

# Trente ans d'évolution de la santé des adolescents : tendances, changements et défis

Collection  
*Avis et Rapports*

Rapport

23 septembre 2025

## **Trente ans d'évolution de la santé des adolescents : tendances, changements et défis**

### **Rapport du Haut Conseil de la santé publique**

Dans ce rapport le HCSP constate que la dégradation de la santé physique et mentale des adolescents depuis 30 ans est parallèle à la dégradation de leur condition physique, de leur sommeil, de l'augmentation de leur sédentarité (à mettre en lien avec l'explosion du temps passé devant les écrans) et d'une alimentation qui fait une place grandissante aux aliments ultra transformés et à la restauration rapide.

L'environnement joue un rôle important dans cette évolution avec la succession des crises sanitaires, sociales et politiques et le changement climatique. Elle est exacerbée par les inégalités sociales et territoriales.

Les politiques de santé peinent à anticiper et à répondre aux défis spécifiques concernant les adolescents. Le HCSP met cependant en évidence certaines évolutions favorables qui attestent de l'efficacité des politiques publiques : la mortalité par accident et suicide a diminué, la consommation de tabac et de drogues a diminué, de même que les grossesses précoces. La pratique sportive a augmenté, l'engagement des adolescents pour le climat s'est développé.

Pour enrayer l'évolution défavorable de la santé des adolescents et prévenir l'explosion de maladies chroniques qui surviennent de plus en plus jeune, il est urgent de concevoir une stratégie centrée sur les adolescents et construite avec eux, qui s'articule avec les politiques qui concernent les enfants. Cette stratégie doit être holistique, intersectorielle et prendre en considération les différents temps de vie des adolescents sur les 24 h pour leur offrir un environnement favorable au développement optimal de leur santé en impliquant toutes les parties prenantes (École, loisirs, famille) à commencer par les adolescents eux-mêmes.

## RAPPORT

### Trente ans d'évolution de la santé des adolescents : tendances, changements et défis

23 septembre 2025

#### Table des matières

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introduction.....                                                                       | 6  |
| 1.1 Définitions .....                                                                      | 6  |
| 1.2 Contexte.....                                                                          | 6  |
| 1.3 Méthodologie.....                                                                      | 7  |
| 2. Approche socio-anthropologique de l'adolescence.....                                    | 8  |
| 3. Évolution des indicateurs démographiques en France entre 1990 et 2019.....              | 10 |
| 3.1 Mortalité .....                                                                        | 11 |
| 3.2 Morbidité .....                                                                        | 16 |
| 4. Santé mentale .....                                                                     | 21 |
| 4.1 Définition .....                                                                       | 21 |
| 4.2 Le bien-être mental des adolescents .....                                              | 21 |
| 4.3 La santé mentale positive .....                                                        | 22 |
| 4.4 Une dégradation de la santé mentale en France depuis 30 ans .....                      | 23 |
| 4.5 Comparaisons internationales .....                                                     | 24 |
| 4.6 Déterminants individuels de la santé mentale des adolescents.....                      | 24 |
| 4.7 Le regard des pouvoirs publics et des chercheurs sur la santé mentale des jeunes ..... | 25 |
| 4.8 Les politiques publiques en faveur de la santé mentale des adolescents .....           | 25 |
| 4.9 Repérage et prévention des troubles de la santé mentale.....                           | 26 |
| 5. Consommation de substances psychoactives .....                                          | 28 |
| 5.1 Alcool.....                                                                            | 30 |

|      |                                                                                                                       |     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.2  | Tabac .....                                                                                                           | 30  |
| 5.3  | E-Cigarette .....                                                                                                     | 30  |
| 5.4  | Cannabis.....                                                                                                         | 31  |
| 5.5  | Autres substances .....                                                                                               | 31  |
| 5.6  | Conclusions et perspectives.....                                                                                      | 32  |
| 6.   | Croissance, maturation et santé physique .....                                                                        | 33  |
| 6.1  | Stature et masse corporelle .....                                                                                     | 33  |
| 6.2  | Corpulence .....                                                                                                      | 35  |
| 6.3  | Âge de la puberté .....                                                                                               | 41  |
| 6.4  | Santé physique (motricité – handicap) .....                                                                           | 42  |
| 7.   | Éducation, socialisation et construction identitaire.....                                                             | 49  |
| 7.1  | Socialisation des adolescents : une autonomisation en question. ....                                                  | 49  |
| 7.2  | La santé sexuelle des adolescents.....                                                                                | 51  |
| 7.3  | Violence / harcèlement .....                                                                                          | 64  |
| 8.   | Évolution du mode de vie des adolescents depuis 30 ans (comportements, activité physique, sédentarité, sommeil) ..... | 86  |
| 8.1  | Généralités .....                                                                                                     | 86  |
| 8.2  | Activité physique .....                                                                                               | 87  |
| 8.3  | Comportements sédentaires.....                                                                                        | 96  |
| 8.4  | Sommeil.....                                                                                                          | 103 |
| 8.5  | Évolution des différents comportements : activité physique, sédentarité et sommeil .                                  | 111 |
| 9.   | Comportements et habitudes alimentaires.....                                                                          | 113 |
| 9.1  | Apports alimentaires.....                                                                                             | 113 |
| 9.2  | Habitudes alimentaires .....                                                                                          | 118 |
| 9.3  | Comportement alimentaire .....                                                                                        | 121 |
| 10.  | Évolution de l'environnement des adolescents.....                                                                     | 122 |
| 10.1 | Évènements des 30 dernières années .....                                                                              | 122 |
| 10.2 | Un environnement relationnel qui évolue .....                                                                         | 123 |
| 10.3 | Environnement éducatif .....                                                                                          | 127 |
| 10.4 | Transition écologique .....                                                                                           | 131 |
| 10.5 | Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) .....                                                            | 133 |
| 10.6 | Grandir dans une période de polycrise ? .....                                                                         | 134 |
| 11.  | Les adolescents dans les politiques de santé et de prévention.....                                                    | 136 |

|      |                                                                                                                                       |     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 11.1 | Évolution de l'intérêt porté à la santé de l'adolescent au travers de l'évolution des publications scientifiques internationales..... | 136 |
| 11.2 | Place de l'adolescent dans les politiques de santé .....                                                                              | 137 |
| 12.  | Synthèse des évolutions en 30 ans.....                                                                                                | 141 |
| 13.  | Synthèse des recommandations .....                                                                                                    | 146 |
|      | Références.....                                                                                                                       | 148 |
|      | Liste des figures .....                                                                                                               | 174 |
|      | Liste des tableaux .....                                                                                                              | 177 |
|      | Annexes.....                                                                                                                          | 178 |
|      | Annexe 1- Autosaisine.....                                                                                                            | 178 |
|      | Annexe 2 - Composition du groupe de travail de 2022 à 2025.....                                                                       | 180 |
|      | Annexe 3 - Liste des personnes ou organismes auditionnés ou sollicités .....                                                          | 181 |
|      | Annexe 4- Évaluation de la santé mentale des adolescents.....                                                                         | 182 |
|      | Annexe 5- Décrets et lois concernant l'adolescent.....                                                                                | 185 |

## Résumé du rapport

### Contexte

Face aux bouleversements majeurs de notre époque — numérique, pandémies, polycrises— le HCSP a souhaité explorer, dans une auto-saisine, comment ces transformations influencent la santé et le bien-être des adolescents. En s'appuyant sur des données quantitatives, qualitatives et une analyse de l'environnement, le rapport retrace ces évolutions sur trois décennies.

### Définition et approche

L'adolescence est définie comme la période de 10 à 19 ans (incluant la 20e année). Le rapport adopte une approche socio-anthropologique, considérant l'adolescence comme un âge de la vie à part entière, dont la durée s'est allongée avec l'allongement des études et les difficultés d'insertion professionnelle. C'est une phase de construction identitaire, marquée par des tensions entre autonomie et dépendance, et des risques accrus pour la santé mentale.

### Démographie

**Mortalité** : Les 10-14 ans ont le plus faible taux de mortalité. Chez les 15-19 ans, les accidents de la route et les suicides restent les principales causes de décès, bien que le taux global de mortalité ait été divisé par deux depuis 1990.

**Morbidité** : Les troubles mentaux dominent chez les 15-19 ans. Les accidents, violences et blessures involontaires ont nettement reculé. Les filles sont deux fois plus touchées par la dépression et l'anxiété.

### Santé mentale

Malgré une majorité de jeunes en bonne santé mentale, une dégradation progressive est observée depuis 30 ans, accentuée par la pandémie. Les filles sont particulièrement concernées.

### Consommation de substances

L'adolescence reste une période d'expérimentation. Depuis les années 90, la consommation de tabac et autres substances a diminué, mais l'usage de la e-cigarette progresse.

### Croissance et santé physique

La puberté débute plus tôt, surtout chez les filles, en lien avec le surpoids et l'obésité. Après une forte hausse du surpoids et de l'obésité jusqu'en 2005 particulièrement chez les jeunes issus de milieux défavorisés., les taux se sont stabilisés à un niveau important (15 % en surpoids, 3,5 % en obésité). La condition physique s'est détériorée, avec une baisse de 13 % de la capacité cardio-respiratoire,

### Éducation, socialisation et construction identitaire

Les adolescents gagnent en autonomie par étapes. Le smartphone et les technologies numériques ont bouleversé leur socialisation, avec des effets différenciés selon le genre et le milieu social. On note une polarisation des opinions, mais peu de radicalisation.

### Santé sexuelle

Les aspirations amoureuses et l'âge du premier rapport restent stables, mais l'exposition à la pornographie augmente. Les IST progressent, l'usage du préservatif diminue. La pilule est moins utilisée, alors que le recours à la contraception d'urgence augmente. Un programme ambitieux d'éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité sera enfin déployé à la rentrée 2025-2026.

### Violence et harcèlement

Le harcèlement scolaire diminue, mais le cyberharcèlement augmente, surtout envers les filles. Les violences verbales et sexuelles sont en hausse, tandis que les violences physiques et matérielles reculent. Les

violences sportives sont peu documentées en France, mais préoccupantes à l'international. Les violences intra-familiales, notamment sexuelles, sont en hausse et ont des effets durables sur la santé mentale.

### Mode de vie

**Activité physique** : En forte baisse, surtout chez les 15-18 ans. Depuis longtemps, la France est mal classée (119e sur 146 pays). Les filles sont les plus touchées.

**Temps d'écran** : En forte hausse, passant de 2h/jour dans les années 90 à 5h en 2016. Seuls 20 % des adolescents respectent les seuils recommandés.

**Sommeil** : Durée insuffisante et en baisse, surtout chez les 15-19 ans. La dette de sommeil augmente, avec des troubles fréquents.

**Alimentation** : Moins de fruits et légumes, plus de snacks et boissons sucrées. De nombreux adolescents suivent des régimes.

### Relations et environnement

Le sentiment de solitude progresse, surtout chez les filles. Le sport et la culture restent des espaces clés de socialisation, marqués par des différences de genre. Les pratiques culturelles se digitalisent. Les résultats scolaires influencent les relations amicales.

### Environnement éducatif et climatique

L'École a connu de profondes transformations avec de nombreuses réformes, l'arrivée des technologies numériques, la perspective inclusive. Le changement climatique est une menace directe pour les adolescents, avec des impacts différenciés selon les milieux sociaux.

### Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

Les ISTS s'aggravent à l'adolescence, notamment en matière de santé mentale et de surpoids. La crise sanitaire a accentué ces inégalités et leur prise de conscience, sans les résoudre.

### Politiques de santé

La santé des adolescents est de plus en plus abordée dans les publications scientifiques, surtout en santé mentale. Toutefois, leur reconnaissance comme groupe distinct reste insuffisante dans les textes officiels. Les politiques évoluent vers une approche plus préventive et positive de l'adolescence.

En conclusion du rapport, une visualisation d'une recommandation systémique est proposée, centrée sur la santé des adolescents, les comportements qui l'impactent ainsi que les politiques publiques qui pourraient les améliorer **voir Synthèse des recommandations page 146**

## 1. Introduction

### 1.1 Définitions

Les définitions de l'enfance, de l'adolescence et des jeunes basées sur les âges dans les instances officielles internationales se recouvrent partiellement.

La Convention internationale des droits de l'enfant (1989) définit en terme juridique un enfant comme étant âgé de moins de 18 ans, à moins que la majorité ne soit atteinte plus tôt en vertu des lois applicables à l'enfant dans chaque pays [1].

L'Organisation des Nations Unies (ONU) considère que le jeune est une personne âgée de 15 à 24 ans. Cette définition est tirée des travaux d'organisation de l'Année internationale de la jeunesse (1985) [2].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'adolescence comme la période comprise entre 10 et 19 ans, tandis que la jeunesse se réfère à la période comprise entre 15 et 24 ans. Le terme composite adolescents et jeunes adultes désigne dès lors le groupe d'âge 10-24 ans [3].

En France, la « Politique en faveur de la jeunesse » interministérielle de 2021, cible les individus de 3 à 30 ans avec un focus de 6 à 24 ans [4]. Quant à l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), il s'intéresse aux 15-29 ans [5].

**Pour la clarté de nos propos, dans ce rapport, suivant les bornes de l'OMS, nous considérons l'adolescence comme la période comprise entre 10 et 19 ans (incluant la 20<sup>ème</sup> année), qui englobe dans notre pays, les années collège et lycée, avec 2 périodes : les 10-14 ans (*early adolescents - préadolescent*) qui font aussi partie de la catégorie « enfant » et les 15-19 ans (*late adolescents*) qui rejoignent la catégorie « jeunes ».**

**Le terme « adolescents » utilisé dans le rapport désigne tous les adolescents indépendamment de leur genre. Lorsque que les éléments du rapport se réfèrent soit aux filles soit aux garçons soit aux personnes non genrées, cela est précisé.**

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Insee), les adolescents représentent 12,5 % de la population française en janvier 2024 [6], contre 16 % en 1975. Les données de l'OMS précisent qu'ils représentent en 2017 plus d'un sixième de la population mondiale [7].

### 1.2 Contexte

La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 du Secrétaire général des Nations Unies, lancée en septembre 2015, a offert une occasion exceptionnelle d'investir dans la santé et le bien-être des adolescents. En 2016, le *Lancet*<sup>1</sup> a créé une commission nommée « Notre futur : la santé et le bien-être des adolescents ». Cette commission mettait en avant le fait que les adolescents et les jeunes adultes étaient confrontés à des changements sociaux, économiques et culturels sans précédent [8]. La principale

---

<sup>1</sup> The Lancet : famille de revues scientifiques indépendantes internationales à comité de lecture. Depuis une dizaine d'années, une édition est consacrée à la santé des enfants et adolescents [The Lancet Child & Adolescent Health Home Page](#)

recommandation de cette commission stipulait qu'il est nécessaire de transformer les systèmes de santé, d'éducation, de soutien familial et juridiques pour suivre le rythme de ces changements. L'enjeu est double : améliorer et développer la santé de l'adolescent mais aussi du futur adulte qu'il représente. Au cours de l'adolescence, l'autonomie et la responsabilisation augmentent et les habitudes de vie s'établissent et s'enracinent, offrant des possibilités substantielles d'interventions qui peuvent avoir des implications sur la santé tout au long de la vie [8].

En 2022, le rapport à mi-parcours de cette stratégie mondiale, montre que les promesses ne sont pas tenues du fait de la crise du Covid-19, des conflits et du changement climatique qui ont accru la vulnérabilité des adolescents dans le monde [9]. Aussi en septembre 2024, à l'occasion du sommet de l'avenir de l'ONU [10], l'OMS a publié un nouvel article dans *The Lancet* et a rappelé l'urgence d'accroître les investissements pour faire face à l'évolution des risques sanitaires et répondre aux besoins de santé des adolescents [11].

Nul doute que l'évolution très rapide de l'environnement des adolescents, qu'il soit familial, social ou éducatif s'additionnant aux changements psycho-sociologiques et physiologiques spécifiques à cette période, crée des conditions particulières à leur développement. À l'échelle mondiale, l'âge d'atteinte de la maturation biologique a diminué [12]. Parallèlement, l'âge d'atteinte de l'état adulte identifié par l'âge de fin des études ou par l'âge de la première grossesse par exemple, a reculé dans les pays développés. Ces évolutions majorent la durée de l'insécurité, bousculent les transitions clé de la vie et entraînent des responsabilités accrues pour les individus concernés. Ces importantes modifications ont conduit au fil de l'histoire à des définitions différentes de l'adolescence. Finalement, il existe plusieurs façons de définir la période de l'adolescence selon que l'on considère les critères biologiques, éducatifs, sociologiques ou juridiques.

Les changements sans précédent que traverse notre monde (explosion du numérique, pandémies, guerres, crises économiques et environnementales, voire situation de polycrise [13]...), dans la mesure où ils entraînent des répercussions directes ou indirectes sur le bien-être et la santé des adolescents, nous ont conduits à interroger l'évolution de leur santé et de leur bien-être [11].

### 1.3 Méthodologie

Le HCSP s'est auto-saisi en novembre 2022 (voir annexe 1) afin d'identifier la dynamique de la trajectoire de la santé et du bien-être des adolescents sur ces trente dernières années. L'objectif est d'appréhender les problématiques de santé concernant cette population à l'aune de leurs récurrences éventuelles sur cette période. Il s'agit de contextualiser ces évolutions de la santé et du bien-être des adolescents au regard des événements économiques, environnementaux et géopolitiques, nationaux ou internationaux, et des campagnes nationales instaurées par des politiques publiques, qui ont marqué ces trois décennies. Ces questions sont appréhendées à partir de données quantitatives et qualitatives mais aussi à partir de l'analyse de l'influence de l'évolution de l'environnement sur le développement des adolescents. Les trajectoires identifiées devraient permettre d'émettre des recommandations et de prioriser des actions en faveur de la santé des adolescents.

Un groupe de travail *ad hoc* de membres de la Commission spécialisée Santé de l'enfant et des jeunes- Approche populationnelle du HCSP (voir annexe 2) piloté par Pascale Duché, a réalisé ce rapport à partir de revues de la littérature et d'auditions (voir annexe 3). À noter qu'un premier travail avait été initié en 2021 par le groupe de travail « santé des enfants » avec notamment la réalisation d'auditions qui ont été prises en compte par ce nouveau groupe de travail.

## 2. Approche socio-anthropologique de l'adolescence

Définir un âge de la vie pose la question des fondements du système social qui l'englobe. Il est indispensable de relier âge biologique et âge social. Dès lors, l'adolescence est à relier certes à la puberté et à la croissance, mais aussi aux contextes historiques et culturels. Il est désormais communément admis que l'adolescence est un passage plus ou moins long entre l'enfance et l'âge adulte, souvent accompagné de rites aux dimensions religieuses ou profanes.

Ce n'est qu'à la fin du XIXe siècle que l'adolescence, désignée aussi en sciences sociales comme la jeunesse, acquiert une position spécifique dans notre société et apparaît aussi comme une préoccupation fondamentale dans le discours de certains hommes politiques et de certains moralistes [14]. Jusqu'à cette époque, l'adolescence était loin d'être reconnue socialement comme une catégorie d'âge spécifique. Elle constitue, donc, selon les arguments de Philippe Ariès en 1973 [15], un phénomène récent. Bien que largement renforcée dans d'autres recherches de caractère historique [16], cette idée a, cependant, subi quelques contestations, notamment à travers l'identification de comportements adolescents dans les fractions les moins favorisées de la société dès l'Ancien Régime [17].

Par ailleurs, ce que l'anthropologie découvre, en observant d'autres civilisations, c'est « *que certains comportements de ceux que l'on nommait « adolescents » dépendaient du milieu social et n'étaient pas spécifiques d'un certain stade de leur développement physique* » [18]. Dès lors que les comportements des adolescents varient en fonction des époques, des cultures, des coutumes et même des milieux socio-économiques, on ne peut contester qu'il soit nécessaire d'opposer l'hétérogénéité de ces comportements aux interprétations, qui tendent à les décrire dans l'absolu, comme homogènes et universels.

Les travaux venant de la psychologie ont permis de démontrer que l'expérience adolescente et sa durée sont en étroite relation avec « *les aménagements culturels au moyen desquels une société assure le passage de l'état d'enfance à l'état d'adulte* » [19]. Il s'agit d'une période d'autonomisation et de construction identitaire, vécue de manière plus ou moins conflictuelle, sous l'œil plus ou moins attentif de référents adultes. Aujourd'hui plus qu'hier, les adolescents ont besoin de savoir qu'ils sont intégrés et qu'ils ont un avenir.

En outre, dans le contexte actuel, les points d'arrivée sont souvent moins nets et se situent plus souvent autour de l'adoption d'autres rôles et responsabilités d'adultes, notamment la transition vers l'emploi, l'indépendance financière, ainsi que la formation de partenariats de vie [14]. Les bornes inférieures et supérieures de l'adolescence sont en train de bouger : d'une part, en amont, une hypersexualisation des préadolescents, avec parfois une puberté survenant de plus en plus jeune liée à des facteurs environnementaux, chimiques et alimentaires, et d'autre part, une prolongation de l'adolescence au vu des difficultés à s'autonomiser économiquement. Les périodes de crises sanitaires, géopolitiques, financières, environnementales et les incertitudes inhérentes aboutissent en plus à une polarisation des conduites adolescentes, entre inaction et radicalisation [20]. Sachant que ces conduites sont observées à des âges variables dans différentes parties du monde, les environnements culturels locaux de l'adolescence varient considérablement.

Pour autant, l'adolescence demeure une période charnière dans le cycle de vie caractérisée par un paradoxe : d'un côté, l'envie d'autonomie (se distinguer, affirmer ses propres choix, s'émanciper, avoir ses amis, etc.) et de l'autre, la dépendance à l'entourage familial (attentes comportementales et affectives, dépendance économique, etc.).

La question identitaire reste donc centrale à cet âge de la vie : il s'agit de trouver une place, de se singulariser tout en ayant des conduites similaires pour appartenir à des groupes et à la société.

Les adolescents sont alors à considérer dans la globalité de leur développement : en reconnaissant la somme d'expériences, d'émotions, d'interrogations, de rencontres qui font chaque personne en construction ; et qui font de leurs parcours individuels une chance ou un risque. Cet âge de la vie est donc marqué par une quête située entre expérimentation et incertitude, entre transgression et reproduction de modèles. Il s'agit de construire une nouvelle relation à l'autre en côtoyant de nouvelles personnes dans différentes situations (école, entreprise, sport, culture, rue).

En situation de maladies chroniques ou de handicap, la construction identitaire prend une forme singulière en intégrant une relation plus forte avec le médecin traitant et les éducateurs des services spécialisés. La prise de médicaments responsabilise plus tôt les jeunes, qui dans le même temps restent plus souvent dépendants du monde adulte (parents, éducateurs, soignants) [21]. Pour autant, les expérimentations et transgressions restent fréquentes [22], rendant les parcours des adolescents en situation de maladie chronique ou de handicap bien spécifiques [23].

Plus qu'hier, l'injonction au bonheur est omniprésente aujourd'hui [24] : cet idéal peut amener à des conduites de culpabilisation assez délétères. Paradoxalement, cette situation peut aboutir à un mal-être, le plus souvent intériorisé pour les filles (dépression, anxiété) et extériorisé pour les garçons (bagarre, abus de substances). Les formes d'expression de ce malaise changent avec l'évolution des moyens de communication et des influences sociales, notamment au sein des réseaux sociaux. Avec des effets néfastes pour la santé mentale, nécessitant une prise en charge pour mettre des mots sur une anxiété ressentie de plus en plus à cet âge de la vie. La pandémie de Covid-19 a accentué le processus en créant une double contrainte parfois insoluble, à la fois enjoins de continuer à se développer comme adolescents et dans l'impossibilité de s'individualiser en quittant la sphère familiale. Cette approche inclut aussi le début de l'âge adulte car celui-ci comporte d'importants risques de ruptures : la recherche d'autonomie, l'éloignement géographique, la vie sociale et affective, la projection dans l'avenir, le souci de réussir ses études ou son insertion professionnelle, engendrent chez certains jeunes adultes des périodes de grande fragilité, insuffisamment prises en considération [25] [26].

### Synthèse

L'adolescence est reconnue comme un nouvel âge de la vie dans la littérature en sciences sociales.

La durée de l'adolescence s'est allongée au cours des 30 dernières années (plus précoce pour les uns, plus tardive pour les autres). Les facteurs favorisant sont l'augmentation de la durée des études et les difficultés d'accès à l'emploi.

L'adolescence est une phase de construction identitaire entre autonomie et dépendance, avec des risques de rupture dans une période d'expérimentation, parfois délétère en termes de santé mentale.

Les modalités de socialisation secondaire sont différenciées en fonction des parcours de vie (milieux sociaux, genre, maladies, handicaps).

### Recommandations

- Individualiser l'âge spécifique de l'adolescence dans les politiques publiques de santé (entre enfance et jeunesse).
- Adapter et différencier les messages de santé publique destinés aux adolescents.

### 3. Évolution des indicateurs démographiques en France entre 1990 et 2019

Si l'on s'en tient aux indicateurs démographiques que nous allons analyser dans cette partie, comparativement aux autres âges de la vie, les adolescents de notre pays, et singulièrement les pré-adolescents, vont plutôt bien. Pour autant, certains indicateurs méritent toute l'attention des professionnels, notamment dans le registre de la santé mentale, et surtout chez les filles. Ce constat, la France le partage avec les autres pays [27] [28].

Seront traités dans cette partie les principaux indicateurs démographiques : la mortalité et les DALYs (*Disability-Adjusted Life Years*, ou « années de vie en bonne santé perdues<sup>2</sup> ») [29].

Bien sûr, à l'adolescence en particulier, au-delà des indicateurs démographiques, il convient de s'intéresser aux comportements de santé et à leurs déterminants non seulement pour leurs conséquences à court terme (par exemple sommeil et apprentissages) ; mais aussi pour celles à moyen terme (par exemple consommation d'alcool et accidents de la route) ; ou à long terme (par exemple sédentarité et risque cardiovasculaire) qui seront développés dans la suite du rapport.

Les dernières données démographiques disponibles sont celles de 2019. Dans la mesure du possible, nous les comparerons à celles de 1990. Il est probable que les taux ont pu évoluer entre 2019 et 2024 du fait de l'impact de la pandémie et des diverses crises en cours notamment sur la santé mentale des adolescents de notre pays.

L'OMS souligne que « *les pré-adolescents (10-14 ans) présentent le plus faible risque de décès toutes tranches d'âge confondues* » [3], ce qui est également vrai pour la morbidité. Ainsi, le choix d'une tranche d'âge étendue de 10-19 ans qui correspond à la définition retenue dans le présent rapport pour l'adolescence, aurait pour effet de masquer le différentiel existant entre les 10-14ans (mortalité faible) et les 15-19 ans (mortalité en nette augmentation). Si de nombreuses problématiques émergent durant la première période, c'est bien durant la seconde qu'elles se consolident. La Figure 1 permet de visualiser ce phénomène. Nous avons donc fait le choix dans le reste du chapitre de nous centrer sur la période 15-19 ans, sachant que les observations sont également valides chez les plus jeunes adolescents, mais dans une moindre mesure. Pour une analyse plus fine de la dynamique de l'adolescence on pourra se référer aux tableaux 1 et 2 qui permettent de faire la comparaison entre les 10-14, les 15-19 et les 10-19, par sexe, concernant les 10 premières causes de mortalité en France en 2019 chez les 2 sexes (Tableau 1) et les 10 premières causes de DALYs en France en 2019 chez les 2 sexes (Tableau 2).

---

<sup>2</sup> Les DALYs expriment l'impact d'une maladie en années de vie perdues. Une année peut être perdue par mortalité prématurée ou par vie avec une incapacité (morbidité). La mortalité prématurée est mesurée en années de vie perdues sur l'espérance de vie, par classe d'âge et par sexe, de la population considérée (YLL – *years of life lost*) et la morbidité par le nombre d'années vécues avec l'incapacité caractérisée (YLD – *years lost due to disability*). Pour estimer l'incapacité, le calcul prend en compte un coefficient d'incapacité qui varie de 0 (bonne santé) à 1 (décès) : le DW (*disability weight*). Enfin, les composantes YLL et YLD sont additionnées pour regrouper dans un seul indicateur, le DALY, le fardeau de la maladie en termes de mortalité et de morbidité.

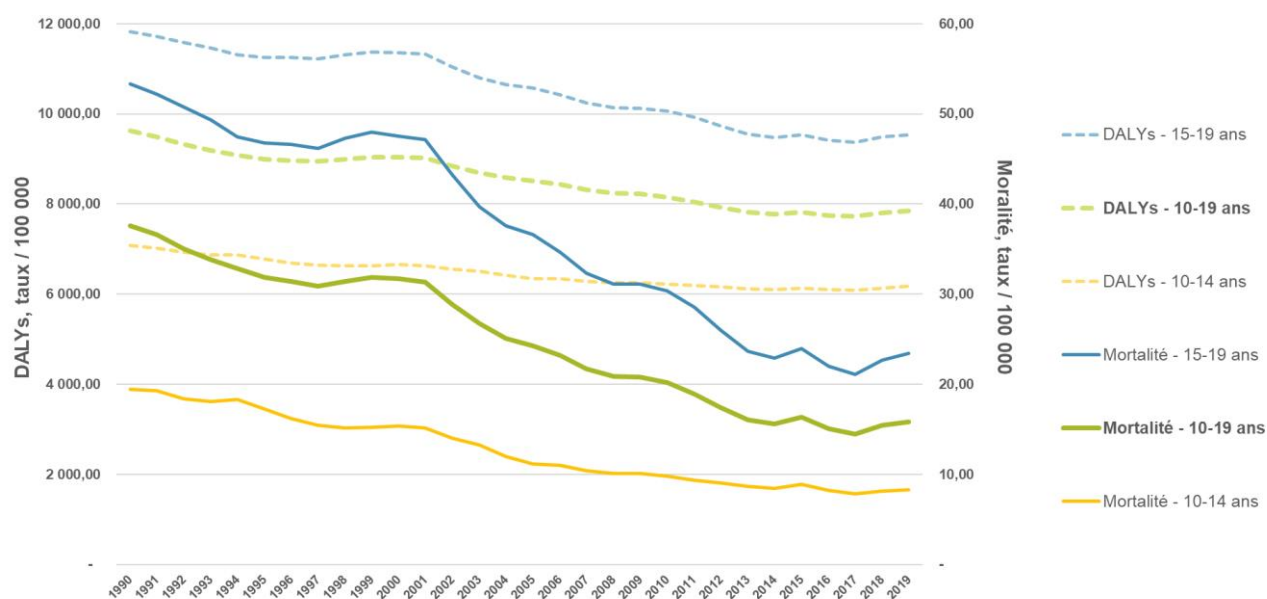


Figure 1-Évolution des taux de mortalité et de DALYs pour 100 000, chez les adolescents entre 1990 et 2019 en France (10-19 ans, 10-14 ans et 15-19 ans)

### 3.1 Mortalité

En France, la mortalité des adolescents reste faible par rapport à celle des enfants de moins de 1 an et des personnes âgées ; toutefois, elle est multipliée par quatre entre 10-14 ans et 20-24 ans, passant de 0,1 à 0,4 décès pour 1000 entre ces deux groupes d'âge en 2022 [30].

D'après les statistiques de l'enquête épidémiologique internationale *Global Burden of Disease* coordonnée par l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) [31], les deux principales causes de mortalité chez les 15-19 ans dans notre pays sont les accidents et les suicides, responsables respectivement de 32,8 % et de 17,5 % des décès pour l'année 2019 (Figure 2).

Au cours des trente dernières années, en France, le taux global de mortalité a été divisé par plus de deux chez les adolescents de 15-19 ans. Entre 1990 et 2019, la proportion des accidents de la voie publique dans le total des décès a fortement diminué (passant de 48,1 % des décès à 32,8 %), alors que la proportion des suicides dans le total des décès a augmenté de quatre points (de 13,4 % à 17,5 %), même si en valeur absolue leur nombre a légèrement diminué.

Si ces changements dans les proportions sont comparables entre les filles et les garçons, il existe un différentiel très important dans le nombre effectif de décès. En 2019 par exemple, toutes causes confondues, 31,8 pour 100 000 garçons de 15 à 19 ans sont décédés, comparativement à 74,7 pour 100 000 en 1990 ; tandis que chez les filles, le taux de décès en 1990 était déjà de 30,9 pour 100 000 et est descendu à 3,8 pour 100 000 en 2019 (Figure 3).

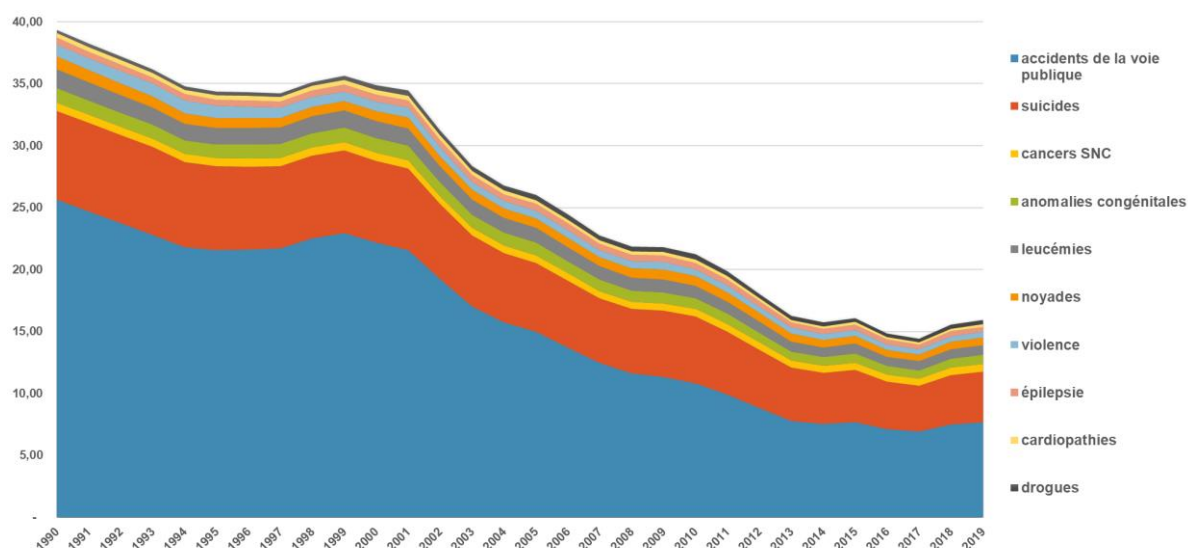


Figure 2-Évolution du taux de mortalité pour 100 000 des 10 premières causes de décès (en 2019) chez les adolescents de 15 à 19 ans entre 1990 et 2019 en France

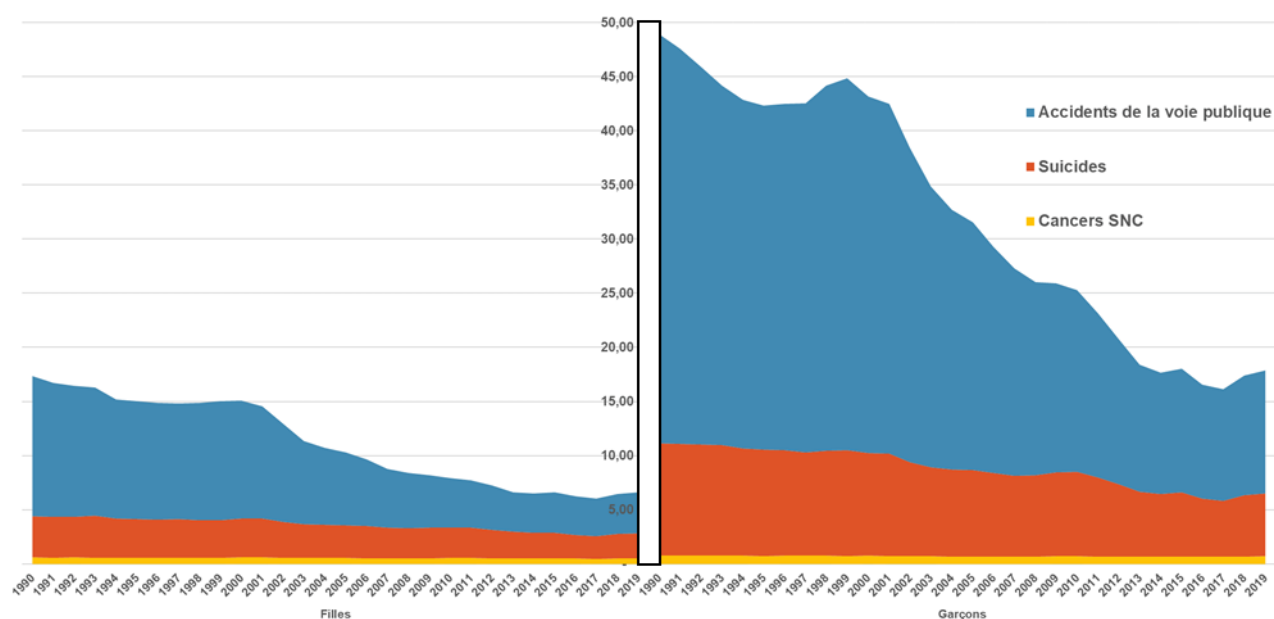


Figure 3-Évolution entre 1990 et 2019 des taux de mortalité pour 100 000 par accidents de la voie publique, suicide et cancers du Système nerveux central (SNC) chez les filles (graphique de gauche) et les garçons (graphique de droite) chez les 15-19 ans, en France

NB : les cancers du SNC sont pris à titre comparatif, n'ayant pas vraiment évolué dans le temps et dont la différence de taux entre filles et garçons est bien plus faible

Les tendances observées en France se retrouvent au plan international [31]. Pour les deux principales causes de mortalité, accidents et suicides, le taux de la France est quasi-superposable au taux moyen de l'ensemble des pays de l'Europe de l'Ouest. Ainsi, en 2019, ces taux sont de 7,7 pour 100 000 pour les accidents et 4,1 pour 100 000 pour les suicides en France, et de 6,6 et 4,1 en Europe de l'Ouest, très en deçà de 11,3 et 7,0 pour les taux moyens mondiaux.

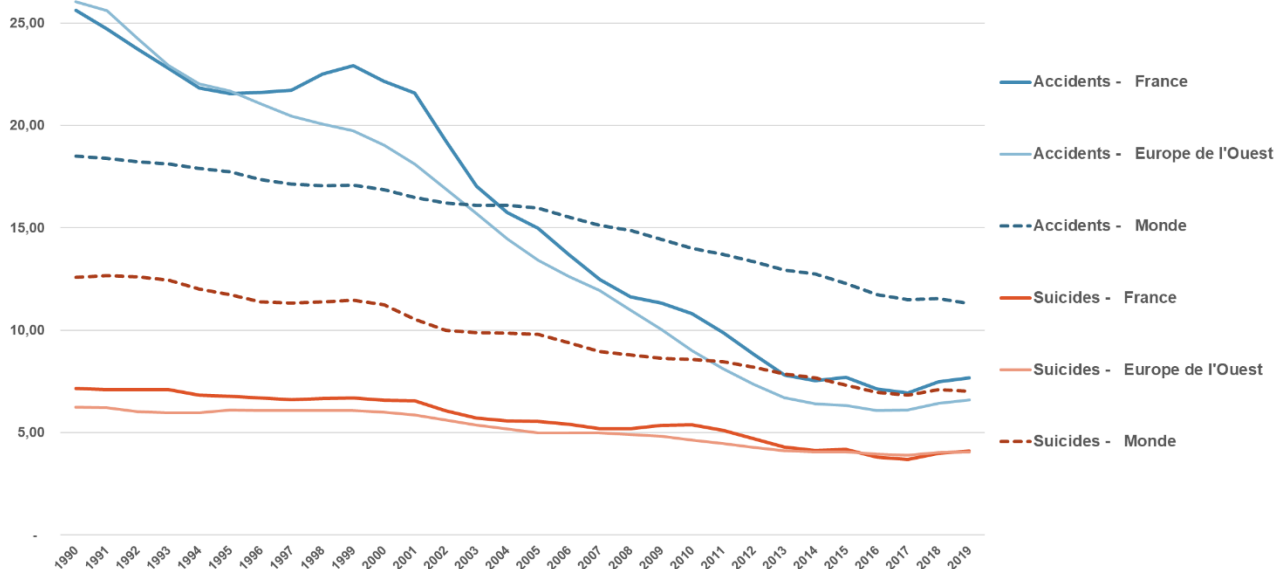


Figure 4-Évolution du taux de mortalité par accident de la voie publique et suicide pour 100 000 chez les adolescents de 15 à 19 ans entre 1990 et 2019 (France, Europe de l'ouest et Monde)

### Focus sur les accidents de la voie publique

Les accidents de la voie publique sont la première cause de mortalité chez les 15-19 ans en France et en Europe (deuxième dans le monde) (Figure 4). Nous pouvons observer une diminution au début des années 2000, particulièrement marquée dans notre pays, qui correspond à un renforcement de la sécurité routière à travers tout le continent. Sans doute en réaction à une augmentation des décès de jeunes sur la route en France à la fin des années 90, la sécurité routière est déclarée en 2000 grande cause nationale et de nombreuses mesures seront introduites successivement. Quelques exemples :

- en 2001, création d'un Conseil national de la sécurité routière ;
- en 2002, tout conducteur de quadricycle léger à moteur doit être âgé d'au moins 16 ans et être titulaire du brevet de sécurité routière ;
- en 2003, loi relative au dépistage de stupéfiants de tout conducteur impliqué dans un accident de la circulation ; aggravation des sanctions pour non-port de la ceinture de sécurité et du casque (retrait de 3 points du permis au lieu de 2) et retrait de 2 points pour l'usage du téléphone portable ; premier radar automatique ;
- en 2004, instauration d'un permis probatoire à 6 points pour les jeunes conducteurs ;
- en 2015 abaissement du seuil maximal d'alcoolémie à 0,2g pour les jeunes conducteurs.

On notera également que des mesures significatives avaient été prises dès les années 70 (port du casque obligatoire en 1973, limitation de la vitesse en agglomération à 50 km/h en 1990, obligation du port de la ceinture de sécurité à l'avant en 1990 et à l'arrière en 1991, alcoolémie

au volant maximum à 0,5 g/l en 1994), mais à partir des années 2000 l'accent est mis sur le respect de la réglementation et l'aggravation des sanctions. Au-delà de ces aspects législatifs, il faut également prendre en compte l'augmentation du trafic routier et celle de la sûreté des véhicules qui contribuent aux taux observés, pour toutes les tranches de la population [32] (Figure 5).

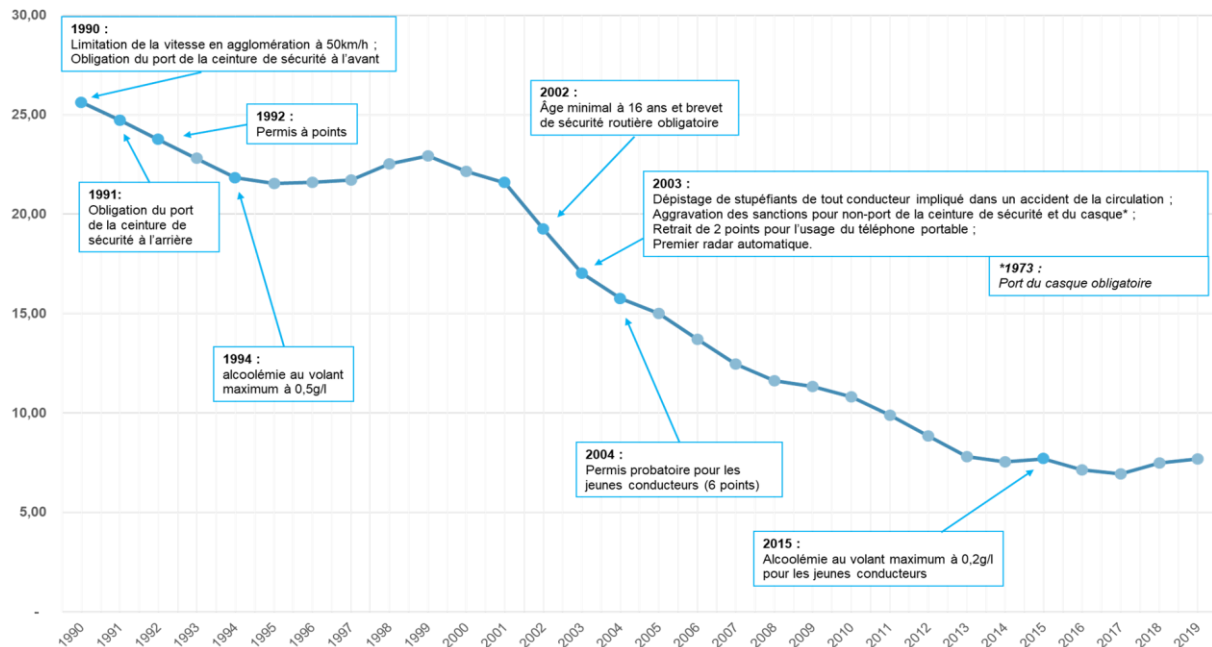


Figure 5-Évolution du taux de mortalité par accident de la voie publique pour 100 000 chez les adolescents de 15 à 19 ans en France entre 1990 et 2019

Le programme « Savoir Rouler à Vélo » intégré dans le Plan vélo de 2018, permet aux enfants de bénéficier des apprentissages nécessaires à une réelle autonomie à vélo pour l'entrée au collège et d'ancrer les réflexes d'aller vers une mobilité décarbonée dès le plus jeune âge [33].

En 10 heures, le "Savoir Rouler" à Vélo permet aux enfants de 6 à 11 ans de :

- Devenir autonome à vélo,
- Pratiquer quotidiennement une activité physique,
- Se déplacer de manière écologique et économique.

Tableau 1-Évolution du taux de mortalité pour 100 000 des 10 premières causes de décès (chez les 15-19 ans en 2019) chez les adolescents entre 1990 et 2019 en France (10-19 ans, 10-14 ans et 15-19 ans)

| Taux de mortalité<br>pour 100 000 | Filles    |      |           |      |           |      | Garçons   |      |           |      |           |       |
|-----------------------------------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|-------|
|                                   | 10-14 ans |      | 10-19 ans |      | 15-19 ans |      | 10-14 ans |      | 10-19 ans |      | 15-19 ans |       |
|                                   | 1990      | 2019 | 1990      | 2019 | 1990      | 2019 | 1990      | 2019 | 1990      | 2019 | 1990      | 2019  |
| accidents de la voie publique     | 4,45      | 0,87 | 8,99      | 2,34 | 12,91     | 3,81 | 6,48      | 1,40 | 23,22     | 6,38 | 37,77     | 11,36 |
| suicides                          | 0,44      | 0,31 | 2,25      | 1,30 | 3,81      | 2,29 | 1,13      | 0,75 | 6,07      | 3,28 | 10,36     | 5,81  |
| Cancers SNC                       | 0,79      | 0,62 | 0,69      | 0,57 | 0,60      | 0,51 | 1,01      | 0,87 | 0,88      | 0,78 | 0,76      | 0,70  |
| anomalies congénitales            | 1,19      | 0,63 | 1,12      | 0,64 | 1,06      | 0,64 | 1,17      | 0,67 | 1,22      | 0,74 | 1,27      | 0,82  |
| leucémies                         | 1,30      | 0,58 | 1,22      | 0,62 | 1,15      | 0,65 | 1,48      | 0,65 | 1,68      | 0,79 | 1,85      | 0,93  |
| noyades                           | 0,38      | 0,17 | 0,33      | 0,17 | 0,29      | 0,17 | 0,96      | 0,38 | 1,42      | 0,68 | 1,82      | 0,99  |
| violences                         | 0,51      | 0,16 | 0,58      | 0,21 | 0,65      | 0,26 | 0,68      | 0,23 | 0,98      | 0,45 | 1,24      | 0,66  |
| épilepsie                         | 0,25      | 0,20 | 0,34      | 0,28 | 0,41      | 0,35 | 0,32      | 0,23 | 0,49      | 0,36 | 0,65      | 0,49  |
| cardiopathies                     | 0,20      | 0,09 | 0,22      | 0,10 | 0,24      | 0,12 | 0,25      | 0,12 | 0,39      | 0,21 | 0,51      | 0,30  |
| drogues                           | 0,00      | 0,00 | 0,08      | 0,12 | 0,15      | 0,25 | 0,00      | 0,00 | 0,19      | 0,22 | 0,35      | 0,43  |
| AVC*                              | 0,38      | 0,10 | 0,59      | 0,17 | 0,78      | 0,25 | 0,38      | 0,11 | 0,68      | 0,20 | 0,93      | 0,29  |

\*Les AVC sont la 8<sup>ème</sup> cause de mortalité chez les filles de 15 à 19 ans en 2019 en France

### 3.2 Morbidité

En France, dans les deux sexes, les principales causes de morbidité mesurées en DALYs chez les 15-19 ans sont les troubles mentaux (2 462 DALYs pour 100 000 en 2019). Entre 1990 et 2019, on observe un recul des DALYs attribuables aux blessures liées aux accidents de la voie publique (-71,1 %), à la violence personnelle et interpersonnelle (-44,8 %) ainsi qu'aux blessures involontaires (-29,4 %). Le taux de DALYs attribuables aux cancers a également reculé (-36,2 %). En revanche, on constate que les troubles mentaux occupent toujours la première place en termes de morbidité, malgré un recul de 11,9 % sur la période considérée. (Figure 6)

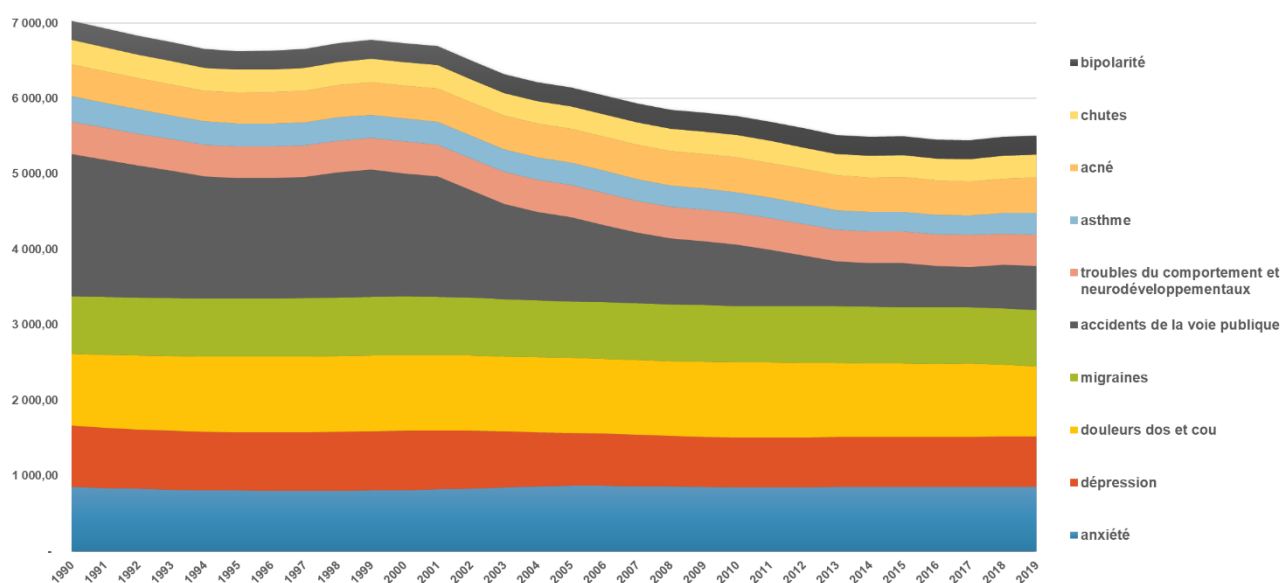


Figure 6-Évolution du taux de DALYs pour 100 000 des 10 premières causes de morbidité en 2019 chez les adolescents de 15 à 19 ans entre 1990 et 2019 en France

Le différentiel filles-garçons n'est pas aussi marqué en termes de morbidité que pour la mortalité si l'on prend l'ensemble des causes : en effet, on passe de 7 151 DALYs pour 100 000 en 1990 à 6 315 en 2019 chez les filles, comparativement à 7 478 DALYs pour 100 000 en 1990 et 4 951 en 2019 chez les garçons (Figure 7).

Cependant, le poids des accidents de la route chez les garçons tend à masquer certaines disparités importantes, particulièrement du côté de la santé mentale, dimension dans laquelle les filles sont bien plus affectées. Ainsi en 2019, la dépression et l'anxiété sont responsables de deux fois plus de DALYs chez les filles que chez les garçons (respectivement 1157 et 913 pour 100 000 chez les filles contre 557 et 445 chez les garçons).

On remarquera également qu'à part pour les accidents de la voie publique, l'ensemble des indicateurs restent stables sur la période étudiée.

