahre) – Chancen und Risiken für die Gesundheit* (Obsan Bericht 03/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bieri, U., Kocher, J., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., ... Frind, A. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»- Schlussbericht - Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien*. (Un résumé de cette publication existe en français.) Berne: Office fédéral de la santé publique,.
- Bundy, D. A. P., de Silva, N., Horton, S., Patton, G. C., Schultz, L., Jamison, D. T., & for the Disease Control Priorities-3 Child and Adolescent Health and Development Authors Group (2018). Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities, 3rd Edition. *The Lancet*, 391(10121), 687–699. doi:10.1016/S0140-6736(17)32417-0
- Fernandez-Twinn, D. S., Constância, M., & Ozanne, S. E. (2015). Intergenerational epigenetic inheritance in models of developmental programming of adult disease. *Seminars in cell & developmental biology*, 43, 85–95. doi: 10.1016/j.semcdb.2015.06.006
- Johannessen, A., Lønnebotn, M., Calciano, L., Benediktsdóttir, B., Jacobsen Bertelsen, R., Bråbäck, L., ... Svanes, C. (2020). Being overweight in childhood, puberty, or early adulthood: Changing asthma risk in the next generation? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 145(3), 791–799.
- Joossens, L. & Raw, M. (2016). The Tobacco Control Scale 2016 in Europe, A Report of European Cancer Ligues. <https://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2017/03/TCS-2016-in-Europe-COMplete-LoRes.pdf> (consulté le 22.11.2019).
- Nations Unies, Résolution A/RES/70/1 adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. Pour le détail des objectifs, voir: <https://www.eda.admin.ch/agenda2030/fr/home/agenda-2030/die-17-ziele-fuer-eine-nachhaltige-entwicklung/ziel-3--ein-gesundes-leben-fuer-alle-menschen-jeden-alters-gewae.html> (consulté le 19.10.2019).
- Obsan, Meyer, K. (éd.). (2008). *La santé en Suisse – Résumé. Rapport national sur la santé 2008*. Berne: Verlag Hans Huber.
- Obsan (éd.). (2015). *La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015*. Berne: éditions Hogrefe.
- Viergever, R.F., Olifson, S., Ghaffar, A., & Terry, R.F. (2010). A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems*, 8, 36. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-36>

Abréviations

AFP	Attestation fédérale de formation professionnelle
AI	Assurance-invalidité
AJI	Arthrite juvénile idiopathique
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASCPE	Association suisse des consultations parents-enfants
ATC	Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (classification des médicaments).
BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population
bpa	Bureau de prévention des accidents
CBD	Cannabidiol
CDS	Conférence suisse des directeurs de la santé
CFV	Commission fédérale pour les vaccinations
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CIM-11	Classification internationale des maladies, 11 ^e révision
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
COCON	Enquête suisse sur les enfants et les jeunes
COMA	Crainte obsessionnelle de manquer à l'appel
CoRoLAR	Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks
CSIAS	Conférence suisse des institutions d'aide sociale
DALY	Disability Adjusted Life Years (espérance de vie corrigée de l'incapacité)
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^e édition
DT	Diptérie-Tétanos
EPT	Équivalent plein temps
ESPOP	Statistique de l'état annuel de la population
ESS	Enquête suisse sur la santé
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Fédération des médecins suisses)
HBSC	Étude Health Behaviour in School-aged Children
Hib	Haemophilus influenzae de type b
HPV	Les papillomavirus humains
IMC	Intermediate Care Station
KiGGS	Étude sur la santé des enfants et adolescents en Allemagne
LEEJ	Loi sur l'encouragement de l'enfance et de la jeunesse
LPsy	Loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie (Loi sur les professions de la psychologie)
MDS	Monitrice/moniteur dentaire scolaire
MEVE	Méningo-encéphalite verno-estivale