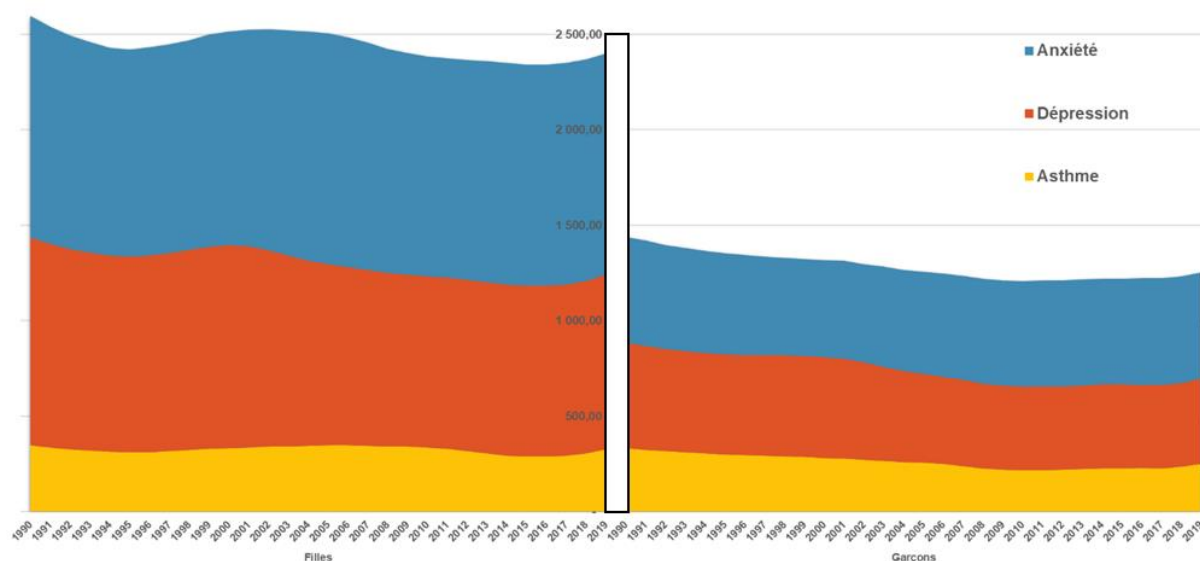


Figure 7-Évolution comparée du taux de DALYs pour 100 000 pour la dépression, l'anxiété et l'asthme chez les filles (à gauche) et les garçons (à droite) de 15 à 19 ans entre 1990 et 2019 en France

NB : l'asthme est figuré à titre comparatif, étant une pathologie dont les taux de DALYs sont superposables chez les deux sexes

Les causes les plus fréquentes de DALYs sont comparables entre la France et les autres pays à indice socio-économique élevé. Si l'on se concentre sur les deux principales causes de morbidité, la dépression et l'anxiété, les taux de la France sont également très proches des taux moyens de l'ensemble des pays de l'Europe de l'Ouest. Mais il est intéressant de constater que contrairement à la mortalité, les taux de notre pays et de l'Europe de l'Ouest sont cette fois-ci bien plus élevés que les taux moyens mondiaux. Ainsi en 2019, ces taux sont de 849 pour 100 000 pour l'anxiété et de 673 pour 100 000 pour la dépression en France, de 762 et 700 en Europe de l'Ouest, comparativement à 429 et 499 pour les taux moyens mondiaux (Figure 8).

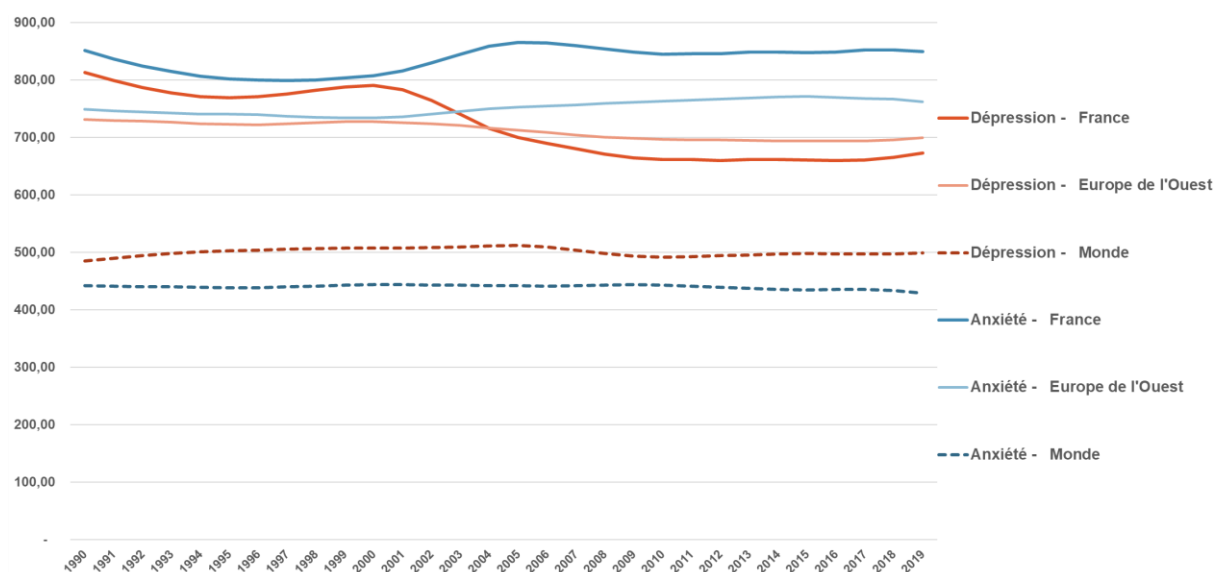


Figure 8-Évolution du taux de DALYs de la dépression et de l'anxiété pour 100 000 chez les adolescents de 15 à 19 ans entre 1990 et 2019 (France, Europe de l'Ouest, Monde)

On notera que l'anxiété est la première cause de morbidité chez les 15-19 ans en France, avec un taux de DALYs pour 100 000 deux fois supérieur au taux moyen mondial et qui nous place au 10<sup>ème</sup> rang mondial. La France atteint même le 5<sup>ème</sup> rang en matière d'anxiété si l'on ne considère que les filles (Figure 8).

Comme dit précédemment, les indicateurs de morbidité en lien avec la santé mentale sont plutôt stables dans le temps, contrairement aux indicateurs de mortalité que nous avons présentés.

Tableau 2-Évolution du taux de DALYs pour 100 000 des 10 premières causes de décès (chez les 15-19 ans en 2019) chez les adolescents entre 1990 et 2019 en France (10-19 ans, 10-14 ans et 15-19 ans)

| Taux de DALYs<br>pour 100 000                        | Filles    |         |           |         |           |         | Garçons   |        |           |        |           |        |
|------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
|                                                      | 10-14 ans |         | 10-19 ans |         | 15-19 ans |         | 10-14 ans |        | 10-19 ans |        | 15-19 ans |        |
|                                                      | 1990      | 2019    | 1990      | 2019    | 1990      | 2019    | 1990      | 2019   | 1990      | 2019   | 1990      | 2019   |
| anxiété                                              | 1008,91   | 1003,35 | 1089,96   | 1080,12 | 1160,08   | 1157,42 | 486,76    | 482,93 | 523,59    | 519,70 | 555,60    | 556,53 |
| dépression                                           | 501,28    | 433,23  | 815,09    | 672,48  | 1086,59   | 913,39  | 256,23    | 219,13 | 414,50    | 331,76 | 552,05    | 444,56 |
| douleurs dos et cou                                  | 652,93    | 646,37  | 912,01    | 891,33  | 1136,16   | 1138,01 | 458,31    | 437,92 | 623,97    | 578,35 | 767,95    | 718,98 |
| migraines                                            | 602,04    | 591,61  | 817,95    | 784,63  | 1004,75   | 979,01  | 378,09    | 368,36 | 465,35    | 446,85 | 541,19    | 525,44 |
| accidents de la voie publique                        | 365,22    | 83,78   | 687,43    | 191,93  | 966,19    | 300,83  | 529,78    | 130,75 | 1725,23   | 493,05 | 2764,24   | 855,89 |
| troubles du comportement<br>et neurodéveloppementaux | 397,26    | 391,86  | 328,86    | 327,10  | 269,68    | 261,88  | 759,55    | 756,24 | 657,66    | 659,59 | 569,10    | 562,79 |
| asthme                                               | 240,62    | 257,77  | 298,66    | 292,33  | 348,87    | 327,14  | 284,69    | 272,13 | 310,00    | 261,95 | 331,99    | 251,76 |
| acné                                                 | 263,99    | 285,05  | 348,28    | 371,56  | 421,20    | 458,67  | 210,94    | 236,87 | 323,54    | 357,11 | 421,40    | 477,51 |
| chutes                                               | 164,72    | 185,41  | 201,12    | 216,16  | 232,62    | 247,11  | 209,72    | 224,12 | 321,73    | 293,63 | 419,09    | 363,24 |
| bipolarité                                           | 72,62     | 75,05   | 176,35    | 171,01  | 266,11    | 267,64  | 67,05     | 67,48  | 157,20    | 151,74 | 235,56    | 236,13 |

## Synthèse

### Mortalité

D'après les données colligées par l'OMS, les pré-adolescents (10-14 ans) présentent le plus faible risque de décès toutes tranches d'âge confondues.

En France, les deux principales causes de mortalité chez les 15-19 ans entre 1990 et 2019 sont les accidents de la voie publique et les suicides.

Entre 1990 et 2019, le taux global de mortalité a été divisé par plus de deux chez les 15-19 ans.

Les tendances sont comparables entre les sexes, et chez les pré-adolescents, mais les taux de décès pour 100 000 sont au moins 2 fois inférieurs chez les filles pour ces deux causes principales.

Les taux de la France sont quasi-superposables aux taux moyens de l'ensemble des pays de l'Europe de l'Ouest et bien en-deçà des taux moyens mondiaux.

### Morbidité

En France, chez les deux sexes, les principales causes de morbidité chez les 15-19 ans sont les troubles mentaux.

Entre 1990 et 2019, on observe principalement un recul des DALYs attribuables aux accidents de la voie publique (-71,1 %), à la violence personnelle et interpersonnelle (-44,8 %) et aux blessures involontaires (-29,4 %).

En 2019, la dépression et l'anxiété sont responsables de deux fois plus de DALYs chez les filles que chez les garçons.

Les causes les plus fréquentes de DALYs sont comparables entre la France et les autres pays de l'Europe de l'Ouest.

Les taux d'anxiété et de dépression en France ainsi qu'en Europe sont beaucoup plus élevés que la moyenne mondiale.

### Recommandations

- Disposer de données de santé correspondant à la période de l'adolescence (désagréger les données par âge).
- Poursuivre les actions de sécurité routière ciblant les adolescents.
- Développer la dimension préventive de la prise en charge des troubles mentaux et du risque suicidaire chez les enfants et les adolescents.
- Prendre en compte le sexe et le genre en matière de santé des adolescents et en particulier concernant la santé mentale.

## 4. Santé mentale

### 4.1 Définition

L'OMS a proposé comme définition de la santé mentale : « *La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté* [34] ». Santé publique France en explicite trois dimensions [35] : santé mentale positive, détresse psychologique, troubles psychiatriques, quand le site Psycom.fr insiste sur la notion d'équilibre entre bien-être et mal-être selon les circonstances et le degré de souffrance psychique [36].

Nous avons considéré 2 axes pour ce chapitre sur la santé mentale des adolescents :

1. La santé mentale positive correspondant à un état de bien-être mental et comment favoriser le maintien de cette santé mentale positive.
2. Le repérage des adolescents vulnérables, le dépistage des signes d'alerte et la prévention de l'évolution vers des troubles pathologiques

Le diagnostic des troubles pathologiques et leur prise en charge ne sont pas abordés dans ce rapport.

### 4.2 Le bien-être mental des adolescents

L'enquête EnCLASS<sup>3</sup> de 2022 [37] montre que la majorité des élèves de collège et de lycée se perçoivent en bonne santé et sont satisfaits de leur vie actuelle (86 % des collégiens et 84 % des lycéens) et expriment une perception positive vis-à-vis de leur vie actuelle, avec une proportion plus importante chez les collégiens que chez les lycéens (respectivement 82 % et 77 %). Pour autant seuls 59 % des collégiens et 51 % des lycéens présentent un bon niveau de bien-être mental (selon l'indice de bien-être mental de l'OMS).

Entre 2014 et 2018, la proportion d'élèves percevant leur vie comme positive était passée de 81,9 % à 87,8 %. La même tendance à l'amélioration était notée pour les plaintes somatiques et/ou psychologiques récurrentes<sup>4</sup> passées de 42,3 % à 41,4 % [38].

Mais entre 2018 et 2022, la proportion d'élèves satisfaits de leur vie actuelle a baissé de façon significative. L'effet des confinements et de la fermeture des établissements scolaires liés à la crise sanitaire a été majeur sur l'état de santé mentale des adolescents et des jeunes, objectivé par les enquêtes *ad-hoc* lancées autour de la pandémie de Covid-19, par exemple Epicov [39,40], mais aussi par les données des enquêtes transversales répétées telles qu'EnCLASS dont le volet réalisé

---

<sup>3</sup> Depuis 1994, la France participe aux enquêtes internationales *Health behaviour in School-aged children* (HBSC), menée sous l'égide de l'OMS, et *European School Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD), menée avec l'appui de l'Observatoire européen des drogues. Depuis 2018, ces 2 enquêtes se déroulent en France hexagonale de manière simultanée au collège et au lycée, dotant la France d'un dispositif unique de suivi du bien-être et des comportements de santé des élèves du secondaire : l'enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS).

<sup>4</sup> Question posée concerne la fréquence pendant les 6 derniers mois de mal au dos, mal au ventre, tête qui tourne, se sentir déprimé, se sentir irritable ou de mauvaise humeur, se sentir nerveux, difficultés à s'endormir (récurrentes si >2 plaintes >1 fois par semaine > 6 mois)

en classe de 3<sup>e</sup> en 2021 a montré un effet non équivoque du premier confinement [41], et telle qu'Escapad<sup>5</sup>.

Le sentiment de solitude concerne environ un quart des élèves interrogés en 2022. Chez les filles, il s'amplifie nettement au collège entre la 6<sup>e</sup> (21,8 %) et la 3<sup>e</sup> (35,7 %) puis reste élevé au lycée. Pour les garçons aussi, le sentiment de solitude évolue tout au long de la scolarité mais il est moins fréquent. En classe de 1<sup>re</sup>, ils sont 18,4 % à éprouver un sentiment de solitude, contre 41,8 % des filles [37].

### 4.3 La santé mentale positive

L'enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire de l'INSERM « Portraits d'adolescents » réalisée en 2013 par Catherine Jousselmé, s'est notamment intéressée aux ressources des adolescents pour lutter contre le mal-être [42].

Une grande majorité des filles va choisir de s'isoler (74,5 %), ou d'écouter de la musique (65,8 %). Les garçons choisissent également de s'isoler (57,6 %), d'écouter de la musique (49,8 %), mais ils ont recours aux jeux vidéo bien plus que les filles (44,8 % vs 8,8 %). Le lien amical ne représente que la troisième ressource des filles (35,2 %) et la quatrième des garçons (36,5 %), alors qu'en 1993 le lien amical était la première ressource en cas de difficulté [43]. Les conduites plus négatives étaient moins fréquemment citées pour améliorer le mal-être : fumer du tabac (18,8 %), se faire du mal (17,0 %), prendre des médicaments (14,9 %), fumer du cannabis (10,0 %), rechercher des sensations (9,2 %) ou boire de l'alcool (6,3 %).

On notera la place importante qu'occupent les parents et notamment les mères en matière de soutien. Ainsi 42 % des 16-25 ans interrogés en octobre 2024 dans la 10<sup>e</sup> édition du Baromètre « Jeunesse et confiance »<sup>6</sup>, à propos de leurs relations à leurs parents, à l'école ou à l'entreprise se tourneraient vers leurs parents en cas de difficultés personnelles et de baisse de moral, et bien plus vers leur mère que vers leur père (34 % vs. 19 %) [44]. Des résultats très cohérents avec ceux mis en exergue par l'enquête HBSC 2022 (auprès d'une cinquantaine de pays) dans son dernier rapport sur les relations sociales des 11, 13 et 15 ans [45], dans lequel la facilité à parler avec sa mère (88 % à 11 ans et 78 % à 15 ans) devance largement celle du père (79 % de facile à 11 ans et 65 % à 15 ans). En France, le schéma est identique, même si notre pays a toujours été relativement mal placé vis-à-vis du fait de parler facilement à ses parents (parle facilement avec la mère 83 % à 11 ans et 71 % à 15 ans ; avec le père respectivement 66 % et 52 %).

#### Les ressources proposées par les acteurs publics.

En 2022 s'est mise en place la stratégie nationale multisectorielle sur les compétences psychosociales 2022-2037 [46]. Selon la définition de l'OMS : « *les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* ».

---

<sup>5</sup> L'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée défense et citoyenneté (ESCAPAD) porte sur la santé des jeunes garçons et filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs et leurs conduites addictives.

<sup>6</sup> L'association « Vers le Haut » est un *think tank* dédié aux jeunes et à l'éducation qui réalise chaque année depuis 2015 le Baromètre « jeunesse et confiance »

En 2023, Santé publique France dans son dispositif « le Fil good » a réalisé une campagne mettant en avant cinq comportements favorables à la santé mentale expliqués et présentés en vidéos sur les réseaux sociaux :

- Pratiquer de l'activité physique ;
- Dormir suffisamment et avec des horaires réguliers ;
- Prendre du temps pour des loisirs et/ou un hobby ;
- Aider les autres ;
- Pratiquer la gratitude.

#### 4.4 Une dégradation de la santé mentale en France depuis 30 ans

De nombreuses études ou enquêtes s'intéressent à la santé mentale des adolescents depuis 30 ans et l'évaluent en les interrogeant directement (voir liste des enquêtes en annexe 4). Il n'est pas toujours possible de comparer les enquêtes car elles considèrent des âges variables et utilisent différentes modalités d'évaluation de la santé mentale, dont la définition et le spectre ont par ailleurs largement évolué dans les 30 dernières années. Dans toutes les enquêtes, on observe des différences importantes selon l'âge et le sexe dont un score global ne peut rendre compte. Ces différences sont retrouvées à toutes les époques et ne sont pas propres à la France.

- L'expression de plaintes d'ordre psychologique retrouvée chez 63,0 % des filles au collège et 39,7 % des garçons a connu une très forte augmentation depuis 2018 [37].
- Le risque important de dépression évalué par l'échelle *Adolescent Depression Rating Scale* (ADRS), montre une nette augmentation de la prévalence entre 2018 et 2022 chez les filles que ce soit au collège (21,4 % vs 13,4 %) ou au lycée (22,7 % vs 18,0 %) alors qu'il reste relativement stable et beaucoup plus bas chez les garçons (6,9 % au collège et 8,0 % au lycée) [37].
- À 17 ans les symptômes anxiodépressifs sévères mesurés à l'aide de l'échelle ADRS sont en forte augmentation sur la période (9,5 % en 2022 contre 4,5 % en 2017) [47].
- L'augmentation très nette de la part des jeunes ayant eu des pensées suicidaires dans l'année Elle était de 10,5 % des 15-19 ans en 1997 dans le Baromètre santé jeunes [48] et de 11,4 % en 2018 puis 18,0 % en 2022 [49]. À 17 ans 24,0 % des filles ont eu des idées suicidaires en 2022 [47].
- La hausse significative des tentatives de suicide de 1,3 % en 2011 à 1,5 % en 2017 chez les garçons et de 3,3 % en 2011 à 4,3 % en 2017 chez les filles (enquête Escapad) [49].

Face à cette évolution préoccupante, Santé publique France a mis en place depuis mars 2020 un système de surveillance par l'analyse hebdomadaire des recours aux urgences ou à SOS Médecin pour gestes ou idées suicidaires ou autres troubles psychiques. Les passages aux urgences pour idées suicidaires ou gestes suicidaires ont fortement augmenté à partir de 2021 et ne sont pas redescendus en 2022 et 2023 au niveau de 2020 pour les classes d'âges de 11-14 ans et 15-17 ans [50].

**En conclusion, l'évolution de la santé mentale perçue des adolescents montre une dégradation progressive depuis 30 ans, avec une aggravation plus marquée depuis la pandémie de Covid-19, qui s'exprime plus chez les filles que chez les garçons.**

## 4.5 Comparaisons internationales

D'après le rapport sur la santé mentale de l'étude *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) [27] portant sur les données de 2022, les jeunes Français sont globalement dans la moyenne pour ce domaine de la santé.

Dans tous les pays, sont retrouvés les déterminants comme l'âge, le sexe et la situation socio-économique de la famille. Plus largement, la dégradation de la santé mentale des adolescents observée depuis plusieurs décennies est une tendance de fond retrouvée dans tous les pays, quel que soit leur niveau de richesse ou de développement [51].

En témoigne la récente formation d'une commission du *Lancet Psychiatry* sur la santé mentale des jeunes (15-25 ans), dont la publication des travaux vise à mettre en évidence cette dégradation, à l'expliquer et en proposer des remédiations [51] et dont l'éditorial insiste sur la nécessité de prioriser la santé mentale des jeunes, dont la dégradation témoigne des sérieux problèmes que traverse notre monde actuel [52].

La commission santé mentale des adolescents du *Lancet Psychiatry* en 2024 [51] constate que les problèmes de santé mentale des jeunes sont en augmentation depuis le début des années 2010 bien avant la pandémie de Covid-19.

*« Une série de mégatendances mondiales récentes peuvent être identifiées comme des candidats et des cibles pour la prévention :*

**Économique :** *accentuation des inégalités intergénérationnelles, érosion de la sécurité de l'emploi, crise du logement locatif et augmentation de la dette étudiante. De nombreux jeunes sont relégués à une vie de précarité et de marginalisation et dépendent des prestations sociales.*

**Changement climatique :** *c'est une préoccupation existentielle importante pour les jeunes (voir chapitre 11.3).*

**L'utilisation des médias sociaux** *augmente considérablement à l'adolescence. Ils jouent un rôle potentiellement puissant, mais les études suggèrent que la relation entre les médias sociaux et la santé mentale est complexe et bidirectionnelle. »*

## 4.6 Déterminants individuels de la santé mentale des adolescents

### Sexe/genre

Toutes les études montrent une santé mentale moins bonne chez les adolescentes que chez les adolescents tant en France qu'au niveau international. Les filles sont moins nombreuses à se déclarer en état de bien-être, et leur état de santé mentale se dégrade au décours de l'adolescence, alors que ce n'est pas vraiment le cas chez les garçons. En outre, les filles expriment plus de plaintes somatiques et de symptômes dépressifs mais aussi de stress en lien avec le travail scolaire. Ainsi entre 2010 et 2022, le stress lié à la scolarité chez les filles a été multiplié par 3 pour atteindre 42,1 % des filles au lycée en 2022 contre 14,8 % des garçons [37].

### Age ou niveau scolaire

La santé mentale se dégrade entre la première et la dernière année de collège et ne s'améliore pas au lycée.

### Conditions socio-économiques

Les enfants de familles ayant des revenus élevés sont plus nombreux à se déclarer en état de bien-être mental que ceux des familles aux revenus les plus bas [27].

Il existe un lien robuste entre la situation socio-économique et la santé mentale : les jeunes de familles à faibles revenus ont 2 à 3 fois plus de risque de développer un problème de santé mentale.

#### 4.7 Le regard des pouvoirs publics et des chercheurs sur la santé mentale des jeunes

La lecture des saisines et lettres de mission, permet d'observer comment les préoccupations des institutions et des chercheurs sur la santé mentale des adolescents ont évolué en 30 ans.

En 1997, dans le Baromètre santé jeunes, la santé mentale ne fait pas l'objet d'un chapitre dédié et les questions sur le suicide ne sont posées qu'aux plus de 15 ans. La santé mentale est une dimension de la qualité de vie mais n'est pas évaluée en tant que telle [48].

Toutefois, progressivement, les adolescents entrent dans la catégorie des populations dites « en souffrance » puis vulnérables, s'engageant dans des conduites à risques que le système de soin « classique » peine à prendre en charge [53].

En 1999, le ministère de la santé a saisi le Haut Comité de la Santé Publique<sup>7</sup> sur « *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes : les conduites violentes, conduites addictives et troubles psychiques associés à la précarité* » [54]. Les adolescents inquiètent par leurs comportements.

En 2008, le Plan « santé des jeunes » s'intéresse à la lutte contre les conduites à risques, la crise suicidaire, à la lutte contre l'anorexie et met en avant les maisons des adolescents [55].

Progressivement on observe une redéfinition des acteurs clé de cette santé mentale des adolescents [53].

C'est en 2016 avec la Mission bien-être et santé et des jeunes, que le regard des politiques change et s'intéresse au bien-être des jeunes, au repérage des signes de mal-être, à l'accompagnement [56].

**On constate donc une modification progressive du regard porté sur l'adolescent par les politiques : de l'adolescent violent, inquiétant et sujet à des conduites à risque vers une prise en compte du bien-être/mal être et au développement des compétences psychosociales.**

#### 4.8 Les politiques publiques en faveur de la santé mentale des adolescents

Dans le plan Psychiatrie et santé mentale, en 2005-2008, les adolescents sont cités 39 fois avec de nombreuses actions qui leur sont destinées: repérage de la dépression à l'école, développement des Maisons des adolescents ainsi que de l'offre en pédopsychiatrie [57]. Ce qui n'est plus le cas en 2011-2015 ni dans la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » de 2018. En revanche, en 2016 à la suite du rapport Moro Brison, le plan d'action interministériel « Bien être et santé des jeunes » est mis en place avec les 9 actions ci-dessous [58].

- *L'accès en ligne à des informations de santé fiables et à des ressources géolocalisées ;*
- *Un accès facilité aux consultations de psychologues : le « Pass santé jeunes »,*

---

<sup>7</sup> Devenu en 2007 le Haut Conseil de santé publique

- Une coopération pluridisciplinaire,
- Une permanence pour les professionnels des établissements scolaires du second degré et des universités rencontrant des jeunes en difficulté,
- Les maisons des adolescents : piliers du dispositif,
- Des professionnels sensibilisés et formés,
- Un corps unique de psychologues de l'Éducation nationale,
- Des structures de prise en charge psychologique plus nombreuses dans les établissements d'enseignement supérieur,
- La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : une discipline renforcée sur tout le territoire.

Nous n'avons pas retrouvé d'évaluation de la mise en place et des impacts de ce plan.

#### 4.9 Repérage et prévention des troubles de la santé mentale

D'après le *Lancet psychiatry* [51], une distinction doit être faite entre les interventions universelles ciblant les mégatendances néfastes et celles ciblant les déterminants sociaux et les facteurs de risque plus traditionnels des problèmes de santé mentale.

Les facteurs de risque qui pourraient avoir contribué à l'augmentation des taux de problèmes de santé mentale comprennent les mégatendances sociales, technologiques et économiques récentes.

Cependant les facteurs de risques individuels sont aussi à prendre en compte : les *Adverse childhood experiences* (ACEs) peuvent accroître la vulnérabilité à la maladie mentale avec des conséquences à long terme [59]. Ainsi, une prévention ciblée sur ces facteurs de risque pourrait être plus efficace à court et à long terme que les stratégies universelles. Une revue systématique de 2025 montre ainsi que les expériences positives de l'enfance (*positive childhood experiences*), si elles sont cumulées, sont associées à des taux réduits de dépression, de consommation de substances, de comportements à risque et d'insomnie et jouent un rôle important dans la réduction du risque de troubles mentaux [60].

##### **Le repérage devrait s'appuyer sur des signes d'alertes et des outils validés.**

La Haute Autorité de santé (HAS) a élaboré plusieurs recommandations qui préconisent :

- en 1998, l'hospitalisation systématique des adolescents après une tentative de suicide [61],
- en 2014 le repérage, le diagnostic et la prise en charge des manifestations dépressives en premier recours [62],
- en 2021 la prévention, le repérage, l'évaluation et la prise en charges des idées et conduites suicidaires [63].

Ces recommandations ont probablement eu un impact sur le recours aux soins se traduisant par l'augmentation des hospitalisations et consultations, dont les statistiques témoignent.

En 2017, dans son Action mondiale en faveur de la santé des adolescents (AA-HA !), l'OMS rappelait qu'en matière de santé des adolescents le retour sur investissement est triple : amélioration de la santé pendant l'adolescence, effets par la suite à l'âge adulte et transmission des avantages à la génération suivante [64]. Dans sa 2ème édition en 2023 [65], il recense les interventions préconisées pour améliorer la santé mentale des adolescents en ciblant l'anxiété, la dépression et le stress post-traumatique. En particulier, des interventions sélectives auprès d'adolescents présentant un risque relativement élevé de dépression : interventions visant à aider

les adolescents à faire face aux événements majeurs de la vie (comme le divorce des parents ou le décès d'un parent) ou à éviter le transfert de la dépression et des problèmes connexes des parents déprimés aux adolescents.

- Les interventions psychosociales destinées aux adolescents touchés par les crises humanitaires,
- Le soutien aux parents et aux familles,
- Les programmes de prévention du suicide, notamment axés sur les groupes vulnérables les plus à risque comme les LGBTQi.

### Soins de santé mentale

Pour la commission du *Lancet Psychiatry* [52]

- La santé mentale des jeunes est sous-financée,
- Le non-recours est fréquent ainsi que l'abandon de traitement ou de thérapie,
- Le modèle de soin est articulé entre la pédiatrie d'un côté et la médecine adulte de l'autre et la transition entre les deux est mal prise en compte,
- Une enquête britannique de 2022 a révélé que 58 % des jeunes ont connu une détérioration de leur santé mentale et que jusqu'à 24 % ont tenté de mettre fin à leurs jours en attendant des soins.

En France, l'évolution de l'organisation des soins de santé (dont la santé mentale) des adolescents est décrite dans le chapitre 12.2.

Des ressources en santé mentale ont été développées :

- Le dispositif « mon soutien psy » de l'assurance maladie est ouvert aux adolescents sans avance de frais et permet le remboursement jusqu'à 12 séances/an d'accompagnement-psychologique [Remboursement de séances chez le psychologue : dispositif Mon soutien psy | ameli.fr | Assuré](#),
- Santé publique France met à disposition un site internet et numéro gratuit et anonyme Filsantejeunes.com [Fil Santé Jeunes accueil le lien qui te libère](#),
- [Psycom, le site d'informations sur la santé mentale](#) information, sensibilisation, orientation : ce site n'est pas dédié aux adolescents mais comporte un grand nombre d'information qui leur sont destinées,
- 3114 numéro gratuit de prévention du suicide.

### Synthèse

La majorité des jeunes ont une bonne santé mentale et se projettent positivement dans l'avenir mais la santé mentale des adolescents se dégrade depuis 30 ans : augmentation des symptômes dépressifs, des tentatives de suicide, des hospitalisations, mais diminution de la mortalité par suicide. La France n'est pas très différente des autres pays européens (HBSC).

Les filles expriment 2 fois plus de plaintes de santé mentale que les garçons.

Les conditions socio-économiques défavorables et le contexte de polycrise ont un impact négatif.

Le regard porté sur l'adolescence par les politiques a évolué en 30 ans : de l'adolescent violent, inquiétant et sujet à des conduites à risque vers une prise en compte du bien-être/mal-être et des compétences psycho-sociales.

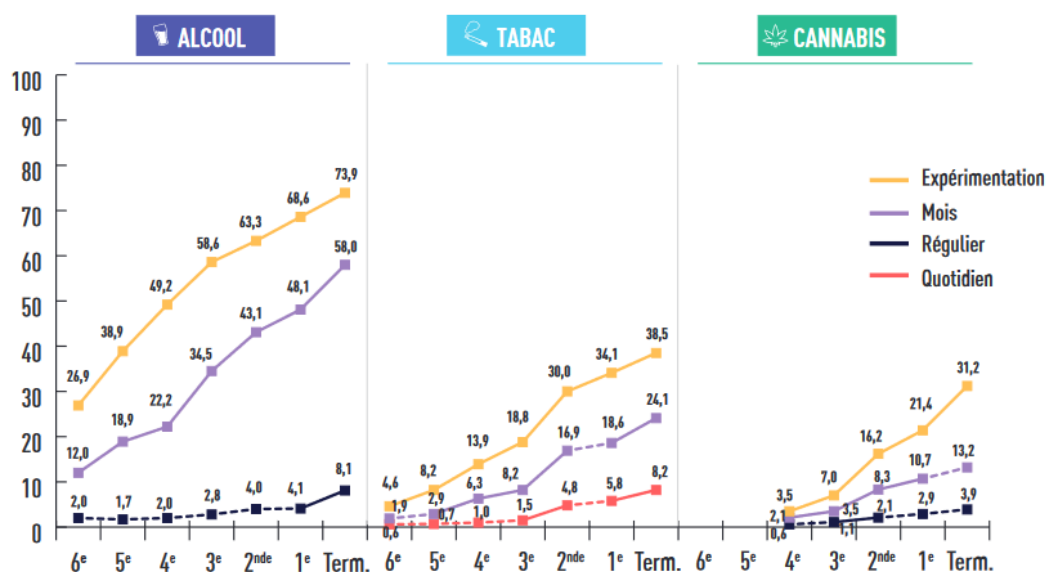
### Recommandations

- Périodiquement mesurer les déterminants de la santé mentale des adolescents dont les ressources en cas de mal-être.
- Poursuivre le déploiement et le financement des dispositifs dédiés aux adolescents (Maison des adolescents, Point d'accueil écoute jeunes PAEJ ...).
- Évaluer l'impact des dispositifs dédiés à la santé mentale des adolescents (« Mon soutien psy », élargissement de la pédopsychiatrie de 15 ans à 18 ans, référents santé mentale dans les établissements scolaires...).
- Développer des outils numériques adaptés aux usages des adolescents pour la promotion et la prévention (sites internet, applications smartphones, réseaux sociaux, influenceurs ...).
- Développer des outils validés de repérage (signes d'alerte) et de dépistage pour améliorer la prévention des troubles et l'orientation vers la prise en charge. Former les acteurs de première ligne à leur utilisation (dont ceux de l'Éducation nationale).

## 5. Consommation de substances psychoactives

L'adolescence demeure une période privilégiée pour l'expérimentation des substances psychoactives les plus répandues dans notre pays - l'alcool, le tabac et le cannabis - mais aussi et déjà pour l'installation de certains usages. La seconde partie du collège et plus encore le passage au lycée sont des périodes sensibles concernant ces produits. Toutefois, leur expérimentation reste séquentielle et intéresse beaucoup plus rarement les autres drogues illicites.

Dans cette partie, nous aborderons ces produits de manière successive, en suivant l'ordre de leur diffusion à l'adolescence, en présentant pour commencer les dernières données françaises disponibles à ce jour, dans les enquêtes EnCLASS 2022 (Figure 9) [66] et ESCAPAD 2022 [47], complétées par les tendances évolutives depuis 2000 à 17 ans (Figure 10) en les replaçant en contexte international dans la mesure du possible.



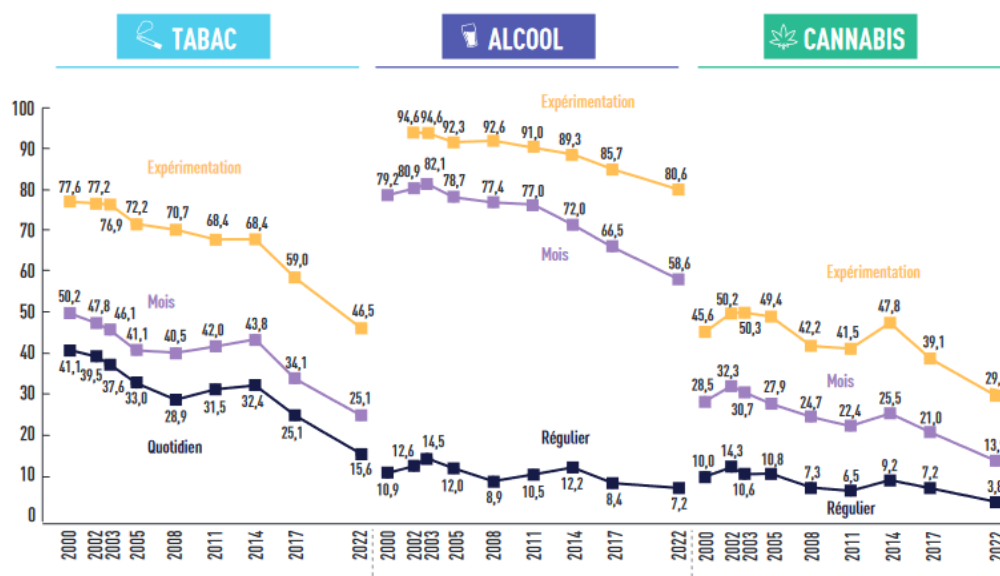
Ligne pointillée : Écart statistiquement non significatif entre deux niveaux

Ligne continue : Écart statistiquement significatif entre deux niveaux

Note : Les résultats sont présentés ici comme s'il s'agissait de données longitudinales, ce qui n'est pas le cas dans le cadre de cette enquête transversale qui concerne des générations successives. Néanmoins, il est fort probable que les évolutions observées reflètent en partie, notamment pour deux niveaux consécutifs, la diffusion de ces produits au cours de la scolarité. [Voir « Méthodologie »]

Source : EnCLASS 2022, exploitation OFDT

Figure 9- Expérimentations et usages d'alcool, tabac (cigarettes) et cannabis en France selon le niveau scolaire en 2022 (%) – OFDT, 2024 [66]



Source : enquêtes ESCAPAD (France métropolitaine), OFDT

Figure 10-Évolution des niveaux d'expérimentations et usages de tabac (cigarettes), d'alcool, et cannabis en France entre 2000 & 2022 en France (%) – OFDT, 2023 [67]

## 5.1 Alcool

En 2022, l'alcool demeure la substance psychoactive la plus expérimentée et consommée par les adolescents français. Dès l'entrée de l'adolescence, en classe de sixième, un peu plus d'un quart des élèves a déjà fait l'expérience de sa consommation. Cette expérimentation augmente de manière constante tout au long de la scolarité secondaire, pour concerner près des trois quarts des élèves de terminale (17-18 ans). L'usage fréquent, défini comme au moins une consommation au cours du mois précédent, suit une trajectoire similaire, passant de 1 élève sur 10 en sixième à près de 6 sur 10 en Terminale (Figure 9). L'usage régulier (> 10 fois dans le mois) reste rare même à la fin de l'adolescence (8,1 % en Terminale). L'expérimentation est un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles, tout comme les usages réguliers [66].

Les évolutions de l'usage d'alcool chez les adolescents français s'inscrivent dans une tendance internationale à la baisse observée dans les pays développés depuis les années 90 [67]. En France, les données de l'enquête ESCAPAD [47] en témoignent : entre 2000 et 2022, l'expérimentation d'alcool à 17 ans est passée de 94,6 % à 80,6 % et l'usage dans le mois au même âge de 79,2 % à 58,6 %. De la même manière, l'expérimentation de l'ivresse est passée de 56,6 % à 45,9 % sur la période. En revanche la diminution de l'usage régulier est moins nette (de 10,9 % à 7,2 %). On notera une baisse particulièrement marquée au sortir des confinements liés à la pandémie de Covid-19 [68].

## 5.2 Tabac

En 2022, les niveaux d'expérimentation et d'usage du tabac sont nettement en deçà de ceux de l'alcool, avec 4,6 % d'expérimentateurs de tabac à l'entrée au collège et 18,8 % en classe de troisième (14-15 ans). Cependant, l'entrée au lycée marque une intensification tant de l'expérimentation que de l'usage du tabac. Ainsi, en terminale, 38,5 % des élèves ont déjà essayé de fumer, 24,1 % ont fumé dans le mois précédent et 8,2 % fument tous les jours. Au collège, seul le tabagisme quotidien différencie les filles et les garçons (qui sont plus nombreux à fumer tous les jours). En revanche au lycée, cette différence entre les sexes disparaît [66].

Les tendances de la consommation de tabac chez les adolescents en France suivent également des évolutions internationales à la baisse depuis les années 2000 [67]. En France, les données de l'enquête ESCAPAD [47] en témoignent largement : entre 2000 et 2022, l'expérimentation de tabac à 17 ans est passée de 77,6 % à 46,5 % et le tabagisme quotidien de 41,1 % à 15,6 %. On notera que les baisses se sont particulièrement accentuées à partir de 2014. En termes d'âge d'expérimentation, on observe que cet âge est passé de 13,7 ans en 2000 à 14,5 ans en 2022, ce recul étant moins marqué pour les autres produits.

## 5.3 E-Cigarette

La progression de l'expérimentation et des usages de la cigarette électronique, observée depuis plusieurs années dans les enquêtes ESCAPAD et EnCLASS, notamment chez les adolescents les plus jeunes, tempère la diminution spectaculaire des chiffres du tabac. Ainsi, en 2022, pour la première fois dans notre pays, mais aussi dans la plupart des pays occidentaux [66], l'usage de la cigarette électronique dépasse celui de la cigarette traditionnelle de tabac (dans le mois 9,8 % pour la e-cigarette vs 4,8 % pour le tabac et quotidiennement respectivement 1,4 % vs 0,3 %). Le même phénomène s'observe au lycée (mois : 24,2 % vs 19,6 % ; jour : 3,8 % vs 1,4 %).

La cigarette électronique est apparue sur le marché français en 2005 et les boutiques dédiées à sa vente en 2010, l'analyse des évolutions ne peut donc avoir le même recul que pour le tabac. D'autant moins que les jeunes n'étaient pas ouvertement la cible de ce marché, initialement annoncé comme une modalité de réduction des risques pour les fumeurs de cigarettes. L'enquête ESCAPAD interroge les jeunes sur la e-cigarette depuis 2014. La progression est indiscutable, notamment depuis 2017 et en particulier chez les filles (+ 19 points pour l'usage récent et multiplication par 6 pour l'usage quotidien de 0,9 % à 6,3 %). Chez les plus jeunes (au collège), on observe une stabilisation entre 2018 et 2022 (usage vie 19,4 % en 2018 vs 20,2 % en 2022 ; usage mois 10,0 % vs 9,8 %). On notera que les *puff* (cigarettes électroniques jetables parfumées ciblant clairement les très jeunes adolescents), apparues en 2021, ont fait l'objet d'un vote d'interdiction de vente en France en mars 2024 (mise en vigueur à partir du 26 février 2025)[69].

## 5.4 Cannabis

L'expérimentation du cannabis chez les adolescents français est plus tardive et encore rare au collège. En effet, en 2022, seuls 3,5 % des élèves de 4<sup>e</sup> et 7,0 % de ceux de 3<sup>e</sup> déclarent l'avoir expérimenté. Cependant, cette expérimentation augmente lors du passage au lycée, où elle concerne 16,2 % des élèves de seconde et près d'un élève sur trois en terminale. La consommation régulière de cannabis reste marginale (3,9 % des élèves de terminale). Les garçons ont généralement une expérience un peu supérieure à celle des filles s'agissant de cette substance, au collège (6,5 % d'expérimentateurs vs 4,0 % chez les filles) comme au lycée (respectivement 24,0 % vs 21,1 %) [66].

En ce qui concerne les évolutions internationales, on observe une baisse de la consommation de cannabis entre la fin des années 90 et 2008, suivie désormais d'une phase de plateau dans la majorité des pays occidentaux [67][68]. Néanmoins, en France, pays auparavant parmi les plus consommateurs de cannabis à l'adolescence, à 17 ans, la tendance reste à la baisse, passant de 45,6 % d'expérimentateurs en 2000 à 29,9 % en 2022 et de 10,0 % d'utilisateurs réguliers à 3,8 % sur la même période. Comme pour le tabac, on observe une baisse plus prononcée à compter de 2014 [66].

## 5.5 Autres substances

Les usages d'autres substances psychoactives illicites sont beaucoup plus rares chez les adolescents : à 17 ans, en 2022, ils sont 3,9 % à déclarer avoir expérimenté au moins une des 8 substances illicites les plus répandues et considérées dans l'enquête ESCAPAD<sup>8</sup>, les garçons plus que les filles. Aucune autre de ces substances n'a été expérimentée par plus de 5,0 % des jeunes ; les usages dans l'année sont encore plus faibles (2,1 %). Seuls les *poppers*, produits détournés de leur usage initial<sup>9</sup>, se distinguent avec 11,0 % d'expérimentateurs, sans différence entre les sexes [66].

---

<sup>8</sup> MDMA (ecstasy), cocaïne, LSD, champignons hallucinogènes, kétamine, amphétamines, héroïne, cocaïne basée (crack, free base)

<sup>9</sup> A l'origine le *poppers* est un vasodilatateur qui était utilisé dans le traitement de maladies cardiaques, détourné dans les milieux gays pour améliorer les performances sexuelles et désormais utilisé à des fins récréatives et festives.

À l'inverse des autres produits consommés par les adolescents dans notre pays, il n'existe pas de tendance nette concernant les drogues illicites entre 2000 et 2022. L'expérimentation de cocaïne, après avoir connu un pic autour de 3,0 % entre 2008 et 2014 est pratiquement revenue au niveau de 2000 (1,0 % en 2000 et 1,4 % en 2022). Les expérimentations de poppers ont connu de grandes variations sur la même période, sans doute à mettre en relation avec des changements de législation et de circuit de diffusion.

Le protoxyde d'azote est un gaz utilisé en médecine pour l'analgésie, mais surtout en cuisine pour la confection de la crème chantilly avec un siphon. Il est vendu sous forme de petites cartouches ou de bonbonnes. Or depuis les années 2000, le protoxyde d'azote, ou « proto » ou « gaz hilarant », est détourné pour un usage récréatif essentiellement par des lycéens et des étudiants, notamment du fait de la facilité d'accès au produit (statut légal) et ses effets euphorisants rapides et fugaces. Néanmoins une dépendance peut s'installer et des séquelles irréversibles à long terme sont possibles (neurologiques, anémie, troubles cognitifs), voire des accidents graves (asphyxie). La vente aux mineurs de protoxyde d'azote est interdite depuis la loi 2021-695 du 1er juin 2021, une proposition de loi prévoit d'étendre au 1er janvier 2026 cette interdiction à tous les particuliers, quel que soit leur âge, dans tous les lieux publics, les commerces et sur internet. La vente de ce produit sera réservée à certains professionnels.

Dans l'enquête Enclass 2022, 5,4% des lycéens interrogés ont déclaré avoir expérimenté le protoxyde d'azote [66]. Dans l'Enquête ESCAPAD, en 2022, il a été expérimentée par 2,3 % des jeunes de 17 ans et 1,2 % en ont consommé au cours des douze derniers mois [70].

## 5.6 Conclusions et perspectives

Entre 1999 et 2022 on observe, en France comme dans les autres pays comparables, un déclin indiscutable des consommations de substances psychoactives chez les adolescents, notamment du tabagisme, de la consommation d'alcool, mais aussi de la consommation de cannabis [71] [72].

De nouvelles données suggèrent que des facteurs sous-jacents communs (par exemple, moins de sorties et d'activités non supervisées par des adultes) ont joué un rôle important dans ces changements de comportement. Des facteurs spécifiques au produit (notamment en termes de politiques et de prévention) ont également contribué à la baisse de la consommation de tabac et d'alcool, conduisant notamment à une dénormalisation du tabac. Les effets d'entraînement du tabac et de l'alcool sur d'autres domaines comportementaux sont très plausibles (on pense ici en particulier aux liens entre consommation de tabac et de cannabis dans notre pays où les 2 sont associées le plus souvent), mais les preuves font défaut [67].

La complexité de l'interaction des facteurs dans le contexte social et dans les modes de vie des jeunes suggère qu'une approche systémique et écologique est nécessaire pour comprendre pleinement le déclin des comportements à risque (et tout particulièrement des consommations de substances psychoactives) chez les jeunes et leur éventuel remplacement par d'autres conduites, le cas échéant également addictogènes (cigarette électronique, protoxyde d'azote, jeux de hasard et d'argent, scarifications, jeux dangereux, réseaux sociaux, jeux en ligne...) et plus largement l'évolution de leur santé mentale et leur bien-être.

### Synthèse

L'adolescence demeure l'âge des conduites d'essais voire des conduites à risques, parmi lesquelles les expérimentations de substances psychoactives. On note toutefois depuis les années 90, en France comme dans les autres pays comparables, une baisse des taux d'expérimentation et des usages, tout particulièrement s'agissant du tabac, s'inscrivant dans une vraie dénormalisation de ce produit. À moduler par l'apparition de la e-cigarette désormais plus expérimentée que la cigarette de tabac.

### Recommandations

- Maintenir la dénormalisation du tabac.
- Développer la dénormalisation de l'alcool.
- Produire des stratégies de surveillance et d'encadrement de la vente et l'usage de la e-cigarette par les mineurs.
- Poursuivre la mise en œuvre de programmes probants notamment en milieu scolaire (notamment le développement des CPS).

## 6. Croissance, maturation et santé physique

### 6.1 Stature et masse corporelle

Plusieurs travaux ont démontré que les courbes de croissance de référence contenues dans la version précédente du carnet de santé ainsi que celles récemment proposées par l'OMS n'étaient pas optimales pour le suivi de la croissance des enfants français [73] [74]. C'est pourquoi en 2016, la Direction générale de la santé a décidé de recueillir de nouvelles données afin d'actualiser les courbes de croissance des enfants de notre pays. Les chercheurs de l'unité INSERM<sup>10</sup> 1153/CRESS (Centre de Recherche Épidémiologie et Statistique Sorbonne Paris Cité) ont été chargés de produire et de traiter ces données.

Cette étude a permis de recueillir environ 2,5 millions de mesures de poids et 2 millions de mesures de taille provenant de 261 000 enfants âgés de 0 à 18 ans. Ces données ont été comparées aux données des courbes de croissance actuelles et celles publiées par l'OMS. Il existe pratiquement deux générations séparant les courbes de Sempé (1979) [75] et celles du CRESS-AFPA<sup>11</sup> (2018) [76] (Figure 11).

---

<sup>10</sup> Institut national de la santé et de la recherche médicale · Inserm, La science pour la santé

<sup>11</sup> AFPA | Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

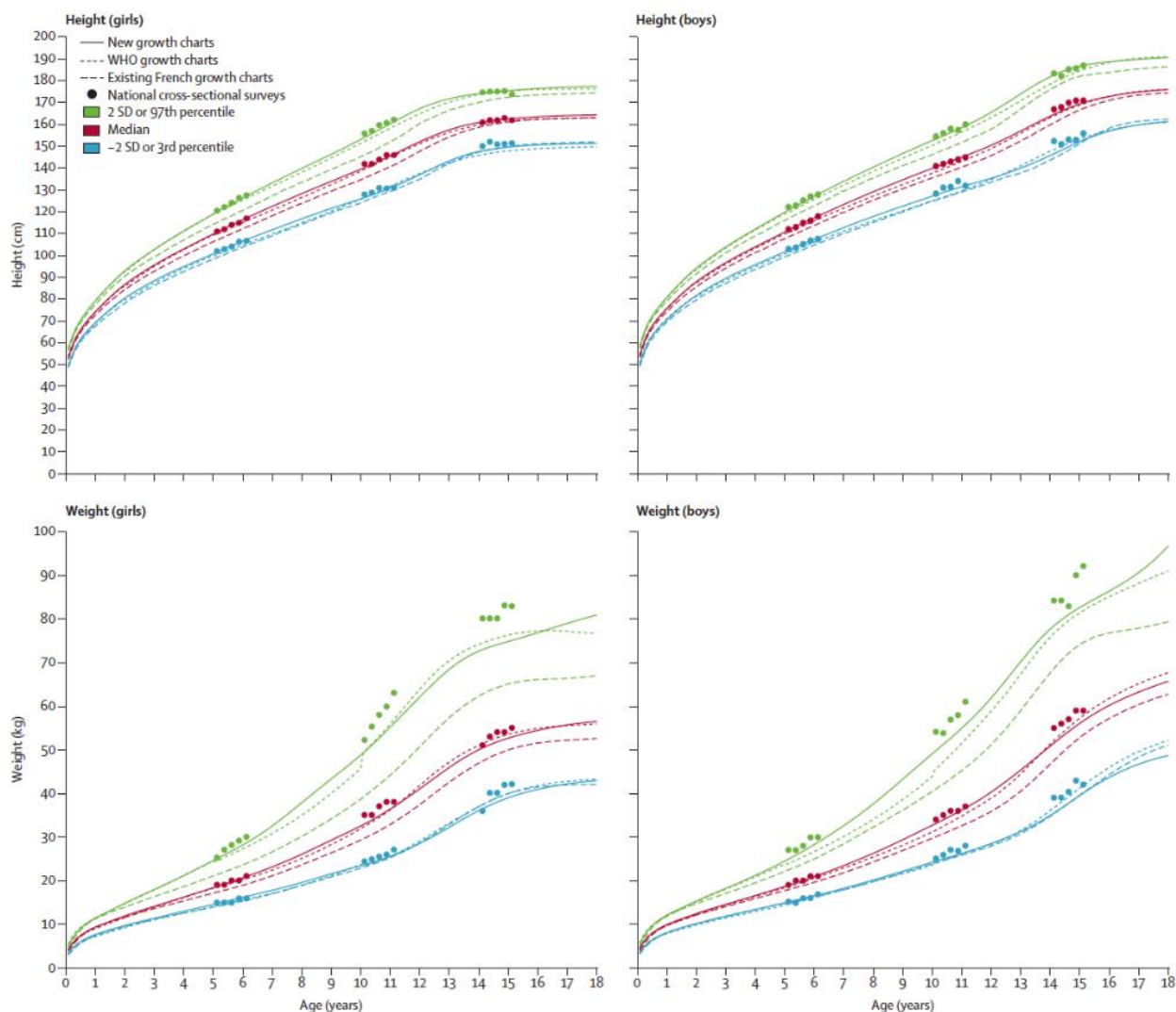


Figure 11-Nouvelles courbes de croissance de la taille et du poids (ligne) comparées aux courbes de croissance existantes (pointillé) (Sempé, 1979) et aux données des enquêtes transversales nationales représentatives (•••), pour les filles et les garçons. Les données sont indiquées pour les âges de 1 mois à 18 ans. Les déviations standards (SD) correspondants pour la taille ou les percentiles pour le poids des enquêtes transversales nationales sont indiqués pour les âges de 5-6 ans, 10-11 ans et 14-15 ans.

Globalement, les résultats n'ont pas fait état d'augmentation séculaire significative de la taille de fin de croissance. En revanche au moment de la puberté, les courbes de taille du CRESS - AFPA-Inserm de 2018, se situaient au-dessus des courbes précédentes. Par exemple, à 10 ans, la médiane de la taille des filles des nouvelles références était de 139,5 cm contre 134,7 cm sur les courbes précédentes. Bien qu'aucune modification de taille pour les plus petits et les moyens n'ait été observée, une augmentation de taille pour les plus grands a été notée. Autrement dit, si la taille moyenne n'a pas significativement changé, un simple élargissement de la répartition de la population de + 0,5 DS au profit des plus grands a été constaté (Figure 12 : Heude *et al.*, 2019) [76].

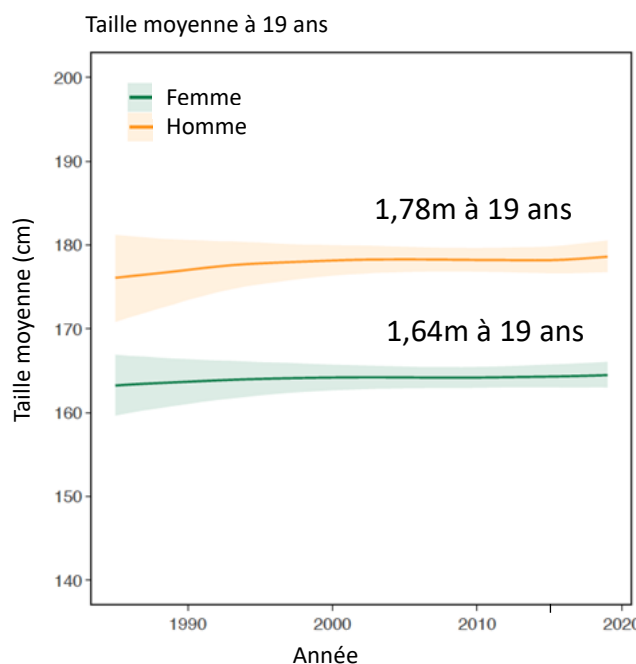


Figure 12-Évolution de la taille des adolescents français âgés de 19 ans de 1990 à 2020 [77]

*The Lancet* a publié en 2020 les données de stature recueillies dans 200 pays différents. Les données françaises indiquaient que depuis le milieu des années 1980, les garçons ont gagné environ 2,5 cm et les filles 1,3 cm [77].

## 6.2 Corpulence

À partir des années 90, l'ensemble des données recueillies à partir des études et enquêtes françaises a fait état de valeurs élevées de surpoids et d'obésité présentant une certaine stabilité dans le temps. Cette stabilité a été confirmée par l'article récent publié dans *The Lancet*, qui a fait état entre 1990 et 2022 d'une prévalence du surpoids (obésité incluse) d'environ 19,9 % chez les filles et de 18,9 % chez les garçons âgés de 5 à 19 ans [78] (Figure 13). Les valeurs ont nécessité une analyse plus précise par tranche d'âge afin d'évaluer l'évolution du surpoids et de l'obésité chez les adolescentes et adolescents français au cours de ces 3 dernières décennies (Figure 14 et Figure 15).

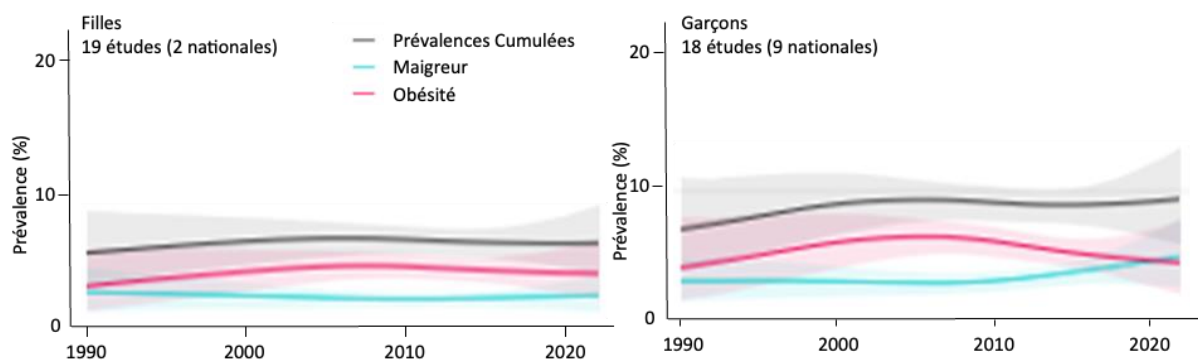


Figure 13-Évolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale et de l'obésité chez les jeunes Français (filles à gauche et garçons à droite) âgés de 5 à 19 ans de 1990 à 2022 (NCD, 2024) [78]

Entre 1999 et 2007, la comparaison des résultats des enquêtes nationales INCA 1 (1998-1999) à ceux d'INCA 2 (2006-2007), bien que faisant état d'une diminution des apports énergétiques chez les jeunes âgés entre 3 à 14 ans, a révélé que la prévalence du surpoids et de l'obésité était restée stable sur la même période [79] se situant autour de 9 % dans l'étude INCA 2 menée en 2006-2007 [80]. En début de cette décennie, une enquête menée par la Drees [81] auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième (14 ans en moyenne) a montré que 83,0 % d'entre eux avaient un poids normal et que la prévalence globale du surpoids (obésité incluse) s'élevait à 15,7 % : 12,4 % des élèves de troisième étaient en surpoids et 3,3 % en situation d'obésité, selon les normes internationales IOTF. Par ailleurs, il n'a pas été observé de différence significative entre les garçons et les filles.

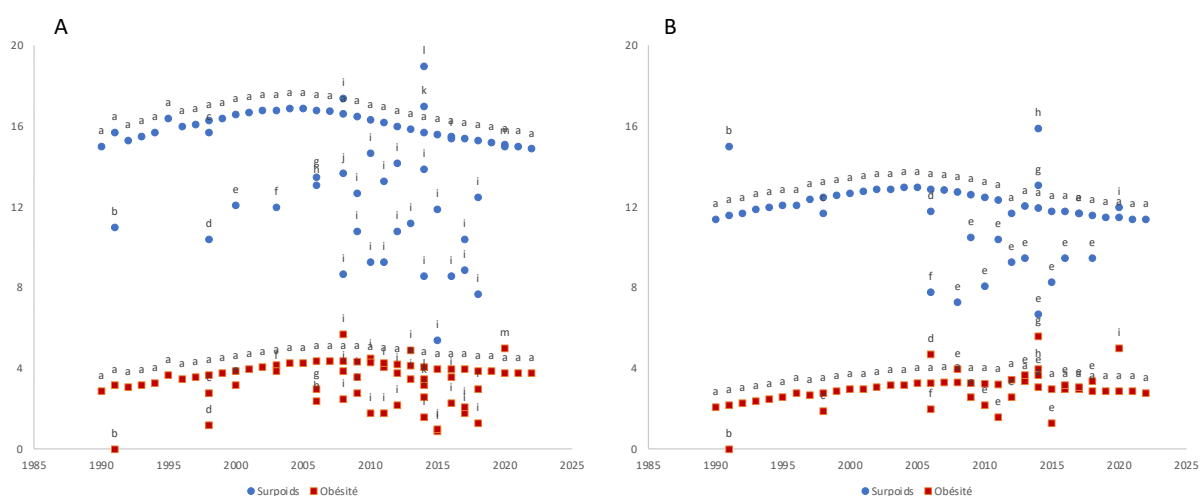


Figure 14-Prévalence (%) du surpoids (cercles) et de l'obésité (carrés) des filles françaises âgées de 11 à 14 ans (A) et de 15 à 17 ans (B) entre 1990 et 2022

Chaque point représente la valeur de surpoids ou d'obésité pour un groupe d'âge provenant des études référencées :

Figure A : a) NCD-RisC, 2024 (données françaises) [77]; b) Deheeger et al. 2002 [82]; c) Feur et al., 2003 ; d) Lioret et al., 2009 (INCA 1) [79]; e) de Peretti et Castetbon, 2004 (DREES) [81]; f) Guignon, 2007 (DREES) ; g) ENNS, 2006 [83]; h) Afssa, 2009 (INCA 2) [80]; i) Vanhelst et al., 2022 [84]; j) Chardon et Guignon, 2014 (DREES) [85]; k) Anses, 2017 (INCA 3) [86]; l) Esen, 2017 (Esteban) [87]; m) Obepi, 2020

Figure B : a) NCD-RisC, 2024 ; b) Deheeger et al. 2002 ; c) Feur et al., 2003 ; d) ENNS, 2006 ; e) Vanhelst et al., 2022 ; f) Afssa, 2009 (INCA 2) ; g) Esen, 2017 (Esteban) ; h) Anses, 2017 (INCA 3) ; i) Obepi, 2020

La comparaison des données des enquêtes INCA 2 (2006-2007) et INCA 3 (2014-2015) [86] et celles des enquêtes Drees [85] a fait état d'une stabilité du surpoids autour de 15 % et de l'obésité à 3,5 %. Dans les enquêtes Santé et Protection Sociale (ESPS) menées par l'IRDES en 2010 [88], les taux de surpoids et d'obésité ont été du même ordre de grandeur 12,0 % et 4,0 %, respectivement.

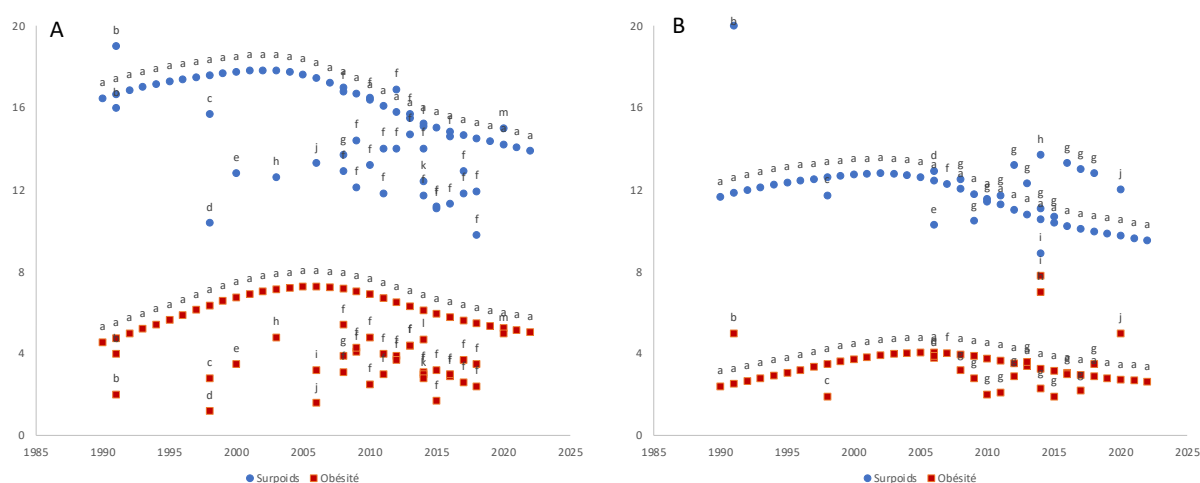


Figure 15-Prévalence (%) du surpoids (cercles) et de l'obésité (carrés) des garçons français âgés de 11 à 14 ans (A) et de 15 à 17 ans (B) entre 1990 et 2022.

Chaque point représente la valeur de surpoids ou d'obésité pour un groupe d'âge provenant des études référencées :

Figure A : a) NCD-RisC, 2024 ; b) Deheeger et al. 2002 ; c) Feur et al., 2003 ; d) Lioret et al., 2009 (INCA 1) ; e) de Peretti et Castetbon, 2004 (DREES) ; f) Vanhelst et al., 2022 ; g) Chardon et Guignon, 2014 (DREES) ; h) Guignon, 2007 (DREES) ; i) ENNS, 2006 ; j) Afssa, 2009 (INCA 2) ; k) Anses, 2017 (INCA 3) ; l) Esen, 2017 (Esteban) ; m) Obepi, 2020.

Figure B : a) NCD-RisC, 2024 ; b) Deheeger et al. 2002 ; c) Feur et al., 2003 ; d) ENNS, 2006 ; e) Afssa, 2009 (INCA, 2) ; f) Vanhelst et al., 2022 ; g) Vanhelst et al., 2022 ; h) Anses, 2017 (INCA 3) ; i) Esen, 2017 (Esteban) ; j) Obepi, 2020

Les données françaises disponibles entre 2016 et 2022 (Figure 14 et Figure 15) ont établi les prévalences du surpoids à 12,2 % chez les filles et les garçons, et de l'obésité à 3,3 % chez les filles et à 3,5 % chez les garçons. D'après les déclarations de poids et de taille des collégiens permettant calculer leur indice de masse corporelle (IMC), on observe une relative stabilité entre 2010 et 2018 (respectivement 12,7 % et 12,8 % de surpoids ou d'obésité chez les garçons et 8,4 % et 9,3 % chez les filles), suivie d'une augmentation entre 2018 et 2022 (jusqu'à 16,6 % chez

les garçons et 10,6 % chez les filles [89]. Les données de l'Étude Obépi-Roche<sup>12</sup> de 2020 recueillies chez les jeunes de 8-17 ans ont fait état de 21,0 % des jeunes en situation de surpoids ou d'obésité [90]. Une surreprésentation des catégories populaires et inactives (chômeurs, femmes/hommes au foyer) a été constatée avec 75,0 % des 8-17 ans présentant une surcharge pondérale issus de ces catégories. On l'aura compris, vu la dispersion des données recueillies, en particulier entre 2010 et 2020, l'apparente stabilité des prévalences nécessite une analyse plus détaillée au risque de ne pas révéler des évolutions significatives. Les études s'accordent à dire que la globalisation des données masque l'effet des inégalités de santé. En effet, les augmentations ont été observées principalement chez les adolescents des catégories socio-professionnelles à faibles revenus.

### Conclusion

En France, quel que soit le sexe, la prévalence du surpoids et de l'obésité des adolescents est restée relativement stable sur la période considérée, malgré des différences importantes dans les évaluations dues à la taille des échantillons et à leur représentativité. Chez les filles comme chez les garçons, les prévalences du surpoids et de l'obésité sont plus élevées chez les adolescents (collégiens) de 11-14 ans que chez les lycéens de 15-17 ans. Ces différences liées à l'âge sont plus marquées chez les garçons que chez les filles. Les prévalences restent néanmoins élevées. De plus, le surpoids et l'obésité sont des marqueurs importants des inégalités sociales [89].

### Données internationales

Une étude très récente de 2024 publiée dans *The Lancet* a montré l'évolution en 40 ans de 1990 à 2022 de la corpulence d'une population mondiale de 222 millions de participants dont 63 millions de enfants et adolescents âgés de 5 à 19 ans [78]. Pour les enfants et les adolescents, l'obésité a été définie par un IMC supérieur de plus de deux écarts-type à la médiane de la référence de croissance de l'OMS [91]. Pour la maigreur, elle a été définie par un IMC inférieur à deux écarts types (SD) au-dessous de la médiane de la référence de croissance de l'OMS.

Entre 1990 et 2022, la prévalence mondiale de l'insuffisance pondérale selon l'âge a diminué chez les filles dans 44 pays (22 %) et chez les garçons dans 80 pays (40 %) (Figure 16). Cette évolution était négativement corrélée au niveau initial d'insuffisance pondérale ( $r = -0,53$  pour les filles et  $-0,79$  pour les garçons).

---

<sup>12</sup> Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité, avec le concours scientifique de la Chaire santé de Sciences Po

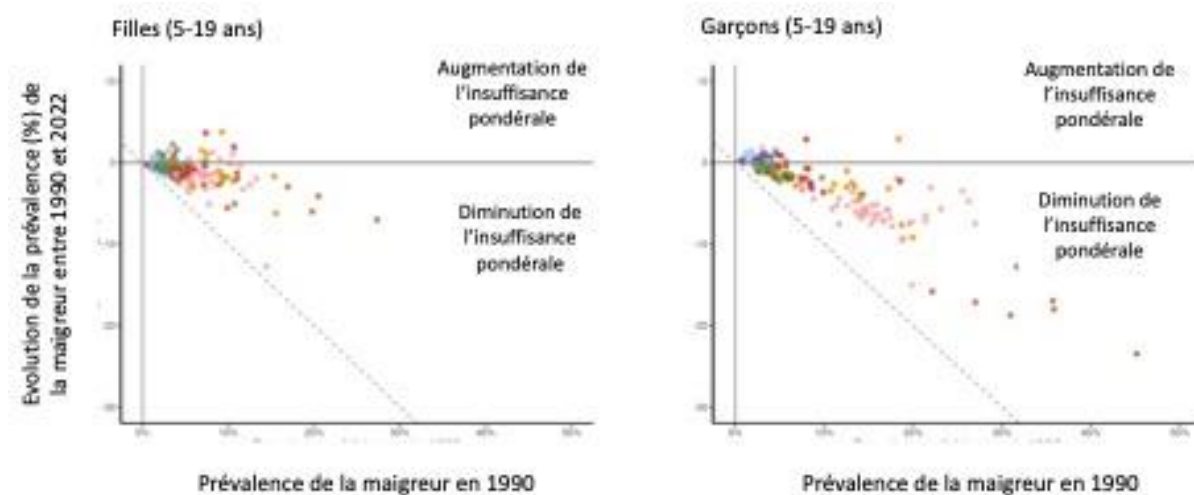


Figure 16-Évolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les garçons et les filles âgés de 5 à 19 ans de la population mondiale entre 1990 et 2022 (NDC-RisC, 2024).

Chaque point représente une zone géographique, par exemple • Europe centrale et Europe de l'Est.

Entre 1990 et 2022, la prévalence de l'obésité normalisée selon l'âge a augmenté chez les filles dans 186 pays (93 %) et chez les garçons dans 195 pays (98 %) [78]. Elle a doublé dans une majorité de pays que ce soit pour les filles ou pour les garçons (Figure 17). En revanche, dans 13 pays d'Europe et d'Asie centrale, aucune variation avec une probabilité choisie par le modèle de l'étude à 0,80 n'a été observée, ce qui corrobore les analyses des enquêtes françaises.

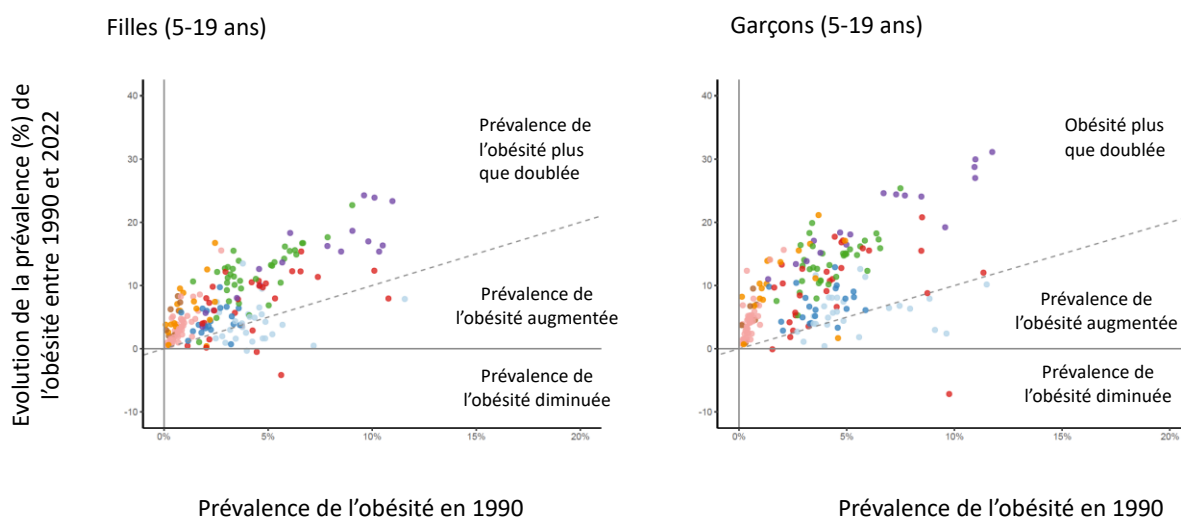


Figure 17-Évolution de la prévalence de l'obésité chez les garçons et les filles âgés de 5 à 19 ans de la population mondiale entre 1990 et 2022 (NDC-RisC, 2024).

Chaque point représente une zone géographique, par exemple • Europe centrale et Europe de l'Est et • Pays occidentaux à hauts revenus.

Cet article de 2024 vient compléter celui de 2017 couvrant la période de 1975 à 2016 dans lequel le surpoids et l'obésité [92], ainsi que les niveaux de maigreur avaient été analysés séparément :

- insuffisance pondérale modérée et sévère : IMC de plus de 2 DS en dessous de la médiane de la référence de croissance de l'OMS,
- insuffisance pondérale légère : IMC de 2 DS à plus de 1 DS en dessous de la médiane,
- poids sain : IMC de 1 DS en dessous de la médiane à 1 DS au-dessus de la médiane,
- surpoids : IMC de plus de 1 DS à 2 DS au-dessus de la médiane,
- obésité : IMC de plus de 2 DS au-dessus de la médiane.

Entre 1975 et 2016, contrairement aux résultats français, la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée et sévère a diminué en passant de 9,2 % en 1975 à 8,4 % en 2016 chez les filles et de 14,8 % en 1975 à 12,4 % en 2016 chez les garçons (Figure 18). Elle a évolué moins vite que l'augmentation de l'obésité. L'obésité a globalement augmenté dans toutes les régions du monde, d'une prévalence de 0,7 % en 1975 à 5,6 % en 2016 chez les filles et de 0,9 % en 1975 à 7,8 % en 2016 chez les garçons (Figure 18). L'évolution de la prévalence de l'obésité est associée au niveau de revenu des différentes régions. L'augmentation était la plus faible dans les régions à revenu élevé (en moyenne 30 à 50 % par décennie) et la plus importante en Afrique australe (environ 400 % par décennie, bien qu'à partir de niveaux très bas). L'augmentation du surpoids a suivi une évolution de même amplitude que l'obésité passant de 4,7 % en 1975 à 12,7 % chez les filles, et de 3,6 % en 1975 à 11,7 % en 2016 chez les garçons.

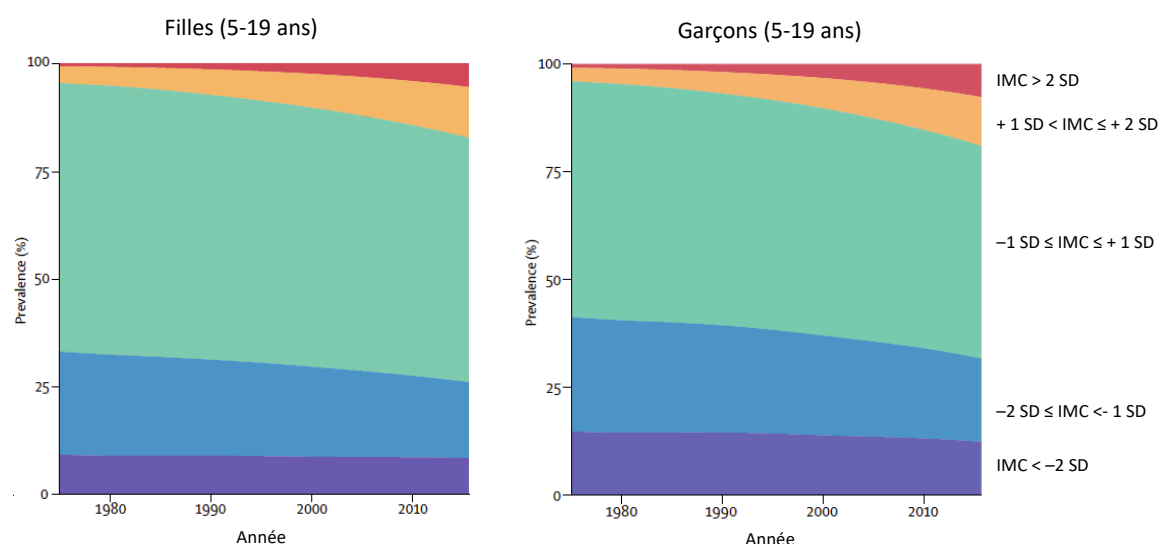


Figure 18-Évolution entre 1975 et 2016 de la prévalence des statuts pondéraux des jeunes de 5 à 19 ans de la population mondiale.

## 6.3 Âge de la puberté

### 6.3.1 Puberté féminine

La ménarche<sup>13</sup> survient à un âge de plus en plus jeune en Europe depuis le 19<sup>e</sup> siècle : il se situait vers l'âge de 13 ans en 2000. La France n'a pas échappé à cette évolution avec une diminution importante de l'âge de la ménarche le situant vers 12,8 ans<sup>14</sup>.

Une modélisation linéaire de la décroissance de l'âge à la ménarche en France sur plus d'un siècle a été proposée en concordance avec les observations ultérieures qui ont défini un âge moyen à la ménarche de 12,6 ans [93] [94] et de 12,8 ans [95]. Les dernières observations situaient donc l'âge du démarrage pubertaire féminin à 12,8 ans.

Les études américaines confirment la diminution de l'âge de la puberté féminine, que ce soit par la diminution de l'âge de la thélarche<sup>15</sup> [96] de 3 mois par décennie entre 1977 et 2013 [12] ou de l'âge de la ménarche [97], et son lien avec l'évolution de l'obésité des jeunes. Malheureusement, il n'existe pas de suivi régulier de l'âge de la ménarche, pourtant, sa précocité étant associée au risque d'obésité, elle mériterait une meilleure surveillance.

### 6.3.2 Puberté masculine

Chez les garçons, les travaux sont moins nombreux. Les tendances à la réduction de l'âge de l'entrée en puberté sont moins évidentes. L'étude pilote française de Mazzarino *et al.* (2019) [98] réalisée chez les garçons a mis en évidence un âge moyen de démarrage pubertaire (apparition du stade 2 de Tanner)<sup>16</sup> de 11,09 ans. Ces observations confirment celles de l'étude américaine de Herman-Giddens (2012) [99], qui a montré que l'âge du démarrage pubertaire des garçons a lieu en moyenne 1,5 ans plus tôt que celui observé en 1970 chez des garçons anglais [100], à savoir 10,1 contre 11,6 ans, respectivement. On considère aujourd'hui que l'âge moyen de l'entrée en puberté se situe entre 11 et 12 ans pour les garçons.

---

<sup>13</sup> La ménarche est la période des premières menstruations

<sup>14</sup> D'après les données de l'expertise collective Inserm « Croissance et puberté » (Inserm, 2007) « Entre le milieu du 19<sup>e</sup> siècle et le milieu du 20<sup>e</sup> siècle, l'âge moyen des premières règles a particulièrement diminué, passant de 17 ans à 14 ans aux États-Unis et dans plusieurs pays de l'Europe de l'Ouest. [...]. En France, la diminution est estimée à 0,175 an par décennie

<sup>15</sup> La thélarche désigne le début du développement secondaire (postnatal) des seins chez la jeune fille, habituellement au début de la puberté.

<sup>16</sup> La classification de Tanner est une échelle qui permet de suivre l'avancement physiologique de la puberté d'un individu. Elle prend en compte plusieurs facteurs dans sa cotation (voir [Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine](#)

- le développement et la croissance de la pilosité sur les zones génitales des filles et garçons ;
- le développement de la poitrine chez les filles ;
- le développement des caractères sexuels chez le garçon ;
- chez les filles, on note aussi l'apparition ou non de la menstruation, mais le développement des organes génitaux chez les filles n'était pas pris en compte dans la classification de Tanner.

En conclusion, la concomitance de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité, et, de l'avancée en âge de la puberté incite à faire l'hypothèse d'un lien entre ces deux événements. Depuis 30 ans, les données semblent indiquer une relation bi-directionnelle entre l'obésité et la précocité de la puberté principalement chez les filles. En effet, dès les années 2000, des études de suivi d'importantes cohortes américaines ont mis en évidence une maturation plus précoce chez les jeunes filles présentant un IMC supérieur au 85<sup>ème</sup> percentile comparativement à celles normopondérées (*Pediatric Research in Office Settings : PROS*, et *National Health and Nutrition Examination Survey : NHANES III*) [96] (Figure 19). Ces études ont montré que plus le surpoids des jeunes filles est important et plus l'âge d'apparition des caractères sexuels secondaires, indiquant le démarrage pubertaire, est jeune. De tels résultats ne sont pas retrouvés chez les garçons, les résultats des différentes études n'étant pas convergents. On notera que l'obésité n'est pas le seul critère invoqué dans les causes d'avance pubertaire chez les filles qui comprennent en outre des facteurs génétiques, ethniques, toxiques environnementaux, le stress psychosocial et l'exposition à une société hypersexualisée [101].

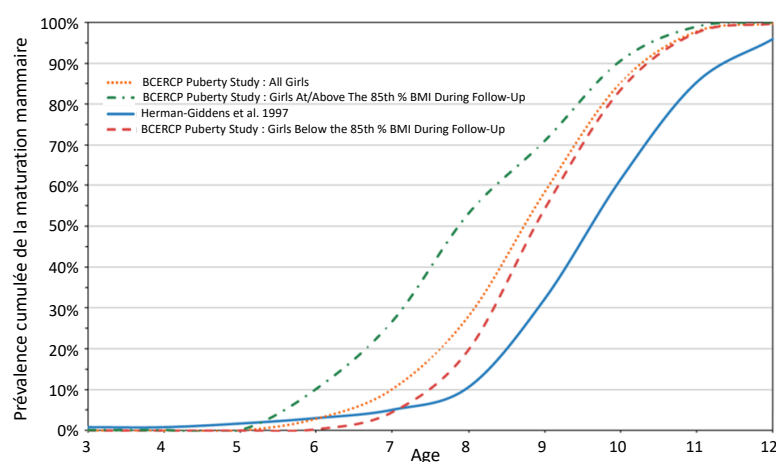


Figure 19-Comparaison de la prévalence cumulée des jeunes filles au stade 2 de Tanner entre l'étude BCERP sur la puberté et PROS

## 6.4 Santé physique (motricité – handicap)

La santé physique se définit comme un état corporel, prenant en considération l'absence de maladie et le niveau de condition physique.

### 6.4.1 Absence de maladie chronique et de handicap

Il est particulièrement complexe de mesurer le handicap qui peut être appréhendé de plusieurs manières : par les limitations du corps, les restrictions dans les activités du quotidien, le besoin d'aide, l'auto-déclaration d'un handicap, sa reconnaissance administrative, etc. En outre, le handicap est un enjeu transversal à un très grand nombre de politiques publiques et les populations concernées sont de relativement petite taille, et pour partie plus difficiles à atteindre dans les enquêtes. Vrai pour tous les âges de la vie [102], ce problème est encore plus marqué à l'adolescence, âge de transition entre des questionnaires renseignés par les parents et des auto-questionnaires qui doivent pouvoir être compris par les répondants, donc le cas échéant simplifiés, tout en restant comparables aux autres populations et le cas échéant aux autres enquêtes [103].

En accord avec le nouveau paradigme de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)[104] de l'OMS, et de la loi de février 2005, en France, l'enquête EnCLASS s'attache à permettre aux élèves de se reconnaître en situation de handicap ou porteur de limitations dans des activités de la vie quotidienne. En 2022, plus d'un élève du secondaire sur six se déclare porteur d'un handicap ou d'une maladie chronique ayant été diagnostiqués par un médecin et pour près de 4 % de tous les élèves cette situation restreint leur participation à l'école. D'après l'indicateur européen de restriction globale d'activité (GALI), mesuré pour la première fois dans l'enquête EnCLASS, près d'un quart des élèves du secondaire déclarent être limités dans leurs activités. Quel que soit l'indicateur utilisé, les filles déclarent plus de restrictions et de limitations que les garçons durant tout le secondaire. La proportion d'élèves se déclarant porteurs d'un handicap ou d'une maladie chronique restreignant leur participation à l'école qui avait augmenté entre 2010 et 2014 est restée stable entre 2014 et 2022 [105].

### 6.4.2 Condition physique

Il a fallu attendre les années 90 pour voir les études se développer et avoir des preuves scientifiques mettant en relation la condition physique et la santé présente et future des enfants et des adolescents [106]. Quel que soit l'âge, la condition physique est un déterminant majeur de la santé. En effet, une bonne condition physique est associée à un faible risque de développement de maladie chronique et de mortalité précoce [107], un statut pondéral dans la norme [108] et conditionne en partie la santé à l'âge adulte [109].

La condition physique est définie par un ensemble de capacités permettant d'effectuer des tâches quotidiennes sans fatigue. Les facteurs de la condition physique associés à la santé regroupent la capacité cardio-respiratoire, les qualités musculaires (endurance et force) et les capacités physiques et motrices (adresse, agilité, équilibre, souplesse).

De toutes ces composantes, la condition physique cardio-respiratoire a été beaucoup plus étudiée que les autres [110]. C'est pourquoi nous distinguerons dans ce rapport trois paramètres : la condition physique cardio-respiratoire, la condition physique musculaire et les autres composantes.

#### **Condition physique cardio-respiratoire**

Le paramètre principal de la condition physique cardio-respiratoire est la consommation maximale de l'oxygène ( $VO_{2max}$ ). Entre 1981 et 2014, les données françaises de l'étude de Tomkinson *et al.* [111] répertoriant les résultats de près d'un million enfants et adolescents âgés de 9-14 ans de 19 pays différents obtenus lors d'un test de terrain (test navette de 20 m), ont fait état d'une diminution conséquente de  $VO_{2max}$ . L'amplitude de cette diminution ayant été évaluée à  $-2,7 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{kg}^{-1}$  par décennie (Figure 20).

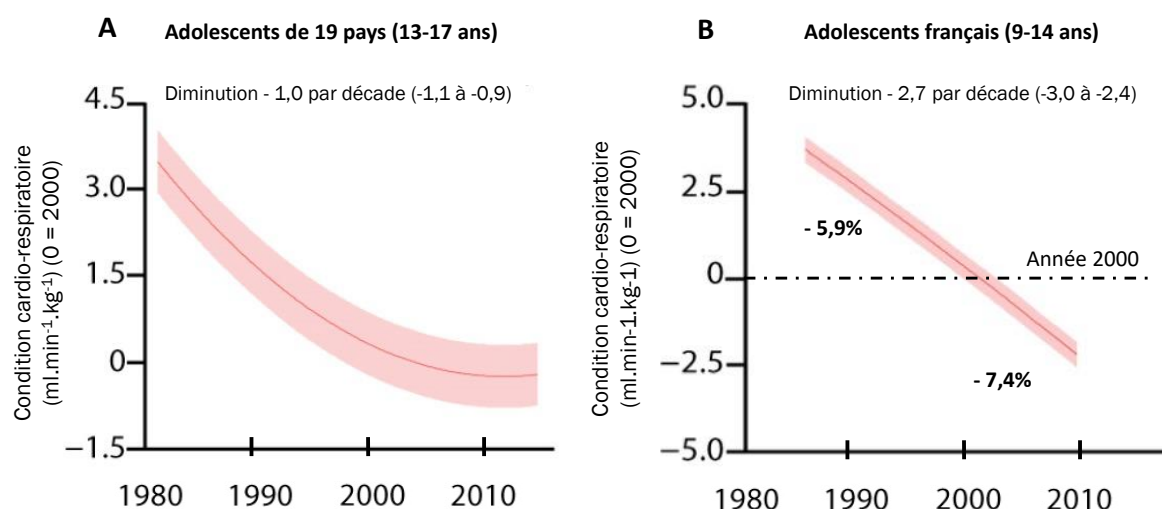


Figure 20-Évolution de la condition physique cardio-respiratoire d'adolescents de 19 pays (A : 13-17 ans) et d'adolescents français (B : 9-14 ans) entre 1981 et 2014 (données françaises, Tomkinson et al., 2019) [112]

Une revue systématique des données de condition physique des enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans a confirmé cette évolution et a observé une augmentation de la capacité cardio-respiratoire jusqu'en 1986, puis une diminution jusqu'en 2010-2012 environ, avec un point d'inflexion négatif en 2000, tant chez les filles que chez les garçons [113]. En accord avec ce point d'inflexion observé en 2000, l'évolution des données de la revue de Tomkinson et al. (2019) [112] a été étudiée avant et après. En France, contrairement à d'autres pays, la perte de  $VO_{2max}$  est relativement constante sur la période tant avant et qu'après 2000, à savoir 5,4 % et 7,9 %, respectivement (Figure 20- B). Autrement dit, **les adolescents ont perdu 13 % de leur condition physique cardio-respiratoire en 30 ans**. Cette baisse est similaire à celle observée dans d'autres pays. Par exemple, au Canada les adolescents âgés de 17 ans ont vu leur  $VO_{2max}$  diminuer de 18 % chez les garçons et de 12,2 % chez les filles entre 1982 et 2017 [114].

En 2016, à partir des résultats d'une méta-analyse des seuils de capacité cardio-respiratoire associée à un faible risque de maladie cardio-vasculaire ont été proposés pour les enfants et les adolescents : 41,8 et 47,0 ml.kg<sup>-1</sup>.min<sup>-1</sup> d'oxygène consommé maximal chez les garçons (8-17 ans) et entre 34,6 et 39,5 ml.kg<sup>-1</sup>.min<sup>-1</sup> chez les filles (8-17 ans). Les bornes inférieures sont de 41,8 ml.kg<sup>-1</sup>.min<sup>-1</sup> chez les garçons et 34,6 ml.kg<sup>-1</sup>.min<sup>-1</sup> chez les filles, elles représentent les valeurs plancher à ne pas dépasser afin d'éviter le risque de maladie cardiovasculaire [115]. À partir des données recueillies entre 1981 et 2016 chez 2 779 165 enfants et adolescents âgés de 9 à 17 ans de 30 pays dont la France, Tomkinson et al. (2018) [111] ont calculé le pourcentage de jeunes atteignant les seuils de santé de la condition physique cardio-respiratoires proposés par Ruiz et al. (2016)[115], qui sont établis à 42 ml.min<sup>-1</sup>.kg<sup>-1</sup> pour les garçons et 35 ml.min<sup>-1</sup>.kg<sup>-1</sup> pour les filles. Les résultats concernant les adolescents filles et garçons âgés de 11 à 17 ans sont présentés dans la Figure 21. Ils montrent une baisse de la prévalence des garçons avec un profil cardio-respiratoire à faible risque entre 11 et 17 ans de 28 % ce qui représente une diminution de 5 % par an. Chez les filles, cette baisse, très importante de 50,5 %, représente une perte de 8 %

par an. Les données françaises recueillies dans cette étude entre 1984 et 2006, montraient chez des adolescents de 11-14 ans que 92,0 % des garçons et 98,5 % des filles atteignaient les seuils de santé cardio-respiratoires [111]. S'appuyant sur les seuils de santé cardio-respiratoire proposés par Welk et al. (2011)[116], les données françaises du programme BOUGE recueillies entre 2009 et 2013 chez des jeunes Français âgés de 9 à 16 ans, ont montré que la prévalence des jeunes atteignant le seuil de capacité cardio-respiratoire de santé n'était plus que de 89 % et 84 % pour les garçons et filles, respectivement [117].

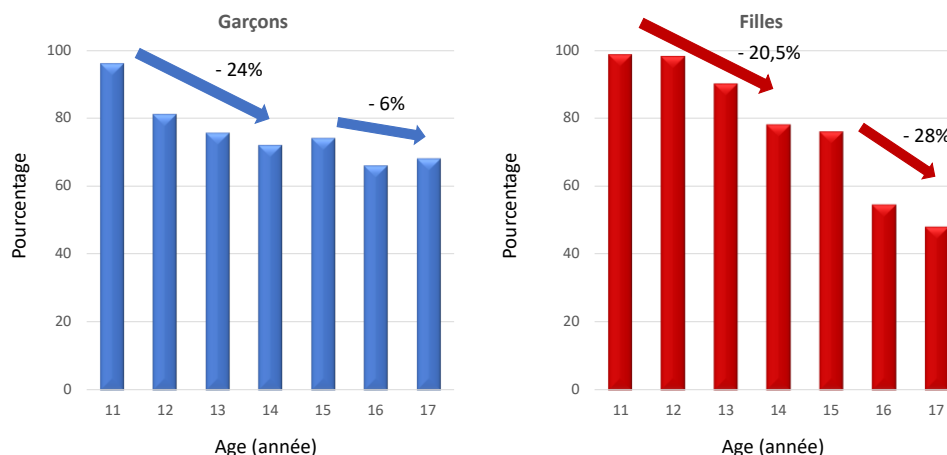


Figure 21-Évolution du pourcentage d'adolescents européens atteignant les seuils recommandés de VO<sub>2</sub>max pour la santé cardio-respiratoire (d'après les données de Tomkinson et al., 2018).

Ces baisses de condition physique cardio-respiratoire chez les adolescents ont été observées et confirmées dans de nombreux pays sur tous les continents : l'Océanie [118], l'Europe [111], l'Amérique du Sud [119], l'Amérique du Nord [114] et l'Asie [120].

Entre 1999 et 2022, les données françaises recueillies à partir d'études transversales chez des jeunes âgés de 9 à 16 ans confirment un déclin très important de la capacité cardio-respiratoire des adolescents. Cette baisse est très conséquente entre 1999 et 2010 puis elle ralentit jusqu'en 2022 [121]. Il existe peu de données évaluant les effets du confinement associé à la pandémie de Covid-19. Chez des adolescents de 16 ans en moyenne, la comparaison de deux groupes différents évalués en septembre 2020 et septembre 2021 a fait état d'une stabilité de la condition physique cardio-respiratoire, tout en notant un niveau de condition physique faible tant chez les filles que chez les garçons, avec une faible variation de -4,2 % [122]. Les données recueillies en 2014-2017 par une étude canadienne ont montré que la valeur médiane de VO<sub>2</sub>max des adolescents se situait en-dessous des seuils de condition physique cardio-respiratoire à faible risque cardiovasculaire [114].

Les facteurs qui pourraient expliquer ces différentes évolutions sont d'ordres différents. Une des premières causes avancées pour expliquer la baisse de la condition physique cardio-respiratoire est l'évolution du surpoids et de l'obésité. Plusieurs études avancent que la capacité cardio-respiratoire est expliquée par l'évolution des dimensions corporelles. En particulier des études longitudinales ont évalué que le surpoids expliquerait entre 60 et 70 % de la baisse des performances [118]. Entre 1976 et 2001, la part d'explication de l'évolution de la capacité cardio-respiratoire des adolescents de 13-18 ans par l'IMC est passée de 0 à 12 % chez les garçons et

de 0,2 % à 17 % chez les filles [123]. Quoi qu'il en soit, nul doute que l'altération de la condition cardio-respiratoire coïncide dans la grande majorité des pays avec l'augmentation de la prévalence du surpoids chez les jeunes. Un second paramètre associé à la diminution de la capacité cardio-respiratoire est la diminution du niveau d'activité physique et l'augmentation des comportements sédentaires, qui ont également coïncidé avec l'augmentation de la prévalence du surpoids. L'évolution de ces deux comportements est présentée au chapitre 9. Ces facteurs sont associés à l'environnement des adolescents, c'est pourquoi des évolutions séculaires différentes sont observées entre les différents pays dont le niveau de vie est différent. L'étude de Tomkinson *et al.* (2019) [112] s'est, par exemple, également intéressée à un indice de mesure de la répartition des revenus de la population dans chaque pays étudié. Les résultats ont montré qu'il existait une forte association négative entre les tendances des inégalités de revenus et les tendances de la condition physique cardio-respiratoire des adolescents. Autrement dit, c'est dans les pays où l'écart entre les résidents riches et pauvres se creuse, que les diminutions les plus importantes de condition physique sont observées.

### **Condition physique musculaire**

Bien que beaucoup moins étudiée que la condition physique cardio-respiratoire, la condition physique musculaire est également un paramètre majeur de la santé des jeunes populations [124]. Il a été montré qu'une faible force musculaire au moment de l'adolescence est fortement associée à des facteurs de risque pour les principales causes de mortalité [125]. Il existe de nombreux tests qui rendent les comparaisons délicates. D'autre part, il existe peu de données françaises qui permettraient de tirer de solides conclusions. Cette partie s'appuiera donc principalement sur des revues internationales.

#### **Puissance musculaire**

Une revue réalisée sur les données recueillies entre 1958 et 2003 chez plus de 20 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 9 à 16 ans de 27 pays dont la France, a montré que les évolutions annuelles des performances aux tests de puissance et de vitesse ont été positives (augmentations) jusqu'en 1985 puis négatives (baisses) jusqu'en 2003 [126] (Figure 22 : A). Les performances quant à elles ont augmenté jusqu'en 1985 et après une courte stabilisation, ont diminué jusqu'à 2003 (Figure 22: B). Sur une période similaire mais 10 ans plus tard, Tomkinson *et al.* (2007) [126], Fuhner *et al.* (2021) [113] ont observé une baisse de puissance musculaire à partir de 1995.

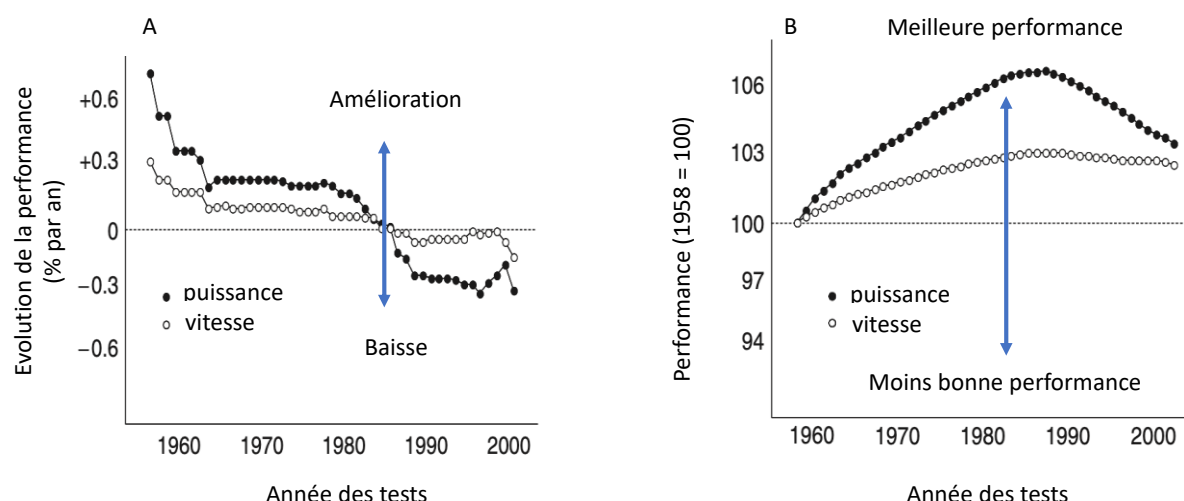


Figure 22-Évolution des performances aux test de puissance et de vitesse chez les jeunes de 9 à 16 ans (changement annuel : A ; performance depuis 1958 : B) (d'après Tomkinson et al., 2007).

### Vitesse

Les résultats aux tests de vitesse recueillis entre 1958–2003 chez plus de 28 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 9 à 16 ans ont fait état d'une augmentation de performance jusqu'à 1985 suivie d'une stabilisation [126] (Figure 22). D'autres données recueillies entre 1975 et 2015 chez des jeunes de 6-18 ans de 17 pays (sans la France) ont mis en évidence une légère augmentation de la vitesse de course de 2002 jusqu'en 2015 [113].

La comparaison des performances de vitesse au test de sprint de 30 m de deux groupes d'adolescents français indépendants âgés en moyenne de 16 ans, évaluées d'une part en 2020 et d'autre part en 2021 (avant et après confinement) a mis en évidence une diminution importante de cette performance estimée à 30 % [122]. L'absence de données plus récentes ne permet pas de conclure sur la pérennité des effets du confinement.

### Force

Les données recueillies entre 1975 et 2015 chez des jeunes de 6-18 ans de 17 pays (sans la France) ont relevé une tendance générale vers une légère augmentation de la force musculaire [113]. Ces résultats sont en accord avec ceux de Dooley et al. (2020) [127] qui ont observé que le taux international de la force de préhension a progressivement augmenté entre 1967 et 2017 chez 2 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 9 à 17 ans vivant dans 19 pays.

La force explosive telle qu'elle peut être évaluée à partir de tests de saut a diminué chez les adolescents français de 11-14 ans entre 1984 et 2008 avec une diminution en moyenne de 0,29 % par an [128]. Plus spécifiquement à la période de confinement, les données françaises de l'étude de Béghin et al. (2022) [122] recueillies avant et après confinement ont montré que les performances aux tests de force avaient diminué en moyenne de 10 %. Ces baisses ont été observées tant au niveau des tests évaluant la force des membres supérieurs, que des membres inférieurs et des abdominaux [129].

### Capacités physiques et motrices

Les performances motrices d'enfants et d'adolescents suisses ont été évaluées entre 1983 et 2018. Les résultats ont montré que les performances étaient restées stables au cours de ces 35 ans [130]. Entre 2003 et 2010, chez des adolescents finlandais âgés de 15-16 ans, filles et garçons, les compétences motrices n'ont pas beaucoup évolué [131]. En revanche, les données ont mis en évidence une baisse des scores aux tests de coordination chez les filles comme chez les garçons. Ces tendances sont conformes aux résultats de la récente revue de Eberhardt *et al.* (2020) [132]. Les données françaises de deux groupes d'adolescents indépendants âgés en moyenne de 16 ans, ont mis en évidence une diminution de la coordination motrice entre l'avant et l'après confinement (2020 à 2021) [122].

### Conclusion

En 30 ans, la condition physique cardio-respiratoire des adolescents a significativement et fortement diminué d'environ 13 %. Il en est de même pour la condition physique musculaire, particulièrement la puissance. La force a connu une baisse de 10 % et la vitesse une stabilisation. Les autres capacités physiques ne semblent pas avoir subi de grandes évolutions.

#### Synthèse

En 30 ans, l'âge de la puberté des adolescentes est de plus en plus avancé. Cette évolution semble associée à l'évolution du surpoids et de l'obésité. Bien que les amplitudes d'évolution et la solidité des preuves scientifiques soient moindres, le même constat semble pouvoir être fait chez les garçons.

Les prévalences de surpoids et d'obésité des adolescents français, après avoir augmenté fortement jusqu'en 2005, se sont stabilisées mais à des niveaux toujours importants : 15 % de surpoids et 3,5 % d'obésité. La prévalence de l'insuffisance pondérale est stable depuis une vingtaine d'année autour des 10 %.

La condition physique des adolescents connaît une importante altération en 30 ans, perte de 13 % de condition cardio-respiratoire, marqueur majeur de santé et de développement des maladies chroniques.

L'évolution de la corpulence, du surpoids et de l'obésité est associée aux inégalités sociales.

Les données internationales mettent en correspondance le niveau socio-économiques des communautés et des pays et la diminution de la condition physique des adolescents.

#### Recommandations

- Collecter des données pour une surveillance régulière de l'évolution du démarrage pubertaire.
- Rétablir un niveau de condition physique en santé par la promotion de l'activité physique et la réduction des comportements sédentaires, le développement d'environnements favorables, la littératie.
- Poursuivre et amplifier les actions visant à réduire les prévalences de surpoids et d'obésité.

## 7. Éducation, socialisation et construction identitaire

### 7.1 Socialisation des adolescents : une autonomisation en question.

La littérature sociologique insiste sur le passage d'une socialisation primaire, concentrée sur les liens familiaux de proximité, à une socialisation secondaire, progressive, différenciée, qui révèle une autonomisation et une ouverture vers des liens sociaux extra-familiaux. L'entrée au collège est le plus souvent le moment-clef. Néanmoins, dans certaines configurations familiales (monoparentales, absence des parents, familles nombreuses), notamment dans les classes populaires précarisées, l'autonomisation est plus précoce.

La socialisation secondaire est effectuée généralement par paliers avec une ouverture progressive vers les plus âgés hors de la famille sur d'autres espaces d'autonomisation (sports, loisirs). La qualité des liens noués au sein de cette nouvelle altérité est capitale pour la construction identitaire et pour le bien être des jeunes.

L'ouverture vers d'autres altérités est fondamentale lors de l'adolescence : les pairs ont alors un rôle structurant, à la fois au niveau des groupes d'appartenance et de référence. Les questions de genre sont importantes : la littérature scientifique insiste sur les transformations des normes de genre durant les trente dernières années [133]. Pour une minorité de personnes, elles se manifestent par un questionnement sur son identité de genre, qui a aujourd'hui une visibilité plus nette [134].

Depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle, de nouveaux médias interfèrent au sein des nouvelles configurations relationnelles progressivement mises en place : Internet par ordinateur d'abord, puis *via* le smartphone. Ce nouvel objet technologique s'est introduit massivement dans la vie de la très grande majorité des jeunes [135] : pour les sociologues, il est un acteur non-humain primordial aujourd'hui dans le quotidien des liens noués par les adolescents. Il a pris une place prépondérante dans la socialisation des jeunes [136].

En 2022, 87 % des 12-17 ans ont un smartphone [137]. Les jeux vidéo prennent une place particulièrement importante dans leur vie quotidienne (88 % des 15-19 ans en 2022 contre 30 % en 2018 jouent chaque jour), associé à une baisse globale de la télévision, de la radio et de la lecture [138]. Le smartphone est devenu depuis une dizaine d'année un objet de compagnie : il contient aux dires des adolescents « toute leur vie ». Il est omniprésent et amène à une hyper-sollicitation par des alertes constantes. Les temporalités adolescentes sont aujourd'hui en totale transformation et doivent être régulées pour éviter une sur-utilisation chronophage du smartphone. Pour autant, cette présence renouvelle également les sociabilités juvéniles, en combinant le présentiel et le médiatisé. Ces liens hors-ligne et en ligne, entre pairs, sont essentiels au bien-être des adolescents : ils ont une place cruciale comme marque de reconnaissance et comme élément d'appartenance à un groupe. Ces sociabilités adolescentes combinées révèlent un apprentissage de codes très précis, essentiel pour la construction identitaire à cet âge de la vie.

Cependant, dans les familles, l'utilisation du smartphone est l'objet de conflits intergénérationnels récurrents. La question des écrans divise parents et adolescents, au vu des problèmes de santé inhérents à une utilisation excessive des écrans (solitude, dépression, sédentarité, obésité) [139] : s'y ajoutent depuis quelques années le cyberharcèlement et l'exposition à la pornographie, pour une part minime de la population adolescente, mais pour laquelle les conséquences peuvent être graves. Cependant, à l'instar de Claire Balleys, il faut souligner que le smartphone est aussi source de nouveaux liens familiaux : il intègre même les rituels en famille (échanges de photos, groupes

familiaux, messagerie commune ...). Il s'agit alors de relier le « nous » familial au « soi » individuel : un équilibre, certes difficile à atteindre, est à trouver [140].

Dès lors, la technologie comme élément non-humain prend place dans une relation paradoxale, spécifique à l'adolescence : la construction d'une identité individuelle n'est possible qu'en référence à des appartenances collectives, entre pairs, mais aussi dans la famille. Ce double paradoxe (soi/nous ; pairs/famille) est particulièrement révélé dans l'usage du smartphone.

Les usages du numérique restent toutefois différenciés, de la recherche rationnelle et critique à celle incertaine liée au hasard. Les adolescents ont le plus souvent un usage régulier, ils s'informent entre pairs, mais la maîtrise du numérique reste inégalitaire [141]. D'abord au niveau de l'accès : la fracture numérique est importante, notamment au niveau de la qualité du smartphone et des connexions. Ensuite, au niveau des usages, révélant de fortes disparités socio-culturelles en fonction de la présence ou non d'une éducation numérique : à ce niveau, l'école a un rôle crucial à jouer [142]. De fortes disparités existent également entre les usages féminins et masculins des outils numériques lors de l'adolescence : les filles restent plus attirées par les réseaux sociaux et les garçons par les jeux en ligne (vidéos, paris). Une répartition genrée existe également dans le cadre vidéoludique [143]. La surutilisation, voire l'addiction, concernent toutefois une faible minorité : un adolescent sur huit ferait un usage excessif des jeux vidéo selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) [144].