MICI	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
MNT	Maladies chroniques non transmissibles
NCD	Non-communicable disease (maladies non transmissibles)
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFEV	Office fédéral de l'environnement
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPAS	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins)
OSAV	Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires
OTC	over-the-counter (médicaments en vente libre)
PAS	Pyramide alimentaire suisse
PDS	Prévention dans le domaine des soins (PDS)
PELICAN	Paediatric End-of-Life CAre Needs
Per	Pertussis (coqueluche)
Polio	Poliomyélite
PSA	Données des patients ambulatoires des hôpitaux (Statistique de l'OFS)
PsyReg	Registre des professions de la psychologie
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
SAPPV	Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (soins palliatifs pédiatriques ambulatoires spécialisés)
SCARPOL	Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with Respect to Air Pollution, Climate and Pollen
SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire
SECO	Secrétariat d'État à l'économie
SIBDCS	Swiss inflammatory bowel diseases cohort study
SILC	Enquête sur les revenus et les conditions de vie
SMA	Amyotrophies musculaires spinales
SNN	Swiss Neonatal Network
SNVCS	Swiss National Vaccination Coverage Survey
SOPHYA	Swiss children's Objectively measured Physical Activity
SP	Soins palliatifs
SPLASHY	Swiss Preschooler's Health Study
SSN	Société Suisse de Nutrition
SSP	Société suisse de Pédiatrie
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
STATPOP	Statistique de la population et des ménages

SWIFS	Swiss Infant Feeding Study
SwissNeoNet	Swiss Neonatal Network
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité
THC	Tetrahydrocannabinol
TREE	Étude Transitions de l'école à l'emploi
TSH	Thyréostimuline (thyroid-stimulating hormone)
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
YLD	Years Lived with Disability (années vécues avec un handicap)
YLL	Years of Life Lost (années de vie perdues)
ZESCAP	Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology

Éditeur: Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel

Claudio Peter, Monika Diebold, Marina Delgrande Jordan, Julia Dratva, Ilona Kickbusch, Susanne Stronski

L'éditeur, en collaboration avec les auteurs et les rédacteurs, s'est efforcé de veiller à ce que toutes les informations contenues dans ce livre (programmes, procédures, quantités, posologie, applications, liens internet, etc.) correspondent à l'état actuel des connaissances au moment de la finalisation de ce livre tant dans sa version imprimée que digitale.

Malgré une préparation minutieuse des manuscrits et la correction de la composition et des produits numériques, des erreurs ne peuvent être totalement exclues. En conséquence, les auteurs ou éditeurs ne peuvent en être tenus responsables de quelque manière que ce soit et n'assument aucune responsabilité indirecte qui découlerait de l'utilisation des informations contenues dans le livre ou des parties de celui-ci.

Les noms commerciaux protégés (marques déposées) ne sont pas spécialement signalés. L'absence d'un tel marquage ne signifie pas qu'il s'agit d'un nom de libre-échange.

Information bibliographique de la Deutsche Nationalbibliothek (bibliothèque nationale allemande)

La Deutsche Nationalbibliothek a répertorié cette publication dans la Deutsche Nationalbibliografie; les données bibliographiques détaillées peuvent être consultées sur internet à l'adresse <http://dnb.dnb.de>

Ce document et toutes ses parties sont protégés par copyright. Toute utilisation au-delà des limites étroites du droit d'auteur est irrecevable et punissable sans autorisation de l'éditeur. C'est particulièrement valable pour les copies et les reproductions à des fins d'enseignement, les traductions, le micro-filmage ainsi que la sauvegarde ou le traitement dans des systèmes électroniques.

Référence bibliographique: Observatoire suisse de la santé (2020). La santé en Suisse 2020. Enfants, adolescents et jeunes adultes. Rapport national sur la santé 2020. Bern: Hogrefe Verlag.

Renseignements et informations:

Hogrefe AG

Bureau éditorial Hogrefe: Susanne Ristea

Länggass-Strasse 76

3012 Berne

Suisse

Tél. +41 31 300 45 00

info@hogrefe.ch

www.hogrefe.ch

Rédacteur: Kopfwerken GmbH – Marianne Ulmi

Correction d'épreuves: Bettina Hahnloser Kommunikation

Graphiques et mise en page: Office fédéral de la statistique (OFS), section DIAM, Prepress / Print

Traduction: Services linguistiques de l'OFS

Source du motif de l'image: MelkiN/Stocksy, AdobeStock

Production: Daniel Berger

Image page de titre: Claude Borer, Riehen

Traitement de l'impression et de la reliure: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

Imprimé en Allemagne

1^{re} édition 2020

© 2020 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96105-7)

ISBN 978-3-456-86105-0

<http://doi.org/10.1024/86105-000>