Cette ouverture au monde au quotidien via le smartphone a également des répercussions au niveau politique : si les classes populaires juvéniles restent peu informées, les fractions plus diplômées et favorisées sont plus sensibilisées à l'information politique. Une polarisation politique [145] est ainsi décelable entre des adolescents indifférents et ceux surinformés, souvent guidés par les algorithmes informatiques, qui orientent vers des contenus similaires.

À l'extrême, cette surinformation peut mener dans des configurations singulières (souffrance psychique, isolement, pauvreté) à la radicalisation : une *tentation radicale* semble être perceptible chez les lycéens actuels [146]. Les experts de cette question complexe insistent toutefois sur les nouvelles conditions sociales d'émergence et d'entrée dans la radicalisation, par le biais des réseaux sociaux. Ils l'appréhendent comme un processus, qui touche une très faible minorité de jeunes, le plus souvent aux prises à un mal-être identitaire très fort. Le politiste Crettiez [147] propose une définition éclairante en 3 points de la radicalisation : l'adoption d'une pensée rigide et sectaire, une entrée progressive dans des structures clandestines, la référence ou l'usage de la violence armée. Systématiquement des référents intègrent la vie des jeunes, en leur renvoyant une image grandiose, idéalisée, valorisant leur identité mise à mal : l'entrée dans un système très hiérarchique au sein de communautés émotionnelles, avec des rituels de loyauté fréquents, révèle une emprise difficile à évacuer. Une situation de discrimination vécue, socio-économique et/ou religieuse (suite à un événement déclencheur le plus souvent, un choc moral) se combine alors à une fragilité psycho-sociologique : une faible estime de soi et un besoin de reconnaissance [148]. Les liens entre radicalisation et santé mentale restent toutefois à mieux explorer [149].

Les aspects émotionnels (colère, plaisir, surpuissance...) sont donc prépondérants dans le processus de radicalisation, cette forme extrême de socialisation des jeunes, heureusement peu fréquente.

Pour finir cette partie sur l'ouverture relationnelle dans le processus de socialisation secondaire, il faut insister sur le rôle actif des adolescents bien mis en avant par la littérature sociologique [150]. La participation sociale et l'engagement des jeunes, notamment sur les questions écologiques, est aujourd'hui à mettre en exergue. Les personnes en situation de handicap sont également concernées [151]. Déjà présente dans les années 2000 [152], la participation sociale et politique des jeunes reste faible mais tend à augmenter au vu des dernières enquêtes sur le thème : en 2023 ; 27,2 % des 16-20 ans ont un engagement associatif, dont 17,3 % plusieurs fois par semaine (surtout dans le sport et la culture) ; 44 % ont signé une pétition, notamment en ligne. Ils

sont surtout intéressés par les questions sociales, éducatives et environnementales [153]. Cette activité à vocation citoyenne des adolescents mérite cependant d'être explorée davantage.

### Synthèse

Une autonomisation par paliers.

Des sociabilités adolescentes cruciales en matière de santé.

Une socialisation secondaire bouleversée par l'arrivée du smartphone.

Des impacts des technologies différenciés en fonction des milieux sociaux et du genre.

Une polarisation des positions, mais des risques limités de radicalisation.

Bouleversement des socialisations par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

### Recommandations

- Mettre en œuvre une politique publique intersectorielle d'éducation au numérique.
- Développer la participation des jeunes dans l'élaboration des politiques publiques qui les concernent.
- Mettre en place des formations et accompagnements à la parentalité destinés aux parents d'adolescents.

## 7.2 Santé sexuelle

Les questions liées à l'entrée dans la sexualité mais plus globalement à la vie affective et sexuelle amènent le concept de santé sexuelle, ainsi définie par l'OMS<sup>17</sup> en 2010 : *« un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social par rapport à la sexualité ; ce n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés »*. Dans ce cadre, l'adolescence correspond à une période de préparation et d'entrée dans la sexualité. L'autonomie, alors détachée des structures familiales et scolaires, se construit autour des relations au sein des groupes de pairs et des relations amoureuses et sexuelles [154]. La phase dite présexuelle peut se caractériser par une diversité d'événements (compréhension de ses émotions et de ses désirs, masturbation, exploration physique de l'autre). La transition à la sexualité génitale est considérée alors comme un

---

<sup>17</sup> Site de l'OMS [Santé sexuelle](#)

« *processus d'exploration physique et relationnelle en étapes* » [154]. L'entrée dans la sexualité marque un moment d'acquisition d'une identité individuelle et fait émerger l'excitation sexuelle en même temps que des changements physiques, mentaux et émotionnels.

Les enjeux de la santé sexuelle des adolescents qui seront traités dans ce chapitre sont les évolutions depuis 30 ans des comportements sexuels, de la santé reproductive, de la prévention des risques liés à la sexualité et des évolutions récentes (éducation à la sexualité, sexualité numérique, accès à la pornographie, prostitution des mineurs). La question des violences sexuelles et sexistes sera traitée au chapitre 9.3.

### 7.2.1 Vie amoureuse

Les indicateurs en lien avec une approche positive de la santé sexuelle ont commencé à être mesurés à partir des années 2000. L'initiation sexuelle des adolescents procède par paliers successifs, les sentiments amoureux devançant généralement les échanges physiques et pouvant concerner les plus jeunes dès le primaire.

Dans l'enquête HBSC 2022, au collège, 83 % des garçons et 73,8 % des filles rapportent avoir déjà ressenti des sentiments amoureux et ces chiffres sont en baisse depuis 2014 (90,3 % et 85,7 % respectivement). En revanche, ils ont plus souvent indiqué avoir ressenti des sentiments amoureux pour des personnes du même sexe, ou des deux sexes 3,2 % des garçons et 8,1 % des filles en 2018 contre 3,9 % et 8,6 %, respectivement en 2022 [155]. Les lycéens expriment plus librement des sentiments amoureux pour des personnes de même sexe (ou des deux sexes) que les collégiens, où l'environnement est plus hétéronormé. Les pourcentages augmentent entre la 4<sup>e</sup> et la terminale, illustrant une évolution dans l'acceptation et l'expression des attirances. Dans tous les niveaux, les filles déclarent plus souvent des sentiments pour des personnes de même sexe ou des deux sexes que les garçons, suggérant une plus grande acceptation de l'homosexualité et de la bisexualité chez les femmes [155]. Ces tendances sont en cohérence avec les évolutions observées dans les enquêtes adultes [156].

### 7.2.2 Age du premier rapport sexuel

Interrogés dans l'enquête HBSC 2014 sur l'âge aux premiers rapports sexuels, 75 % des jeunes ont eu tendance à le rajeunir en pensant que la plupart des gens avaient leurs premiers rapports sexuels entre 15 et 17 ans avec une moyenne de 16 ans alors qu'en classe de seconde, à peine un quart d'entre eux déclaraient avoir déjà eu une relation sexuelle. La sous-estimation de l'âge moyen au premier rapport sexuel témoigne de l'injonction que les jeunes perçoivent à ce que l'initiation sexuelle soit une expérience adolescente, acquise avant leur majorité [157]. Il faut noter que l'âge de la majorité sexuelle est fixé à 15 ans en France (article 227-25 du code pénal).

L'âge médian au 1<sup>er</sup> rapport sexuel a diminué entre 1994 et 2004 pour remonter ensuite [156] (Figure 23). Selon les chiffres du Baromètre Santé 2016, l'âge médian du premier rapport sexuel était de 17,6 ans pour les filles et 17,0 ans pour les garçons, sans différences selon le milieu social [158]. L'enquête « Contexte des sexualités en France » (CSF) rapporte qu'en 2023, l'âge médian du premier rapport a remonté puisqu'il est de 18,2 ans pour les femmes et 17,7 ans pour les hommes. Cette remontée s'observe aussi dans d'autres pays occidentaux [156].

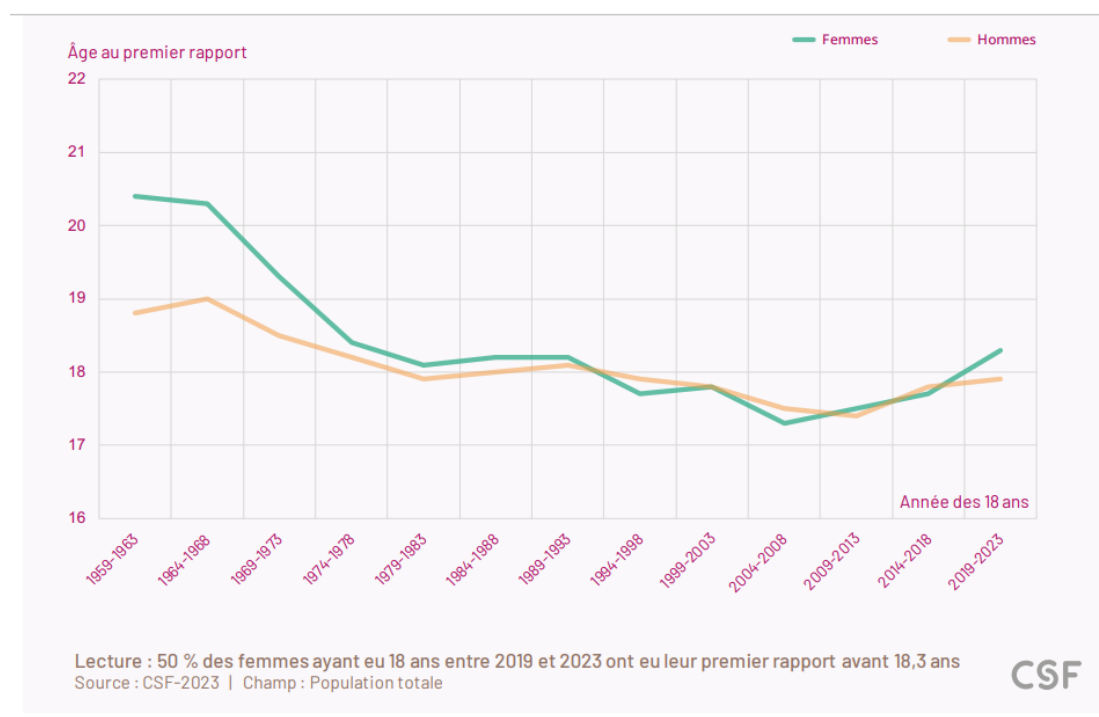


Figure 23-Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel (courbes issues de l'enquête Contexte des sexualité en France 2023 [156])

De manière cohérente, la proportion d'élèves déclarant des rapports sexuels pendant les années collège est en diminution depuis 2010 de 17,8 %, 13,7 % en 2014, 10,6 % en 2018 et à 8,8 % en 2022 avec un différentiel d'expérience entre les filles et les garçons marqué au collège d'en moyenne 8,5 % en plus pour les garçons. Au lycée, la proportion de jeunes déclarant avoir déjà eu des rapports sexuels a diminué entre 2018 (40,2 % sur l'ensemble du lycée) et 2022 (32,7 % sur l'ensemble du lycée) [155]. La différence entre les filles et les garçons s'estompe durant les années lycées (5,5 % en plus chez les garçons) pour s'égaliser en Terminale.

Les rapports sexuels très précoces (avant 13 ans) sont rares (inférieurs à 2 %) et n'ont pas diminué au cours de la période 2010-2022. Les garçons sont plus nombreux que les filles à rapporter des rapports sexuels précoces (3 % vs 1,1 %). La précocité de la sexualité est associée à des conduites à risque telles que la consommation de tabac, l'expérimentation du cannabis, l'ivresse répétée et les sorties nocturnes fréquentes. Cette corrélation a été observée dans plusieurs études en France et ailleurs. Parmi les facteurs contextuels, la séparation des parents joue un rôle, notamment l'absence du père, qui semble favoriser une entrée plus précoce dans la sexualité, en particulier chez les filles. De plus, la précocité sexuelle semble corrélée à une perception négative de sa vie, sans lien de causalité établi et la puberté survenant plus tôt est associée à un début plus précoce de l'activité sexuelle, tendance observée dans plusieurs pays [159].

L'enquête CSF 2023 révèle aussi que les pratiques sexuelles diversifiées (sexualité orale et anale) ont augmenté à tous les âges de même que la sexualité numérique [156]. L'âge du premier rapport ne reflète donc pas totalement l'âge de début des pratiques sexuelles qui peut être plus précoce et celles-ci n'étant pas toujours considérées par les adolescents comme des rapports sexuels [160].

### 7.2.3 Caractéristiques du premier rapport

La grande majorité des adolescents interrogés déclarent avoir souhaité ce premier rapport « à ce moment-là ». Néanmoins, les filles sont un peu moins nombreuses que les garçons dans ce cas (87,6 % contre 92,8 %) [157]. Elles s'initient plus souvent avec un partenaire plus âgé d'au moins deux ans (la moitié d'entre elles contre un cinquième des hommes) et qui a déjà eu des rapports sexuels [158].

Elles rapportent plus souvent avoir cédé aux attentes de leur partenaire (10,7 % contre 6,9 %), voire avoir été forcées à avoir ce rapport (1,7 % contre 0,3 %) [158]. En cohérence avec les déclarations rétrospectives du Baromètre 2016, en 2018, à les filles interrogées par l'enquête EnCLASS entre la 4ème et la Terminale sont plus nombreuses que les garçons à déclarer qu'elles n'avaient pas vraiment envie de ce rapport (5,8 % vs 1,4 % en 2018) [157].

Alors que 53,6 % des filles évoquent que l'amour ou la tendresse sont à l'origine de leur souhait du premier rapport, seuls 25,9 % des garçons placent ces enjeux comme les plus déterminants. Les garçons évoquent avant tout le désir sexuel (47,0 % contre 25,8 % des filles) [158].

### 7.2.4 Utilisation du préservatif

L'enquête CSF 2023 montre une baisse de la protection (préservatif et pilule) en début de vie sexuelle. En effet, l'utilisation d'un préservatif lors du 1<sup>er</sup> rapport sexuel avait augmenté entre 1994 et 2004, mais elle est passée de 85 % en 2004-2006 à 75 % en 2019-2023 pour les filles et de 90 % en 2004-2006 à 84,5 % en 2019-2023 pour les garçons [156].

Chez les élèves de 4e et 3e qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels, l'utilisation du préservatif au dernier rapport a diminué chez les garçons entre 2010 et 2022 (85,4 % en 2010, 78,6 % en 2014, 68,6 % en 2018 et 64,6 % en 2022), et reste stable chez les filles (72,6 % en 2014, 76,9 % en 2018 et 71,2 % en 2022). En 2022, 9 % des filles et 8,2 % des garçons ne savent pas si un préservatif a été utilisé soit un triplement par rapport à 2014 [155].

Au lycée, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport décroît avec l'avancée dans la scolarité (66,5 % en seconde, 60,9 % en première, 57,6 % en terminale). Mais la proportion de réponses « je ne sais pas » reste inférieure à 2 %, moindre chez les filles (0,7 %) comparé aux garçons (1,7 %). L'enquête CSF 2023 conclue que *« Le recul de l'âge médian au premier rapport sexuel observé dans les années les plus récentes ne coïncide donc pas avec une plus grande protection des premiers rapports sexuels. La baisse récente de la prévention au premier rapport, qui pourrait contribuer à l'augmentation des taux d'Infection sexuellement transmissibles (IST) signalée depuis le début des années 2000, interroge les politiques de prévention actuelles »* [156].

### 7.2.5 Santé reproductive

L'enquête réalisée par l'Institut national d'études démographiques (INED) et INSEE en mars-avril 1994 montrait que la pilule était utilisée par 41 % des femmes et de manière plus importante entre 20 et 24 ans (58 %). En 2000, selon l'enquête nationale COCON, 83 % des jeunes femmes de 18-19 ans et 86 % des femmes de 20-24 ans ont déclaré utiliser la pilule.

La pilule était encore en 2016 la méthode la plus utilisée pour la contraception des 15-19 ans (60,4 %)[158]. Mais en 2022, la pilule est utilisée par environ ¼ des filles au collège ayant déclaré

des rapports sexuels et ce chiffre a augmenté en 8 ans, en revanche au lycée l'utilisation est passée de 62,4 % en 2018 à 56,3 % [155].

En 2023, dans l'enquête CSF, chez les 18-29 ans l'évolution des méthodes contraceptives montre une augmentation de l'utilisation des dispositifs intra-utérins/stérilets (19,3 % en 2023 vs 10,9 % en 2016), la pilule ayant baissé à 36,5 % en 2023 contre 54,3 % en 2016. À noter en 2023 le doublement des femmes de 18-29 ans qui ont recours à une méthode barrière ou naturelle (5,5 %) ou n'ont aucune contraception (8,7 %)[156]. De la même manière on a observé une augmentation entre 2010 et 2022 des élèves de 4e-3e sexuellement initiés ne déclarant aucune protection (de 14,1 % à 23,4 %). On observe aussi cette augmentation entre 2018 et 2022 chez les lycéens mais en moindre proportion (de 11,4 % à 13,0 %) [155].

Depuis mai 1999, la contraception d'urgence n'est plus soumise à une prescription obligatoire, elle peut être obtenue en pharmacie ou en passant par un Centre d'Éducation et de Planification Familiale (CPEF). En décembre 1999, une circulaire autorise les infirmières et les médecins scolaires à délivrer la contraception d'urgence sous certaines conditions, circulaire qui est annulée le 30 juin 2000 sous l'influence d'associations de défense de la famille et de lutte contre l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Toutefois, cette disposition reste possible en cas d'absence de médecin ou CPEF directement accessibles, en cas d'urgence et de détresse avérée en assurant un suivi psychologique et médical de l'élève.

Le 4 juillet 2001, la loi modernise les droits pour l'IVG et la contraception. Notamment pour les mineures, l'autorisation parentale n'est plus nécessaire pour l'IVG mais ces dernières doivent être accompagnées d'un adulte référent de leur choix. De plus, le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est plus requis pour la prescription, la délivrance et l'administration de contraceptif par un médecin, disposition qui sera étendue aux sage-femmes à partir du 21 juillet 2009. Le 31 mars 2013, un décret est adopté permettant une prise en charge à 100 % des contraceptifs prescrits sur la liste des spécialités remboursables pour les mineures d'au moins 15 ans et pour tous les frais médicaux engendrés par une IVG quel que soit l'âge. Ce décret sera complété par un autre le 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour l'obtention d'un parcours de contraception entièrement pris en charge et anonyme pour les mineures de plus de 15 ans, c'est-à-dire comprenant les examens biologiques nécessaires à la prescription des contraceptifs oraux. De même, en 2016, le constat d'un état de détresse ne sera plus obligatoire pour la délivrance d'une contraception d'urgence par une infirmière scolaire. Le 27 août 2020, l'ensemble du dispositif concernant la contraception sera étendu à toutes les mineures sans limite d'âge.

Probablement du fait de ces spécificités de délivrance, le taux d'usage de contraception d'urgence à 15 ans en France est relativement élevé par rapport à d'autres pays [161]. Ainsi, la délivrance d'une contraception d'urgence a augmenté de façon régulière depuis 1999 avec une accélération importante entre 2022 et 2023 chez les moins de 18 ans exposées à un « risque de grossesse ». En 2022, selon les données déclaratives de l'enquête EnCLASS [155], la contraception d'urgence a été utilisée 13,5 % des collégiennes et 12,1 % des lycéennes lors du dernier rapport, soit environ 2,5 fois plus qu'en 2018.

Si on considère la combinaison préservatif ou pilule comme moyen de protection lors du dernier rapport sexuel, cette protection a diminué entre 2010 et 2022 essentiellement chez les garçons passant de 86 % à 74 %.

Depuis plus de trente ans, les maternités précoces, définies comme les naissances issues de mères de moins de 20 ans, représentent moins de 3 % des naissances en France métropolitaine (Figure 24) [162]. En 1973, elles représentaient 7 % des naissances et depuis 1986, moins de 3 % des naissances. Parmi les nombreux facteurs de cette baisse on peut citer la contraception médicalisée (1969-1972), la légalisation de l'IVG (loi Veil 1975), les études supérieures qui se généralisent chez les jeunes filles.

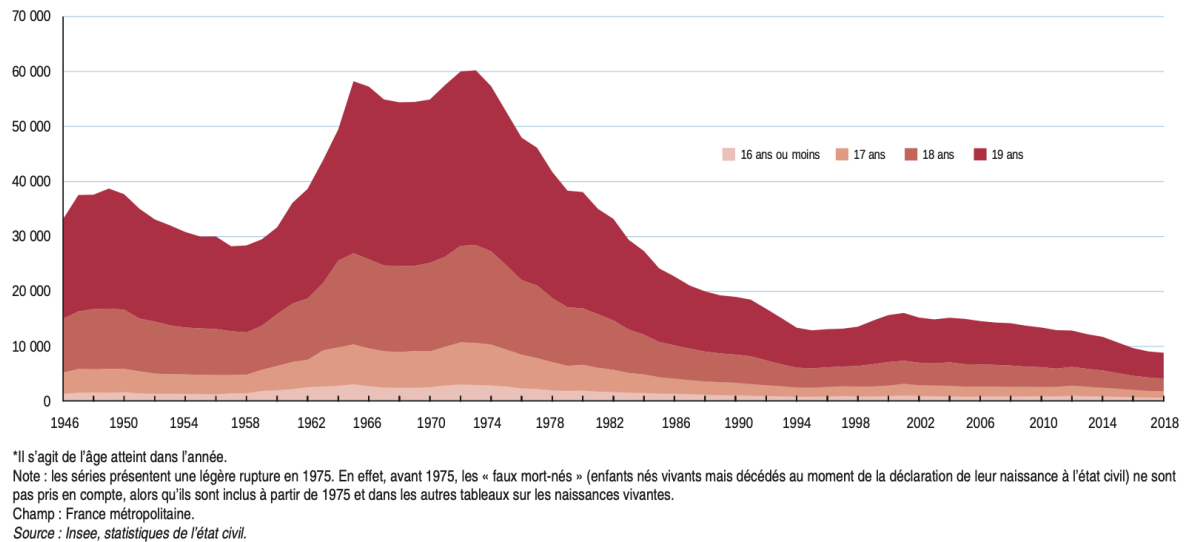


Figure 24-Nombre de naissances selon l'âge de la mère pour les mères de moins de 20 ans en France métropolitaine

Les maternités précoces sont les plus fréquentes dans les territoires ultra-marins, 10,2 % des naissances en Guyane et 9,9 % à Mayotte en 2018.

Le devenir des grossesses précoces, entre poursuite ou interruption, dépend de plusieurs facteurs. Les adolescentes qui choisissent de poursuivre leur grossesse se distinguent par un manque de soutien familial, une déscolarisation, et des conditions socio-économiques précaires [163]. À l'inverse, un environnement familial protecteur, avec disponibilité et soutien affectif, protège contre les grossesses précoces. De manière générale, ces jeunes mères proviennent souvent de milieux socio-économiques défavorisés, notamment dans les zones rurales et les banlieues. Elles déclarent leur grossesse plus tardivement, souvent auprès d'un médecin généraliste ou de la PMI, et bénéficient de suivis moins réguliers, avec moins de visites médicales et d'échographies. Elles sont également moins informées des risques infectieux liés à la grossesse. Cependant, le suivi obstétrical de ces adolescentes s'est amélioré depuis 1995. Il existe une diversité de situations entre les adolescentes qui deviennent enceintes de manière non prévue et celles qui font le choix conscient de devenir mères. Ces parcours sont influencés par de nombreux facteurs – psychologiques, familiaux, socio-économiques ou culturels – qui offrent divers angles de compréhension. Cependant, la naissance de l'enfant les conduit à interrompre leur scolarité, les rendant ainsi à risque d'isolement et de dépression. Parmi les complications, deux sont spécifiquement plus observées parmi les jeunes filles de 13-17 ans. Ce sont les malformations congénitales du fœtus qui atteignent 10 % des enfants et la survenue d'un accouchement prématuré dans presque 1/3 des cas, soit quatre fois supérieure à la fréquence observée en France (6,6 %). Cette tendance aux accouchements prématurés peut être liée à une consommation tabagique plus importante durant la grossesse ou à un retard de déclaration de la grossesse.

Toutefois, l'immatunité biologique pouvant être liée à une immaturité infraclinique de la vascularisation utérine, augmenterait le risque d'une mauvaise issue de grossesse. Dans le même sens et pour les mêmes raisons déjà énoncées, un petit poids de naissance, inférieur au 10ème percentile, atteint 15 à 20% des bébés [164].

En 2023, le nombre total et le taux de recours à l'IVG ont augmenté pour l'ensemble des femmes, mais chez les moins de 18 ans ce taux de recours a diminué de moitié depuis 2000 [165]. Chez les moins de 18 ans, le recours à l'IVG en 2023 est de 5,2 pour mille dans l'hexagone et 14,6 pour mille dans les outre-mer avec un maximum en Guyane à 21,9 pour mille.

### 7.2.6 Jeunes porteurs de maladie chronique

« La maladie chronique percute le processus biopsychosocial de l'adolescence...le premier souci de l'adolescent c'est d'être normal comme les autres » [166]. La maladie chronique accentue la différence de l'adolescent à plusieurs niveaux. Biologiquement, elle peut retarder la puberté et affecter la croissance, influençant ainsi l'image de soi et les relations intimes. À l'adolescence, les conduites à risque propres à cet âge, comme le non-respect des traitements, ont un impact encore plus néfaste sur la santé des adolescents atteints de maladies chroniques.

Toutefois, la majorité des données concernant la santé sexuelle des adolescents porteurs de maladie chronique concerne les conduites à risque. Les données de la littérature internationale montrent une prévalence supérieure de comportements sexuels à risque comparée à leurs pairs sans maladie chronique tels qu'un premier rapport sexuel précoce, un pourcentage de grossesse supérieur, l'utilisation moindre de contraceptif [166]. Dans l'étude française de Choquet *et al.* en 1997 [167], les rapports sexuels seraient plus fréquents que chez les pairs (garçons : OR 1,56 [1,18-2,08] ; filles : OR 1,32 [0,99-1,76]) ; les filles avec une maladie chronique rapportaient davantage de grossesses (2,9 % vs 1,4 %,  $p < 0,03$ ) et de partenaires sexuels que leurs pairs sans maladie chronique (48,9 % vs 39 %,  $p < 0,03$ ). Dans l'étude d'Ibrahim *et al.* issue de données de 2013 à partir de l'enquête Portraits d'adolescents [166], les garçons atteints de maladies chroniques déclaraient significativement plus de comportements sexuels à risque (38,7 %) que ceux sans maladie chronique (28,8 %,  $p = 0,015$ ). Chez les filles, la différence n'était pas statistiquement significative (38,9 % contre 32,3 %,  $p = 0,06$ ).

Les raisons évoquées seraient une perte de confiance vis-à-vis de l'éducation à la sexualité (absences répétées à l'école, peu d'éducation de la part des médecins spécialistes qui manquent de connaissances au sujet de l'abord de la sexualité chez ces jeunes), l'existence de fausses croyances chez les professionnels de santé et les parents (ces adolescents seraient moins actifs sexuellement) et une volonté de s'intégrer dans le groupe de pairs en promouvant leur indépendance et autonomie par rapport aux parents.

Enfin, être porteur d'une maladie chronique semble renforcer la vulnérabilité de l'adolescent aux violences sexuelles qui seraient plus nombreuses que chez leurs pairs. [166]. En conclusion, le travail d'Ibrahim montre que les adolescents atteints de maladies chroniques se préoccupent moins des risques d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées que leurs pairs, malgré des conséquences plus graves sur leur santé. Cette attitude pourrait résulter de l'intériorisation de la stigmatisation liée à leur maladie, soulignant la nécessité de renforcer leur estime de soi et leur réflexion sur cette stigmatisation. Ils rencontrent aussi des difficultés à divulguer leur maladie, y compris à leur partenaire, ce qui impacte négativement leur santé

sexuelle. Un accompagnement systématique sur la divulgation de leur maladie favoriserait non seulement leur santé sexuelle, mais aussi la construction de leur identité [168].

### 7.2.7 Infections sexuellement transmissibles

D'après les experts auditionnés, la question des infections sexuellement transmissibles (IST) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est absente des préoccupations actuelles des adolescents, ce qui n'était pas le cas dans les années 90. Les adolescents méconnaissent aujourd'hui les modes de transmission du VIH.

Dans le bulletin VIH et IST de Santé publique France paru en octobre 2024, parmi les plus de 5000 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2023, 17 % avaient moins de 25 ans, avec une augmentation marquée chez les femmes, notamment celles qui sont nées à l'étranger [169].

Les jeunes de 15-24 ans sont les plus concernés par les infections à gonocoque, les hommes étant plus touchés que les femmes, et les infections à Chlamydia, les femmes étant plus touchées que les hommes. Le nombre de personnes diagnostiquées pour une infection à *Chlamydia trachomatis* au moins une fois dans l'année en secteur privé a régulièrement augmenté depuis 2014, notamment en Île-de-France et dans les Départements et régions d'outre-mer (DROM) [169]. Comme les années précédentes, en 2023 le taux d'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* reste beaucoup plus important chez les jeunes femmes de 15-25 ans (271 pour 100 000) par rapport aux autres tranches d'âge de la population.

Le nombre de personnes diagnostiquées pour une infection à gonocoque au moins une fois dans l'année en secteur privé a régulièrement augmenté depuis 2014. Le taux d'incidence est de 69/100 000 pour les jeunes de 15-25 ans en 2023 [169].

### 7.2.8 Accès à la pornographie

La pornographie a toujours existé mais il est difficile de connaître si elle est plus violente ou extrême à ce jour. Cependant sa diffusion est plus facile et surtout elle est accessible par des enfants en quelques clics. La pornographie [170] est d'abord un support d'excitation sexuelle pour les garçons dans un contexte d'entrée dans l'adolescence avec la masturbation alors que les filles entrent plus tardivement dans la masturbation, lors de leur premier rapport sexuel. Pourtant, 90 % des scènes pornographiques comportent de la violence. Les violences sexuelles, physiques et verbales sont massivement répandues dans les contenus pornographiques, revêtant un caractère systémique. Elles ne sont pas simulées mais bien réelles pour les femmes filmées.

Les enquêtes sur l'accès aux contenus pornographiques sont impossibles à comparer tant la population d'étude, le pays et les critères sont variables [171]. Quelques repères : en 1995 83 % des garçons et 48 % des filles avaient déjà visionné au moins 1 fois une vidéo pornographique. En 2001, l'usage de pornographie semble se faire plutôt sur ordinateur via internet, en 2014 sur téléphone mobile, avec une prévalence de 9 % en Belgique. En 2021 aux États Unis, la prévalence d'exposition involontaire est de 59 %. Dans toutes les études citées, l'usage volontaire de la pornographie est supérieur chez les garçons [171].

Ainsi, l'accès au contenu pornographique a changé depuis une trentaine d'années : il s'effectue désormais au moyen d'un téléphone portable, le plus souvent le soir. Les garçons regardent des contenus pornographiques seuls ou en groupe pour se situer par rapport à la norme du groupe. Le

*streaming*, l'échange de contenus personnels (des photographies et des vidéos) et de messages à caractère sexuel (*sexting*) ont détrôné les cassettes vidéo et les clés USB.

L'Académie nationale de médecine en 2023 rapporte que la seule étude disponible est issue des données françaises de l'étude européenne ESPAD qui date de 2003 et porte sur un échantillon de près de 10 000 adolescents âgés de 14–18 ans [171]. À cet âge, 80 % des garçons et 45 % des filles ont déjà eu accès à ces contenus pornographiques essentiellement à la télévision à cette époque [171].

Un sondage Ifop réalisé en France en février 2017 pour l'Observatoire de la parentalité et de l'Éducation numérique (Open) sur un échantillon représentatif de 1005 adolescents et adolescentes âgés de 15 à 17 ans retrouve en France une plus grande consommation de pornographie chez les garçons que chez les filles [172]. Les garçons sont les plus gros consommateurs avec 10 % de consommateurs réguliers (une fois par semaine). L'âge moyen du premier visionnage serait légèrement en baisse depuis 2013, pour les garçons et les filles, quel que soit le support (13,9 ans chez les adolescents les plus jeunes interrogés âgés de 15 ans, contre 14,7 ans chez ceux âgés de 17 ans). La moitié des adolescents interrogés (53 % des garçons et 52 % des filles) a été exposée involontairement à la pornographie. La proportion d'adolescents pour qui l'exposition et l'accès à la pornographie ont participé à leur apprentissage de la sexualité est très significative : 48 % des garçons (dont 10 % considèrent l'influence importante) et 37 % des filles (dont 3 % considèrent l'influence importante). Les études identifient plusieurs facteurs favorisant l'exposition à la pornographie, notamment un niveau socio-économique défavorisé, une activité sexuelle, une orientation homo- ou bisexuelle, ainsi qu'un temps important passé sur les réseaux sociaux. Des éléments liés au cadre familial sont également mis en avant, comme le fait de grandir dans une famille monoparentale, des relations familiales conflictuelles ou un manque de surveillance parentale. À l'inverse, certains facteurs protecteurs sont rapportés, tels qu'une appartenance religieuse, un niveau socio-économique et éducatif plus élevé, un fort attachement à l'école et des relations familiales harmonieuses.

Les effets de la pornographie sur les adolescents sont recensés dans le rapport de l'Académie de médecine [171]. Les recherches s'accordent à reconnaître l'influence de la pornographie sur la manière dont les jeunes perçoivent leur propre sexualité et celle de leurs pairs. Elle favoriserait une approche plus libérée de la sexualité, à la fois comme source d'apprentissage et comment modification des comportements. La consommation de contenus pornographiques risque d'induire une sexualité dissociée de toute dimension affective. Avec Internet, l'exposition à ces contenus survient à un âge plus précoce qu'avec les supports traditionnels. L'essor des réseaux sociaux, la généralisation de l'accès à Internet et la prolifération des écrans portables ont largement facilité et banalisé l'accès à la pornographie. L'une des conséquences majeures réside dans la diffusion d'une vision du monde moins progressiste en matière d'égalité des sexes, renforçant des représentations où l'homme domine une femme soumise. Cependant, les effets de cette exposition sont bien plus larges, d'autant plus lorsqu'elle survient dès le plus jeune âge.

Selon le rapport du Sénat de 2023 sur la pornographie [173], deux tiers des enfants de moins de 15 ans et 1/3 des enfants de moins de 12 ans ont déjà eu accès à des images pornographiques. *« Les conséquences sur la jeunesse sont nombreuses et inquiétantes : traumatismes, troubles du sommeil, de l'attention et de l'alimentation, vision déformée et violente de la sexualité, difficultés à nouer des relations avec des personnes du sexe opposé, (hyper) sexualisation précoce, développement de conduites à risques ou violentes, etc. Le porno construit une érotisation de la violence et des rapports de domination, érigés en normes. Il multiplie et encourage les stéréotypes sexistes, racistes et homophobes »* [173].

La loi sur le numérique promulguée le 21 mai 2024 vise à sécuriser et à réguler l'espace numérique et en particulier à protéger les enfants de la pornographie, *via* l'obligation faite aux fournisseurs de vidéos pornographiques de vérifier l'âge [174].

Pour aider les parents, l'Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique (ARCOM) et plusieurs ministères ont mis à leur disposition un site dédié en partenariat avec des sociétés privées : <https://jeprotegemonenfant.gouv.fr/pornographie/>

### 7.2.9 Sexting

Le *sexting*<sup>18</sup> est une pratique extrêmement banale à l'adolescence apparue à la fin des années 2000. On distingue le *sexting primaire*, envoi de photos ou vidéos de soi partiellement ou totalement dévêtu du *sexting secondaire*, diffusion de contenus à caractère sexuel, photos réelles ou retouchées, d'un tiers nu ou dénudé et qui n'avaient pas vocation à être diffusés à d'autres personnes. C'est ce dernier qui pose le plus de problème car il s'associe dans ce cas au cyberharcèlement ou à la cyberviolence. Il est condamnable depuis 2016 (article 226-2-1 du Code pénal). Du reste, un tiers des jeunes connaissent une personne affectée négativement par des pratiques de *sexting* [171].

Des recherches menées aux États-Unis révèlent que 20 % à 28 % des adolescents âgés de 15 à 17 ans ont déjà envoyé des photos ou vidéos dans lesquelles ils apparaissent partiellement ou totalement dénudés. Ce chiffre chute à 4 %, voire 2,5 %, lorsque les études prennent en compte les plus jeunes (dès l'âge de 10 ans) et limitent le *sexting* à l'envoi d'images pornographiques. Ce phénomène s'observe également en Europe : une enquête en ligne réalisée au Royaume-Uni en 2009 indique que 40 % des jeunes de 13 à 16 ans déclarent avoir des amis pratiquant le *sexting*, tandis que 27 % considèrent cette pratique comme courante. Paradoxalement, bien que 30 % des sondés connaissent une personne ayant subi des conséquences négatives du *sexting*, seule une minorité (27 %) estime nécessaire d'apporter davantage d'aide et de conseils aux jeunes à ce sujet.

Aux États-Unis, une étude réalisée chez les élèves d'un lycée privé a constaté un taux de 20 % de *sexting*. En 2013, soit quatre ans après cette étude initiale et après la mise en place de sessions de prévention en santé sexuelle, la fréquence du *sexting* primaire demeure stable, tandis que le *sexting* secondaire diminue pour les deux sexes : passant de 27,2 % à 12,2 % chez les garçons et de 21,4 % à 7,6 % chez les filles. Ces résultats suggèrent que la sensibilisation peut contribuer à réduire les risques liés au *sexting*.

En France, les données sur ce sujet restent limitées. L'étude IFOP réalisée en 2013 rapporte un taux de *sexting* de 1 à 2 % chez les 15-17 ans, bien que la méthodologie se concentre davantage sur la diffusion d'images et les sextapes plutôt que sur le *sexting* en lui-même. La thèse de médecine générale de Sophie Delmotte soutenue à Lille en 2016 révèle quant à elle une prévalence de 19,9 % chez 337 adolescents de 13 à 17 ans dans le Nord de la France, un taux similaire à celui observé aux États-Unis. L'étude met en évidence des corrélations avec le temps passé en ligne (plus de 3 heures par jour), l'utilisation des messageries instantanées, la réception de *sextings* d'un partenaire, l'exposition à la pornographie et une activité sexuelle précoce, des facteurs également identifiés dans les études américaines.

---

<sup>18</sup> Transmission électronique de matériel à caractère sexuel (sextos)

L'étude française réalisée par Marion Rousseau a interrogé 1200 lycéens sur leur pratique de cybersexualité active en Normandie occidentale en 2017 (Calvados, Manche, Orne) [175]. La cybersexualité active concerne 66 % des individus de l'échantillon (IC95 % : 63,2-68,7), tandis que la prévalence ajustée en fonction de la répartition par niveau d'étude dans la population générale est estimée à 60 %. Aucune différence significative n'est observée entre les garçons et les filles. Le *sexting* demeure la forme de cybersexualité la plus répandue : 62,7 % des participants déclarent avoir reçu des sextos, tandis que 22,1 % en ont envoyé. L'envoi de sextos est similaire entre les garçons (20,8 %) et les filles (23,4 %). En revanche, les garçons reçoivent plus de sextos (65,9 %) que les filles (59,6 %), et ils diffusent également davantage de contenus intimes (12 % contre 2,4 %). L'analyse multivariée identifie plusieurs facteurs de vulnérabilité au *sexting*, notamment une faible estime de soi, l'absence de contrôle parental, un grand nombre d'amis sur les réseaux sociaux (risque accru au-delà de 500 contacts), une activité sexuelle, un passé de violences subies, la consommation de substances psychoactives, ainsi que le temps passé en ligne et le nombre de messages échangés. Le visionnage de pornographie est un facteur particulièrement influent, avec un risque qui augmente en fonction de la fréquence de consommation. Chez les filles, ce dernier est un déterminant majeur du *sexting* [146][176].

La cybersexualité, bien que peu étudiée, est un phénomène en pleine expansion présentant des risques concrets. Face à cette réalité, les professionnels de l'éducation et de la santé s'interrogent de plus en plus sur ses implications, comme en témoignent les conférences consacrées au sujet ainsi que les publications scientifiques du Collège National des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). On notera toutefois que désormais dans le programme d'Éducation à la vie affective et à la sexualité (EVARS), la question des cyberviolences sexistes et sexuelles doit être abordée dès la classe de 5<sup>e</sup> [177].

### 7.2.10 Éducation à la vie sexuelle et affective

Pour agir sur les indicateurs de santé sexuelle dans une approche de santé publique, la prévention et la promotion de la santé sexuelle tiennent toute leur place. Il est nécessaire d'agir sur les connaissances, le niveau d'information (développement sexuel, risques associés à des rapports non protégés, moyens de protection). Les croyances erronées, la méconnaissance, ou tout simplement la difficulté d'appréhender la sexualité dans son ensemble peuvent être des déterminants des comportements sexuels à risque des jeunes. La question de l'éducation demeure ainsi centrale pour promouvoir la santé sexuelle des jeunes, au sein de laquelle la recherche et l'appropriation de l'information tiennent toute leur place, dans une perspective d'adoption de comportements favorables et dans un contexte où le jeune peut se questionner sur des préoccupations qui lui sont propres.

L'article L. 312-16 du Code de l'éducation prévoit depuis 2001 qu'une éducation à la sexualité<sup>19</sup> soit organisée à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène, selon une durée qui peut varier en fonction de l'âge des élèves.

Malgré le développement des nouveaux outils, le rapport relatif à l'éducation à la sexualité, publié par le Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes (HCE) a évalué dans son Baromètre en 2014/2015 que 25 % des écoles déclaraient n'avoir mis en place aucune action en matière

---

<sup>19</sup> Dans le cadre de l'Éducation nationale, le terme utilisé est « éducation à la sexualité » et non « santé sexuelle ». Dans 1<sup>er</sup> degré « Éducation à la vie affective et relationnelle », dans le second degré et le lycée : éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité (EVARS).

d'éducation à la sexualité, malgré les obligations légales [178]. De plus, les personnels éducatifs restent peu formés à l'éducation à la sexualité et les enseignements transmis restent encore centrés sur les versants scientifiques plus que transversaux.

Lors de la vague 2018 de l'enquête Enclasse les collégiens ont été interrogés sur les interventions sur la santé qu'ils avaient reçu depuis le début de l'année, 33,8 % des garçons et 31,7 % des filles ont déclaré avoir eu au moins une intervention d'éducation sexuelle [179]. Cette thématique est abordée surtout en 3ème (57 % des élèves) et en 4ème (46 % des élèves), bien moins souvent en 5ème et 6ème (respectivement 13 % et 14 %). On notera que ces chiffres étaient en recul par rapport à 2014 où on comptait respectivement 57 %, 70 %, 24 % et 15 % des élèves répondant avoir bénéficié de séances.

Deux circulaires du ministère de l'Éducation (en 2018 [180] puis en 2022 [181]) ont remis en avant la nécessité de mettre en œuvre des séances annuelles en matière d'éducation à la sexualité en précisant la manière dont celles-ci devaient se dérouler. L'Éducation nationale a élaboré un programme progressif d'Éducation à la vie affective et à la sexualité (EVARS) et adapté à chaque âge, qui a été adopté à l'unanimité le 30 janvier 2025 par le Conseil Supérieur de l'Éducation pour une mise en application à la rentrée 2025-2026 [182]. Le programme est paru au Journal officiel du 5 février 2025 [183].

### 7.2.11 Les politiques de santé sexuelle

Les adolescents ont progressivement eu accès aux dispositifs de santé sexuelle sans accord parental : Centres de santé sexuelle, contraception, IVG, dépistage des IST, etc. (voir annexe 5).

Pour faciliter l'accès à la contraception des jeunes filles mineures, la contraception de l'adolescente est gratuite et protégée par le secret. Un parcours sans avance de frais (au tarif de l'Assurance Maladie, les dépassements d'honoraires n'étant pas pris en charge) a été mis en place [184].

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, les préservatifs de certaines marques peuvent être délivrés gratuitement et sans prescription pour toute personne de moins de 26 ans sans minimum d'âge (y compris pour les titulaires de l'Aide médicale d'État (AME)).

La consultation de contraception a été remplacée dans le cadre de la Stratégie Nationale de santé Sexuelle 2017-2030 par une consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle cotée CCP [185]. Initialement dédiée uniquement aux jeunes filles de 15 à 18 ans, elle a été élargie aux jeunes femmes de moins de 26 ans en février 2022 puis aux jeunes hommes de moins de 26 ans en avril 2022. Cette consultation est prise en charge à 100 % au titre de l'Assurance Maladie obligatoire, avec dispense d'avance de frais.

**Santé publique France** propose des outils d'information sur la sexualité et des campagnes destinées aux adolescents et aux jeunes.

- <https://www.onsexprime.fr>

Depuis 2009, le site dédié à l'éducation à sexualité, Onsexprime.fr propose des contenus simples et validés par des experts pour répondre aux questions que se posent les ados. Un *chat* permet aussi de parler à des psychologues et éducateurs spécialisés dans l'adolescence.

- <https://questionsexualite.fr/>.

QuestionSexualite.fr est le portail dédié à la sexualité de tous les Français. Grâce à des contenus simples, détaillés et validés par des experts, il permet de trouver les réponses à toutes les questions que l'on peut se poser sur l'anatomie, les pratiques, la grossesse, les IST ou encore les discriminations liées à la sexualité.

D'autres ressources officielles existent :

- <http://www.filsantejeunes.com/>

Depuis 1995, c'est d'abord un numéro vert 0800 235 236, service anonyme et gratuit pour les 12-25 ans tous les jours de 9h à 23h, créé par l'école des parents et éducateurs d'Île-de-France. Répond aux questions sur la sexualité, l'amour et le mal-être (mais aussi toute question de santé susceptible de préoccuper les jeunes). En 2001 un site internet est créé avec un *chat*, un forum etc.

- <https://ivg.gouv.fr/#>

Le site officiel du gouvernement sur l'IVG créé en 2013 et associé au numéro vert national 0800 08 11 11 piloté par le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) a fait l'objet d'une refonte en mars 2023.

### Synthèse

La santé sexuelle des adolescents a évolué de façon contrastée. Les aspirations amoureuses et l'âge du premier rapport sexuel sont restés stables alors que les adolescents semblent exposés de plus en plus tôt à la pornographie et développent des pratiques sexuelles variées.

On constate une augmentation des IST et une baisse de l'utilisation du préservatif.

Concernant la santé reproductive, le choix de la contraception montre une désaffection de la pilule, un recours plus fréquent à la contraception d'urgence et une diminution de moitié des IVG chez les mineures.

Le programme d'éducation à la sexualité à l'école inscrit dans la loi depuis 2001, sera enfin déployé à la rentrée 2025-2026. Cette approche est essentielle pour prévenir les comportements à risque.

### Recommandations

- Implémenter et évaluer l'impact de l'Education à la vie affective, relationnelle et à la sexualité dans toutes les dimensions qu'elle aborde
- Développer et promouvoir des indicateurs positifs et holistiques de la vie affective et sexuelle et pas seulement des indicateurs sur la mesure des risques sexuels
- Améliorer la lisibilité de l'accès aux services de santé sexuelle pour tous les adolescents

## 7.3 Violence / harcèlement

### 7.3.1 Définitions

La définition des violences est présentée dans plusieurs documents issus de la littérature grise (OMS, HAS, UNESCO) [186–189]. Les violences faites aux enfants et adolescents consistent en toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou d'exploitation, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.

Les violences peuvent être perpétrées par des parents ou d'autres tuteurs, des pairs ou des étrangers. Elles incluent aussi le fait d'être témoin de violence. Les différentes formes de violence sont interdépendantes et partagent de nombreux facteurs de risque et de protection, des conséquences et des approches efficaces en matière de prévention.

Les enfants peuvent être exposés à plusieurs types de violence simultanément ou tout au long de la vie dans la petite enfance, l'enfance et/ou à l'adolescence. L'exposition à la violence durant l'enfance augmente le risque de devenir à la fois une victime et un perpétrateur dans l'adolescence et plus tard à l'âge adulte (WHO 2013) [190] créant un cercle vicieux intergénérationnel.

En plus des violences subies par les adolescents, s'ajoute la violence entre jeunes qui fait référence à celle survenant entre des personnes âgées de 10 à 29 ans, sans lien de parenté, qu'elles se connaissent ou non [191,192].

Elle se déroule généralement à l'extérieur du domicile, souvent dans les écoles ou dans les communautés où les enfants se rassemblent (en intrafamilial, activités sportives ou de loisir) et en ligne. Elle comprend toute une série d'actes allant de l'intimidation, en ligne (cyberharcèlement) ou en personne, à une altercation physique, aux agressions sexuelles et physiques plus graves, à la violence liée aux gangs ou à l'homicide.

À l'échelle mondiale, la violence chez les jeunes provoque un nombre de décès qui varie largement d'un pays ou d'une région à l'autre. Elle est également à l'origine de blessures, de handicaps, de troubles de la santé sexuelle et reproductive, de troubles de la santé mentale et d'une augmentation des comportements à risque susceptibles de mener à des maladies chroniques. De plus, elle est liée à des taux accrus d'abandon scolaire et a des effets négatifs sur le développement cognitif des jeunes.

Les comportements violents des adolescents sont façonnés par des facteurs liés à leur développement (la transition de l'enfance vers l'âge adulte, un nouveau rôle familial et relationnel leur offrant davantage de liberté et d'autonomie), par des influences environnementales (changement de cadre de vie, stéréotypes sociaux auxquels le jeune souhaite s'identifier, attitudes rigides de l'entourage), ainsi que par des éléments propres à l'adolescent lui-même (remaniement des pulsions et mécanismes de défense, peur de la passivité rappelant les soumissions de l'enfance, ce qui incite à agir pour les rejeter). En outre, la faible maîtrise des compétences linguistiques joue un rôle significatif dans l'expression de la violence chez certains adolescents, qui éprouvent des difficultés à verbaliser certaines émotions comme la souffrance, la frustration ou la colère [193].

La question des violences entre adolescents s'inscrit dans un contexte social en constante évolution, marqué par des changements dans la perception de ce qu'est la violence au fil du temps, dans la légitimité de son utilisation, dans les formes qu'elle prend, ainsi que dans les méthodes utilisées pour exercer cette violence envers autrui [193,194].

Concernant le harcèlement, la définition d'Olweus [195] fait aujourd'hui consensus : « *Un élève est victime de harcèlement lorsqu'il est soumis de façon répétée et à long terme à des comportements agressifs visant à lui porter préjudice, le blesser ou le mettre en difficulté de la part d'un ou plusieurs élèves. Il s'agit d'une situation intentionnellement agressive, induisant une relation d'asservissement psychologique, qui se répète régulièrement.* » Selon cette définition, un acte isolé et ponctuel ne peut être considéré comme du harcèlement. La relation est asymétrique dans le sens où l'agresseur exerce une domination et la situation provoque chez la victime un sentiment d'insécurité et une blessure psychique.

### Classification des violences

Les définitions des différents types de violence et de harcèlement sont basées sur les définitions et les questions de grandes enquêtes internationales, en particulier les enquêtes GSHS (*Global School-Based Student Health Survey*) [196] et HBSC [197].

On distingue ainsi, parmi les violences :

- **La violence physique** qui englobe les agressions physiques, les bagarres, les châtiments corporels, la destruction de biens.
- **La violence psychologique** qui inclut les agressions verbales, les violences émotionnelles, l'exclusion sociale, la contrainte.
- **La violence sexuelle** qui regroupe les actes et les tentatives d'actes sexuels non consentis, les menaces par la parole, l'exhibitionnisme, le voyeurisme, les attouchements forcés, les discriminations liées au genre.
- **Les cyberviolences** englobent les comportements blessants ou méchants qui s'expriment dans les échanges entre élèves via leurs téléphones mobiles (textos, appels, vidéos) ou en ligne (courriels, messagerie instantanée, réseaux sociaux, chat), l'usurpation d'identité, le piratage de compte.

Auxquelles peuvent s'ajouter les négligences, l'exploitation ou l'exposition à la violence conjugale.

S'agissant de la violence scolaire, elle est principalement le fait d'autres élèves mais aussi, dans certains cas, d'enseignants et de membres du personnel des établissements [189].

Et parmi le harcèlement on distingue :

- **Le harcèlement physique** qui se définit par des agressions répétées se manifestant de différentes manières : les victimes sont battues, blessées, frappées à coups de pieds, poussées, bousculées ou enfermées, leurs affaires sont volées ou abîmées ou elles doivent obéir sous la contrainte. Il se différencie donc d'autres formes de violence physique, telles que les bagarres et les agressions physiques.
- **Le harcèlement psychologique** qui englobe les agressions verbales, la violence émotionnelle et l'exclusion sociale. Il se traduit par des insultes, des moqueries, ou des rumeurs malveillantes. Les victimes peuvent également être mises à l'écart de certaines activités ou complètement ignorées.
- **Le harcèlement sexuel** qui regroupe ici uniquement les plaisanteries, les remarques et les gestes à caractère sexuel.
- **Le cyberharcèlement** qui désigne le harcèlement par le biais de contenus électroniques (messagerie instantanée, réseaux sociaux, courriels ou textos, etc.) ou d'images (mise en ligne de photos insultantes ou indécentes, etc.).

### 7.3.2 Description épidémiologique

#### a. Sphère scolaire

En France, les sources de documentation concernant les violences chez les adolescents comprennent les études HBSC/EnClass [198] et les statistiques du Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse produites par la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP) pour les violences en milieu scolaire [199] initiées par les premières enquêtes pilotées par Eric Debarbieux [200].

#### Les enquêtes HBSC/EnClass

Depuis 1998, deux questions concernant les brimades infligées et subies à l'école au cours des deux derniers mois sont posées à l'ensemble des élèves. En 2014, ces questions ont été enrichies de deux items portant sur les brimades subies durant la même période *via* message, réseau social ou photo (cyberharcèlement).

Le terme brimade est la traduction française du terme « *bullying* » utilisé dans les enquêtes jusqu'en 2014. Il a été substitué par le terme « harcèlement » à partir de 2018. La définition repose sur la définition princeps de Olweus. Le seuil significatif retenu est celui de 2 fois ou plus dans les 2 mois précédant l'enquête c'est pourquoi l'évolution n'est décrite qu'à partir de 2002.

Le terme brimade/harcèlement est accompagné de la définition suivante : « *On dit qu'un élève est victime de brimade/harcèlement lorsqu'un autre élève ou un groupe d'élèves lui dit ou fait des choses désagréables et méchantes. Il y a également harcèlement lorsqu'un élève est taquiné à plusieurs reprises d'une manière qu'il n'aime pas ou lorsqu'il est délibérément exclu. Mais il n'y a pas de harcèlement lorsque deux élèves de force ou de puissance à peu près égale se disputent ou se battent. Il n'y a pas non plus de harcèlement lorsqu'un élève est taquiné de manière amicale et enjouée.* »

La fréquence des brimades subies diminue au cours du temps chez les filles et chez les garçons et pour toutes les classes d'âges (Figure 25). À âge égal, elle est plus élevée chez les filles que les garçons.



Figure 25-Fréquence (en %) des brimades/harcèlements subis 2 à 3 fois le dernier mois selon l'âge et le sexe de 2002 à 2022 (sources : enquêtes HBSC)

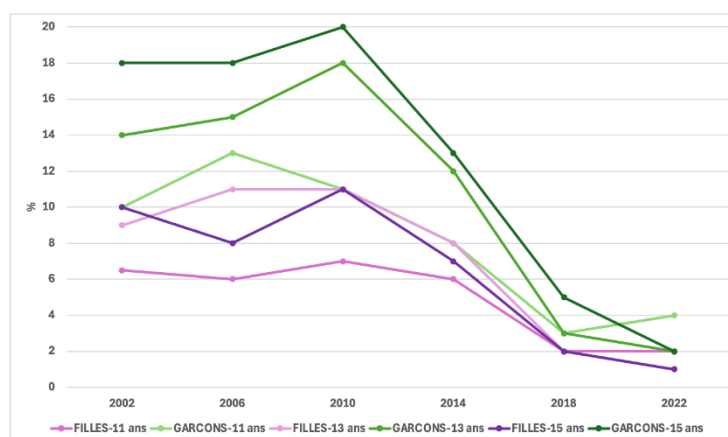


Figure 26-Fréquence (en %) des brimades/harcèlements infligés au moins 2 fois par mois selon l'âge et le sexe de 2002 à 2022

La fréquence des brimades infligées a très nettement diminué au cours du temps pour tous les âges et les 2 sexes (Figure 26). Les plus jeunes sont plus impliqués ainsi que les garçons.

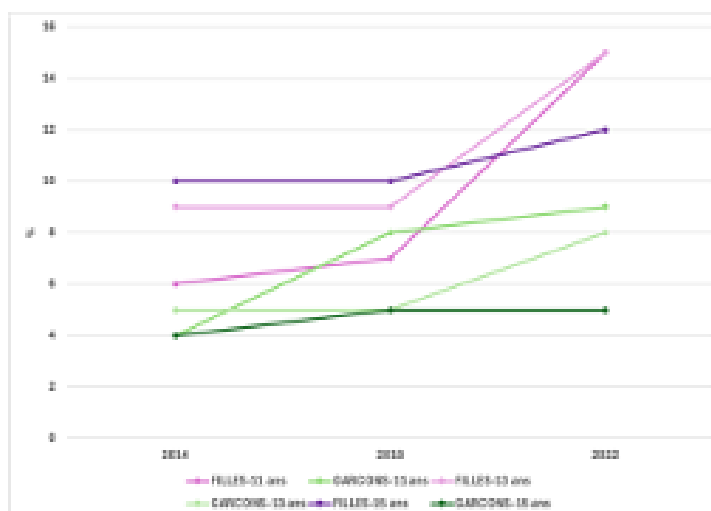


Figure 27- Fréquence (en %) de victimation par cyberharcèlement au moins 1 à 2 fois les 2 derniers mois selon l'âge et le sexe de 2014 à 2022

En termes de cyberharcèlement, la Figure 27 décrit l'évolution entre 2014 et 2022 du pourcentage de victimes. La fréquence a augmenté au cours du temps pour tous les jeunes avec une croissance plus élevée entre 2018 et 2022 particulièrement chez les filles et les classes d'âge les plus jeunes (11 et 13 ans).

Par rapport à 2002, la fréquence des bagarres 3 fois ou plus dans les 12 derniers mois diminue pour les garçons dans les classes les plus âgées (13 et 15 ans) et pour la classe des filles de 15 ans tandis qu'elle augmente dans les autres classes (garçons de 11 ans, filles de 11 et 13 ans) (Figure 28). Les niveaux d'implication sont globalement plus importants chez les garçons que chez les filles.

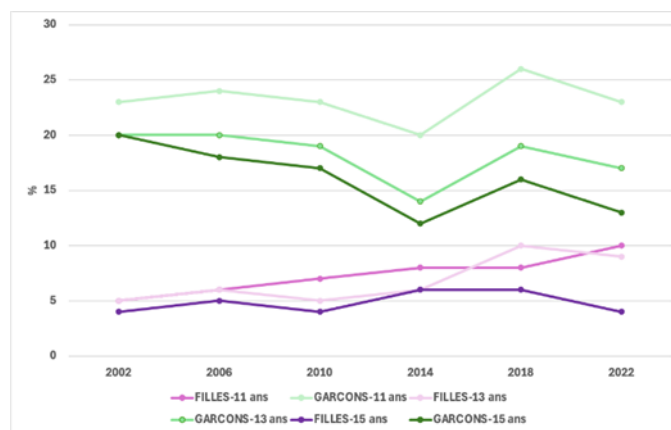


Figure 28-Fréquences (en %) selon l'âge et le sexe de l'implication dans des bagarres 3 fois ou plus dans les 12 derniers mois de 2002 à 2022

### Les statistiques du ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse produites par la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP)

Elles reposent sur 2 types d'enquêtes dont les résultats sont disponibles sur le site du ministère.

Enquête SIVIS : Système d'information et de vigilance sur la sécurité scolaire.

La SIVIS recueille les atteintes les plus graves sur la violence en milieu scolaire auprès d'un échantillon d'établissements du second degré publics et privés sous contrat. Elle a été mise en place à la rentrée 2007. L'échantillon national d'un millier d'établissements publics du second degré est tiré selon un plan de sondage aléatoire stratifié, croisant le type d'établissements et le nombre d'élèves inscrits avec 106 établissements par strate. Le champ de l'enquête couvre les établissements des premier et second degrés publics et privés sous contrat. L'un des 2 questionnaires est destiné à évaluer les caractéristiques de la violence en milieu scolaire, en termes d'actes, de types d'auteurs et victimes (distinction entre élèves-enseignants-autres personnels, sexe et âge), de lieux, de suites données aux incidents. Il décrit également les incidents en termes de motivation (raciste, xénophobe, antisémite, homophobe, sexiste) et permet de détecter les situations de harcèlement, d'intrusion dans l'établissement ou d'atteinte à la laïcité. Le caractère récurrent de l'enquête permet de mesurer l'évolution des phénomènes de violence. L'enquête se déroule par internet et comprend la saisie du questionnaire « incidents » que le chef d'établissement renseigne en continu pour les mois de septembre à juin.

La gravité est définie par l'une des conditions suivantes :

- Actes dont la qualification pénale est évidente
- Actes qui ont fait l'objet d'un signalement à la police, à la justice ou aux services sociaux du conseil général ;
- Actes qui ont eu un retentissement important dans la communauté scolaire.

Globalement dans les établissements publics locaux d'enseignement (EPL), le nombre d'incidents graves déclarés varie entre 10 et 14,5 pour 1000 élèves entre 2007-2008 et 2022-2023 (Figure 29). Après une baisse à la sortie de la crise Covid-19, ce nombre semble augmenter sans atteindre le niveau le plus élevé déjà mesuré. La variabilité au cours du temps est plus importante dans les lycées professionnels qui déclarent un nombre d'incidents généralement plus élevé par rapport aux autres établissements.

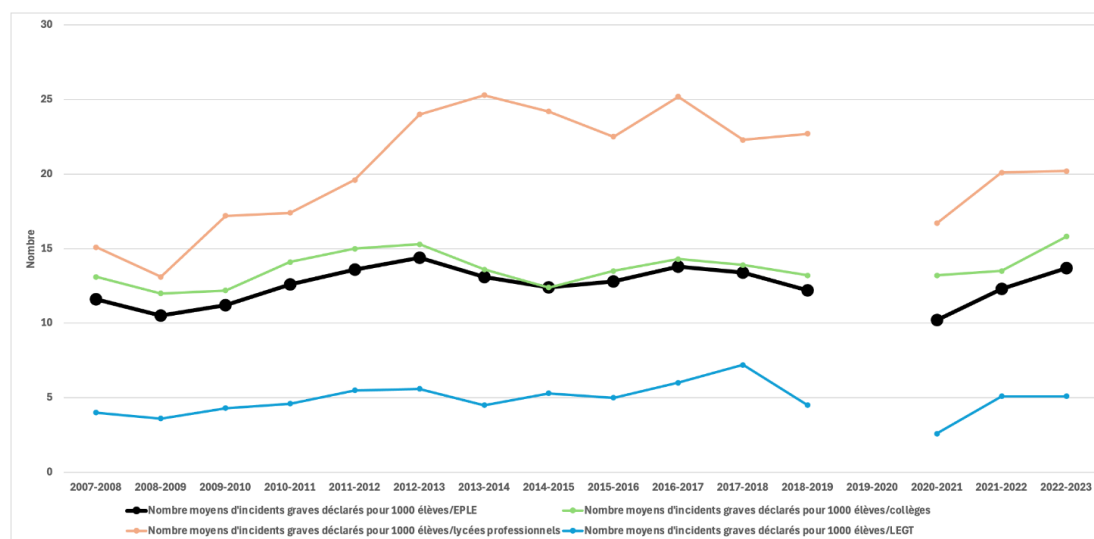


Figure 29-Nombre moyen d'incidents graves déclarés pour 1000 élèves selon les établissements publics locaux d'enseignement (EPL), les collèges, les lycées professionnels et les lycées d'enseignement général et technologique (LEGT) de 2007 à 2023.

À noter, absence de statistiques durant le 1<sup>er</sup> confinement de la crise Covid-19.

L'évolution de la distribution des incidents graves diffère en fonction de la nature de ceux-ci, les violences verbales et sexuelles ayant tendance à augmenter alors que les violences physiques et les atteintes aux biens tendent à diminuer (Figure 30). Les violences verbales sont prédominantes avec les violences physiques.

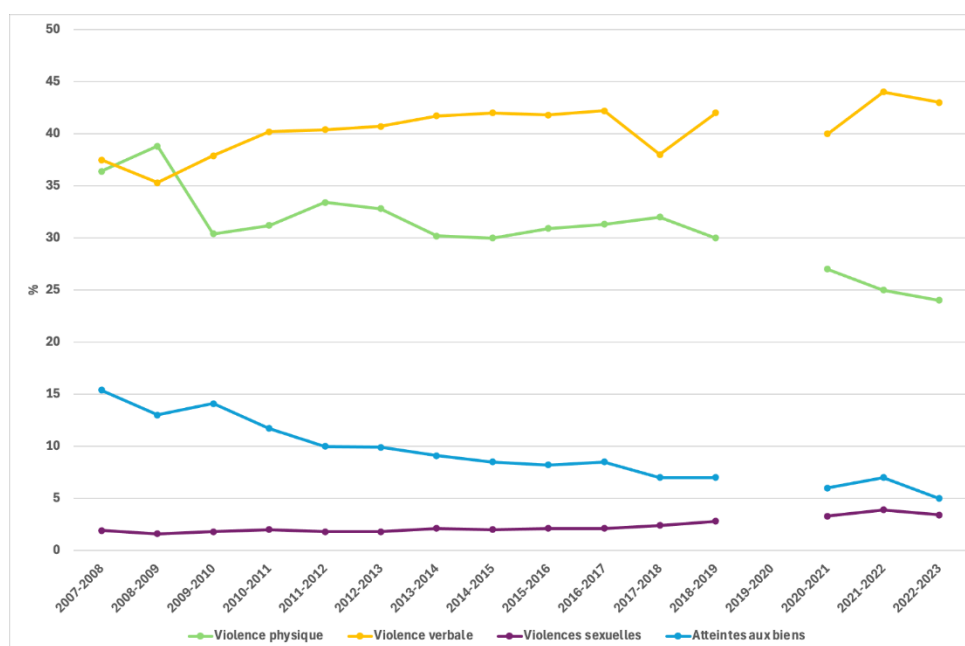


Figure 30-Distribution de la nature des incidents graves en % de 2007 à 2023, tout établissement confondu.

Les élèves sont pour 90 % auteurs des incidents graves et aux alentours de 40 % des victimes (Figure 31). Les autres victimes comprennent le personnel enseignant et non enseignant ainsi que les personnes extérieures à l'établissement.

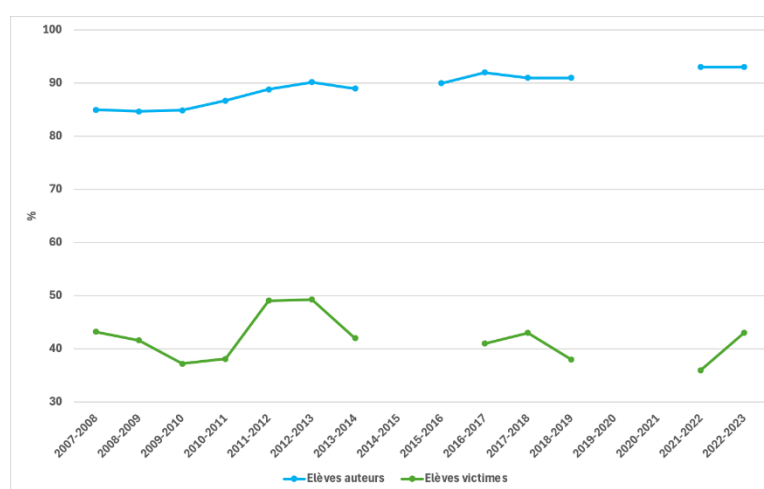


Figure 31-Pourcentage de circonstances où les élèves sont soit auteurs de l'incident grave, soit victimes de l'incident grave

### Enquête CVS, Climat Scolaire et de Victimation auprès des élèves et des personnels.

L'enquête nationale de climat scolaire et de victimation a été mise en place en 2011 et complète le dispositif SIVIS. Le principe d'une enquête de victimation est d'interroger un échantillon de personnes sur les atteintes subies au cours d'une période de référence. Dans le cadre d'une enquête en milieu scolaire, les personnes interrogées sont les élèves ou les personnels de l'Éducation nationale, en France métropolitaine et dans les DOM. Les atteintes qui figurent dans les enquêtes de victimation sont les atteintes aux biens, vols ou actes de destruction, dégradation et les atteintes aux personnes, violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles se déroulant strictement dans le cadre de l'établissement scolaire.

Entre 2011 et 2023, neuf enquêtes de climat scolaire et de victimation ont été menées par la DEPP, tantôt auprès de collégiens ou lycéens, tantôt auprès de personnels de l'Éducation nationale (personnels du second degré, enseignants du premier degré et directeurs d'école). Toutes ces enquêtes sont réalisées auprès d'échantillons représentatifs au niveau national. La période de référence est l'année scolaire en cours.

Les taux sont constants au cours du temps (Figure 32). Moins de 50 % des élèves ne subissent aucune atteinte. Le harcèlement atteint environ 6,7 % des élèves des collèges en 2022.

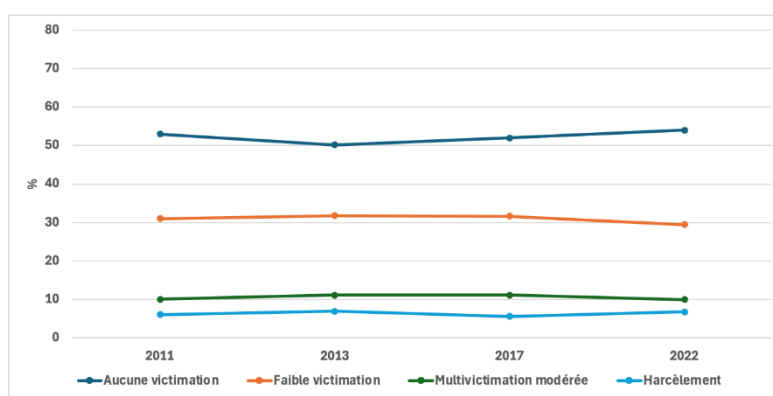


Figure 32-Distribution (en %) du niveau de victimation des élèves dans les collèges de 2011 à 2022

En cumulé, les vols sont les incidents les plus rapportés (Figure 33). Les mises à l'écart et l'affublement de surnoms méchants sont en légère augmentation.

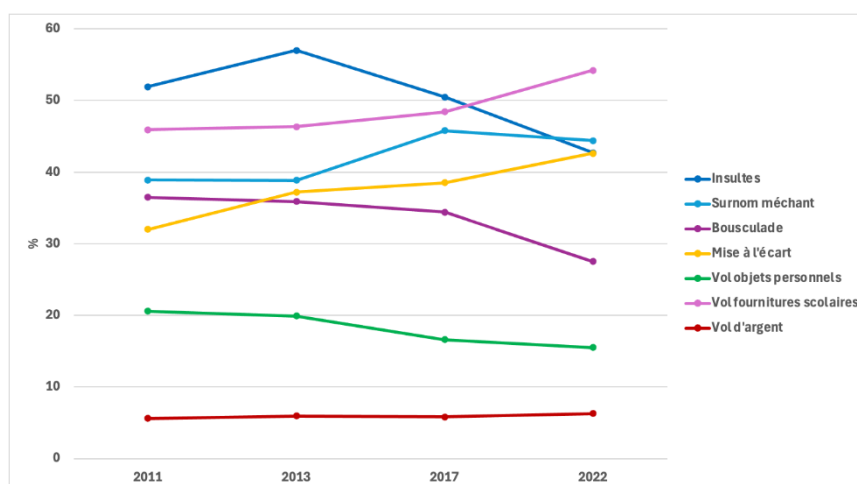


Figure 33-Distribution de la nature des principales victimations (en %) dans les collèges de 2011 à 2022

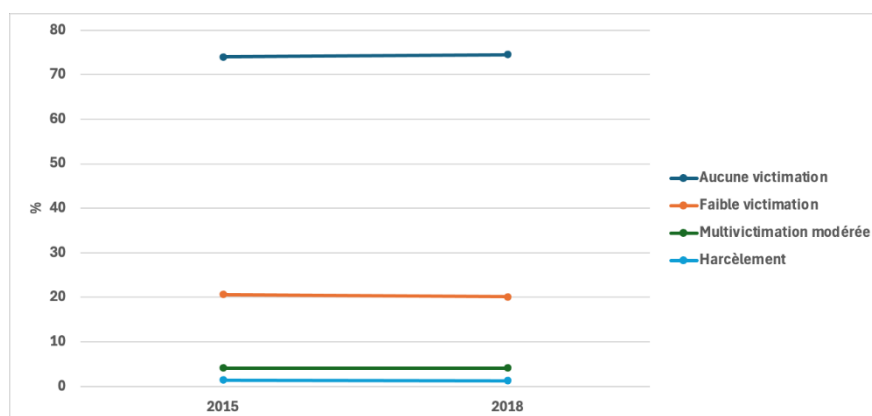


Figure 34-Distribution (en %) du niveau de victimation des élèves dans les lycées en 2015 et 2018

Au lycée, les niveaux de victimation sont moindres que dans les collèges avec  $\frac{3}{4}$  des lycéens ne subissant aucune atteinte (Figure 34) Le harcèlement atteint seulement 1,4 % des élèves.

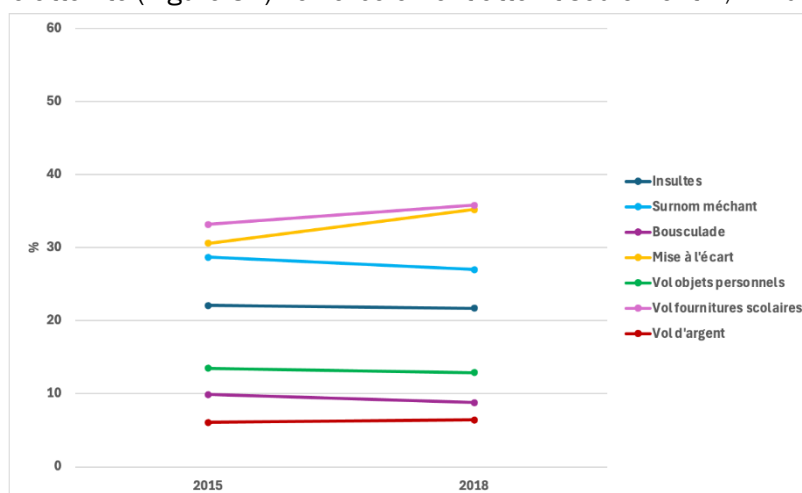


Figure 35-Distribution de la nature des principales victimations (en %) dans les lycées en 2015 et 2018

Les vols représentent globalement le premier type de victimation dans les lycées (Figure 35).

### b. Sphère sportive

Les principaux types de violences sont retrouvés dans la sphère sportive, i.e. physique (frapper, pousser ou secouer), psychologique (restriction de mouvement, dénigrement, menaces, discrimination...), sexuelle (harcèlement et abus), négligence [201].

Le signalement des violences survenant dans ce milieu a été tabou pendant très longtemps. C'est pourquoi il est très difficile de trouver des statistiques permettant de les décrire au cours du temps et particulièrement chez les jeunes en France.

Dans la littérature internationale, les études sur les violences interpersonnelles dans le sport montrent une prévalence élevée, touchant particulièrement les jeunes athlètes. L'étude de Vertommen *et al.* (2016) [202] révèle que 44,2 % des adultes interrogés (plus de 4000 entre 18 et 50 ans) avaient subi des violences durant leur pratique sportive avant 18 ans, avec une prédominance des violences psychologiques (37,6 %), suivies des violences sexuelles (14,3 %) et physiques (11,3 %). Les garçons étaient plus exposés aux violences physiques, tandis que les filles subissaient davantage de violences sexuelles. La pratique à haut niveau augmentait le risque de toutes les formes de violence.

Une seconde étude de Vertommen *et al.* (2020) [203] menée auprès d'adolescents belges (13-21 ans) indique une prévalence encore plus élevée (86 %), incluant des violences psychologiques (80 %), physiques (53 %), instrumentales<sup>20</sup> (50 %) et sexuelles (27 %). La majorité des violences étaient perpétrées par des pairs (70 %), mais les entraîneurs (70 %) et les parents (48 %) étaient

<sup>20</sup> Cette catégorie comprend des expériences liées à la performance comme être forcé par un entraîneur à faire des entraînements supplémentaires, s'entraîner alors qu'on est blessé, blesser un adversaire, utiliser des suppléments améliorant la performance, perdre du poids ou arrêter l'école.

aussi impliqués. Là encore, les garçons étaient plus touchés par les violences physiques, et les filles par les violences sexuelles. La spécialisation précoce, un haut niveau sportif et une durée d'entraînement élevée (plus de 16 h) augmentaient l'exposition aux violences.

Au Canada, Parent et al. (2019) [204] ont montré que 79,2 % des 1055 jeunes athlètes (14-17 ans) avaient vécu des violences psychologiques, 39,9 % des violences physiques et 28,2 % des violences sexuelles. Le genre, la spécialisation précoce et une charge d'entraînement élevée constituaient des facteurs de risque majeurs. L'étude de Boudreault et al. (2022) révèle que 20 % des filles et 10 % des garçons ont recouru à des méthodes extrêmes de contrôle du poids [205]. L'étude suisse de Marsollier et al. [206] s'inscrit en cohérence avec les données précédemment rapportées.

D'autres facteurs de discriminations ont été décrits tels que l'ethnie, le handicap ou l'orientation sexuelle. [202] [203]. Ces études soulignent l'ampleur des violences dans le sport et leurs conséquences sur la santé mentale (plus de somatisation, de dépression et d'anxiété) et physique des jeunes athlètes, nécessitant des mesures de prévention et de protection renforcées.

Boudreault et al. étudient en 2022 chez 999 adolescents canadiens francophone de 14 à 17 ans (72 % de filles), pratiquant divers sports à différents niveaux, la fréquence du contrôle extrême du poids (jeûne, exercice excessif, recours aux vomissements, laxatifs, pilules amaigrissantes, diurétiques), au travers d'un questionnaire passé en ligne. Environ 20 % des filles et 10 % des garçons avaient utilisé une méthode extrême de contrôle du poids [205].

Les violences subies par les sportifs semblent provenir en grande partie de leurs coéquipiers ou adversaires [206]. De manière plus précise, les hommes sportifs sont fréquemment identifiés comme les principaux auteurs de violences psychologiques et sexuelles. Néanmoins, à mesure que le niveau de compétition augmente, les entraîneurs sont de plus en plus souvent désignés comme les auteurs de ces violences.

L'une des principales raisons pour lesquelles les violences dans le sport, notamment sexuelles, demeurent largement sous-déclarées est le climat de silence qui entoure ces situations. Les victimes, souvent jeunes et vulnérables, peuvent redouter de perdre leur place dans l'équipe, d'être marginalisées par leurs camarades, ou de subir des représailles en dénonçant leurs agresseurs. Par ailleurs, le culte de la performance et la pression liés à la réussite sportive peuvent freiner les victimes dans leur prise de parole, par crainte que leurs révélations n'affectent leur carrière ou leur réputation.

De plus, les auteurs des articles mettent en garde contre la « normalisation » des comportements abusifs dans le sport, un facteur de confusion potentiel. Plusieurs études ont montré que de nombreux jeunes athlètes perçoivent souvent les méthodes d'entraînement émotionnellement et physiquement abusives comme indispensables à leur développement et à leur succès futur, les intégrant ainsi à la routine sportive. Par ailleurs, un grand nombre d'athlètes ayant vécu des situations correspondant à des abus sexuels ne se considèrent pas comme des victimes, percevant ces comportements comme courants dans le milieu sportif. De ce fait, des conduites violentes qui seraient jugées inappropriées ou inacceptables hors du contexte sportif tendent à être banalisées.

En France, est entré en vigueur en 2020 le dispositif ministériel Signal-Sports pour la prévention et la lutte contre les violences dans le sport. Au 31 décembre 2023, 1284 personnes avaient été mises en cause dont 95 % étaient des hommes et 71 % des éducateurs sportifs. Les victimes étaient féminines dans 81 % des cas et mineures dans 77 % des cas au moment des faits. Près de 90 % des signalements concernent des violences à caractère sexuel dont presque un tiers des victimes (29 %) avaient moins de 15 ans [207].

### c. Sphère judiciaire

Les statistiques sont disponibles à partir des sources du ministère, le SSMSI pour Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure. Comme le soulignait le rapport du Sénat de 2022 [208], « *Il n'existe de statistiques fiabilisées des mineurs mis en cause par les forces de sécurité que depuis 2016, et elles posent toujours plusieurs difficultés. Dès lors, il est difficile d'en tirer des conclusions réelles et définitives* ».

Toutefois, les évolutions suivantes peuvent être dessinées :

Après une ascension dans les années 2005-2010, le nombre et le pourcentage de mineurs impliqués dans des crimes et délits diminuent constamment depuis 2018 avec en 2023 le pourcentage le plus bas observé depuis 1992 (Figure 36). Les événements considérés sont de tous types, du vol à la tire à l'homicide, mis en cause par les services de police et de gendarmerie.

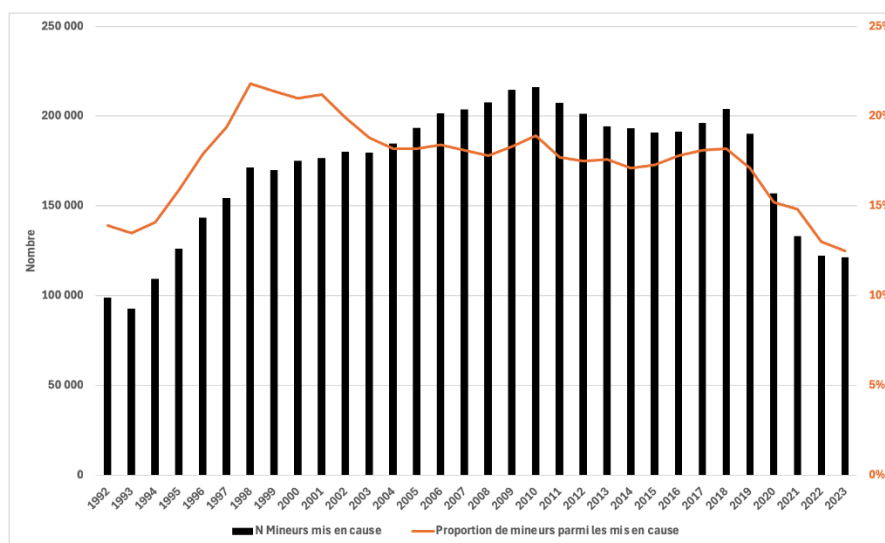


Figure 36-Nombre et pourcentage de mineurs mis en cause par les services de police ou gendarmerie tous faits confondus de 1992 à 2023

Au sein de l'ensemble des infractions commises par les mineurs, la part des délits n'a quasiment jamais cessé de diminuer, de 22 % au plus haut en 1998 à 12 % en 2023.

De plus, les infractions principales sanctionnées dans les condamnations des mineurs [208] sont essentiellement des délits (98 % en 2020, les 2 % restant sont des crimes). Cela concerne en premier les vols et recels (41 % de l'ensemble en 2020), puis les violences (coups et blessures) volontaires (16 %), les infractions à la législation des stupéfiants (détention et trafic, 11 % ; usage 3,4 %). Les violences sexuelles (viols et agressions) viennent en dernier (3 %). Depuis 2016, la part des vols et recels a diminué tandis que les atteintes à la personne et les infractions à la législation des stupéfiants ont augmenté.

Les figures suivantes montrent l'implication des jeunes de 13 -17 ans dans les vols violents avec et sans arme (Figure 37), les homicides (Figure 38), les coups et blessures volontaires (Figure 39) et les violences sexuelles (Figure 40) entre 2016 et 2023. À noter, les 13-17 ans représentent 5 % de l'ensemble de la population.

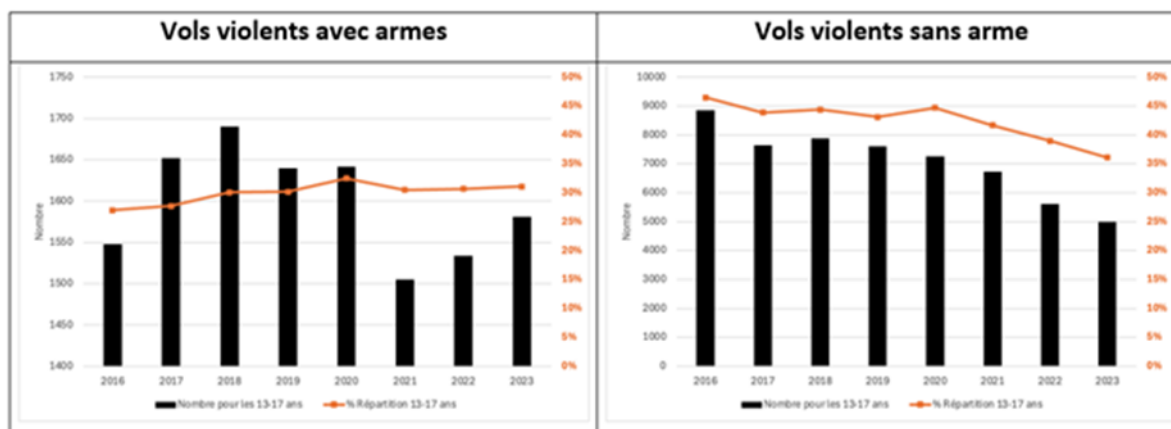


Figure 37-Nombre de vols violents avec ou sans arme impliquant les jeunes de 13-17 ans, proportions de la classe d'âge entre 2016 et 2023

**NB :** le % de garçons impliqués est stable à 95-98 % pour les vols avec armes et à 92-96 % pour les vols sans arme

Le nombre de vols violents avec arme semble rester stable avec une proportion des 13-17 ans impliqués ayant tendance à augmenter depuis 2016 (Figure 38). Le nombre de vols violents sans armes commis par les 13-17 ans a tendance à diminuer en nombre et en proportions par rapport aux autres classes d'âge. Les garçons sont mis en cause dans plus de 90 % des cas.

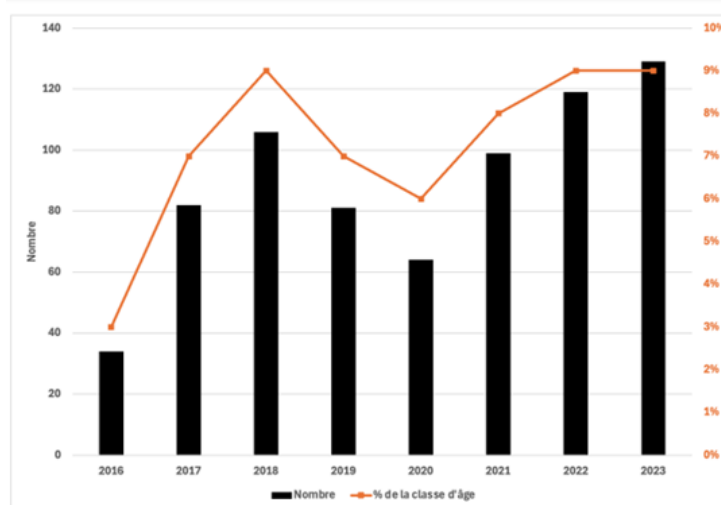


Figure 38-Nombre d'homicides commis par les jeunes de 13-17 ans, proportion des 13-17 ans (au sein de l'ensemble des classes d'âge) entre 2016 et 2023

**NB :** la proportion de garçons impliqués est passée de 74 % en 2016 à 90 % en 2017. Cette proportion est stable depuis entre 88 et 95 %

Après une diminution entre 2018 et 2020, le nombre d'homicides commis par les jeunes de 13 à 17 ans augmente entre 2021 et 2023 ainsi que le % de la classe d'âge. L'implication des garçons est toujours majoritaire à plus de 90 %.

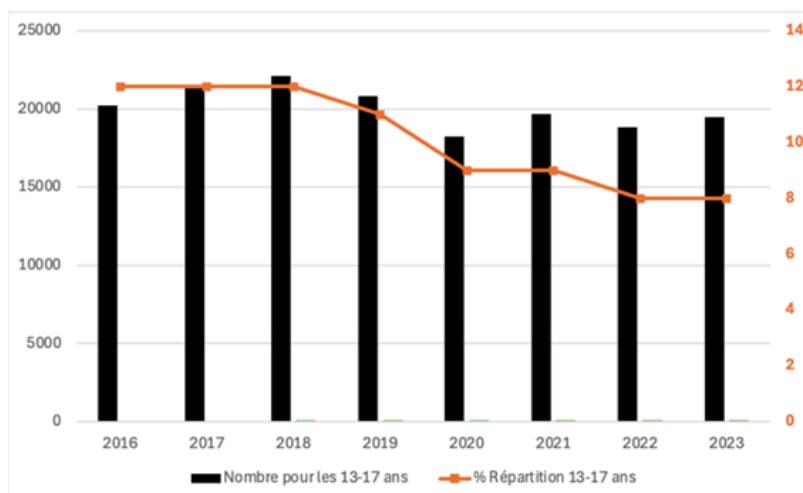


Figure 39-Nombre d'actes coups et blessures volontaires impliquant les jeunes de 13-17 ans et proportions de la classe d'âge entre 2016 et 2023

**NB :** la proportion de garçons impliqués est stable entre 80 et 83 %

En valeur absolue, le nombre d'actes a légèrement diminué par rapport à 2016 mais l'implication des jeunes de 13-17 ans est passée de 12 % en 2016 à moins de 8 % en 2023 (Figure 39).

Enfin concernant les violences sexuelles, la Figure 40 montre les mises en cause des 13-17 ans dans les violences sexuelles de toute nature.

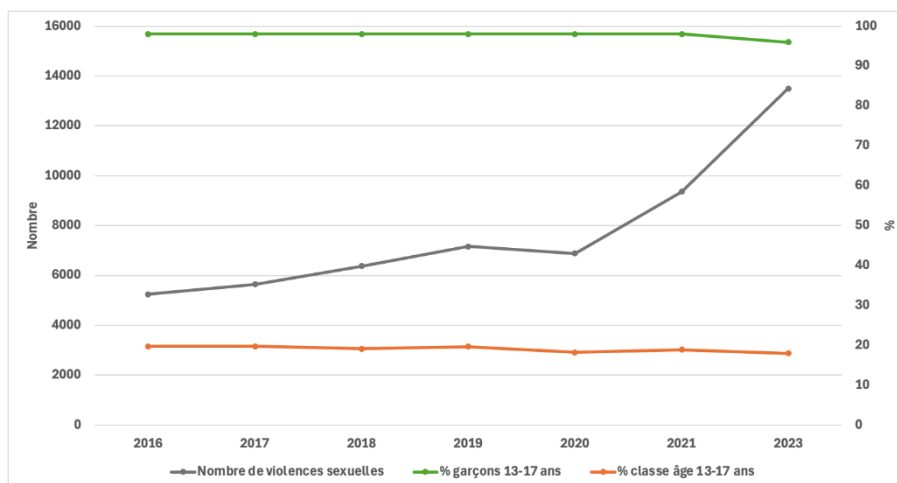


Figure 40-Nombre de violences sexuelles impliquant les jeunes de 13-17 ans, proportion de garçons impliqués et proportion de la classe d'âge entre 2016 et 2023

En nombre absolu, le nombre de violences sexuelles augmente depuis 2021 mais la proportion de jeunes de 13-17 ans a tendance à diminuer par rapport à l'implication des adultes dans ce type de violences.

Les jeunes sont aussi victimes de violences relevant de la sphère judiciaire. Ainsi concernant **les homicides**, la Figure 41 montre l'évolution du taux de victimation entre 2016 et 2023 selon le sexe.

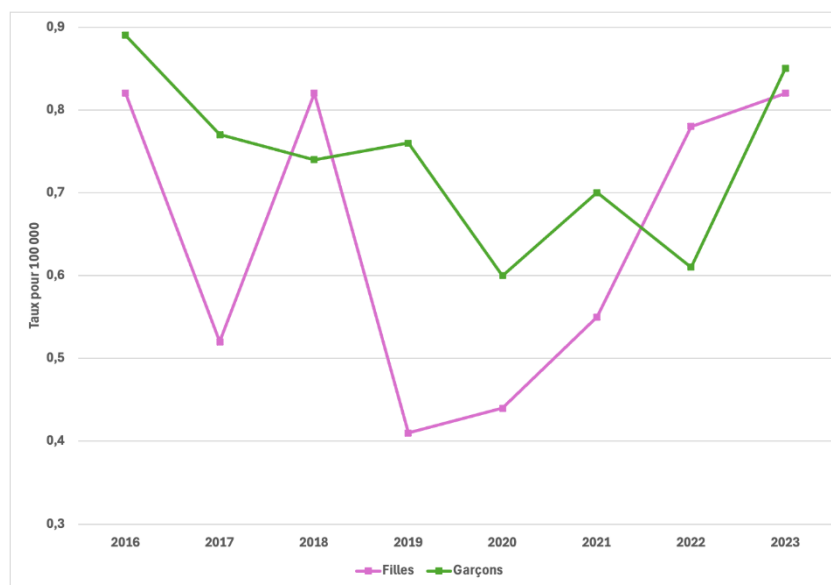


Figure 41-Taux pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans victimes d'homicides de 2016 à 2023 selon le sexe

À noter, la tranche suivante concerne les 15-29 ans, c'est pourquoi il n'a pas été possible de dessiner les courbes d'évolution de la tranche entière d'âge des jeunes. Parmi les moins de 15 ans, on ne peut distinguer les victimes entre 11 ans et 15 ans.

Après une décroissance des taux (et malgré le pic de 2018 pour les filles), on assiste à une augmentation depuis 2020 pour les filles et une variabilité plus importante pour les garçons selon les années. En 2022, la part des homicides intra-familiaux était de 62 % chez les filles et 75 % chez les garçons, en 2023 ces proportions étaient de 66 % et 78 % respectivement.

**Concernant les coups et blessures volontaires**, les statistiques sont données pour les 15-19 ans. La Figure 42 représente le taux de victimation par coups et blessures pour 1000 jeunes depuis 2016 selon le sexe. Les taux cumulent les coups et blessures hors du cadre familial et en intrafamilial.

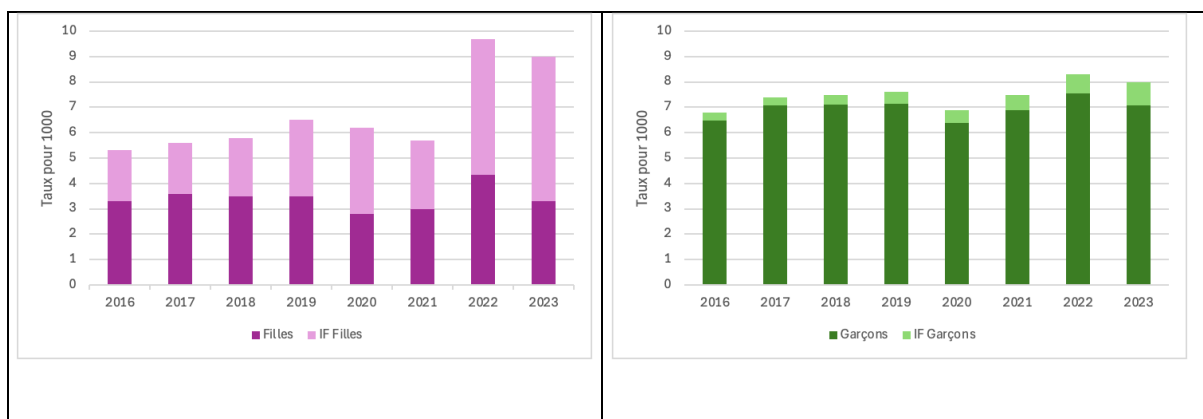


Figure 42-Taux cumulés pour 1 000 jeunes de 15-19 ans victimes de coups et blessures de 2016 à 2023 selon le sexe. IF pour intrafamilial

Lecture : en 2023, le taux de victimes par coups et blessures était de 9 pour 1000 filles de 15-19 ans dont 3,3 pour 1000 était le taux hors du cercle familial et 5,7 pour 1000 le taux intrafamilial.

Les taux cumulés ont augmenté depuis 2022 chez les filles passant au-dessus des taux mesurés chez les garçons. Chez ces derniers, la tendance à la hausse est moindre mais les taux de 2016 à 2021 étaient plus importants que chez les filles.

La part des coups et blessures en intrafamilial est nettement plus importante chez les filles que chez les garçons pour toutes les années culminant à 63 % en 2023 pour les filles alors qu'elle n'est que de 12 % chez les garçons. Toutefois, le taux de violences intrafamiliales a triplé chez les garçons entre 2016 et 2023 de 0,3/1000 à 0,91/1000. Chez les filles, l'augmentation est aussi proche de 3 (2,9) passant de 2/1000 à 5,7/1000.

Concernant les violences sexuelles, la Figure 43 montre l'évolution entre 2016 et 2023.

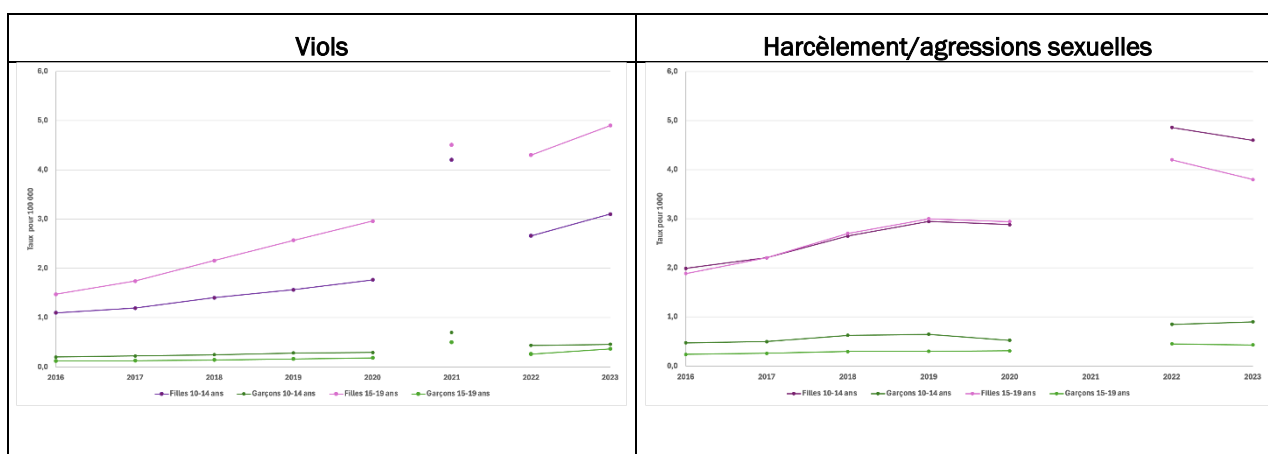


Figure 43-Taux pour 1 000 jeunes de 15-19 ans victimes de viols ou d'agressions sexuelles de 2016 à 2023 selon le sexe.

À noter en 2021, les statistiques du Ministère ne dissocient pas les viols et les agressions. Et à partir de 2022, les statistiques combinent viols et tentatives de viol.

Les taux de victimation pour violences sexuelles augmentent globalement et de façon beaucoup plus importante pour les filles que les garçons. De plus, les taux sont toujours beaucoup plus élevés pour les filles comparées aux garçons et ce malgré les changements de définitions.

L'augmentation pour les filles suit 2 mouvements, la libération de la parole, les filles déclarant plus les violences sexuelles et globalement la tendance à l'augmentation de ces violences y compris chez les adultes.

*« En particulier, alors qu'en 2018 la moitié des victimes de violences sexuelles avait déposé plainte pour des faits datant de plus de 3 mois, en 2021, la moitié des victimes a déposé plainte pour des faits datant de plus de 7 mois. De fait, la proportion des violences sexuelles commises plus de 5 ans avant le dépôt de plainte a nettement augmenté sur cette période, passant de 12 % en 2017 à 19 % en 2021. Cette évolution est encore plus marquée pour les victimes mineures au moment des faits : la part des faits de violences sexuelles commis plus de 5 ans auparavant est passée de 18 % en 2017 à 27 % en 2021 » [209].*

Ces statistiques présentent un tableau contrasté des violences chez les jeunes relevant de la sphère judiciaire.

Comme il est souligné dans le rapport du Sénat datant de 2022, le collectif Justice des enfants affirme : *« Au contraire, d'après les statistiques du ministère de la justice, une baisse de 24 % du nombre de mineurs mis en cause a été observée entre 2019 et 2022, et, si la proportion de poursuites est restée stable sur cette période, le nombre de mineurs jugés devant les tribunaux a baissé de plus de 30 % »,* affirme le collectif Justice des enfants.

Globalement, il y a une tendance à la baisse de la violence chez les jeunes avec un changement de distributions entre les types de violences et les pourcentages de jeunes impliqués.

Les atteintes matérielles ont tendance à diminuer alors que les atteintes à la personne de type homicide ou violences sexuelles tendent à augmenter. Toutefois, même si les proportions de jeunes impliqués sont supérieures à la proportion de la tranche d'âge dans la population générale (6 %), elles n'augmentent pas par rapport aux adultes, dénotant une augmentation plus globale des violences dans la population.

Pour étayer cette diminution globale, la Figure 44 montre la distribution des principales infractions sanctionnées chez les mineurs. On voit qu'en nombre, cela a fortement diminué entre 2005 et 2020 dans toutes les catégories d'infractions hormis ce qui touche les stupéfiants, que ce soit l'usage, la détention ou le trafic. En termes de pourcentages, les atteintes matérielles (vols, recels, destructions, dégradations) ont tendance à diminuer, l'usage, la détention et le trafic de stupéfiants à augmenter. Les violences sur personnes (coups et blessures, agressions sexuelles) sont plutôt stables au cours du temps.

Enfin les jeunes sont aussi les victimes de violences que ce soit d'homicides, de coups et blessures ou d'agressions sexuelles. Les taux de victimation sont plus importants chez les filles par rapport aux garçons et ont augmenté au cours du temps dans tous les types.

Une des limites de ces statistiques, soulignée dans le rapport du Sénat de 2022 [208] est que l'évolution de la délinquance des mineurs ne peut être évaluée uniquement à travers le nombre de mis en cause enregistrés par les services de sécurité, car ces chiffres dépendent aussi de la propension des victimes à porter plainte, de la tolérance sociale et des moyens de lutte mis en place. Par ailleurs, les chiffres enregistrés varient en fonction des pratiques de terrain et des consignes de gestion, et certaines infractions, comme celles liées aux stupéfiants, sont souvent sous-estimées, leur détection dépendant principalement de l'activité des forces de sécurité.

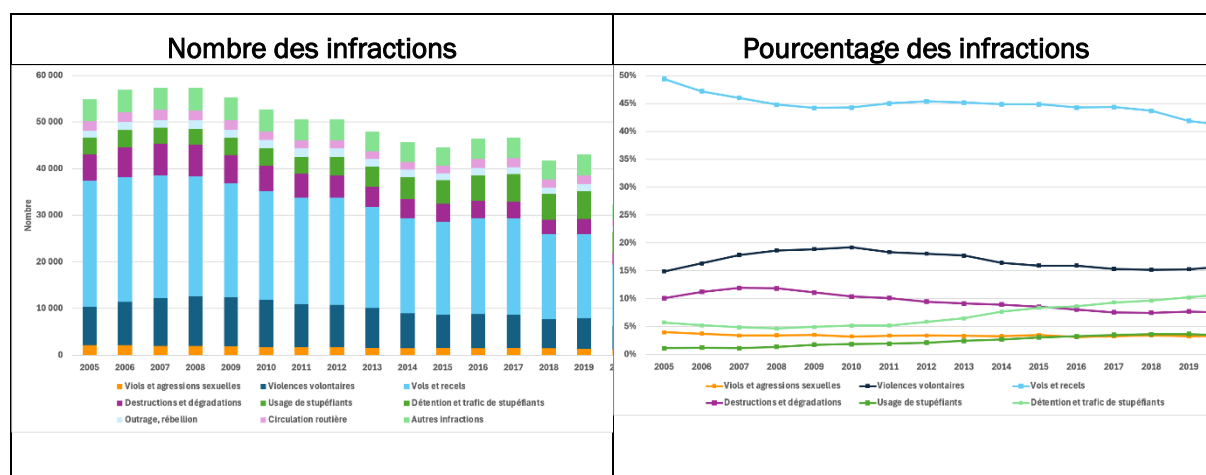


Figure 44-Distribution des infractions principales sanctionnées chez les mineurs. À noter, 2020 est l'année de la crise Covid-19. Des statistiques aussi détaillées ne sont pas accessibles après 2020.

Une autre limite est que les chiffres donnent le nombre de fois où l'événement s'est produit et non le nombre de personnes. Si une personne récidive dans l'année, elle pourra être comptée plusieurs fois.

Il y a donc une nécessité d'avoir des chiffres fiables qui n'existent pas réellement à ce jour [210].

#### d. Sphère intrafamiliale

Une partie des violences survenant dans la sphère intrafamiliale est décrite dans la partie précédente notamment concernant les jeunes victimes d'homicides (Figure 41) et de coups et blessures (Figure 42). Ce type de violence a tendance à augmenter sur les 2 dernières années en termes de proportions avec une importance plus grande des homicides des garçons de moins de 15 ans<sup>21</sup> et des coups et blessures chez les filles de 15-19 ans.

Les données croisant âge, violences sexuelles et part intrafamiliale ne sont pas disponibles.

L'enquête VIRAGE, réalisée en 2015 par l'INED [211], a interrogé un échantillon représentatif de 27 268 personnes de la population âgée de 20 à 69 ans. Parmi les thématiques, les violences subies dans la sphère familiale avant l'âge de 18 ans ont été questionnées. Globalement, toutes générations confondues, 18 % des femmes et 13 % des hommes ont déclaré avoir subi des violences para ou intrafamiliales avant l'âge de 18 ans. Les violences psychologiques ont été mentionnées par 11,7 % des femmes et 8 % des hommes et 6,3 % des femmes contre 3,3 % des hommes ont déclaré avoir subi des insultes, humiliations ou des critiques répétées. Les violences physiques ont été rapportées par 6 % des femmes et 5,8 % des hommes et les violences sexuelles par 3,7 % des femmes et 0,4 % des hommes. Les viols, tentatives de viol ou autres formes

<sup>21</sup> On ne peut faire la différence entre les victimes adolescentes et les plus jeunes dans les statistiques accessibles sur le site du Ministère de la justice.

d'agressions sexuelles ont été déclarés par 1,5 % et 2,4 % des femmes respectivement contre 0,3 % et 0,5 % des hommes. Tous ces types de violence ont débuté pour la plupart des personnes dans l'enfance, la moitié des violences physiques avant l'âge de 7 ans et la moitié des violences/viols et agressions sexuelles entre 8 et 10 ans pour les 2 sexes. De plus, les violences physiques et sexuelles ont été rapportées comme vécues plusieurs fois avant l'âge de 18 ans par plus de 90 % des personnes pour les violences physiques. Concernant les agressions sexuelles, 50 % des femmes et 43 % des hommes les ont vécues 5 fois ou plus. Les âges médians des dernières violences sexuelles variaient selon les actes : entre 13 et 14 ans pour les femmes et entre 12 et 13 ans pour les hommes. Pour les violences physiques, l'âge médian est de 16 ans chez les femmes et se situe entre 15 et 16 ans chez les hommes. Enfin, les violences psychologiques semblent plus difficiles à éviter, en particulier pour les femmes, et peuvent persister jusqu'à l'âge adulte pour certaines. Toutes les classes sociales sont concernées. Le père en premier et la mère en second étaient mentionnés le plus souvent en cas de violences psychologiques et physiques. Les femmes ont dénoncé les oncles (20 %), les hommes proches de la famille (17 %), les pères (14 %), les frères et demi-frères (10 %) ou les grands-pères (6 %) comme auteurs des violences sexuelles tandis que les garçons ont cité plus fréquemment les oncles (16 %), les frères et demi-frères (10 %), les pères (10 %) et les autres hommes de la parenté (11 %).

En 2017, Santé publique France évaluait au travers de son Baromètre Santé, l'état de santé mentale des personnes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans [212]. Un échantillon de 25 182 personnes (sexe ratio hommes/femmes : 0,18) a répondu. Dans cet échantillon, les hommes étaient 2 fois plus susceptibles d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois et environ 5 fois plus concernés par les tentatives de suicide au cours de la vie. Alors que les femmes dans la même situation étaient 2 fois plus concernées par un trouble anxieux ainsi que par le fait d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois, et près de 4 fois plus sujettes aux conduites suicidaires.

De novembre 2020 à janvier 2021, une équipe de l'Inserm [213] a réalisé une enquête portant sur toutes les violences sexuelles subies avant 18 ans quelle que soit la sphère sociale. Les personnes de plus de 18 ans ont été sélectionnées semi-aléatoirement sur tout le territoire français et les estimations ont été redressées pour qu'elles soient représentatives du territoire français métropolitain. Au total, 28 011 questionnaires ont été pris en compte. L'âge des enquêtés était compris entre 18 et plus de 60 ans et le sexe ratio homme-femme était de 0,91. Dans cette enquête, les violences sexuelles, y compris non familiales, perpétrées avant 18 ans concernent 13,0 % des femmes dont 4,6 % en intra familial et 2,2 % par des amis de la famille. Chez les hommes cela concernant 5,5 % d'entre eux dont 1,2 en intra familial et 0,7 par les amis de la famille.

La déclaration de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans était plus fréquente chez les jeunes générations (18-24 ans, femmes 15,9 % ; hommes 7,1 %) comparées à la génération des 60 ans et plus (femmes 11,2 % ; hommes 5,2 %).

Ceci peut traduire une augmentation des actes de violences dans le temps et/ou une déclaration plus aisée au fil des dernières décennies. Toutefois, s'agissant des violences perpétrées par un membre de la famille, la déclaration restait moins aisée même pour les plus jeunes générations. Il se peut que cela puisse être lié à une prise de conscience plus tardive dans la vie.

L'étude confirme que cela touche tous les milieux sociaux. Les auteurs dans le milieu familial étaient pour 32,7 % le père ou le beau-père pour les femmes suivis par les oncles (17,9 %), les cousins (14,4 %) et les frères (14,1 %). S'agissant des hommes, en premiers les agresseurs étaient les frères (21,8 %) suivis des pères ou beaux-pères (20,7 %), des cousins (17,8 %) et des oncles (16,7 %).

Concernant les filles 42 % de ces agressions ont débuté avant l'âge de 11 ans et 58 % à l'adolescence. Pour les garçons, 63 % ont débuté à l'adolescence. Pour environ un cinquième des personnes, ces agressions ont duré plus d'un an.

#### e. La violence dans les couples adolescents

Les enjeux autour de la dénonciation des violences et de la pénalisation de celles-ci se retrouvent dans les couples adolescents. Les mêmes mécanismes de dénonciation des violences et de l'atténuation de celles-ci (« c'est normal qu'il se soit énervé, je l'avais bien cherché ») sont observés chez les adolescents. La question de la violence dans les couples d'adolescents s'entend aujourd'hui et paraît plus préoccupante du point de vue des adultes que du point de vue des adolescents interrogés.

Une étude récente basée sur les données de l'OMS de 2018 estime qu'en France 18 % des adolescentes de 15 à 19 ans ont vécu des violences physiques et sexuelles au sein de leur couple, dont 7 % au cours de l'année précédente. Ceci place la France dans les pays à plus fort taux en Europe derrière la Grande Bretagne (20 %) mais identique au Danemark, à la Finlande et aux Pays bas [161] [162].

Cette violence est particulièrement préoccupante du fait qu'elle survient à une période développementale cruciale de l'émergence des premières relations amoureuses, la découverte de l'intimité ainsi que l'épanouissement affectif, relationnel et sexuel, à un moment où les stéréotypes de genre néfastes sont renforcés ou remis en question. Elle se distingue de celle vécue à l'âge adulte par la courte durée et la nature successive des relations chez les adolescents (monogamie sérielle). Cette réalité combinée au fait qu'ils expérimentent leurs premières relations amoureuses fait en sorte que certains jeunes peuvent vivre de la violence sans avoir de repères pour l'identifier et trouver l'aide appropriée.

Certaines attitudes, comme l'acceptation de la violence dans les relations amoureuses, se sont révélées être des facteurs prédictifs de violences amoureuses à l'adolescence. Par ailleurs, plusieurs comportements constituent des prédicteurs longitudinaux de violences amoureuses ultérieures, notamment l'exposition à des contenus médiatiques agressifs, l'agressivité envers les pairs ou d'autres personnes, la consommation de substances, une sexualité précoce et la fréquentation de pairs antisociaux. En outre, une relation conflictuelle avec son partenaire ou ses amis s'avère également être un facteur prédictif de violences au sein du couple adolescent. Les seuls facteurs identifiés comme protecteurs contre les violences conjugales à l'adolescence incluent notamment : le fait d'adopter une attitude différente envers son partenaire par rapport à ses convictions générales sur les violences conjugales (dissonance cognitive), un haut niveau d'empathie, de bonnes performances scolaires, un bon QI (quotient intellectuel) verbal, une relation positive avec sa mère, un fort attachement à l'école, ainsi que d'autres éléments favorisant un environnement stable et sécurisant [214].

La violence conjugale peut avoir des conséquences dévastatrices sur la santé des jeunes, leur réussite scolaire, leurs relations futures et leurs perspectives d'avenir. Sur le plan sanitaire, elle augmente le risque de blessures, de dépression, de troubles anxieux, de grossesses non désirées, d'ISTet de nombreux autres problèmes physiques et psychologiques [215].

#### 7.3.3 Prostitution des mineurs

Un tournant décisif a été marqué avec la loi du 4 mars 2002 sur l'autorité parentale [216], qui établit clairement que la prostitution des mineurs est interdite sur l'ensemble du territoire français. Afin de lever toute ambiguïté sur le statut de victime des mineurs concernés, le texte précise que « *tout mineur se livrant à la prostitution, même de manière occasionnelle, est considéré comme*

*en danger et relève de la protection du juge des enfants dans le cadre de la procédure d'assistance éducative ». Le proxénétisme commis à l'égard de mineurs de 15 ans est passible de Cour d'assises, s'agissant d'un crime prévu par l'article 225-7-1 du Code pénal.*

Le rapport du groupe de travail sur la prostitution des mineurs (28 juin 2021) [217] fait état d'une réalité peu documentée sur le nombre de mineurs prostitués en France. Le service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) recense, en 2000, 400 mineurs victimes du proxénétisme mais ce chiffre ne permet pas d'avoir une idée de l'importance réelle. L'Académie nationale de médecine [171] rapporte que le secteur associatif évalue le nombre de mineurs en situation de prostitution entre 7000 à 10 000 (dont 90 % de filles et 10 % de garçons) en France. La fréquence est probablement sous-estimée et bien plus élevée pour les populations migrantes en particulier dans les départements d'outre-mer. Partout, des formes de prostitution juvénile, souvent dissimulées, se développent, affectant en particulier les étudiantes et lycéennes issues de milieux défavorisés.

Les statistiques du Ministère de l'Intérieur montrent une augmentation récente et régulière de +70 % entre 2016 (116 victimes) et 2020 (400 victimes) du nombre de mineurs victimes de proxénétisme [217]. D'autres sources (l'Office central de répression de la traite des êtres humains, la Brigade de protection des mineurs, le service d'information, de renseignement et d'analyse stratégique sur la criminalité organisée, le pôle d'évaluation des politiques pénales du ministère de la justice, le secteur associatif) confirment cette évolution. Les victimes sont essentiellement des jeunes filles (85 %), entre 15 et 17 ans en moyenne, le point d'entrée se situant entre 14 et 15 ans pour plus de la moitié des cas. Les très jeunes (14 ans et moins) apparaissent dans des proportions non négligeables (6 % dans une cohorte constituée dans le Nord) [217].

Les facteurs de risque et de vulnérabilité reconnus sont les situations de rupture familiale et les antécédents de fugue, les antécédents d'abus sexuels, la déscolarisation, les comportements sexuels à risque, dont la consommation de pornographie, les difficultés psychiatriques (consommation de toxiques, dépression, etc.), le fait d'être un mineur étranger et/ou non accompagné. Pour autant, la problématique touche tous les milieux.

En termes de conséquences, la prostitution des mineurs expose à de nombreux risques pour la santé. Sur le plan physique, elle peut entraîner des lésions traumatiques (ecchymoses, hématomes...), un risque accru d'IST et des grossesses non désirées. Les conditions de vie associées à la prostitution, combinées à une éventuelle consommation de substances toxiques, contribuent à une détérioration de l'hygiène de vie, affectant le sommeil, l'alimentation et l'hygiène corporelle. Sur le plan psychologique, les jeunes victimes expriment des sentiments de dégoût, de honte et de culpabilité. Elles peuvent présenter des comportements auto-agressifs tels que des scarifications, développer des idées suicidaires et souffrir d'une perte de confiance en soi et en autrui. Leur rapport au corps et leur perception d'eux-mêmes se transforment, laissant place à un profond sentiment d'étrangeté et d'insécurité permanente.

*En termes de prévention et d'accompagnement, les professionnels de première ligne rencontrent de nombreuses difficultés :*

- *la « culture porno » sur les réseaux sociaux véhicule de nombreux stéréotypes de genre identifiant la femme à un objet sexuel, une forme de banalisation de l'utilisation du corps via les « sexting », et une image parfois trop positive en termes d'émancipation et d'accès à de l'argent « facile » [217],*

- *les adolescents concernés ont souvent du mal à se reconnaître comme victimes, d'autant que des techniques d'hameçonnage se sont développées sur les réseaux sociaux, ciblant les jeunes vulnérables avec la promesse initiale d'une relation amoureuse authentique,*
- *les quelques campagnes de prévention et les tentatives législatives pour faciliter tant l'accompagnement que les enquêtes se heurtent toujours à de nombreux non-dits et interdits. Enfin, le rapport à l'argent peut constituer un facteur de maintien de la situation d'exploitation dans certains cas.*

### Synthèse

Dans le milieu scolaire, est observée une diminution du harcèlement au cours du temps alors que le cyberharcèlement est en augmentation constante, particulièrement envers les filles et les plus jeunes. Le programme de lutte contre le harcèlement à l'école, pHARe, est mis en place en 2021 et se déploie dans toutes les écoles, les collèges et les lycées.

La fréquence des bagarres diminue chez les collégiens les plus âgés alors qu'elle augmente chez les plus jeunes. Les garçons sont plus impliqués. Les lycées professionnels sont plus touchés par les incidents graves déclarés par les proviseurs. Les violences verbales et sexuelles sont en hausse alors que les violences physiques et les atteintes aux biens sont en baisse.

Les auteurs sont principalement les élèves alors qu'ils sont victimes dans moins de la moitié des cas.

Les violences dans la sphère sportive sont mal documentées en France mais la prévalence observée est forte dans la littérature internationale. Le milieu de la compétition est le plus propice, les garçons étant plus exposés aux violences physiques et les filles aux violences sexuelles. Le dispositif ministériel Signal-Sports est mis en place depuis 2020.

Les données sur les violences entrant dans la sphère judiciaire auraient besoin d'être consolidées par des études fiables. Toutefois, on observe une diminution des crimes et délits depuis 2018. Les infractions matérielles sont en diminution alors que les infractions contre les personnes augmentent comme dans la population adulte.

Les violences intra-familiales envers les jeunes touchent tous les milieux sociaux et augmentent notamment les violences sexuelles. Les auteurs sont issus du milieu familial dans la majorité des cas. Ces violences ont un impact sur la santé mentale à l'âge adulte.

Dans les couples adolescents, les jeunes minimisent les violences subies en les normalisant. La France fait partie des pays européens avec les taux les plus élevés, derrière la Grande-Bretagne.

### Recommandations

- Poursuivre le déploiement des différents programmes de lutte contre les différentes formes de violence et les évaluer.
- Créer des conditions favorables à la libération de la parole notamment à travers les formations.
- Poursuivre les études et enquêtes qui documentent les violences dans les milieux de vie des adolescents.

## 8. Évolution du mode de vie des adolescents depuis 30 ans (comportements, activité physique, sédentarité, sommeil)

### 8.1 Généralités

Les activités scolaires, familiales et sociales ainsi que les besoins physiologiques structurent la journée des adolescents. Si les évolutions technologiques et numériques ont profondément changé la façon de réaliser ces activités, la question ici est de savoir si la distribution de ces activités au cours d'une journée a beaucoup évolué en 30 ans.

Entre 2004 et 2015, bien que les tranches d'âge ne soient pas totalement comparables 15-17 ans et 15-24 ans, la comparaison de la distribution des heures quotidiennes fait état d'une diminution du temps de sommeil, d'une augmentation du temps de trajet (hors domicile-établissement scolaire), et d'une augmentation du temps de loisirs en particulier le temps d'écran (ordinateur/jeu) (Tableau 3).

*Tableau 3-Comparaison de la journée type des adolescents entre 2004 et 2010. (Sources : Blanpain et Daniel, 2004 [218] ; Portela, 2015[219]).*

|                                                  | Blanpain et Daniel, 2004<br>DREES - 15-17 ans | Portela, 2015<br>DREES - 15-24 ans |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| Sommeil                                          | 9h40                                          | 9h01                               |
| Toilette et soin                                 | 46 min                                        | 54 min                             |
| Repas                                            | 2h03                                          | 1h55                               |
| Temps scolaire<br>(trajet inclus)                | 4h26                                          | 4h29                               |
| Transport hors école                             | 35 min                                        | 45 min                             |
| Temps de sociabilité<br>(temps internet compris) | 1h14                                          | 1h10                               |
| Temps Domestique                                 | 1h09                                          | 1h10                               |
| Temps loisir                                     | 4h07                                          | 4h30                               |
| dont                                             |                                               |                                    |
| Sport                                            | 22 min                                        | 29 min                             |
| Écran                                            | 2h24                                          | 3h02                               |
| dont TV                                          | 2h07                                          | 1h38                               |
| dont Ordinateur/jeu                              | 17 min                                        | 1h24                               |

En 1992-1994, le temps de trajet entre le domicile et l'établissement scolaire dans le secondaire était en moyenne de 20 minutes (16 minutes au collège, 24 minutes au lycée) [220]. Entre 2004 et 2015, le temps de transport hors transport scolaire a augmenté de 15 minutes

(Tableau 3) [218,219]. En 2019, le temps de trajet domicile-collège est supérieur à 15 minutes pour 30 % des collégiens et pour 47,2 % des lycéens [221].

En 2001, 44 % des collégiens (12 ans) se rendaient à l'école en marchant ou en vélo [222]. En 2006, d'après les données de l'étude INCA 2 [80], seuls 26,7 % d'entre eux s'y rendraient à pied et 4,3 % en vélo/trottinette. Plus de 68 % des 11-14 ans allaient à l'école en voiture ou en transport en commun. Plus globalement en France sur les 30 dernières années, la proportion de déplacements effectués à pied par les enfants et adolescents de plus de 6 ans pour se rendre dans leur établissement scolaire a diminué de 20 points, passant de 52,1 % à 32,3 %. La proportion de déplacements à vélo pour le même motif a diminué de plus de la moitié, passant de 7,5 % à 3,3 %.

En 30 ans, il semblerait que les évolutions principales de la répartition du temps consacré aux différentes activités de la journée des adolescents soient une augmentation du temps de loisirs en raison de l'usage accru des écrans, qui a pour conséquence une diminution du temps de sommeil et du temps consacré au repas.

## 8.2 Activité physique

Dans ce rapport, nous reprenons les définitions des différents rapports d'enquêtes réalisées en France [223]. D'une part, l'activité physique sera définie comme « tout mouvement corporel produit par contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos » [224]. Nous considérerons l'activité physique comme dépense d'énergie lorsque les indicateurs concerneront le respect des recommandations nationales et internationales de 60 minutes d'activité physique d'intensité au moins modérée par jour tous les jours et les activités physiques et sportives comme pratiques sociales. En effet, le niveau d'activité physique fait référence à cinq grandes catégories en fonction de leur intensité, estimée en MET (*Metabolic Equivalent of Task*)<sup>22</sup> :

- activités sédentaires  $\leq 1,5$  MET ;
- $1,5 \text{ MET} < \text{activités de faible intensité} \leq 3 \text{ MET}$  ;
- $3 \text{ MET} \leq \text{activités d'intensité modérée} < 6 \text{ MET}$  ;
- $6 \text{ MET} \leq \text{activités d'intensité élevée} < 9 \text{ MET}$  ;
- activités d'intensité très élevée  $\geq 9 \text{ MET}$ .

D'autre part, nous considérons aussi « l'activité physique, définie comme une pratique sociale qui mobilise le corps dans des situations multiples (supervisées ou libres), des organisations variées (sportives, sociales, sanitaires, médico-sociales, familiales, etc.) et des visées diversifiées (utilitaires, hygiéniques, sanitaires, professionnelles, éducatives, récréatives, sportives, etc.). Elle recouvre les pratiques de santé, de développement personnel, de transport actif, de travail, tout autant que de loisirs et de sport. L'activité peut être étudiée selon plusieurs dimensions complémentaires : biomécaniques et physiologiques, cognitives et neurologiques, affectives et pulsionnelles, relationnelles et sociales, environnementales et écologiques, politiques et économiques » [225]. Ainsi, nous évaluerons la déclaration de pratique d'un sport dès lors que les

---

<sup>22</sup> Le MET (*Metabolic Equivalent of Task*) est utilisé comme unité de mesure de l'intensité d'une activité physique. 1 MET correspond au niveau de dépense énergétique au repos, assis sur une chaise (3.5ml/O2/kg)

auteurs des publications citées qualifieront la pratique par une licence sportive ou par la déclaration des adolescents interrogés.

La comparaison des données n'est pas toujours aisée dans la mesure où les indicateurs d'activité physique et de comportements sédentaires ne sont pas toujours les mêmes et où les outils pour évaluer le niveau d'activité physique ont évolué au fil du temps : nouveaux questionnaires, nouveaux indicateurs et utilisation de podomètres puis d'accéléromètres.

Enfin, avant de considérer l'évolution des niveaux d'activité physique des adolescents français au cours des trente dernières années, il est essentiel de conserver à l'esprit que le niveau d'activité physique et la pratique sportive diminuent avec l'âge et en particulier au moment de l'adolescence qui a été identifiée comme une période à risque à plusieurs reprises, tant dans les enquêtes nationales [223] [226] que par les données internationales [210] [226]. De plus, quels que soient les pays et les périodes d'études, les garçons pratiquent plus que les filles et ce quel que soit l'âge : cette constatation a été reportée à maintes reprises.

### 8.2.1 Proportions d'adolescents atteignant les recommandations (questionnaires)

Le Baromètre santé de 2000, par une enquête téléphonique, a évalué la pratique d'une activité physique effectuée la veille comme une pratique entraînant « une transpiration ou une accélération du rythme cardiaque ». Chez les 12-19 ans, les résultats ont montré que 49,5 % des adolescents déclaraient avoir pratiqué une activité physique la veille. Un peu plus d'un quart (26,4 %) avait déclaré en faire plus d'une heure par jour. Les garçons pratiquaient davantage que les filles [228]. Le Baromètre santé nutrition 2002 a fait état de 96 % des adolescents déclarant avoir marché ou fait une activité sportive la veille. En revanche, cette proportion chutait à 64 % des filles et 79 % des garçons lorsqu'étaient prises en compte les activités physiques pratiquées plus de 30 minutes. Enfin, la proportion de sujets ayant réalisé une activité vigoureuse au moins une fois pendant les 15 jours précédant l'enquête n'était que de 15 % chez les filles et 24 % chez les garçons.

À partir de 2000, les données des études et enquêtes réalisées chez des adolescents français ont mis en évidence une légère diminution des proportions d'adolescents âgés de 11-14 ans atteignant les recommandations d'activité physique alors que les taux chutaient fortement pour les 15-18 ans sur une période de 20 ans (Figure 45). Les valeurs sont restées faibles : globalement, de 20 % en 2000 à 14 % en 2022 chez les garçons âgés de 11-14 ans ; de 20 % à 7 % chez les filles âgées de 11-14 ans ; de 30 % à 14 % chez les garçons âgés de 15-18 ans et de 24 % à 11 % pour les filles âgées de 15-18 ans. Les valeurs doivent être considérées avec précaution en raison de fortes différences qui peuvent être observées entre les études sur les questions concernant la tranche d'âge plus ou moins précise, la prise en compte du sexe des participants et des questionnaires utilisés.

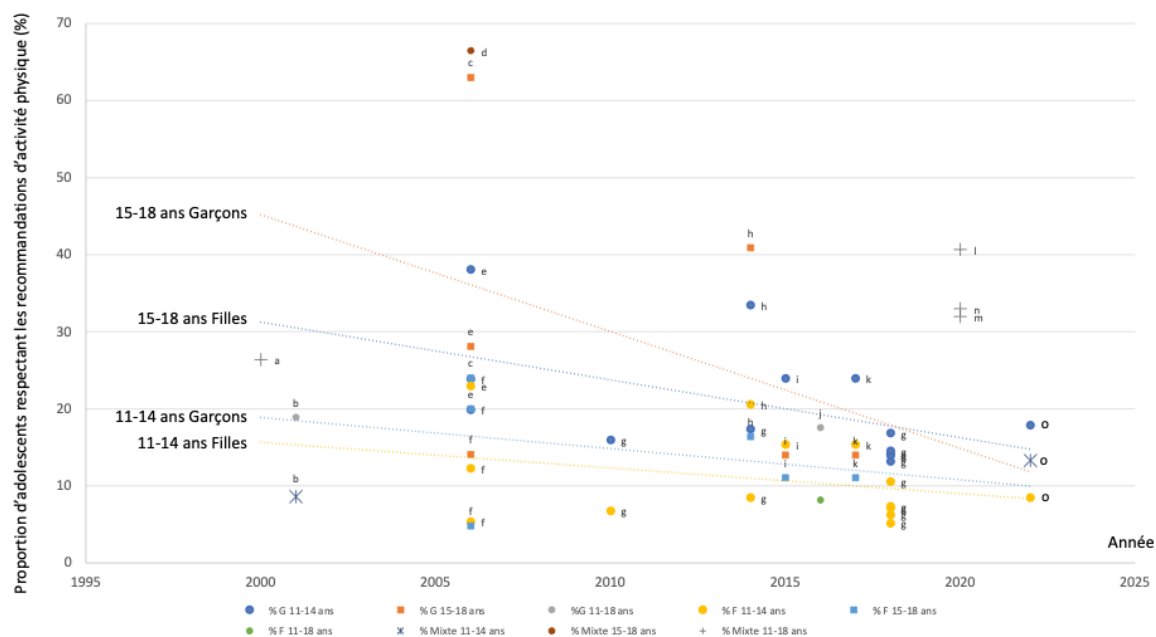


Figure 45-Évolution de la proportion d'adolescents français atteignant les recommandations d'activité physique entre 1999 et 2022 chez les adolescents âgés de 11-14 ans et 15-18 ans filles et garçons.

a) INPES, 2000 (Baromètre santé) ; b) Guthold et al., 2020 (Etude HBSC) ; c) Afssa, 2009 (Etude INCA 2) ; d) Omourou et al., 2016 (Etude PRALIMAP) ; e) Esen, 2007 (ENNS 2006) ; f) INPES, 2008 (HBSC, 2006) ; g) Rochedy et al., 2020 (Enquêtes EnCLASS) ; h) Esen, 2017 (Etude Esteban) ; i) Anses, 2017 (Etude INCA 3) ; j) Guthold et al., 2020 (HBSC) ; k) Anses, 2020 ; l) Chambonnière et al., 2021 ; m) Kovacs et al., 2022 ; n) Marques et al., 2020 ; EnCLASS, 2022

Les repères d'évolution des prévalences des adolescents atteignant les recommandations d'activité physique sont donnés par les différentes enquêtes nationales.

Entre 2006 et 2015, des taux stables autour de 33 % des garçons et 20 % des filles de 11-14 ans atteignant les recommandations ont été observés [83,87]. Une tendance à la baisse a été observée pour ces mêmes prévalences chez les 15-17 ans. Comparée aux données de l'enquête de Guthold et al. (2020) [229] réunissant les données d'adolescents filles et garçons de 11-17 ans de 146 pays, la prévalence des adolescents français atteignant le niveau des recommandations était très faible et a diminué de 18,9 % à 17,6 % entre 2001 et 2016 pour les garçons et de 8,6 % à 8,2 % chez les filles. Les proportions étaient faibles mais relativement stables en France comme les données des adolescents des 146 pays, qui ont rapporté une légère augmentation de + 2,5 % chez les garçons et une stabilisation + 0,4 % chez les filles. Les résultats de l'étude Esteban ont montré qu'en 2015 seule la moitié des garçons et un tiers des filles de 6-17 ans atteignaient les recommandations visant à « pratiquer au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue » [87].

Dans les années 2015, les données françaises du travail de Marques et al. (2020) [230], recueillies chez plus de 520 000 adolescents de 105 pays et régions du monde, ont rapporté que seulement 13 % des adolescents déclaraient atteindre les recommandations d'une activité quotidienne, et que même en prenant en compte les 20 % déclarant une activité 5 à 6 jours par semaine moins d'un adolescent sur deux atteignait ces recommandations (33 % au total). Il est à

noter que près de 5 % des adolescents ont déclaré ne jamais pratiquer au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité au moins modérée dans la semaine.

Avant la pandémie de Covid-19, parmi les 11-14 ans, seuls 14 % des filles et 25 % des garçons atteignaient les recommandations de 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour. Ce niveau d'activité était plus bas parmi les jeunes âgés de 15-17 ans: 11 % chez les filles et 14 % chez les garçons [223]. Sur un échantillon de 4900 adolescents français de 11-17 ans, 57,1 % des garçons et 59,7 % des filles déclaraient avoir un niveau d'activité physique diminué pendant le confinement [231]. Les données des deux principales enquêtes nationales ont confirmé un faible niveau d'activité physique chez les adolescents et elles mettent en évidence l'influence des inégalités sociales dans les comportements d'activité physique et de sédentarité des jeunes [86,87].

Les études évaluant l'effet du confinement lié à la pandémie du Covid-19 sur les comportements d'activité physique des jeunes Français sont peu nombreuses. Les données françaises recueillies en 2020 dans le cadre de l'étude de Kovacs *et al.* (2022) [232] ont montré que seuls 32 % des jeunes âgés de 6-18 ans respectaient les recommandations d'activité physique. Les données de l'enquête EnCLASS font état d'encore plus faibles proportions de collégiens entre 15,9 et 11,9 % (classes de 6<sup>ème</sup> et de 4<sup>ème</sup> respectivement) respectant les recommandations de 60 minutes d'activité physique quotidienne [233]. Entre 2010 et 2022, les données de EnCLASS montrent que les collégiens déclarant une pratique journalière d'une heure sont en légère augmentation passant de 11,5 % à 13,3 % [233].

Au niveau international, la prévalence des adolescents pratiquant une activité physique suffisante était de moins de 20 % des adolescents et près de 20 % déclaraient ne jamais en pratiquer. Quel que soit le pays, la région ou la tranche d'âge, les filles présentaient systématiquement des niveaux d'activité physique inférieurs à ceux des garçons [230]. Au niveau mondial, 10 % des garçons et 19 % des filles pratiquaient quotidiennement une activité d'intensité modérée d'au moins 60 minutes avec une variation allant de 5 % (Italie) à 20 % (Groenland) chez les garçons et de 12 % (Italie) à 33 % (États-Unis) chez les filles. La comparaison des données recueillies par l'étude américaine (NHANES) « sur le respect des recommandations des comportements d'activité physique, de comportements sédentaires et de sommeil (2007-2008 à 2015-2016 : Liu *et al.*, 2024 [234]; 2022 : Pfledder *et al.*, 2024)[235] des adolescents a montré que la proportion des jeunes qui atteignaient les recommandations d'activité physique a diminué légèrement passant de 72,5 % en 2007 à 64,2 % à 2016, puis drastiquement pour n'être que de 13 % en 2022. En 2024, d'après les données de l'OMS 73 % des 11-17 ans n'atteignent pas les niveaux d'activité physique recommandés de 60 minutes d'activité d'intensité modérée à soutenue chaque jour. **La France se classe 119<sup>e</sup> sur 146 pays pour le niveau de pratique d'activité physique et sportive chez les adolescents** [236].

### 8.2.2 Mesures objectives de l'activité physique (podomètre et accéléromètre)

Le niveau d'activité physique a également été évalué à l'aide d'un podomètre par certaines études mais peu en France. Chez des adolescents de 12-14 ans, le nombre moyen de pas quotidien relevé en 1999 était de 10 217 et 8227 pas chez les garçons respectivement de 12-14 ans et de 15-16 ans, et de 8400 et de 7677 pas chez les filles respectivement de 12-14 ans et de 15-16 ans. S'il n'est pas significativement différent avec l'âge chez les filles, le nombre de pas quotidien diminue avec l'âge chez les garçons [237]. Toujours dans l'étude Fleurbaix-Laventie Ville-Santé II (1999-2001), le nombre de pas était de 8475 pour les 12-15 ans et de 6688 pour les garçons de plus de 16 ans. Chez les filles, le nombre de pas quotidien était de 9508 pour les 12-15 ans et de 7942 pas pour les plus de 16 ans [238]. Le nombre moyen de pas des adolescents et adolescentes

français(e)s était inférieur à celui qui a été relevé au niveau international dans l'étude de Conger *et al.* (2022) [239] pour la même période. Les études font état d'une diminution statistiquement significative du nombre de pas avec l'âge et les filles réalisent un nombre de pas significativement plus faible que les garçons.

Au niveau international, la méta-analyse de Conger *et al.* (2022) a étudié l'évolution du nombre de pas par jour réalisé par les adolescents âgés de 11 à 19 ans entre 1999 et 2017. Les données répertoriées de 14 études ont été recueillies à l'aide de podomètres ou d'accéléromètres. Les résultats sont sans appel et montrent que ce sont les adolescents qui sont les plus concernés par la baisse de pas réalisés quotidiennement (Figure 46).

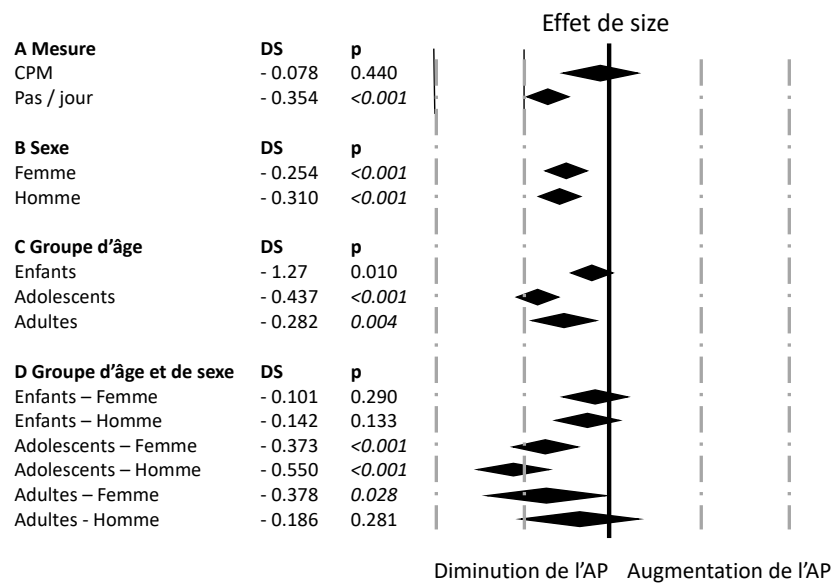


Figure 46-Synthèse de l'évolution du nombre de pas par sous-groupe (Conger *et al.*, 2022)

En effet, les adolescents ont vu leur nombre de pas diminuer de façon très significative au cours du temps de -2278 pas par jour en moyenne (Figure 46). Cette diminution représentait une perte d'environ 50 % pour les garçons et de 29 % pour les filles entre 1999 et 2017 (Figure 47) [239].

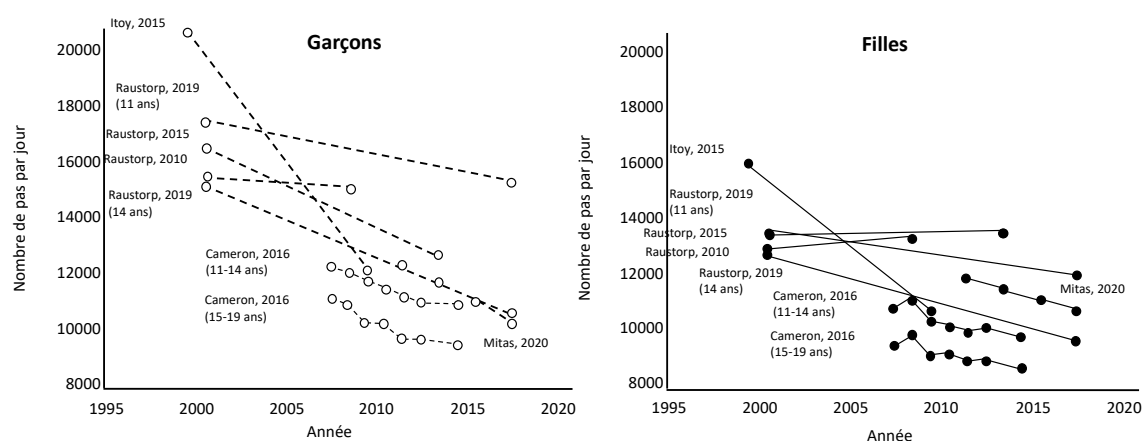


Figure 47-Évolution du nombre de pas quotidiens des adolescents garçons (A) et des filles (B) entre 1995 et 2020 (Conger et al., 2022).

Les résultats obtenus par accélérométrie sont globalement conformes à ceux obtenus par questionnaires, montrant que seulement 26 % des garçons et 11 % des filles âgés de 14 ans en moyenne atteignaient les recommandations d'activité physique [240]. Les résultats de cette étude ont fait état de différences significatives liées au sexe et aux jours d'école vs sans école, avec un temps d'activité physique d'intensité au moins modérée supérieur les jours d'école comparativement aux jours de week-end (48 min versus 28 min par jour).

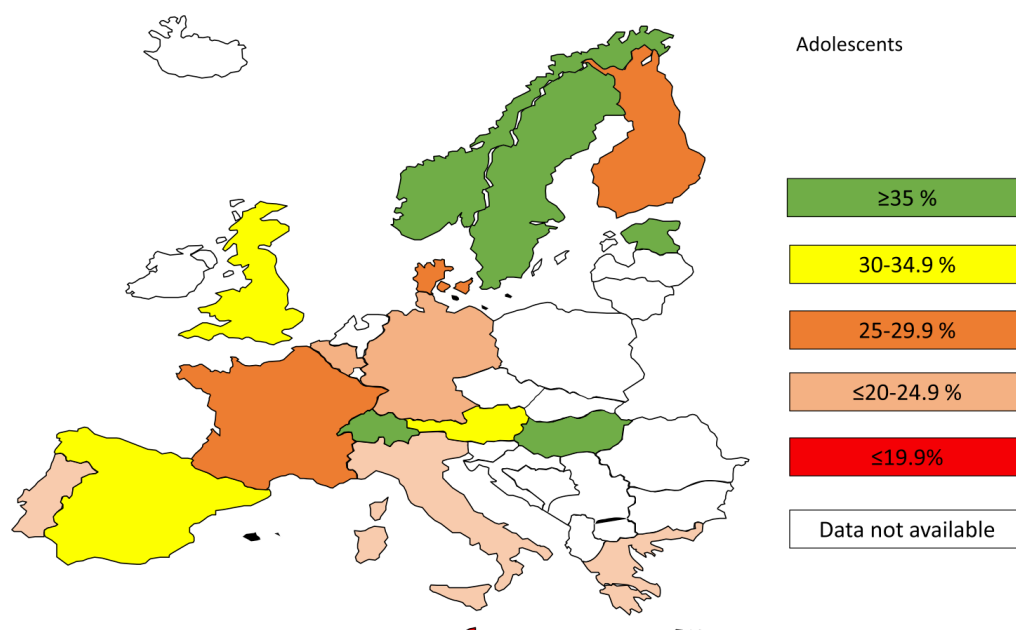


Figure 48-Catégories de prévalence des adolescents atteignant les recommandations d'activité physique évaluées par accélérométrie [241]

Les données recueillies entre 1997 et 2014 par accélérométrie dans plusieurs pays européens dont la France chez des enfants et des adolescents (10-18 ans) confirment les résultats selon lesquels la prévalence des adolescents qui atteignent les recommandations internationales d'activité physique de 60 minutes par jour se situe entre 25 et 30 % (Figure 48) [241].

**En conclusion, en 30 ans l'activité physique des adolescents a diminué de façon plus conséquente chez les 15-18 ans que chez les 11-14 ans. Ce bilan est observé que le niveau d'activité physique soit mesuré par questionnaire ou par une méthode objective (accéléromètre et podomètre). Le nombre d'adolescents atteignant un niveau d'activité physique recommandé pour la bonne santé est en baisse depuis 30 ans. La plupart de ces constatations confirment que les filles sont les plus affectées tant par la baisse du niveau d'activité physique que par la très faible proportion d'adolescentes atteignant les recommandations.**

### 8.2.3 Pratique scolaire et sportive (hors scolarité)

En 2001, il a été observé que plus de 97 % des collégiens de 12 ans, filles et garçons, participaient au cours d'éducation physique scolaire. En revanche, dès lors que l'on s'intéresse aux pratiques hors école, seuls 33 % des garçons et 22 % des filles déclaraient pratiquer une activité physique organisée hors du temps scolaire au moins trois fois par semaine (Wagner *et al.*, 2004). En 2008, le Baromètre santé nutrition [242] a observé que chez les 15-25 ans, le temps d'activité quotidien était représenté à 63 % chez les garçons et à 67 % chez les filles par des activités réalisées pendant le temps scolaire.

En 2010-2012, chez des adolescents âgés en moyenne de 14 ans, il a été montré que le temps d'activité physique d'intensité au moins modérée évalué par des accéléromètres était réalisé pour 47,5 % à l'école, 32,5 % en dehors de l'école et 10,3 % lors des déplacements. Bien qu'il existe une différence de temps quotidien total passé dans une intensité au moins modérée, c'est le temps passé dans des activités réalisées à l'école qui représente la plus grande partie de ce temps : 58,7 % chez les garçons et 39,4 % chez les filles. La plus grande différence entre filles et garçons est rapportée pour les activités extra-scolaires, qui représentent 47,7 % chez les garçons et 33,0 % chez les filles [240].

Concernant la pratique sportive, elle est évaluée à partir du nombre de licenciés à une association sportive ou par la déclaration des pratiquants. Un élément de contexte important est l'augmentation du nombre de personnes de plus de 15 ans détenant une licence sportive qui a été multiplié par 8 en 70 ans (2 millions en 1950 à 16 millions en 2020) [243].

Dès 1993, l'enquête de l'Inserm a rapporté que trois garçons sur quatre (73 %) et presque une fille sur deux (48 %) déclaraient pratiquer un sport en dehors de l'école [43]. En 1999, d'après l'enquête INSEE, 51 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans déclaraient faire un sport au moins une fois par semaine et en 2000 d'après l'enquête de l'Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance (INSEP), ils étaient 90 % [244]. En 2006 les données de l'enquête HBSC montrent que 53,7 % des adolescents français déclaraient pratiquer au moins deux heures de sport par semaine avec une moyenne pour tous les pays participants à 51,8 % [245]. Dans l'enquête HBSC de 2010 (INPES, 2012), ils étaient 63,5 % à déclarer pratiquer régulièrement un sport, (quotidiennement ou plusieurs fois par semaine) en dehors de l'école, mais seulement 55 % déclaraient participer à une activité sportive au moins 2 heures par semaine. Les données de l'Enquête EnCLASS 2018 font état de 66,6 % des collégiens qui déclaraient une activité sportive en dehors des heures d'école plusieurs fois par semaine voire chaque jour [246]. Seules 55,8 % des filles déclaraient pratiquer une activité sportive plus d'une fois par semaine contre 77,1 % des garçons. En se basant sur la comparaison des données recueillies par les enquêtes EnCLASS de 2010, 2014 et 2018, la proportion de collégiens déclarant pratiquer un sport deux fois par semaine

ou plus est restée stable chez les garçons (77,8 % en 2010, 76 % en 2014 puis 77,1 % en 2018). Chez les filles, après avoir augmenté entre 2010 et 2014, de 48,9 % à 55,3 %, cette proportion s'est stabilisée à 55,7 % en 2018. En 2020, un jeune sur sept (14,3 %) des 15-24 ans déclarait ne jamais pratiquer un sport [247], autrement dit, 85 % déclaraient faire du sport. En 2022, selon la dernière enquête EnCLASS, la part d'élèves pratiquant une activité sportive deux à trois fois par semaine est restée stable depuis 2010. Par contre, la part de ceux ou celles pratiquant une activité sportive intense (quatre fois par semaine ou plus) a significativement augmenté entre 2010 et 2022 (de 30,1 % à 37,6 %) [233].

De façon intéressante, il est à noter que les pratiquants sportifs âgés de 15-24 ans sont très attirés par les nouvelles technologies qui permettent l'enregistrement et le suivi des données de son activité physique. Ils sont 47 % à utiliser un objet connecté pour suivre leurs données d'activité physique.

**Au niveau international**, entre 1970 et 2012 la proportion des adolescents américains âgés de 14-18 ans qui déclaraient pratiquer un sport a régulièrement augmenté en 40 ans chez les filles passant de 3 à 40 % et s'est stabilisée chez les garçons autour de 50 % [248].

L'évolution de la participation à la pratique sportive a été évaluée chez plus de 13 000 adolescents américains âgés de 14 à 18 ans de 2011 à 2019 [249]. Dans ce travail, la participation à la pratique d'un sport a été désignée comme le fait de jouer dans une ou plusieurs équipes sportives au cours des 12 derniers mois. L'évaluation s'est faite par la réponse à une seule question : « Au cours des 12 derniers mois, dans combien d'équipes sportives avez-vous joué ? (Équipe est entendu au sens de groupe, EPS comprise). Les résultats ont montré que la proportion d'adolescents déclarant avoir pratiqué au moins un sport dans les 12 derniers mois était d'environ 58 % et était restée globalement stable entre 2011 et 2019, mais dépendante de l'âge. Cette proportion était plus faible chez les filles (53,6 %) que chez les garçons (62 %) (Figure 49: A). Elle était également associée à l'âge avec une prévalence diminuant de 62 % à 14-15 ans pour atteindre 51 % à 17-18 ans (Figure 49: B). La pratique sportive a diminué entre 2011 et 2019 pour les groupes des plus âgés (16-17 ans, de 62,3 % à 57,9 % ; 17-18 ans, de 52,9 % à 49,8 %).

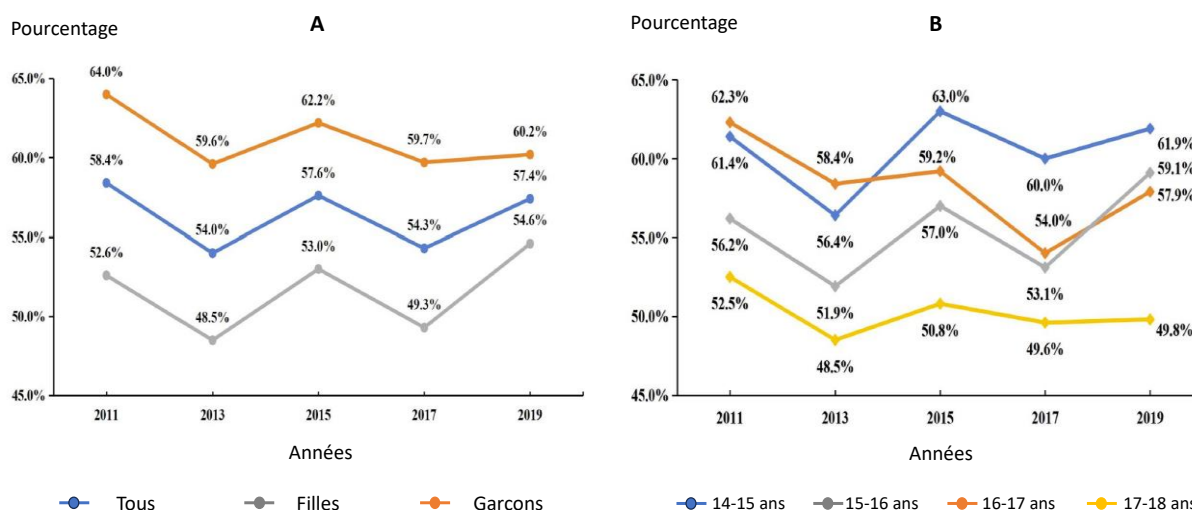


Figure 49-Prévalence au niveau international des adolescents déclarant avoir pratiqué au moins un sport lors des 12 derniers mois en fonction du sexe (A) et de l'âge (B) (Deng et Fan, 2022).

Une étude réalisée entre 2012 et 2021 chez plus de 2700 adolescents polonais âgés de 16 ans en moyenne a étudié l'évolution de la nature de l'activité physique pratiquée par les filles et par les garçons [250]. L'activité physique a été catégorisée en trois groupes : sport individuel organisé, sport collectif organisé, activité physique libre. Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'effet du confinement dû à la pandémie de Covid-19. Entre 2018-2019 et 2020-2021, les pratiques ont diminué quel que soit le type de pratique, de façon beaucoup plus marquée chez les garçons que chez les filles pour lesquelles la pratique des sports individuels et collectifs est restée relativement stable. Chez les garçons, les sports individuels et les pratiques libres sont les activités physiques les plus affectées par ces baisses.

En conclusion, plusieurs études s'accordent pour dire que les activités en milieu scolaire restent un bon moyen d'accès à une activité physique régulière pour tous les adolescents, sans distinction d'âge, de sexe ou de niveau socioéconomique. Il semble donc important de maintenir, voire de développer la pratique physique et sportive en milieu scolaire pour assurer un minimum d'activité physique au plus grand nombre. De plus, si les données restent difficilement comparables car utilisant des questions ou outils d'évaluations différents, il n'en demeure pas moins que la proportion d'adolescents qui pratiquent un sport de façon régulière et au moins trois fois par semaine reste très faible et semble diminuer au fil du temps, à l'instar de ce qui a été observé au niveau international. La baisse de l'activité physique avec l'âge semble liée à une évolution du cadre de la pratique et notamment à l'abandon des jeux en plein air pour une pratique sportive davantage institutionnalisée au sein des clubs de sport chez les 11-14 ans et de nouveau plus informelle chez les 15-17 ans (baisse de la pratique en club mais augmentation des exercices de musculation).

#### 8.2.4 Inactivité physique

Dans le présent rapport, le seuil retenu pour définir l'inactivité physique pour les enfants et adolescents est celui défini par l'Anses (2016) soit 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée, au minimum cinq fois par semaine. En dessous de ce seuil, les individus sont donc considérés comme insuffisamment actifs (Anses, 2020). Ainsi, l'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée correspondant à un niveau d'activité physique inférieur à un seuil recommandé. En 2015, les données de l'étude Esteban montraient que 30 % des 11-14 ans et 50 % des 15-17 ans étaient inactifs [87]. Entre 2001 et 2016, les données de l'enquête internationale sur les comportements de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC) analysées par Guthold *et al.* (2020) [229] ont mis en évidence une légère augmentation de la prévalence de l'inactivité physique chez les jeunes Français de 11 à 15 ans, de 86,2 % en 2001 à 87,0 % en 2016.

Au niveau international, les données recueillies chez 1 à 6 millions d'élèves de 146 pays, territoires et régions ont permis de mettre à jour les données sur la prévalence de l'activité physique [251] qui ont montré que 81 % des adolescents âgés de 11 à 17 ans étaient inactifs en 2016, avec une prévalence plus faible chez les garçons 77,6 % que chez les filles 84,7 %. Comparativement aux données recueillies en 2001, la prévalence de l'inactivité physique en 2016 a légèrement diminué chez les garçons (de 80,1 % à 77,6 %), mais n'a guère été modifiée chez les filles (de 85,1 % à 84,7 %) [252].

Au moment de l'adolescence les jeunes vont privilégier d'autres activités de loisir (écrans, amis) et délaisser les activités physiques. Les raisons sont multiples et une réflexion approfondie sur les dispositifs et nouvelles propositions d'activité physique répondant aux besoins et demandes des adolescents est impérative [253].

## 8.3 Comportements sédentaires

### 8.3.1 Temps d'écran

Parce que les comportements sédentaires ont été identifiés comme des facteurs de risque du développement des maladies chroniques, ils ont fait l'objet d'un nombre exponentiel de publications ces 10 dernières années [254]. Sur les 3 020 publications recensées dans la revue systématique de Fang *et al.* (2021) qui proviennent de 87 pays, la France a contribué à hauteur de 64 articles (18<sup>ème</sup> place dans le classement des pays).

La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible (inférieure à 1,6 MET) en position assise ou allongée. La sédentarité (ou comportement sédentaire) est donc définie et considérée distinctement de l'inactivité physique, avec ses effets propres sur la santé. Dans le cadre de ce rapport, l'estimation du niveau de sédentarité correspond uniquement au temps passé devant un écran de loisir (télévision, ordinateur, jeu vidéo...) [223].

Dans l'enquête du Baromètre santé nutrition de 2002, la sédentarité a été évaluée par le temps passé devant la télévision, un ordinateur ou une console de jeux la veille de l'interview. Les garçons de 12-17 ans avaient déclaré passer en moyenne 109 min et les filles 106 min devant la télévision la veille de l'interview, c'est-à-dire 1h49 et 1h46 min respectivement. Le temps passé devant un ordinateur ou une console de jeux étaient de 1h42 min pour les garçons et de 1h01 min chez les filles de 12-17 ans [255]. En 2006, l'étude ENNS a mis en évidence qu'environ 40 % des garçons et 38 % des filles passaient plus de 3 h par jour devant un écran [83]. En 2008, le Baromètre santé nutrition a observé que chez les 15-25 ans le temps passé devant un écran était respectivement de 6 h et 6 h 48min chez les garçons et chez les filles [242].

Entre 2002 et 2010, les données françaises de l'étude internationale HBSC ont fait état d'une forte augmentation du temps d'écran avec une augmentation de +2h42 pour les garçons et de +2h13 pour les filles [256]. Ces augmentations sont dues à l'augmentation très significative du temps passé devant un écran d'ordinateur alors que le temps de télévision est resté relativement stable. Entre 2006 et 2015, le temps passé devant un écran a augmenté de +1h16 chez les 11-14 ans, et de +1h57 chez les 15-17 ans. Cette augmentation était la plus marquée chez les garçons de 15-17 ans de +2h38 min. Entre 2006 et 2015, le pourcentage d'adolescents passant trois heures ou plus devant un écran chaque jour, a augmenté de 37 % chez les 11-14 ans et de 51 % chez les 15-17 ans [83,87]. En 2010, selon les données françaises de l'enquête HBSC, 49 % à 59 % des garçons et 42 % à 55 % des filles de 11 à 15 ans passaient plus de 2 h par jour devant un écran [257].

En 2015, les pourcentages d'enfants et d'adolescents passant 2 heures ou plus par jour devant la télévision étaient de 51 % chez les 11-14 ans et de 55 % chez les 15-17 ans. L'étude INCA 3 a fait état d'environ 46 % des garçons passant plus de 3 h par jour devant un écran et 37 % des filles [87].



Figure 50-Évolution du temps d'écran quotidien (heure par jour) des adolescents français entre 1990 et 2020

a) Deheeger et al., 2002 ; b) Guilbert et al., 2002 (Baromètre Santé Nutrition) ; c) Bucksch et al., 2015 (HBSC) ; d) Beck et al., 2007 (Baromètre 2005) ; e) Afssa, 2009 (Etude INCA 2) ; f) ENNS, 2006 ; g) INPES 2008 (HBSC, 2006) ; h) Anses, 2017 (Etude INCA 3) ; i) Esen, 2017 (Etude Esteban) ; j) Anses, 2020

En 30 ans, le temps d'écran des adolescents français a augmenté de façon exponentielle passant en moyenne de 2 h par jour dans les années 90 à 4 h en 2006 pour atteindre 5 h par jour en 2016, excepté pour les filles de 15-17 ans (Figure 50).

Les méta-analyses réalisées sur les effets des confinements liés à la pandémie du Covid-19 ont mis en évidence que les jeunes populations ont été les plus touchées par le confinement associé à la pandémie avec une augmentation significative des comportements sédentaires [258]. Ainsi, les moins de 18 ans ont vu leur temps passé en comportement sédentaire de 2 h 40 par jour (avec de fortes disparités selon les pays  $\pm 142,6$  min par jour) pour atteindre un temps global quotidien de comportements sédentaires de 6 h 24.

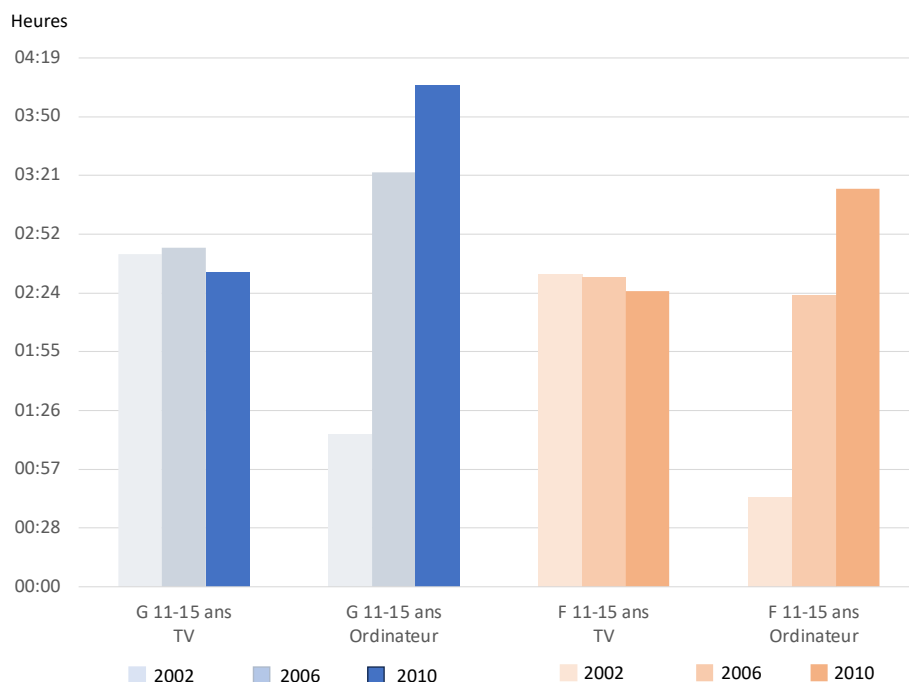


Figure 51-Évolution du temps d'écran TV et ordinateur en 2002, 2006 et 2010 chez les adolescents français de 11-15 ans (Bucksch et al., 2016)

L'augmentation du temps d'écran rapporté par la grande majorité des études est surtout la conséquence de l'augmentation de l'utilisation d'autres écrans que celui de télévision comme l'ordinateur (Figure 51) [256]. Ainsi, le temps d'utilisation de l'ordinateur est passé d'un peu plus d'une heure en 2002 à 4 h en 2010 chez les garçons et d'environ 40 min à 3 h chez les filles.

### 8.3.2 Usage des écrans

Si chez les 13-19 ans, le temps d'écran est passé de 4h20 à 5h10 de 2011 à 2022, [259], beaucoup moins de travaux se sont intéressés à l'usage des écrans. Or, leurs usages ont considérablement changé avec une augmentation significative des smartphones et des ordinateurs au détriment de la télévision qui reste regardée mais en *replay* et sur d'autres écrans comme l'écran d'ordinateur. L'évolution de la technologie numérique a entraîné un changement significatif de l'usage des écrans et de leurs contenus.

Cette évolution a surtout été marquée entre les années 2000 et 2010. En 2004, moins d'un ménage sur deux possédait un ordinateur et moins d'un sur trois un accès à Internet, alors qu'en 2019 ils sont 83 % à avoir un ordinateur et un accès à internet (Données Insee) [260]. L'ordinateur est le second écran le plus utilisé par les jeunes de plus de 13 ans (69 % d'entre eux en ont un). La proportion d'adolescents français qui utilisent quotidiennement un ordinateur a augmenté de plus de 60 % pour les filles et de 55 % pour les garçons entre 2002 et 2014 [261]. De plus, 90 % des adolescents en 2022 contre 78 % en 2016 possèdent un smartphone. Chez les 15-24 ans, les connexions à internet ont connu une très forte progression : +36 % entre 2009 et 2013. En 2013, 77 % des 11-17 ans se sont connectés à internet alors qu'ils n'étaient que 23 % en 2003.

L'étude internationale HBSC [262] s'est intéressée à l'utilisation des réseaux sociaux et des jeux vidéo des adolescents européens. Les principaux résultats ont montré que les adolescentes passaient significativement plus de temps sur les réseaux sociaux que les adolescents. Sans parler d'addiction, terme qui reste controversé lorsque nous nous intéressons aux écrans, le terme « usage problématique des écrans » est choisi pour illustrer des troubles liés à l'utilisation très intense des écrans [Pour en savoir plus : Avis du HCSP - Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans (seconde partie) : de l'usage excessif à la dépendance publié en 2021 [139]].

Entre 2000 et 2018, les fréquences d'utilisation d'internet (annuelle, mensuelle, hebdomadaire et quotidienne) ont toutes augmenté : fortement jusqu'en 2010 puis plus légèrement jusqu'en 2020 (Figure 52-A). En revanche, il est important de constater que la proportion des adolescents de 16 ans qui utilisent quotidiennement internet est passée de 22,7 % en 2000 à 86,7 % en 2018. L'évolution de l'utilisation mensuelle ou quotidienne d'internet entre 2004 et 2020 est similaire chez les filles et les garçons avec une augmentation de la prévalence de 19,7 % en 2004 pour atteindre 88,8 % en 2019 chez les filles. Pour les garçons, la proportion d'utilisateurs quotidiens est passée de 26,0 % à 84,5 % (Figure 52-B) sur cette même période. En 2022, l'usage intense des réseaux sociaux concernait 32 % des adolescents et l'utilisation problématique 11 % des adolescents alors qu'ils n'étaient que 7 % lors de l'enquête précédente en 2017/2018 (HBSC, 2024). En 2022, à 15 ans, 44 % des filles et 37 % des garçons de France déclaraient être toute la journée en contact en ligne. Plus rare, l'usage problématique des réseaux sociaux concernait 10 % des filles de 15 ans et 4 % des garçons du même âge, plaçant notre pays parmi ceux où cet usage était le moins prévalent [262].

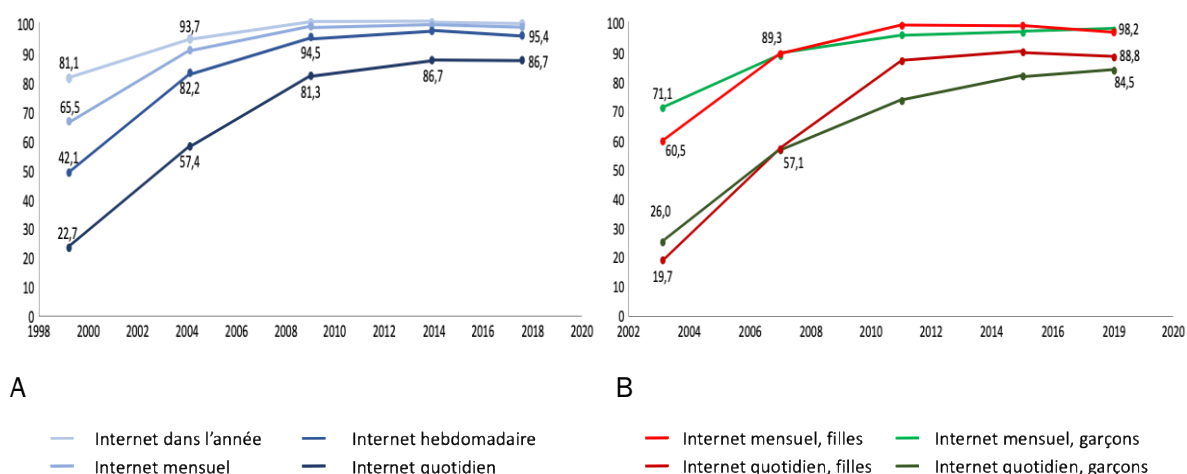


Figure 52- Évolution de l'usage récréatif d'internet (en % des élèves de 16 ans) de 2000 à 2020. A : fréquence d'usage. B : par sexe (usage quotidien et mensuel)

(Source Matinale OFDT – Philippon A, 2022. Données de l'enquête ESPAD – EnCLASS)

L'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2019 a entériné la reconnaissance d'un trouble du jeu vidéo et l'a fait entrer dans la nouvelle version de la classification mondiale des maladies, la CIM-11, entrée en vigueur en janvier 2022. De la même manière, le « *Internet gaming disorder* » a intégré le DSM-5 en 2013. Les caractéristiques du trouble du jeu vidéo sont de jouer de façon persistante ou récurrente (quel que soit le jeu en ligne ou non) et de jouer sur une période d'au moins 12 mois. Ce trouble s'exprime par un contrôle du jeu de moins en moins présent, une priorité accordée au jeu de plus en plus forte et la persistance du jeu malgré des effets négatifs.

Concernant l'utilisation des jeux vidéo, 34 % des adolescents ont déclaré jouer à des jeux numériques tous les jours, et 22 % ont déclaré jouer pendant au moins quatre heures lors d'une journée de jeu (EnCLASS, 2024). Les garçons avaient tendance à jouer plus fréquemment et avoir des séances plus longues que les filles. Une enquête réalisée auprès de 2000 élèves de collèges et de lycées parisiens en 2013-2014, indique que 75 % des élèves possédaient une console de jeux dès le collège pour atteindre pratiquement 100 % au lycée [263]. Cette étude notait que 86 % des adolescents, sans distinction de genre, jouaient aux jeux vidéo au moins une fois par semaine. L'usage problématique des jeux vidéo concernait 2,7 % des garçons et 1,7 % des filles des élèves de collèges des Bouches-du-Rhône dans les années 2015 [264]. Par rapport à l'enquête HBSC 2017/2018, les résultats de 2022 montrent un taux légèrement plus élevé des joueurs ayant une utilisation problématique des jeux vidéo : 10 % versus 12 %, respectivement.

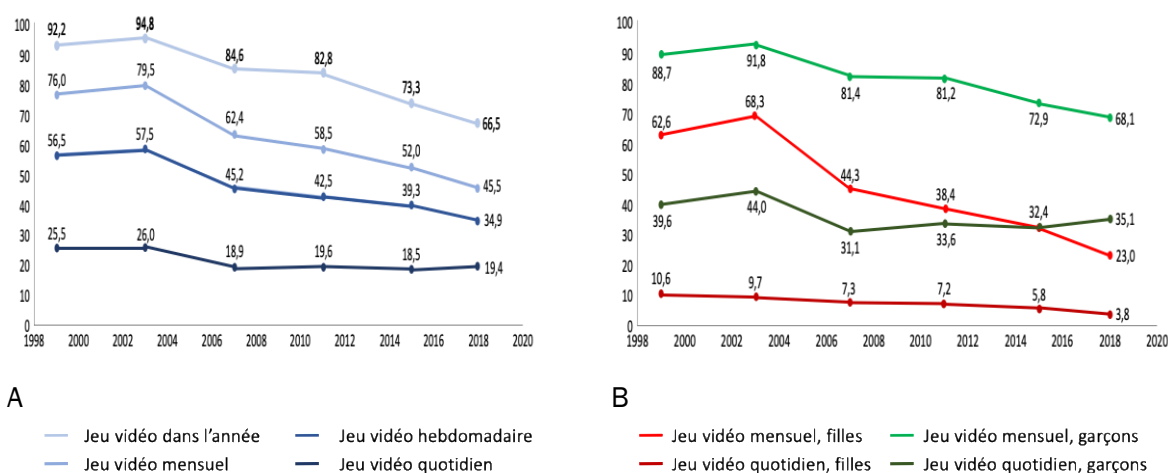


Figure 53-Évolution de la pratique du jeu vidéo sur ordinateur (en % des élèves de 16 ans) de 2004 à 2020. A : fréquence d'usage. B : par sexe (usage quotidien et mensuel)

(Source Matinale OFDT – Philippon A, 2022. Données de l'enquête ESPAD – EnCLASS)

L'évolution entre 2000 et 2020 montre que la pratique occasionnelle (annuelle, mensuelle, hebdomadaire) du jeu vidéo a diminué alors que la pratique quotidienne s'est stabilisée autour des 20 % des adolescents (âgés de 16 ans) (Figure 53-A). Conformément à d'autres données, les données de l'enquête ESPAD/EnCLASS font état d'une proportion significativement plus élevée de garçons qui jouent quotidiennement 35,1 % et mensuellement 68,1 % que les filles, 3,8 et 23 %, respectivement (Figure 53-B). Chez les filles comme chez les garçons, la pratique mensuelle a diminué au fil des années entre 2000 et 2018 alors que la pratique quotidienne s'est stabilisée.

### 8.3.3 Prévalence des adolescents respectant les recommandations

Les données françaises recueillies en 2020 dans le cadre de l'étude de Kovacs *et al.* (2022) [232] ont montré qu'en moyenne 55 % des jeunes âgés de 6-18 ans respectaient les recommandations d'utilisation des écrans de moins de deux heures passées devant un écran de loisir.

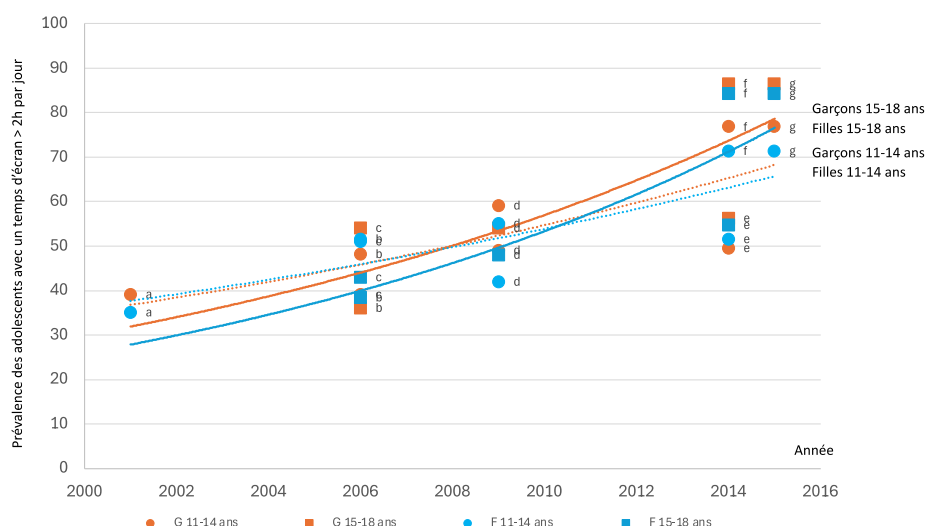


Figure 54-Prévalence des adolescents français ne respectant pas les recommandations de temps d'écran de loisir > 2h par jour

a) Wagner et al. (2004) ; b) ENNS, 2006 ; c) Afssa, 2009 (Etude INCA 2) ; d) Curie et al., 2012 (Etude BSC 2009-2010) ; e) Esen, 2017 (Etude Esteban) ; f) Anses, 2017 (Etude INCA 3) ; g) Anses, 2020

Comme le montre la Figure 54, la prévalence des adolescents qui ne respectent pas les recommandations d'un temps d'écran inférieur à 2 h par jour est passée de moins de 40 % à plus de 70 % en moins de 20 ans. Cette augmentation est plus importante chez les 15-18 ans que chez les 11-14 ans.

Au niveau international, le temps d'écran des adolescents (8-18 ans) était relativement stable entre 1999 et 2004 autour de 4 h par jour dont plus de 3 h devant la télévision [248]. L'étude longitudinale de 5 ans menée chez presque 6000 collégiens anglais confirme l'augmentation des comportements sédentaires au fil du temps (de 11-12 ans à 15-16 ans) entre 1999 et 2005 (Figure 55) [265]. Les comportements sédentaires ont été évalués par la réponse à la question suivante : combien d'heures regardaient-ils la télévision ou jouaient-ils à des jeux informatiques ou vidéo les jours d'école et les week-ends ? Les résultats font état d'une augmentation en 5 ans de +2,52 h d'utilisation des écrans pour les garçons et de +2,81 h pour les filles. Cette augmentation est associée à la catégorie socio-professionnelle d'appartenance des familles des adolescents, confirmant ce qui a également été observé dans les enquêtes françaises d'un lien entre sédentarité et catégorie socio-professionnelle. Les données de l'étude européenne HELENA recueillies en 2006-2007 chez des adolescents de 15 ans en moyenne ont montré que seuls 34 % atteignent les recommandations de temps d'écran [121]. Ces résultats étaient inférieurs aux données rapportées par d'autres études internationales [234]. Entre 2004 et 2009, le temps d'écran a considérablement augmenté +1 h 30 en raison de l'apparition de temps devant de nouveaux écrans : tablette, ordinateur et smartphone, alors que le temps de télévision a diminué à 2 h 39 [248].

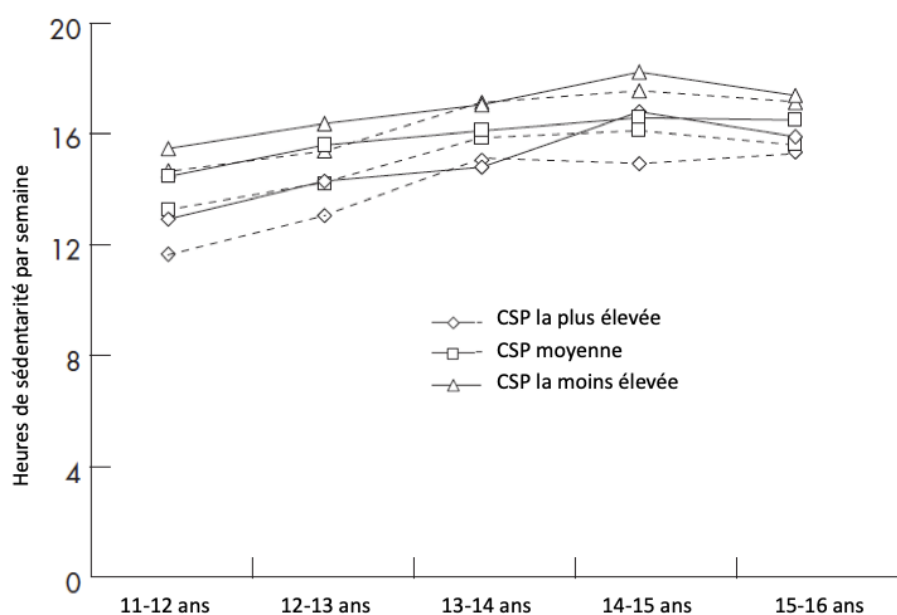


Figure 55- Évolution des comportements sédentaires de jeunes collégiens anglais entre 1990 et 2005 en fonction du sexe (Garçons traits pleins et Filles traits pointillés) (d'après les données de Brodersen et al., 2007)[265].

La comparaison des données recueillies par l'étude américaine NHANES sur le respect des recommandations des comportements d'activité physique, des comportements sédentaires et de sommeil par les adolescents a montré que la proportion des jeunes qui atteignent les recommandations de temps d'écran ( $\leq 2$  h ou 3 h d'écran par jour de semaine selon l'âge) ont diminué de 59 % en 2007 à 46,6 % à 2016 pour n'être que de 35,5 % en 2022.

En résumé, ces dernières décennies, les indicateurs de sédentarité, que sont le temps d'écran et la prévalence des adolescents qui ne respectent pas les recommandations, ont fortement augmenté, multiplié par 2,5 et 1,8 respectivement. L'augmentation du temps d'écran semble associée à l'usage croissant des ordinateurs, des tablettes et des smartphones alors que le temps passé devant la télévision est resté globalement constant. Le temps passé dans des comportements sédentaires est associé à la catégorie socio-professionnelle de la famille.

### Synthèse

En 30 ans, on constate une augmentation du temps de loisir (possiblement associé à l'usage accru des écrans), qui a pour conséquence une diminution du temps de sommeil et du temps consacré au repas.

Le taux d'adolescents respectant les recommandations d'activité physique a toujours été faible (30 %) voire très faible (15 %) et a connu une diminution en 30 ans. La France se classe 119<sup>e</sup> sur 146 pays pour le niveau de pratique d'activité physique et sportive.

En 30 ans l'activité physique des adolescents a diminué de façon plus conséquente chez les 15-18 ans que chez les 11-14 ans. Ce bilan est observé que le niveau d'activité physique soit mesuré par questionnaire ou par une méthode objective (accéléromètre et podomètre). Le nombre d'adolescents atteignant un niveau d'activité physique recommandé pour la bonne santé est en baisse depuis 30 ans. La plupart de ces constatations confirment que les filles sont les plus affectées tant pour la baisse du niveau moyen d'activité physique que pour la très faible proportion d'adolescentes atteignant les recommandations.

En 30 ans, le temps d'écran des adolescents français a augmenté de façon exponentielle passant en moyenne de 2 h par jour dans les années 90 à 4 h en 2006 pour atteindre 5 h par jour en 2016, excepté pour les filles de 15-17 ans. Dans le même sens, le taux d'adolescents respectant les recommandations de temps d'écran a diminué de façon exponentielle en 30 ans, passant d'environ 70 à 20 %.

### Recommandations

- Renforcer les actions pour augmenter le niveau d'activité des adolescents.
- Mettre en place des actions visant à réduire les comportements sédentaires tant dans leur durée que dans leur fréquence.
- Aménager l'environnement pour modifier ces comportements et encourager les mobilités actives.
- Inciter les parents et les proches à encourager l'activité physique des adolescents et remplacer les temps d'écran.
- Impulser et soutenir financièrement les études interventionnelles afin d'évaluer les programmes d'augmentation du niveau d'activité physique et de réduction de la sédentarité des adolescents.

## 8.4 Sommeil

Le Haut Comité de la Santé publique<sup>23</sup> a alerté dès 1997 [266] sur la problématique du sommeil des jeunes en lien avec les troubles de santé mentale. Le rapport de 1997 a souligné que dans l'enquête HBSC (Enquête HBSC/OMS, 1993-1994), les jeunes Français occupaient le premier rang

---

<sup>23</sup> Devenu en 2004 le Haut conseil de la santé publique

pour les 13 ans et le troisième rang pour les 11 et 15 ans en ce qui concerne les difficultés d'endormissement. Ceci doit être associé à la consommation de somnifères pour laquelle les jeunes Français de 11 et 15 ans occupent la troisième place.

L'intérêt pour la problématique du sommeil chez les jeunes est malgré tout assez récent car pendant de longues années les plaintes et troubles du sommeil déclarés par les adolescents étaient associés au développement physiologique et psychologique normal qui accompagne l'adolescence.

Le sommeil est évalué de façon quantitative par des paramètres tels que le temps total passé au lit, la durée du sommeil, l'heure du coucher et l'heure du lever. Ces trois derniers paramètres sont utilisés dans ce rapport. Le déficit de sommeil a été calculé à partir de la différence entre la durée du sommeil en semaine (nuit avant un jour d'école) et celle d'un jour, veille sans école. En outre, la qualité du sommeil se traduisait par une combinaison de plusieurs paramètres [267]: un temps d'endormissement inférieur à 30 minutes avec un réveil supérieur à 5 minutes, des réveils après le début de sommeil inférieurs ou équivalents à 20 minutes, une efficacité du sommeil supérieure ou égale à 85 %, un sommeil paradoxal occupant 21 à 30 % du temps total de sommeil, un sommeil léger occupant au maximum 50 % du temps total de sommeil, un sommeil profond occupant 16 à 20 % du temps de sommeil. Les données permettant d'estimer l'évolution de la qualité du sommeil des adolescents français classiquement utilisées sont déclaratives et concernent les difficultés d'endormissement, l'insomnie, la fatigue au réveil et la consommation de médicaments pour dormir.

#### 8.4.1 Durée du sommeil

La revue de Matricciani *et al.* (2011) [268] portant sur l'évolution de la durée de sommeil des jeunes a mis en évidence une tendance à la réduction de la durée de sommeil, bien que les preuves scientifiques soient sujettes à caution en raison principalement de méthodologies différentes et d'utilisation de données subjectives entre les études.

L'étude de l'évolution de la durée du sommeil a fait l'objet de la revue de littérature de Matricciani *et al.* (2012) [269] qui recensait les données de plus de 690 enfants et adolescents âgés de 5 à 18 ans de 20 pays (dont la France). Une réduction de 0,75 minute par nuit de sommeil par an a été observée. Des différences significatives en fonction de l'âge (- 0,41 minute pour les enfants de 5-8 ans versus - 0,91 minute par nuit par an pour les adolescents 16-18 ans) ont été mises en évidence. En revanche, aucune différence statistiquement significative de la réduction de la durée du sommeil n'a été observée entre les filles (- 0,67 min) et les garçons (- 0,77 min). Ces réductions indiquaient une diminution de la durée du sommeil de plus d'une heure par nuit sur la période de 1905 à 2008. Sur la même période, les données de la méta-analyse de Olds *et al.* (2010)[270] à partir des données recueillies de 23 pays (publiées entre 1975 et 2006) allaient dans le même sens. Les résultats faisaient état d'une diminution de la durée de sommeil avec une différence entre les filles et les garçons (9-18 ans) les jours d'école. Au-delà de l'effet lié au genre, cette méta-analyse a confirmé les résultats obtenus dans différents pays, d'une réduction de la durée du sommeil par année d'âge de 14 minutes par jour par année (jour d'école) à 7 minutes par année (jour sans école).

Cependant les années suivantes, des différences régionales et inter-ethniques significatives ont été observées, des études divergentes ayant fait état soit d'une absence de changement, soit d'une augmentation de la durée du sommeil [269,271,272]. Par exemple, une diminution notable de la durée du sommeil a été observée aux États-Unis, au Canada, en Europe et en Asie, tandis qu'une tendance à l'augmentation a été observée au Royaume-Uni, en Australie et dans les pays scandinaves. Une étude hongkongaise de Chen *et al.* (2024) [273] a comparé les données de

sommeil de 8000 adolescents (14,5 ans en moyenne) recueillies en 2011-2012 et en 2017-2019. Les principaux résultats ont fait état d'une réduction du temps passé au lit (- 30 min), d'un retard dans l'heure du coucher en semaine, d'une avance dans l'heure de réveil le week-end, d'une augmentation du chronotype du soir et de la somnolence diurne sur cette période de 7 ans.

L'analyse des données françaises, enquêtes régionales et nationales, corroborent ce double constat : une durée de sommeil insuffisante eu égard aux recommandations internationales et une diminution de cette durée de sommeil ces 30 dernières années dépendante de l'âge (Figure 56).

Une première étude réalisée en 1993 chez 25 700 lycéens de la région lyonnaise a évalué par questionnaire leurs habitudes de sommeil [274]. En période scolaire, la durée du sommeil des lycéens âgés de 15 ans était en moyenne de 8 h 10.

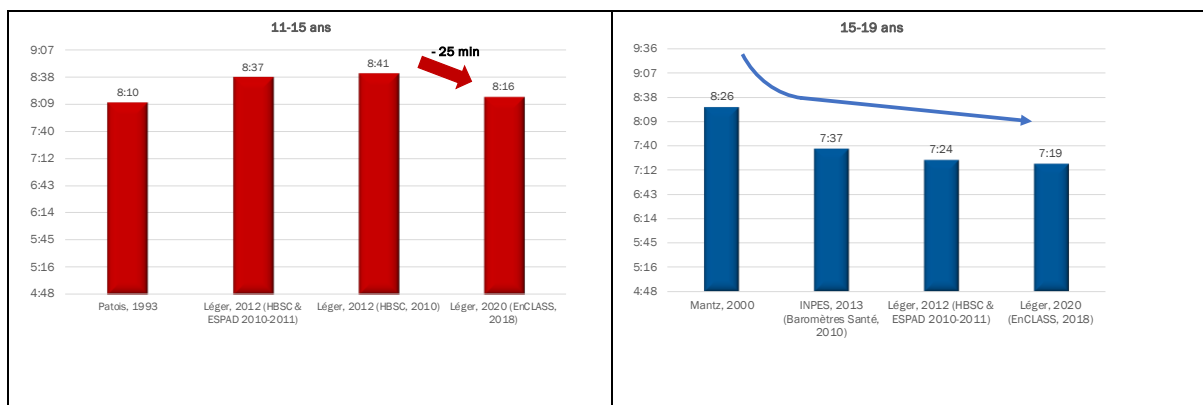


Figure 56-Évolution de la durée du sommeil lors des jours de semaine des collégiens (11-15 ans) et lycéens (15-19 ans) français de 1993 à 2018

En 2000, une étude réalisée chez 386 lycéens (15-20 ans) s'est intéressée aux heures de coucher, aux heures de lever, à la latence d'endormissement, à la qualité du sommeil, à la somnolence diurne et à la sieste. Les résultats ont montré que les jeunes présentaient une importante dette de sommeil avec une durée de sommeil pendant la semaine de classe inférieure d'une heure à celle des nuits du samedi au dimanche ou à celle des vacances [275]. La durée du sommeil relevée dans ce travail était d'environ 8h26 les jours de semaine. Dans la même période, une étude réalisée chez des collégiens et lycéens du département du Nord en 2004, a montré que la durée du sommeil ne différait pas entre les filles et les garçons et se situait en moyenne à 8 heures et 40 minutes [276].

Dans les années 2010, le « Baromètre santé jeunes » a rapporté les données sur les habitudes de sommeil des adolescents âgés de 15-19 ans. Comparativement à une durée recommandée d'environ 8 h 30, les filles dormaient en moyenne 7 h 43 (32,8 % en dette de sommeil) et les garçons présentaient un temps moyen de sommeil de 7 h 31 (27,8 % en dette de sommeil). Les adolescents ne dormaient pas assez en semaine et récupéraient le week-end ; 7 h 45 vs 9 h 10, respectivement [277]. De plus, 25 % des adolescents de 15 ans dormaient moins de 7 heures par nuit alors que 9 h et plus sont recommandées à cet âge-là.

D'après les données recueillies dans l'enquête EnCLASS 2018, un collégien dormait en moyenne 8 h 16 par nuit et un lycéen 7 h 19, soit, comparativement à 2010, 25 minutes en moins de sommeil au collège et 5 minutes au lycée [278]. En outre, 13,8 % des collégiens et 29 % des lycéens avaient un sommeil trop court les jours de classe (nuits de moins de 7 heures). Ces proportions ont nettement augmenté depuis 2010 notamment au collège (Figure 57). Entre 2015 et 2019, le réseau Morphée a réalisé une enquête auprès de 2513 collégiens et lycéens franciliens

dont les résultats confirment cette réduction de la durée du sommeil entre les 12-15 ans et les plus de 15 ans : 7 h 36 et 7 h 03 les jours de classe, respectivement [279].

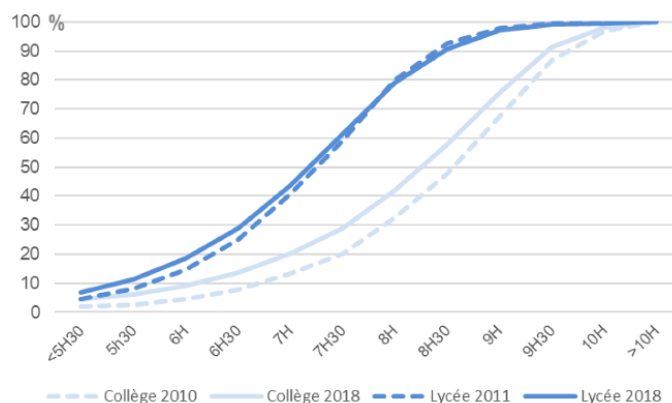


Figure 57-Distribution cumulative de la part des élèves selon la durée de sommeil en semaine : comparaison des données 2010-2011 à 2018 (Source : EnCLASS – Exploitation OFDT – EHESP)

Ce constat d'une baisse significative de la durée de sommeil en particulier vers l'âge de 15 ans chez les collégiens français concorde avec les observations d'une enquête américaine, réalisée chez 270 000 jeunes américains scolarisés (équivalent classe de 4<sup>ème</sup>, seconde et terminale française), s'intéressant à la fréquence d'un sommeil de 7 h (durée inférieure de 2 h aux recommandations) sur une période de 20 ans allant de 1991 à 2012 [280]. La baisse la plus significative a été observée chez les jeunes âgés de 15 ans : ils étaient 72 % à dormir 7 heures ou plus en 1991 alors qu'ils n'étaient plus que 63 % en 2012.

#### 8.4.2 Qualité du sommeil

En raison de la difficulté de mesurer ces paramètres, la majorité des études utilisent des questionnaires et des agendas de sommeil permettant d'évaluer des indicateurs importants tels que le chronotype, la dette de sommeil, le « jetlag social », les difficultés d'endormissement, la consommation de médicaments pour mieux dormir.

Les deux principaux indicateurs des troubles du sommeil analysés dans ce rapport sont la dette de sommeil et le « jetlag social ».

La dette de sommeil est évaluée par la différence entre le temps de sommeil idéal et le temps de sommeil en semaine : si cette différence est supérieure à 60 minutes, on parle de « dette de sommeil » ; si elle est supérieure à 90 minutes, de « dette de sommeil sévère ». Plus simplement, elle a été également estimée par la différence entre la durée de sommeil les jours de semaine et les jours de week-end (aucune contrainte d'horaire de coucher ou de lever imposée). Le « jetlag social » équivaut à la différence entre le point médian du sommeil du week-end et le point médian du sommeil de la semaine.

Ces indicateurs sont essentiels car ils rendent compte de l'impact du mode de vie (horaires scolaires, activités de loisirs, familiales, conviviales, etc.) qui rythme nos journées. Il est essentiel que le rythme imposé par notre mode de vie soit synchronisé avec notre rythme biologique circadien.

#### 8.4.2.1 Dette de sommeil

La dette de sommeil était estimée à 1 h 20 en 2010 et est restée stable de 2010 à 2018 pour les adolescents de 11-15 ans (Figure 58). En revanche, chez les adolescents de 14-18 ans, les données ont montré une forte augmentation de la dette de sommeil de 2000 à 2004, de 53 min à 1 h 53, respectivement. En 2010, les données de l'étude HBSC ont fait état d'une dette de sommeil (différence > 2 h entre durée de sommeil jours de semaine versus jours de week-end) chez 16 % pour les adolescents de 11 ans et de 40,5 % ceux de 15 ans [281]. Les filles étaient plus nombreuses à présenter une dette de sommeil (> 2 h) que les garçons, quel que soit l'âge. Le Baromètre santé 2010 a rapporté une dette de sommeil pour 32,8 % des 15-19 ans [277].

La dette se stabilise ensuite en 2012 et 2020 autour de 1 h 55 (1 h 51 et 1 h 59, respectivement). Ces données ont été obtenues lors des différentes enquêtes nationales sur la base de questionnaires. Les données de l'enquête EnCLASS de 2018 ont rapporté que 26,7 % des collégiens et 43,7 % des lycéens présentaient une dette de sommeil (différence jour de classe et sans classe) de > 1 h 20 [278]. Chez les adolescents franciliens, l'enquête du réseau Morphée a établi une dette de sommeil à 2 h 10 pour les 12-15 ans et à 2 h 22 pour les plus de 15 ans entre 2015 et 2019 [279].

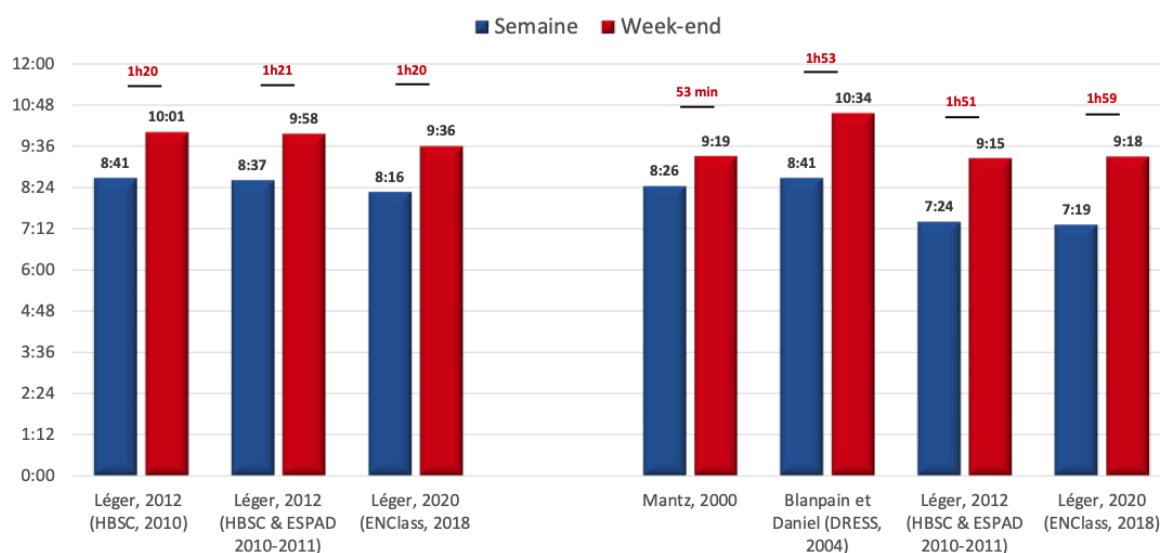


Figure 58-Comparaison des durées de sommeil des adolescents français âgés de 11-14 ans (gauche) et de 15-17 ans (droite) entre la durée du sommeil les jours scolaires (bleu) et les jours de week-end (rouge)

Si ces études rendent compte d'une dette de sommeil importante, l'absence de mesure avec des outils permettant d'estimer les éveils nocturnes (nombre et durée) et les stades de sommeil font cruellement défaut afin d'évaluer l'effet des changements du mode de vie des adolescents sur la qualité de leur sommeil.

#### 8.4.2.2 Chronotype et rythmes circadiens

Le chronotype est un phénotype du rythme circadien qui caractérise la préférence d'une personne pour des activités plus matinales ou plus vespérales, mais aussi pour l'heure de coucher et de lever. Le chronotype, sous dépendance génétique, va s'adapter aux rythmes du mode de vie. En 2019, une étude réalisée chez 1250 adolescents du Val d'Oise a observé un chronotype neutre pour des collégiens et lycéens [282]. La prévalence des adolescents présentant un chronotype du soir a augmenté entre 2011-2012 et 2017-2019 de 19,8 % à 28,5 % respectivement [273]. Des études sont nécessaires pour confirmer l'augmentation de la prévalence des chronotypes du soir chez l'adolescent associé aux activités tardives (utilisation des écrans avant le coucher) sachant que ce profil est le plus exposé au développement des maladies chroniques et des comportements addictifs.

De nombreuses études suggèrent que la détérioration de la durée du sommeil est la conséquence d'heures de coucher de plus en plus tardives avec des heures de réveil inchangées (car plus contrôlées par les obligations scolaires, familiales ou sociales). Cette tendance est plus importante chez les adolescents les plus âgés qui dorment moins et se couchent plus tard les jours d'école que les adolescents plus jeunes dans tous les pays [283]. Les importantes modifications des comportements de veille et de sommeil à l'adolescence se manifestent par un décalage progressif des horaires de coucher et de lever dont résulte fréquemment une dette de sommeil chronique. En France, la comparaison des données de Mantz *et al.* (2000) [275] obtenues chez des adolescents de 15-18 ans et celles de l'enquête Morphée [279] ne met pas en évidence de retard de coucher les jours de classe : 22 h 35 versus 22 h 06. En revanche, les jours sans école, l'heure de coucher est passée de 0 h 16 à 0 h 56 en moyenne. Ces données mettent en avant un phénomène bien connu chez les adolescents le « jet-lag social ». Selon les contraintes, si le rythme veille/sommeil n'est plus en phase avec le système circadien, on parle de "jetlag social". Si on part du postulat que le rythme veille/sommeil pendant les jours de repos correspond à celui programmé par le système circadien, la différence de l'heure médiane du sommeil pendant les jours de repos à celle des jours de travail permet de quantifier le « jetlag social ». Vu le décalage des heures de coucher et de lever entre la semaine et le week-end, un « jetlag » supérieur à 2 h considéré comme anormal, existait dès les années 2000. En revanche, l'évolution de sa prévalence nécessite plus de données.

#### 8.4.2.3 Difficultés et troubles du sommeil

Dès les années 90, une part conséquente des adolescents de l'enquête lyonnaise déclaraient des difficultés et des troubles du sommeil [274]. Au réveil, 50 % des lycéens "bons dormeurs" se disaient fatigués et 30 % des jeunes déclaraient au moins un trouble chronique. En période scolaire, 13 % des garçons et 17 % des filles considéraient qu'ils dormaient mal. Le trouble le plus fréquent était une difficulté d'endormissement quotidienne pour 7,8 % des garçons et 12,6 % des filles. Le temps mis à s'endormir est jugé supérieur à 30 minutes pour près de 18 % d'entre eux. En tenant compte des bons et des mauvais dormeurs, les pourcentages sont différents : 30 % des garçons et 45 % des filles "mauvais dormeurs" présentaient des difficultés d'endormissement. Les troubles du sommeil fréquemment signalés par les lycéens étaient les réveils nocturnes fréquents, les cauchemars, etc. L'impression de mal dormir était associée au coucher tardif en période scolaire, alors qu'en vacances la proportion de mauvais dormeurs diminuait de moitié. Dès 1993, les adolescents signalaient consommer des médicaments pour dormir. Ainsi, 2 % des garçons et 6 % des filles consommaient des médicaments (dont 1,1 % des garçons et 3,3 % des filles au moins une fois par semaine). Cette consommation était surtout réalisée par les mauvais dormeurs et apparaissait très liée aux habitudes familiales. Ces données sont confirmées par une étude régionale réalisée en 1997 (713 collégiens et lycéens) qui fait état de 40,5 % des adolescents déclarant souffrir d'au moins un trouble du sommeil défini par des difficultés à s'endormir ou à

rester endormi, le besoin de dormir davantage, des réveils précoces et la prise chronique de somnifères [284].

En 2000, les données du Baromètre santé de Santé publique France ont révélé une prévalence des troubles de sommeil qui était respectivement de 35 % et 37 % chez les 12-14 ans et les 15-17 ans [285]. Ces valeurs étaient en augmentation par rapport à celles rapportées par Patois *et al.* (1993) [274] de + 5 % à 7 %. Cinq ans plus tard, en 2005, le pourcentage d'adolescents déclarant des problèmes de sommeil était en diminution pour les 12-14 ans (35 à 32 %), mais en augmentation pour les 15-17 ans (37 à 44 %). Ces valeurs sont un peu plus élevées que celles relevées par Bailly *et al.* (2004) [276] de 35,7 % chez 652 élèves âgés en moyenne de 15 ans et scolarisés dans des collèges et lycées du département du Nord.

Les données du Baromètre santé ont montré chez les adolescents de 15-17 ans, une stabilité de la prévalence des troubles du sommeil (déclaration de troubles dans les 8 derniers jours précédant l'enquête : insomnie chronique, sensation de fatigue au réveil, somnolence diurne) a été notée depuis 2005 jusqu'à 2010 autour de 43 %, alors qu'une hausse de 7 % avait été observée entre 2000 et 2005 (36 % de déclarants) [277]. Néanmoins, 21 % des filles et 3 % des garçons de 15-19 ans déclaraient une insomnie chronique.

En 2019, une étude régionale (1250 adolescents du Val-d'Oise âgés de 12 à 20 ans) a montré une augmentation significative de la prévalence de l'insomnie à partir de 15 ans et/ou de l'entrée au lycée [282]. Les données ont fait état de 55 % des adolescents diagnostiqués avec une insomnie (score  $\leq 10$  à l'Index de Sévérité de l'Insomnie) alors que seuls 27 % se déclaraient insomniaques. Les données de l'enquête EnCLASS 2022 ont fait état de 43 % des collégiens et 42 % des lycéens signalant des difficultés à l'endormissement [286], confirmant l'augmentation depuis 30 ans de la proportion d'adolescents français concernés par des troubles du sommeil. De plus, 30,6 % des collégiens et 41,4 % des lycéens se sentaient fatigués presque tous les jours en se levant le matin [278]. Entre 2015 et 2019, l'enquête du Réseau Morphée<sup>24</sup> auprès de collégiens et lycéens franciliens a montré que 17,8 % d'entre eux étaient insomniaques, 45 % avaient des sommeils non reposant, 40 % étaient en restriction de sommeil et 20 % en privation de sommeil [279].

On notera qu'en 2022, tant à 11 ans que qu'à 13 ou 15 ans, la France fait partie des 3 pays dans lesquels les élèves qui déclarent avoir le plus de difficultés à s'endormir plus d'une fois par semaine (France à 11 ans 45 % des filles et 39 % des garçons vs. en moyenne respectivement 30 % et 24 % ; France à 13 ans 50 % et 38 % vs. 36 % et 23 % ; France à 15 ans 51 % et 29 % vs. 37 % et 23 %) [27].

Ces constats sont partagés par une majorité de pays et traduisent certainement la modification de nos modes de vie qui se caractérisent par des comportements sédentaires qui ont fortement augmenté et une activité physique insuffisante et en baisse. L'essor des nouvelles technologies, la motorisation des moyens de transport, des pressions sociales et scolaires plus prégnantes et l'utilisation accrue des écrans à lumière bleue (télévision, ordinateurs, tablettes, smartphones) sont à associer à ces évolutions. Une nécessaire adaptation dépendante de l'âge et du sexe s'est concrétisée par une heure de coucher de plus en plus tardive avec un déficit de sommeil plus important (différence entre la durée de sommeil en semaine vs en week-end) et des troubles du sommeil plus fréquents.

Dans cette période l'explosion de l'utilisation des outils numériques et des écrans vidéo s'est avérée être un facteur de risque potentiel. Aujourd'hui omniprésents dans notre environnement, les écrans ne sont pas uniquement ceux de la télévision, mais ils concernent également ceux des

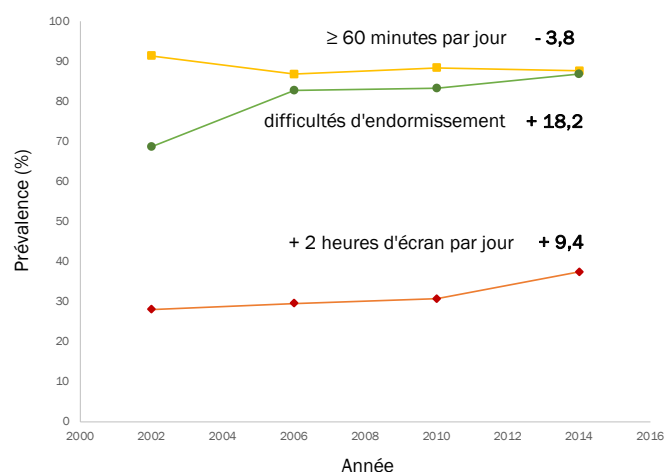
---

<sup>24</sup> <https://reseau-morphee.fr/>

téléphones portables, consoles de jeux, des tablettes et des ordinateurs avec des usages scolaires et de loisir. Enfin, l'accès à Internet sur l'ensemble du territoire français favorise l'utilisation de ses différents appareils en permettant le partage de jeux, de vidéos ou de messages type SMS.

Les données de 448 collégiens de la région lilloise recueillis en 2019 ont été analysés [287] afin de déterminer le lien entre l'usage des écrans et le sommeil. Les adolescents ont été classés en deux groupes : ceux qui suivaient les recommandations de comportements sédentaires (moins de 2 h par jour devant des écrans) et ceux respectant pas les recommandations. Les principaux résultats ont montré que la durée du sommeil était significativement plus longue chez les jeunes respectant les recommandations. Cette association a mis en évidence une heure de coucher plus tardive pour les jeunes utilisant les écrans. La diminution du temps de sommeil était corrélée à la possession et la présence dans la chambre d'un écran et/ou d'un téléphone portable. Les jeunes respectant les recommandations de sédentarité présentaient également une qualité de sommeil significativement meilleure. Ces données confirment les conclusions de la revue de littérature de Hale et Guan (2015) [288], qui avait reporté une association entre la diminution de la durée du sommeil provenant d'une heure tardive de coucher due à l'utilisation des écrans. Les études récentes vont plus loin et s'intéressent aux moments de l'utilisation des écrans. Les conclusions indiquent que l'utilisation d'un écran à l'heure du coucher impacte directement le temps de sommeil, retarde l'heure d'endormissement et augmente les éveils nocturnes [289]. Des constats congruents ont été faits chez les collégiens et les lycéens en 2018 à partir de l'enquête HBSC : les élèves utilisant des écrans et singulièrement avec un accès à internet dorment plus souvent moins de 7h/nuit et sont plus fréquemment en dette de sommeil [290]. Élément important et à associer à l'insuffisance d'activité physique, le temps passé devant un écran dans la journée a un effet négatif sur la qualité du sommeil. L'étude de Ghekiere *et al.* (2019) [272] à partir des données HBSC a bien synthétisé ces évolutions conjointes sur 12 ans des comportements d'activité physique, d'utilisation des écrans et des difficultés d'endormissement ayant des conséquences sur la qualité du sommeil des adolescents français de 14 ans (Figure 59).

De même des analyses complémentaires sur des données HBSC en 2010 en France, Suède et Finlande ont pu montrer le lien entre sommeil, temps d'écran et symptômes psychiques et somatiques [291].



*Figure 59-Évolution des pourcentages d'adolescents respectant les recommandations d'activité physique, de temps d'écran et présentant des difficultés d'endormissement (Source : Ghekiere et al., 2019 – Données française de l'étude HBSC 2002-2014).*

### Conclusion

Sur une période de 30 ans, la durée du sommeil des adolescents a connu différentes périodes : une réduction significative de la durée de leur sommeil ces dix dernières années pour les collégiens (11-15 ans) et une stabilité relative pour les lycéens (15–19 ans) après avoir connu une baisse importante dans les années 2000. Cependant, il est important de noter que cette durée de sommeil reste bien inférieure aux recommandations (collège et lycée [à partir de 12 ans]: de 8 h 30 à 9 h 30 [292]. L'évolution la plus notable est la dégradation de la qualité du sommeil qui se traduit par un temps d'endormissement plus élevé, des réveils nocturnes plus importants, une sensation de fatigue quotidienne et une prévalence en hausse de jeunes consommant des médicaments pour dormir. Dans les années 90, déjà 4 adolescents sur 10 déclaraient au moins un trouble de sommeil. Dans les années 2000, les déclarations de troubles du sommeil semblent se stabiliser mais une différenciation significative apparaît à partir de l'âge de 15 ans ou de l'entrée au lycée, âge auquel les troubles du sommeil semblent s'accroître. Entre 2010 et aujourd'hui, la prévalence des troubles du sommeil chez les adolescents se confirme autour des 40-45 %. Cependant, il est important de dissocier les déclarations des évaluations qui semblent montrer que potentiellement un adolescent sur deux présente des troubles du sommeil.

## 8.5 Évolution des différents comportements : activité physique, sédentarité et sommeil

En 2020, les résultats de l'étude INCA 3 ont été utilisés pour établir des profils en fonction du respect des recommandations d'activité physique et de comportements sédentaires (temps d'écran) [223]. Les données ont montré que seuls 4,8 % des 11-14 ans et 2,1 % des 15-17 ans respectaient les deux recommandations.

Ces prévalences sont plus faibles que celles relevées chez les adolescents américains (16-19 ans) des études NHANES de 2007 à 2016 [234] et 2022 (15 ans) [235]. La prévalence des adolescents américains qui respectaient les recommandations d'activité physique et de comportements sédentaires était de 17,2 % en 2007-2008, atteignait 19 % en 2015-2016 et a chuté à 6,1 % en 2022, avec une prévalence de 7,6 % chez les garçons et de 4,6 % chez les filles (Figure 60).

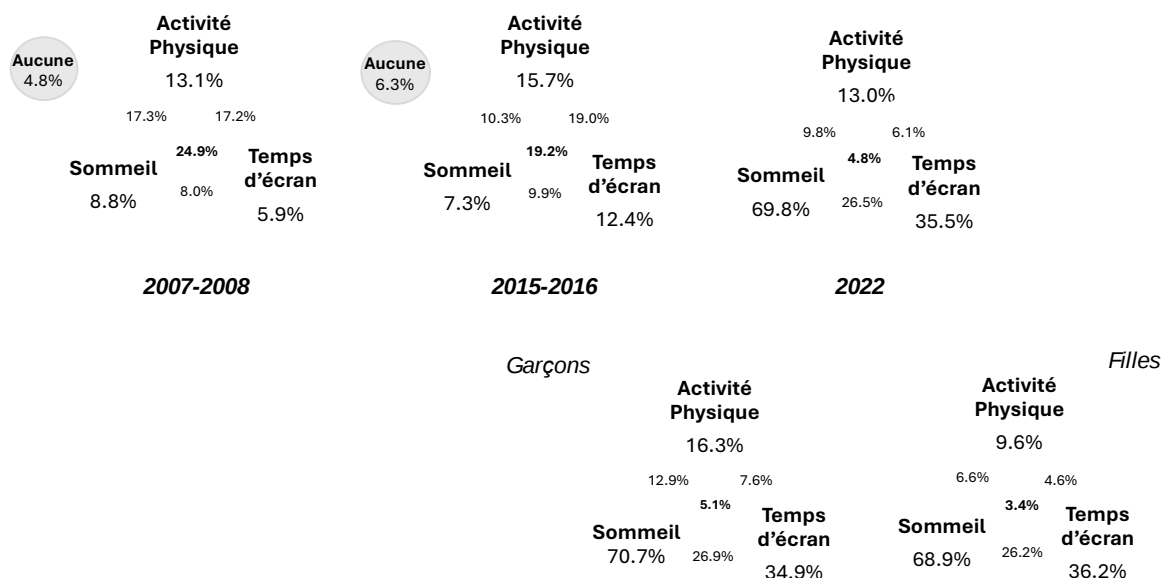


Figure 60-Évolution des prévalences d'adolescents américains de l'enquête « the National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) » atteignant les recommandations d'activité physique, de comportements sédentaires (temps d'écran) et de durée du sommeil (pour 2022 les données sont disponibles pour les garçons et les filles)

La prévalence des adolescents atteignant les trois recommandations d'activité physique, de comportements sédentaires et de sommeil n'était que de 24,9 %, 19,2 % et 4,8 %, respectivement en 2007-2008, 2015-2016 et 2022. Bien que les tranches d'âge ne soient pas strictement les mêmes entre les deux publications des enquêtes nationales et américaines (16-19 ans versus 15 ans), les données montrent une forte baisse des prévalences des adolescents atteignant les recommandations des comportements de santé entre 2015-2016 et 2022.

Ces résultats sont extrêmement importants car plusieurs travaux ont mis en évidence le lien entre ces différents profils et des paramètres de santé, montrant ainsi que plus les jeunes respectant les recommandations pour les trois comportements de santé sont les moins à risque de développer des maladies chroniques [293].

### Synthèse

L'analyse des données françaises (régionales ou nationales), corrobore ce double constat : une durée de sommeil insuffisante eu égard aux recommandations internationales et une diminution de cette durée de sommeil ces 30 dernières années dépendante de l'âge (plus importante chez les 15-19 ans).

Une dette de sommeil importante (d'environ 2h) qui a augmenté en 30 ans pour les adolescents les plus âgés.

Une augmentation des chronotypes du soir a été observée mais demande à être confirmée par des études scientifiques, ainsi que son association avec l'usage tardif des écrans.

Un jetlag social important supérieur à 2 h a été observé dès les années 2000.

Les troubles du sommeil sont très fréquents chez les adolescents et semblent être en progression en 30 ans. Des recherches devront confirmer ces tendances.

### Recommandations

- Développer des recherches utilisant des méthodes fiables et objectives sur le sommeil.
- Promouvoir et éduquer à l'importance du sommeil naturel : durée, qualité et rythme<sup>25</sup>.

## 9. Comportements et habitudes alimentaires

Les méthodes d'évaluation et les indicateurs choisis dans les différentes études et enquêtes rendent les comparaisons sur une période de 30 ans complexes et à prendre avec précaution.

### 9.1 Apports alimentaires

#### 9.1.1 Apports énergétiques et macronutriments

*Entre 1998 et 2006, les apports énergétiques ont diminué de 10 % chez les 11-14 ans se traduisant par une baisse des apports pour chaque macronutriments (- 10 % pour les protéines, - 9 % pour les glucides et -11 % pour les lipides). Sur la même période, les apports en énergie et en macronutriments sont restés stables chez les 15-17 ans [79,80,86] [294]. Entre 2006 et 2014, les apports énergétiques des adolescents de 11-14 ans et de 15-19 ans sont restés stables chez les garçons comme chez les filles (*

---

<sup>25</sup> le 22 juillet 2025, une feuille route interministérielle en faveur d'un sommeil de qualité 2025-2026 a été présentée dans le cadre de la Grande Cause Nationale Santé mentale [Promouvoir un sommeil de qualité pour tous : une feuille de route interministérielle pour un enjeu de santé publique majeur - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

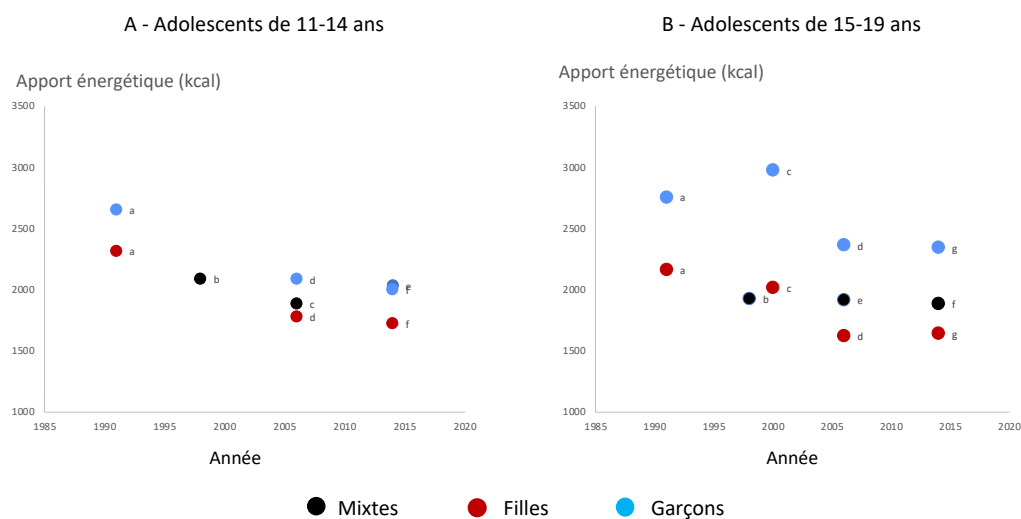


Figure 61 A et

B).

Les apports énergétiques totaux au cours de la journée chez les adolescents (11-17 ans) sont répartis de la façon suivante [86] :

- 19 % au petit-déjeuner
- 33 % au déjeuner
- 33 % au dîner
- 11 % au goûter
- 4 % au cours des collations hors repas.

Figure 61-Évolution de l'apport énergétique (kcal) des adolescents de 11-14 ans (A) et de 15-19 ans (B) entre 1990 et 2016

- Références citées dans les figures A et B : a) Deheeger et al. (2002) ; b) Lioret et al. (2010 – INCA 1) ; d) Usen (2006 – ENNS) ; e) Anses (2017 – INCA 3) ; f) Esen (2017 – Esteban).
- Figure A : c) Afssa (2009 – INCA 2) et figure B : c) Rolland-Cachera et al. (2000)

Globalement, la contribution des macronutriments à l'apport énergétique total, quel que soit l'âge et le sexe (Figure 62, A et B) est restée relativement stable entre 1991 et 2014 autour de 48 % pour les glucides, 35 % pour les lipides et 17 % pour les protéines pour les adolescents âgés de 12 à 18 ans.

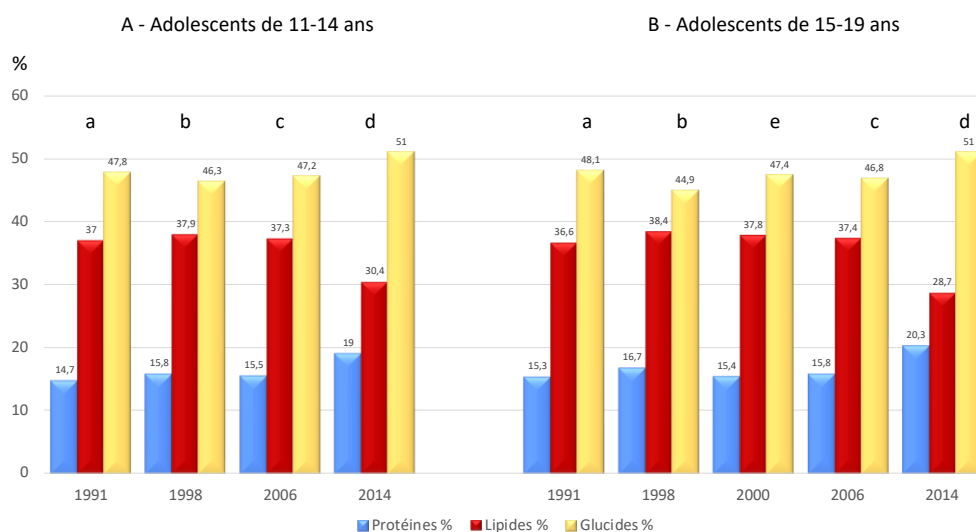


Figure 62-Évolution de la contribution (%) des macronutriments à l'apport énergétique des adolescents de 11-14 ans (A) et de 15-19 ans (B) entre 1990 et 2016

Références citées dans les figures A et B : a) Deheeger et al. (2002) ; b) Lioret et al. (2010 – INCA 1) ; c) Afssa (2009 – INCA 2) ; d) Anses (2017 – INCA 3) ; e) Rolland-Cachera et al. (2000)

## 9.1.2 Consommations alimentaires

### 9.1.2.1 Fruits et légumes

La comparaison des données de l'enquête INCA 1 (1998-1999) et celles du Baromètre santé de 2002 concernant les jeunes âgés de 12-14 ans fait état d'une baisse de la proportion des jeunes atteignant les repères PNNS pour les consommations de fruits et de légumes de 5,6 à 2,8 % [255]. La contribution des aliments du groupe des légumes a diminué entre 1999 et 2007. En 2002, les données Baromètre santé montrent que seulement 2,8 % des 12-14 ans et 3,5 % des 15-19 ans consommaient au moins 5 fruits et légumes par jour [295]. Entre 2002 et 2008, la proportion des 12-17 ans qui atteignaient les repères PNNS de consommation de 5 fruits et légumes par jour a augmenté de 2,4 % à 8,3 % pour les garçons et de 3,2 % à 7,9 % pour les filles [241] [255]. Les enquêtes INCA 1 et INCA 2 ont observé globalement une stabilité de la consommation de fruits et légumes chez les adolescents et ont confirmé l'augmentation de la consommation de fruits des adolescents [294]. Dans l'étude régionale PRALIMAP (données 2006-2010), 14,9 % des adolescents de 15 ans déclaraient consommer 5 fruits et légumes par jour [296]. On assiste à une

augmentation de la consommation régulière des fruits et des légumes jusqu'à 2006. La comparaison des données des enquêtes ENNS 2006 et Esteban 2015 fait état d'une stabilité de la proportion d'adolescents qui atteignaient le repère de consommation de 5 portions de fruits et légumes par jour : de 24,6 à 17 % chez les garçons, 26,1 à 17,3 % chez les filles de 11-14 ans, et, de 26,7 à 27,7 % chez les garçons et de 28,4 à 28,3 % chez les filles de 15-17 ans [297]. L'enquête CREDOC a constaté une baisse de la proportion de consommation d'au moins cinq portions de fruits et légumes par jour chez les jeunes (3-17 ans) qui n'était plus que de 6 % entre 2010 et 2016 [298]. Entre 2006 et 2014, la contribution des légumes à l'apport énergétique total a diminué chez les jeunes âgés entre 3 et 17 ans [80,86]. Entre 2010 et 2019, l'enquête du CREDOC (2019) a confirmé un renversement de situation avec une augmentation chez les 3-17 ans de la consommation des fruits et des légumes [299]. Les résultats de l'étude EnCLASS de 2022 ont montré que la proportion de collégiens qui consomment quotidiennement des fruits et/ou des légumes a diminué entre 2010 et 2018 passant de 55,6 % à 48,0 % [246]. En 2022, cette proportion a légèrement réaugmenté à 53,4 %, essentiellement du fait d'une augmentation chez les garçons. On notera qu'en 2022, 48,1 % des lycéens consommaient des fruits ou des légumes tous les jours.

En conclusion, en 30 ans, la consommation en fruits et légumes des adolescents français a connu plusieurs phases, d'une augmentation des années 90 à 2006, à une baisse jusqu'en 2010 puis une stabilité jusqu'à aujourd'hui. Les indicateurs n'étant pas toujours les mêmes dans les différents enquêtes et études nationales, les comparaisons restent limitées sur une période aussi longue. Quoi qu'il en soit, il est important de constater que la proportion des jeunes qui atteignent les recommandations en vigueur a été et reste faible.

#### 9.1.2.2 *Viande et volailles, produits de la pêche, œufs (VPO)*

La proportion d'adolescents âgés de 12 à 14 ans consommant, selon les recommandations, une à deux fois des aliments du groupe VPO a augmenté de 76,1 à 80,9 % entre 1998 et 2002 (INCA 1 et Baromètre santé 2002) [255]. Le Baromètre santé de 2002 a fait état de 83 % des 12-14 ans et de 77,4 % des 15-19 ans garçons et de 77,5 % des 12-14 ans et des 77,1 % des 15-19 ans filles qui consommaient au moins 2 VPO la veille de l'enquête [295]. En 2006 et 2015, la proportion de jeunes de 6 à 17 ans ayant une consommation respectant le repère PNNS et l'indicateur de l'étude ENNS ([1-2] portions de VPO par jour) représentait 45,8 % chez les garçons et les filles (ENNS, 2006) et 45,1 % chez les garçons et 47 % chez les filles [297].

#### 9.1.2.3 *Produits laitiers*

En 1998, 34 % des adolescents de 12-14 ans consommaient au moins trois produits laitiers par jour [255]. En 2002, les proportions d'adolescents âgés de 12-14 ans qui consommaient des produits laitiers au moins 3 fois par jour étaient de 52,6 % pour les garçons et de 59,7 % pour les filles. Ces proportions ont diminué à 51,7 % et 50,3 % pour les garçons et les filles de 15-19 ans, respectivement [295]. Entre 2002 et 2008, les données des Baromètres santé ont signalé une nette diminution du pourcentage des 12-17 ans qui avaient une consommation de produits laitiers conforme aux recommandations du PNNS (à savoir 3 ou 4 par jour), en particulier chez les jeunes filles de 12-17 ans. La moitié d'entre elles (50,0 %) avaient une consommation de produits laitiers conforme aux recommandations en 2002 alors qu'elles n'étaient que 38,4 % en 2008 [242]. La proportion de garçons âgés de 12-17 ans à atteindre ces recommandations est de 50,7 %. La proportion d'adolescents consommant au moins 3 fois par jour des produits laitiers a diminué avec l'âge : 48,7 % pour les 12-14 ans, 46,5 % pour les 15-16 ans et 30,2 % pour les 17 ans [242]. Entre 2006 et 2015, la proportion de jeunes de 6-17 ans ayant une consommation respectant le

repère PNNS et l'indicateur de l'étude ENNS d'une consommation équivalente à [2,5-4,5] portions de lait et produits laitiers par jour, est restée stable et représentait 37,7 % et 32,9 % chez les garçons et les filles, respectivement [83] et 37,7 % pour les garçons et 28,2 % pour les filles [297].

#### 9.1.2.4 Féculents

Les adolescents de 12-14 ans déclarant consommer au moins 3 féculents par jour étaient de 34 % en 1998 et de 60,2 % en 2002 [255]. En 2002, les proportions d'adolescents âgés de 12-14 ans qui consommaient des féculents au moins 3 fois par jour étaient de 23,2 % pour les garçons et de 31,9 % pour les filles. Entre 1998 et 2002, ces proportions ont augmenté très significativement pour une consommation de 4 fois par jour et plus de 68,5 % et 56,4 % chez les garçons et les filles âgés de 12-14 ans. Pour les 15-19 ans, ces proportions ont diminué à 30,6 % et 29,5 % pour les garçons et les filles, respectivement [295]. Comme pour les 12-14 ans, ces proportions étaient beaucoup plus importantes pour les adolescents qui consommaient des féculents 4 fois et plus : 49,3 % pour les garçons et 70,2 % pour les filles. Entre 2002 et 2008, les données des Baromètres santé ont signalé une stabilité des proportions des 12-17 ans qui avaient une consommation de féculents conforme aux recommandations du PNNS (à savoir au moins 3 par jour) tant chez les garçons que chez les filles : de 85,3 à 79,2 % chez les garçons et de 78,1 à 74,9 % chez les filles [242,255]. Entre 2006 et 2015, une diminution significative de la proportion d'adolescents (11-14 ans) en adéquation avec le repère PNNS et avec le résultat de l'étude ENNS (3-6 portions de féculents par jour) a été observée : de 44,8 à 28,6 % chez les garçons et de 28,0 à 13,6 % chez les filles. Pour les adolescents de 15-17 ans, une moindre baisse a été observée de 47,9 à 38,4 % pour les garçons et de 22,8 à 17,2 % chez les filles [297].

#### 9.1.2.5 Produits sucrés (gâteaux, biscuits, chocolat, etc.)

Bien que les jeunes de 12-17 ans soient les plus gros consommateurs de produits sucrés, la proportion des jeunes en ayant consommé au moins une fois la veille de l'étude est restée stable entre 2002 et 2008 : de 91,1 à 85,6 % chez les garçons et de 83 à 81,5 % chez les filles [242,255]. Dans l'étude PRALIMAP (données 2006-2010), 78,1 % des adolescents de 15 ans ont déclaré consommer au moins un produit sucré par jour [296]. En 2006, la proportion de jeunes de 6-17 ans ayant une consommation respectant le repère PNNS et l'indicateur de l'étude ENNS (glucides simples issus des produits sucrés < 12,5 % des apports énergétique sans alcool (AESA) représentait 43,7 % chez les garçons et 36,4 % chez les filles [297]. En 2015, ils n'étaient plus que de 32,1 % chez les garçons et 33 % chez les filles [297].

En 2022, selon l'enquête EnCLASS, au collège, 25,9 % des filles et 22,9 % des garçons déclarent consommer des bonbons ou du chocolat tous les jours, sans grande différence avec les lycéens (23,4 %). Les collégiens étaient respectivement 26,1 % et 23,6 % de consommateurs quotidiens de sucreries en 2010 [229].

#### 9.1.2.6 Produits type snack et plats préparés

Une augmentation significative de la consommation des produits dits type « snacks », sandwiches ou hamburgers, a été observée chez les adolescents entre 1999 et 2007. Ainsi, on a noté une contribution à l'apport énergétique total plus élevée pour les sandwiches, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés que pour les plats composés en 2007 comparativement à 1999 (INCA 1 et INCA 2). L'augmentation de la consommation des produits type « snack » a été confirmée entre 2002 et 2008. La prévalence des jeunes consommant au moins une fois par jour ce type de produit est passée de 25,8 % à 32 % chez les garçons et de 29,3 à 27,6 % chez les filles [242,255]. Dans le même sens, la proportion de jeunes (12-17 ans) consommant des plats préparés au moins une

fois par semaine a fortement augmenté entre 2002 et 2008 passant de 46,2 à 64,7 % pour les garçons et de 49,2 et 57,7 % pour les filles. Dans l'étude PRALIMAP (données 2006-2010), 33,4 % des adolescents de 15 ans ont déclaré consommer des produits de type snack [296]. Entre 2006 et 2014, l'apport des sandwichs, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés à l'apport énergétique total a augmenté chez les jeunes âgés de 3-17 ans [80,86].

#### 9.1.2.7 Boissons sucrées

La proportion des jeunes de 15-17 ans ayant consommé au moins une fois une boisson sucrée la veille est restée stable entre 2002 et 2008 : de 39,5 à 43,6 % chez les garçons et de 36,7 à 28,8 % chez les filles [242,255]. En 2006, la proportion de jeunes âgés de 6-17 ans ayant une consommation respectant le repère PNNS et l'indicateur de l'étude ENNS (moins de 125 ml de boissons sucrées) représentait 56 % chez les garçons et 64,1 % chez les filles [297]. En 2015, les résultats de l'étude Estéban [297] ont montré que les proportions avaient augmenté pour atteindre 58,9 % chez les garçons et 69,3 % chez les filles.

En 2022, les collégiennes ayant participé à l'enquête EnCLASS consomment moins de soda de manière quotidienne par rapport aux garçons (19,6 % vs. 21,8 %), les chiffres sont comparables au lycée (filles 19,0 % ; garçons 19,0 %). Ces chiffres sont en baisse comparativement à 2010 (respectivement 24,2 % et 30,3 %) [236].

## 9.2 Habitudes alimentaires

Bien qu'il soit reconnu que le surpoids résulte d'un déséquilibre entre l'apport énergétique et la dépense énergétique, la relation entre le surpoids et l'apport nutritionnel ou alimentaire chez les enfants et les adolescents reste complexe. Dès les années 2000, plusieurs études internationales ont suggéré un lien avec les changements dans les habitudes alimentaires au cours des dernières décennies qui concernent par exemple une augmentation du grignotage [300], une consommation moins répandue au domicile [301].

### 9.2.1 Comportements alimentaires

L'adolescence est reconnue comme une période spécifique au cours de laquelle les adolescents sont confrontés au double objectif de vouloir affirmer leur individualisme alimentaire d'une part, et de s'identifier comme un membre de la famille en participant aux repas familiaux, d'autre part. Le rapport du Conseil National Alimentaire [302] a identifié plusieurs périodes de modification des pratiques alimentaires des 11-17 ans : i) 12-15 ans : la socialisation alimentaire hors du foyer augmente et les comportements alimentaires transgressifs vis-à-vis de ceux des parents s'intensifient, ii) 16-18 ans : augmentation de la prépondérance des repas pris hors du domicile.

#### 9.2.1.1 Nombre de repas

Le modèle alimentaire français consiste en 3 repas principaux pris à heures fixes communes à tous. La stabilité a été confirmée par plusieurs enquêtes : celles sur les Comportements et Consommations Alimentaires en France (CRÉDOC, CCAF 1988, 1995, 2000, 2003, 2007) et celles du Baromètre Santé Nutrition menée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) en 1996, 2002 et 2008. La proportion d'adolescents de 11-14 ans qui prenaient régulièrement 3 repas est passé de 51 à 61 % entre 1998-1999 et 2006-2007. Ces prévalences sont dépendantes de l'âge. Les résultats du Baromètre santé nutrition de 2002 ont rapporté une proportion de 80,1 % des adolescents de 12-17 ans qui déclarent prendre au moins 3 repas par jour [255]. En revanche, seuls 34 % des adolescents de 15-17 ans respectent ce rythme alimentaire de trois repas réguliers en 2006-2007 contre 51 % en 1998-1999 [80]. Chez les 11-14 ans, 61 % déclaraient prendre systématiquement trois repas en 2006-2007. En 2008, 90 %

des adolescents de 12-14 ans et 81 % des 15-16 ans déclaraient avoir pris les trois repas principaux la veille de l'interview [242]. Le Baromètre santé jeunes de 2010 a établi la proportion d'adolescents de 12-15 ans prenant trois repas par jour à 88,5 % [277]. Dans l'étude INCA 3 [86], la prise régulière de trois repas est observée chez 74 % des 11-14 ans et de 53 % des 15-17 ans.

#### 9.2.1.2 Petit-déjeuner

En 1996-1997, les données du Baromètre santé jeune ont fait état de 65,3 % des 12-19 ans prenant quotidiennement un petit-déjeuner [226]. Entre 1999 et 2003, la proportion des adolescents de 13 à 19 ans prenant un petit-déjeuner quotidien est passée de 65 % à 79 % (INCA 1 [303]; CRÉDOC, 1999 et CCAF 2003). Après cette progression, il a été constaté une baisse générale de la prise des petits-déjeuners. En effet, les résultats de l'étude CREDOC – CCAF 2013 ont corroboré cette tendance de moins en moins de régularité dans la prise de petit-déjeuner chez les adolescents : 79 % prenaient un petit-déjeuner tous les jours en 2003 contre 59 % en 2010 [304]. Entre 1998-1999 (INCA 1) et 2006-2007 (INCA 2), les données des études INCA ont montré que cette évolution était dépendante de l'âge : chez les 11-14 ans, il a été constaté une légère augmentation de la proportion des adolescents qui prenaient régulièrement un petit-déjeuner de 68 à 71 % alors que chez les 15-17 ans une baisse de 16 points a été observée, de 66 à 50 %. La prise irrégulière des petits-déjeuners par les adolescents de 13 à 19 ans a été observée dans l'étude Comportement et consommation alimentaire en France (CCAF 2010) du CREDOC : 59 % avaient pris quotidiennement (sur 7 jours) leurs petits-déjeuners (contre 87 % pour les enfants de 3 à 12 ans) [304]. En 2014-2015, les résultats de l'étude INCA 3 ont confirmé ces tendances. En effet, les petits-déjeuners, et dans une moindre mesure les déjeuners, étaient plus souvent omis par les adolescents âgés de 15 à 17 ans : 60 % d'entre eux prenaient un petit-déjeuner tous les jours [86]. Chez les 11-14 ans, 77,8 % des adolescents prenaient systématiquement un petit déjeuner. Le déjeuner était le repas le moins sauté les jours de week-end. Plus récemment, les résultats de l'étude EnCLASS 2018 ont montré que seulement 50 % des collégiens prenaient un petit-déjeuner quotidiennement. Il est important de noter qu'environ 2 collégiens sur 10 (17,1 %) ne prenaient jamais de petit-déjeuner [246]. L'enquête Ipsos de 2019 réalisée pour la Fondation Lactel [305] chez 451 collégiennes a fait état d'une augmentation avec l'âge de la proportion d'adolescents qui ne prenaient pas systématiquement de petits déjeuners : 13 % pour les élèves de 5<sup>ème</sup> à 33 % pour ceux de 3<sup>ème</sup>. En revanche, 40 % des collégiens reprenaient le petit-déjeuner les jours de week-end. L'enquête IFOP de 2022 réalisée auprès de 480 collégiens a révélé que 79 % d'entre eux prenaient quotidiennement un petit-déjeuner les jours d'école [306]. D'après les déclarations des collégiens interrogés en 2022 dans l'enquête EnCLASS, 61,6 % des garçons et 47,1 % des filles prennent un petit-déjeuner les 5 jours de classe, ces chiffres sont en baisse depuis 2010 (resp. 71,9 % et 59,6 %) [307].

#### 9.2.1.3 Goûter

Les données de l'enquête sur les Comportements et Consommations Alimentaires en France (CCAF), le CREDOC ont révélé l'évolution de la prise d'un goûter quotidien par les enfants de 3 à 17 ans. Les résultats ont montré qu'après une baisse au milieu des années 2000 qui s'est prolongée jusqu'en 2013, la part des enfants qui goûtaient régulièrement s'était un peu redressée (Figure 63). Elle est restée toutefois inférieure à ce qu'elle était il y a treize ans. Les jeunes âgés de 7 à 14 ans prenaient en moyenne 5,4 goûters par semaine en 2003 contre 4,4 en 2013 et 4,6 en 2016. Chez les 15-17 ans, le nombre de goûters était bien plus faible et n'était que de 4,1 en 2003, 3,2 en 2013 et 3,5 en 2016. Si en 2010 près de 25 % des 15-17 ans n'avaient pris aucun goûter dans la semaine, ils n'étaient plus que 12 % en 2016.

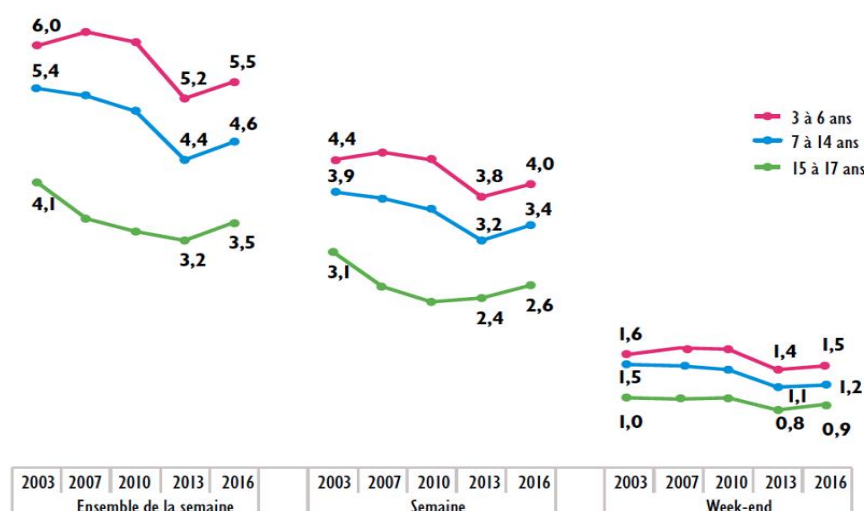


Figure 63- Nombre moyen de goûters pris, sur 7 jours d'enquête, chez les enfants entre 2003 et 2016 (en %). Source : CRÉDOC, enquêtes CCAF 2003, 2007, 2010, 2013 et 2016.

Le pourcentage d'adolescents consommant une collation est de plus en plus faible. De plus, la qualité des goûters était de plus en plus éloignée des recommandations PNNS : pas assez de boisson (30 %), ni produit laitier, ni fruit, ni produit céréalier (50 %) [308]. Les principaux aliments composant les goûters étaient les pâtisseries et viennoiseries.

#### 9.2.1.4 Grignotage

Le grignotage est considéré comme une prise alimentaire en dehors des repas principaux. Dans certaines études, une confusion peut apparaître entre collation/goûter et grignotage. Le grignotage est fréquent chez les adolescents : 60 % chez les adolescents de 16-17 ans contre 45 % chez les enfants de 11-13 ans [309]. Ce comportement est en partie expliqué par une nécessaire compensation de la faible consommation énergétique du petit-déjeuner [310]. En 1996-1997, 77,9 % des adolescents déclaraient avoir consommé au moins un aliment (sous forme liquide ou solide) en dehors des trois repas principaux. En 2002, la proportion de grignoteur chez les adolescents de 12-17 ans a été évaluée à 12,9 % [255]. Le grignotage a par ailleurs diminué depuis 2002 chez les jeunes de 12 à 18 ans, de 13,3 % en 2002 à 8,5 % en 2008 [277].

#### 9.2.1.5 Lieux des repas

Le Baromètre santé 2010 a évalué la proportion d'adolescents de 12-15 ans qui prenaient les trois principaux repas à domicile à 95,5 % [277]. Lorsqu'un repas était consommé hors du domicile, il était pour 32 % en restauration scolaire. Dans l'étude INCA 2 (2006-2007), 94,8 % des petits-déjeuners, 62 % des déjeuners et 89 % des dîners ont été pris à domicile. Le Baromètre santé de 2008 a corroboré ces proportions importantes d'adolescents prenant les trois repas principaux à domicile, voire dans une très moindre mesure à l'école [242]. Ces valeurs étaient proches de celles relevées dans INCA 3 (2014-2015) : 93,4 % pour le petit-déjeuner, 60 % pour le déjeuner et 90 % pour le dîner [86]. Entre INCA 2 et INCA 3, la proportion des 3-17 ans prenant le déjeuner en

restauration scolaire au moins trois jour par semaine a augmenté passant de 56 % en 2006-2007 à 67 % en 2014-2015.

En 2022, 68,3 % des collégiens interrogés dans l'enquête EnCLASS ont déclaré déjeuner à la cantine 4 fois par semaine [307].

## 9.3 Comportement alimentaire

### 9.3.1 Régime

L'apport nutritionnel a été étudié chez les garçons et les filles au régime. À 14-17 ans, 4 % des garçons et 17 % des filles déclaraient suivre fréquemment des régimes [309]. En 1996-1997, les chiffres du Baromètre santé jeune concernant les régimes étaient en forte augmentation et associés à l'âge et au sexe. Ainsi, si globalement seulement 3,9 % des garçons déclaraient avoir suivi un régime pour perdre du poids (3,3 % chez les 12-13 ans et 4,4 % chez les 18-19 ans), chez les filles les proportions atteignaient 10,1 % pour les 12-13 ans, 21 % pour les 14-15 ans, 24,7 % pour les 16-17 ans et 30,1 % pour les 18-19 ans [226]. En 2010, 30,1 % des 11-15 ans déclaraient avoir suivi un régime pour perdre du poids [277].

### 9.3.2 Troubles du comportement alimentaire

Bien que l'adolescence soit une période sensible pour l'apparition des troubles du comportement alimentaire, nous ne traiterons pas spécifiquement des troubles du comportement alimentaire dans la mesure où leurs prévalences, qui ont fortement augmenté ces 30 dernières années, sont très dépendantes de l'amélioration du diagnostic et de la reconnaissance de ces pathologies [311][312]. De plus, les indicateurs permettant de comparer les différentes données rendent les conclusions trop hasardeuses.

#### Synthèse

Si la répartition des macronutriments à l'apport énergétique est restée stable en 30 ans, l'apport énergétique a diminué jusqu'en 2006 puis s'est stabilisé.

En 30 ans, la faible consommation en fruits et légumes des adolescents français a connu plusieurs phases, d'une augmentation des années 90 à 2006, à une baisse jusqu'en 2010 puis une stabilité jusqu'à aujourd'hui.

Les adolescents consomment de plus en plus de produits dits type « snacks », sandwichs ou hamburgers, et des boissons sucrées.

De plus en plus d'adolescents déclarent avoir suivi un régime.

#### Recommandation

- Clarifier et adapter les messages nutritionnels à destination des adolescents.
- Poursuivre les campagnes en faveur de la réduction de la consommation de boissons et produits sucrés.
- Renforcer l'éducation nutritionnelle des adolescents.

## 10. Évolution de l'environnement des adolescents

### 10.1 Évènements des 30 dernières années

La Figure 64 reprend certains des événements survenus entre 1994 et 2024 dans les domaines de l'actualité mondiale, des changements sociaux, technologiques et des événements climatiques qui ont pu marquer l'environnement des adolescents.

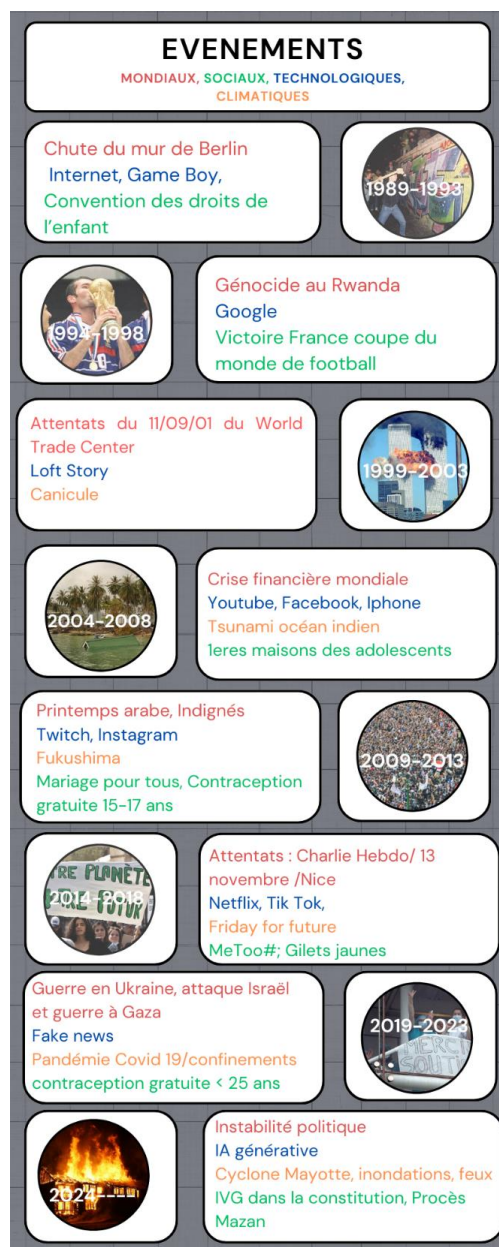


Figure 64-Principaux évènements des 30 dernières années (mondiaux, sociaux, technologiques, climatiques)

## 10.2 Un environnement relationnel qui évolue

L'adolescence se caractérise par un élargissement de l'environnement relationnel des filles et des garçons, ce qui impacte la santé globale (sociale, psychologique, physique). L'arrivée au collège est un moment critique prépondérant, avec souvent une augmentation des temps de transports et des changements dans l'occupation du temps libre. Le collège est bien sûr le premier lieu de sociabilité : les liens noués avec les pairs s'articulent avec d'autres lieux de socialisation : les associations culturelles et sportives, dont il faut mettre en avant la portée indéniable, à valoriser davantage notamment au niveau de la santé sociale.

Les relations avec les pairs, primordiales à l'adolescence, sont très liées aux résultats scolaires [313] : elles restent cependant très imbriquées aux modalités de liens familiaux. Aujourd'hui comme hier, l'harmonie familiale se répercute directement sur la qualité des liens entretenus avec les pairs. Le soutien des parents est prépondérant sur l'évolution des relations : le manque d'implication des parents est associé, chez les adolescents, à des relations déviantes avec les pairs [314]. Les liens avec les parents restent très importants, mais parfois difficiles. Du côté des parents, l'adolescence peut être un moment de rupture parfois difficile à vivre. La CNAF a réalisé en 2016 une enquête sur les attentes et besoins des parents auprès de 6600 allocataires (84% sont des mères, 24% mono-parents, 16% de familles recomposées). Les parents ayant des adolescents de 11-14 ans et 15 ans et plus sont ceux qui déclarent rencontrer le plus de difficultés : 50% d'entre eux estiment que le rôle de parent n'est pas facile. Cette situation génère de la souffrance qu'il faut partager. Les cas de déviances adolescentes semblent être liés à un déficit d'attachement dans la prime enfance [315]. L'aide à la parentalité peut être une solution adaptée dans ces situations de rupture du lien entre les adolescents et leurs parents. Le maintien d'un cadre éducatif et le dialogue sont préconisés à cette période [316] ainsi que le développement des compétences psychosociales des parents [317].

Les adolescents recréent au cours de leurs interactions amicales les styles originaux d'hostilité, de soutien et de résolution de problèmes vécus avec leurs propres parents [318].

L'isolement est très difficile à vivre, surtout pour les filles, beaucoup plus concernées (environ un tiers chez les adolescentes). La dernière enquête EnCLASS 2022 identifie une explosion inquiétante du sentiment de solitude chez elles au décours de l'adolescence : 21,4 % en 6<sup>ème</sup> ; 41,8 % en 1<sup>ère</sup>. Chez les garçons, ce sentiment augmente légèrement de 12,1 à 18,7 % de la 6<sup>ème</sup> à la 1<sup>ère</sup>. La situation s'améliore en Terminale (31,6 % tout de même pour les filles). Cet isolement est associé le plus souvent à une forte chance de décrochage scolaire [286].

Aujourd'hui l'isolement devient un problème majeur de santé publique pour les adolescents d'autant plus qu'à cet âge l'amitié est très valorisée, et reste une voie de socialisation extra-familiale de premier ordre.

L'amitié est un lien fort d'affection ou de sympathie, basée ni sur les liens du sang, ni sur l'attrait sexuel. Elle se manifeste par une proximité volontaire entre deux ou quelques personnes et demeure au fondement du développement d'habiletés sociales.

Les amitiés influencent de nombreuses dimensions de la vie des jeunes, notamment les résultats scolaires [313], la santé mentale et les comportements prosociaux et antisociaux. La fréquence et les types de relations (en fonction du contexte : scolaire, sportif, récréatif ; à distance ou en direct) sont particulièrement importantes. Les attitudes et les styles d'interactions du ou des amis influencent en effet le cours du développement des adolescents [319]. Depuis une dizaine d'années, les nouvelles amitiés 2.0 sont à mettre en avant, notamment les éventuelles dérives [320].

Les adolescents accordent beaucoup de temps et d'énergie à leurs liens amicaux qui jouent ainsi un rôle déterminant dans leur évolution [321]. Ils acquièrent les codes de présentation et de valorisation de soi. En somme, ils expérimentent une nouvelle altérité. Toutefois, les parents doivent conserver une attention particulière à ces relations aux implications multiples. Le soutien discret et régulier et l'investissement adéquat des parents dans la résolution de problèmes jouent un rôle déterminant pour le maintien de relations amicales épanouissantes pour leurs adolescents.

La période de l'adolescence est également le moment de l'émergence des premiers émois amoureux. Il est à noter peu de changements en la matière dans les dernières années [322] : une séparation des sexes bien assimilée à l'enfance, un objectif idéalisé d'amour hétérosexuel. Au collège, cette norme est bien intériorisée : l'effet d'âge prime. Il faut se définir en couple ou célibataire ; à partir de 14 ans, le célibat est un problème ; la relation amoureuse est une expérience à vivre. En témoignent les derniers chiffres de l'enquête EnCLASS, en 2022, en 4e et 3e, et au lycée, 8 garçons sur 10 et 7 filles sur 10 rapportent avoir déjà ressenti des sentiments amoureux. Et ils sont 9 sur 10 à déclarer avoir déjà été attiré par une ou plusieurs personnes [157].

Dans un contexte de sexualisation en cours, il s'agit de devenir un « vrai mec » ou une fille de bonne réputation ; l'homosexualité est difficile à vivre, voire repoussée (quels que soient les milieux sociaux). Les rencontres restent le plus souvent et peut-être paradoxalement à l'ère numérique, en dehors des réseaux sociaux. Des différences sociales demeurent cependant au niveau de la pression sociale sur les filles (plus importantes dans les classes populaires) et dans la mise en couple au lycée (les expérimentations conjugales sont plus fréquentes en milieu populaire et rural). La famille est alors un refuge, mais aussi un lieu de pression forte. Il reste de nombreux stéréotypes en matière de relations amoureuses à l'adolescence, avec une valorisation du couple, comme relation normative exclusive .

L'élargissement de l'environnement relationnel, essentiel au développement social des adolescents et des adolescentes passe le plus souvent également par l'adhésion associative dans le sport et la culture.

Selon des derniers chiffres de l'INSEE (2023)[323], 95 % des garçons et 90 % des filles de 15 à 18 ans ont une pratique sportive hebdomadaire, quelles que soient les modalités. Les collégiens accordent eux une grande place au sport dans leurs loisirs : 83 % d'entre eux ont une activité sportive au moins une fois par semaine et près des deux tiers sont inscrits dans une association ou un club sportif. Toutefois, il est à noter une baisse de la pratique licenciée à 12 ans (hors sport scolaire), d'autant plus pour les filles et dans les milieux pauvres [324].

Les sports les plus prisés par les jeunes sont la natation, le football, le vélo, le footing [325].

Il existe cependant des disparités sociales en lien avec les pratiques sportives des parents, les occasions de pratique pendant les vacances d'été, plus fréquentes dans les milieux favorisés, mais aussi en lien avec de meilleurs résultats scolaires [326]. Les pratiques tendent toutefois à se diversifier : les pratiques de musculation et de fitness, en salle ou chez soi, ont aujourd'hui le vent en poupe. La multi-pratique est plus fréquente, notamment en milieu urbain et dans les groupes sociaux favorisés. À noter que 36 % des sportifs utilisent aujourd'hui un instrument de mesure [323].

Depuis sa naissance, le sport reste un lieu privilégié de découverte de l'altérité, même si l'entre-soi tend à s'imposer avec l'âge, après une période de mixité sociale plus marquée au moment du collège. Comme le défend Dietsch en 2024 [327], le sport adolescent oscille entre désir de liberté individuelle et conformité aux normes du groupe et de la société. Les nouvelles technologies semblent accentuer l'activité individuelle et la pratique à domicile, éloignant progressivement les usagers des clubs fédéraux. Ce désengagement reste paradoxal et en rupture avec l'ordre sportif

pour promouvoir une autre vision des pratiques physiques et sportives. Autrement dit l'engagement sportif prend une autre forme plus informelle [328].

Autres lieux de découverte de l'altérité : la culture. Les pratiques culturelles restent un espace d'expressivité et de sociabilité de premier ordre, même à l'ère numérique. Elles sont marquées par des transmissions horizontales, entre pairs, facilitées par les outils numériques.

L'effet d'âge est toutefois important [329] : à 17 ans, les jeunes sont moins nombreux à regarder la télévision tous les jours (66 %) qu'à 11 ans (81 %) ; ils écoutent plus de musique (68 % tous les jours contre 37 % à l'âge de 11 ans) ; ils lisent chaque jour moins de livres (9 %) et de bandes dessinées (5,5 %) alors qu'ils sont respectivement 33,5 % et 20,5 % à 11 ans. À 17 ans, ils laissent tomber les « jeux », trop marqués par l'enfance (1,5 % à 17 ans contre 20,5 % à 11 ans).

Depuis une quarantaine d'années, si la lecture est marquée par une érosion structurelle (notamment au niveau des livres imprimés et de la presse), la musicalisation de l'univers culturel des adolescentes et adolescents est plus intense encore que pour les générations précédentes. Les 15-19 ans sont par ailleurs férus de cinéma, qui reste la première de leurs sorties [245].

Toutefois il est à noter une substitution en cours par les possibilités offertes par le numérique (séries, films, documentaires). Mais la montée en puissance de l'audiovisuel, au détriment de l'écrit, n'est pas récente : les médias de l'image évoluent, notamment depuis la généralisation du smartphone dans les années 2010.

Sur les smartphones et sur les ordinateurs, Internet peut être assimilé à une scène de jeu, de travestissement et d'apprentissage. C'est surtout un moyen pour les adolescents de tester des appartenances ou de s'exercer à la vie. Les blogs et désormais les réseaux sociaux sont des lieux de présentation et de construction de soi : il s'agit de se tester, de faire des essais, d'effacer et de recommencer, « ce qui donne un sentiment de continuité de soi » [330].

Les déterminants sociaux restent très actifs : si le milieu social d'appartenance était très discriminant pour un certain nombre de pratiques dans les générations précédentes (dans les années 1970), les différences socio-culturelles semblent s'atténuer aujourd'hui [331]. L'intérêt pour les pratiques culturelles dites légitimes (sorties, lecture de livres) est aujourd'hui plus fort chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons. Les usages différenciés de ces pratiques en fonction du genre et du milieu social d'appartenance sont encore présents, notamment en termes de multiplication et de choix de pratiques [331], les pratiques omnivores restant l'apanage des milieux les plus aisés [332].

Les conditions de consommation se métamorphosent également, notamment la frontière entre public et privé, pratiques solitaires et pratiques collectives. La multiplication des supports avait déjà été amorcée avec l'individualisation des pratiques à la fin du vingtième siècle, elle est marquée aujourd'hui par des communautés de pratique, qui différencient les groupes d'adolescents.

Apparaissent ainsi de nouvelles pratiques de composition culturelles, musicales ou audiovisuelles, seul ou à plusieurs. Les trois quarts des adolescents de 15 à 19 ans se livrent volontiers à des manipulations inventives de textes, d'images et de sons [331].

Aussi assiste-on à une recomposition des logiques de distinction, qui amène les adolescents à vivre un entre-soi marqué par les milieux sociaux et le genre.

Dans le domaine des loisirs, qu'ils soient sportifs et culturels, l'Éducation Populaire a une place particulière à explorer. Les grandes associations socio-éducatives (Ligue de l'enseignement, Les Francas, Jeunesse au plein air, Union des Clubs de Plein Air, scoutismes) sont des lieux potentiels de socialisation et d'éducation extra-scolaire. En 2017, on recensait « plus de 630 000 associations d'éducation populaire » et « plus de 6,3 millions de bénévoles » [333].

L'accompagnement éducatif et scolaire, l'éducation à la citoyenneté active, dans le domaine des arts, la formation au développement durable et l'inclusion sociale restent les champs le plus souvent investis [334] [335]. Même si par le passé la préoccupation hygiéniste a pu interpeller les mouvements de jeunesse, notamment pendant les colonies de vacances (fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, années 1950) [336], l'éducation à la santé reste à la marge actuellement, notamment dans la formation des animateurs : seuls quelques ateliers traitent de la santé mentale des jeunes.

### **Synthèse**

Ouverture relationnelle essentielle à l'adolescence.

Augmentation du sentiment de solitude, notamment chez les adolescentes.

Le sport et la culture en pleine transformation restent des espaces d'expressivités et de sociabilités adolescentes de premier plan, fortement marqués par des différenciations genrées et à un degré moindre sociale.

Des pratiques culturelles qui se digitalisent.

Rôle des résultats scolaires comme déterminant des relations amicales.

Reproduction du fonctionnement relationnel familial, notamment en référence aux liens parentaux.

Des fortes différences entre filles et garçons.

Des différenciations sociales qui s'atténuent en matière culturelle, même si l'entre-soi demeure quand l'âge avance.

### **Recommandations**

- Mettre en place des campagnes d'information aux parents pour favoriser un soutien approprié aux adolescents.
- Mobiliser les associations socio-culturelles et sportives dans l'éducation à la santé en cohérence avec les acteurs de l'éducation et de la santé publique.

## 10.3 Environnement éducatif

La France se situe parmi les pays de l'OCDE dans lequel le nombre d'heures d'instruction obligatoire par an<sup>26</sup> est supérieur à la moyenne[337], illustrant ainsi la place centrale de l'École dans notre société, dont témoigne également l'importance qui y est accordée aux diplômes, considérés comme le gage de la réussite sociale [338].

### 10.3.1 Un environnement d'apprentissage des élèves façonné par des réformes qui le modifient

Depuis les années 90, de nombreuses réformes ont été mises en place par les ministres de l'éducation successifs, pour améliorer la qualité de l'enseignement et l'égalité des chances. Citons notamment la *loi d'orientation sur l'éducation* de 1989, dite loi Jospin, qui vise à placer « l'élève au centre du système » et qui a marqué un tournant en introduisant le concept de cycles d'apprentissage au collège, afin de mieux adapter l'enseignement aux rythmes d'apprentissage des élèves [339]. En 2005, la *loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école*, dite loi Fillon, a mis l'accent sur le socle commun de connaissances et de compétences, essentiel pour tous les élèves et a établi un partenariat école-commissariat avec un correspondant policier ou gendarme pour chaque établissement en vue d'améliorer les réponses aux infractions [340]. En 2013, l'ambitieuse *loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République*, dite loi Peillon, vise à son tour à réformer le système éducatif français en se centrant sur la lutte contre les inégalités scolaires notamment via la priorisation de l'école primaire, la prise en compte des rythmes de l'enfant et l'inclusion scolaire de tous les enfants sans distinction, mais aussi à la réorganisation de la formation des enseignants [341]. En 2019, une nouvelle réforme d'ampleur est lancée à travers la *loi pour une école de la confiance* [342] ou loi Blanquer. Elle abaisse l'âge de l'instruction obligatoire à 3 ans et rajoute une obligation de formation jusqu'à 18 ans, réaffirme les symboles républicains, le droit à une scolarité sans harcèlement et à un meilleur accompagnement pour les élèves en situation de handicap. Enfin elle réforme les programmes du lycée professionnel en réduisant significativement les heures d'enseignement général, dans le but affiché de donner aux élèves plus de choix et de flexibilité dans leur cursus et leurs projets professionnels.

On notera que sur la période considérée, le slogan ambitieux prononcé en 1985 par le ministre de l'éducation de l'époque, Jean Pierre Chevènement « *amener 80 % d'une classe d'âge au niveau du baccalauréat* » (alors qu'à l'époque ce taux était en-deçà de 30 %) sera devenu une réalité vers 2018 (79,3 % de bachelier en juin 2023) [343], même si les inégalités sociales sont toujours importantes dans le type de baccalauréat obtenu (par exemple en 2022, 34 % de bac filière professionnelles chez les enfants d'ouvriers vs. 8 % chez ceux des cadres), ainsi que le type et la longueur des études [323] et que cette massification peut désormais être questionnée en termes d'accès aux savoirs et à l'insertion professionnelle [338].

Au décours de la période considérée, l'intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC) a profondément modifié les méthodes d'enseignement et d'apprentissage. Depuis les années 2000, les établissements scolaires ont progressivement été équipés d'ordinateurs, de tableaux interactifs et d'accès à Internet. Le plan numérique pour l'éducation lancé en 2015 a accéléré cette transformation en favorisant l'utilisation des tablettes et des ressources numériques dans les classes [344]. Cette nécessité est réaffirmée dans la stratégie

---

<sup>26</sup> 864h pour 805h en moyenne en primaire et 968h pour 916h au premier cycle du secondaire

numérique pour l'éducation 2023-2027 [345], même si, s'agissant de l'utilisation de ces technologies, un certain nombre de points de vigilance ont émergé à l'issue des confinements itératifs et de la scolarisation à distance. Dans le même temps, depuis 2018, le code de l'Éducation stipule dans son article L511-5 que « *L'utilisation d'un téléphone mobile ou de tout autre équipement terminal de communications électroniques par un élève est interdite dans les écoles maternelles, les écoles élémentaires et les collèges et pendant toute activité liée à l'enseignement qui se déroule à l'extérieur de leur enceinte, à l'exception des circonstances, notamment les usages pédagogiques, et des lieux dans lesquels le règlement intérieur l'autorise expressément.* » [346]. Dans les lycées cette interdiction est modulable par le règlement intérieur.

L'évolution des modalités d'orientation post-baccalauréat en France au cours des 30 dernières années a été, elle aussi, marquée par plusieurs réformes et changements significatifs qui méritent d'être rappelés notamment du fait de leur impact potentiel sur le bien-être des élèves. Dans les années 1990, l'orientation post-bac était principalement gérée par les établissements scolaires et les académies. Les élèves devaient remplir des dossiers papier pour postuler aux différentes formations. Les filières universitaires étaient les plus courantes, avec une forte demande pour les DEUG (Diplôme d'Études Universitaires Générales), notamment dans les disciplines scientifiques [347].

Avec l'avènement d'Internet, comme pour d'autres activités scolaires, les procédures d'orientation ont commencé à se digitaliser. En 2003, le portail Admission Post-Bac (APB) a été lancé pour centraliser les candidatures et simplifier le processus. Ce système permettait aux élèves de formuler plusieurs vœux et de suivre l'évolution de leurs candidatures en ligne [348]. En juillet 2015, un arrêté relatif à la mise en place du dispositif « Parcours Avenir » a entériné le fait que les compétences à s'orienter devaient s'acquérir au cours de la scolarité avec l'objectif d'amener les élèves et les étudiants à intérioriser les règles du jeu de l'orientation, en développant leur sens de l'engagement et de l'initiative pour construire leur projet scolaire et professionnel. Et dès lors, certains ont pu alerter sur le risque d'imputer échecs scolaires ou difficultés à s'insérer dans la vie active aux élèves qui n'auraient pas réussi leur orientation, et, symétriquement, à en dédouaner le système éducatif ou l'état du marché du travail. En 2018, APB, critiqué pour son manque de transparence et ses algorithmes de répartition, a été remplacé par Parcoursup. Ce nouveau portail a apporté plus de transparence et de flexibilité, visant à permettre aux élèves de mieux comprendre les critères de sélection des formations et de recevoir des réponses plus rapidement, sans pour autant que la question des inégalités sociales qui sous-tendent les mécanismes des choix d'orientation en fin de lycée ne soit réglée [349]. Depuis, Parcoursup continue d'évoluer régulièrement pour mieux répondre aux besoins des étudiants et des établissements. Les tendances récentes montrent une préférence des bacheliers pour les filières courtes et technologiques, mais la forte corrélation entre l'origine sociale et les choix de filières demeure [350].

Depuis sa mise en place en 2018, Parcoursup a transformé le processus d'orientation post-bac en France, impose une attente souvent longue et stressante, pour les élèves et leurs familles, exacerbée par le système de listes d'attente. Certains ont pu souligner que cette attente prolongée et l'incertitude qui l'accompagne peuvent avoir des effets délétères sur la santé mentale des élèves. Les élèves issus de milieux favorisés, disposant de ressources sociales et émotionnelles plus solides, parviennent généralement à mieux gérer ce stress. En revanche, ceux provenant de milieux moins favorisés sont plus vulnérables à l'anxiété et au stress, ce qui peut impacter leur bien-être et leurs performances académiques [351]. Le partage social des émotions avec les parents, amis et enseignants peut atténuer ce stress. Discuter de leurs préoccupations et de leurs choix d'orientation permet aux élèves de renforcer leurs liens sociaux, de restaurer leur estime de soi et de réorganiser leurs priorités. Cependant, l'efficacité de ce partage dépend de la qualité des relations avec l'entourage [352]. On mesure ici l'importance de repenser le système d'orientation

pour réduire les inégalités et mieux accompagner tous les élèves et leur entourage afin de préserver leur santé mentale et leur bien-être. Les données de l'enquête EnCLASS concernant la santé mentale des élèves attestent indirectement de cette nécessité. La classe de première est celle où globalement les indicateurs de bien-être et de santé mentale sont le moins bons, comparativement aux années précédentes et à celles de la classe de terminale. Le fait que l'enquête soit réalisée au troisième trimestre, après la période de l'inscription sur Parcoursup pouvant légitimer cette hypothèse [37].

Une autre composante importante concernant l'environnement scolaire de notre pays concerne les enfants et adolescents en situation de handicap. Ainsi la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation de la citoyenneté des personnes handicapées [353], et la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la république du 8 juillet 2013, ont permis des avancées majeures concernant la scolarisation des élèves en situation de handicap. Dès lors de nombreux dispositifs de scolarisation ont contribué à l'inclusion scolaire de tous les enfants et adolescents : mise en accessibilité des établissements, individualisation des parcours de formation, personnalisation des aménagements en fonction des besoins des élèves. Depuis 2017, la conférence nationale du handicap porte une attention particulière à l'École et désormais sa nouvelle ambition est celle d'une « École pour tous » [354], comme le mentionne explicitement l'article L111-1 du code de l'éducation modifié en août 2021 [355] : « *Le service public de l'éducation (...) veille à la scolarisation inclusive de tous les enfants, sans aucune distinction* ». En témoignent par exemple l'attribution à chaque enfant de notre pays d'un Identifiant National Elève (INE) même scolarisé en établissement spécialisé, une valorisation des AESH<sup>27</sup>, la poursuite de l'objectif de rapprochement entre le médico-social et l'éducation nationale ou le développement de la pleine accessibilité à l'enseignement supérieur.

Ainsi, l'environnement éducatif des adolescents dans les collèges et lycées en France a évolué de manière significative au cours des trente dernières années, sous l'effet de réformes pédagogiques, de l'intégration des technologies, de la diversification des parcours scolaires, de l'augmentation du nombre de bacheliers, de l'inclusion scolaire et des évolutions sociétales. Ces transformations visent à offrir une éducation de qualité, adaptée aux besoins de chaque élève, et à préparer au mieux les jeunes à un avenir professionnel et citoyen dans une société en constante évolution.

### 10.3.2 Des liens santé, bien-être et apprentissage de plus en plus mis en avant

L'École est désormais envisagée comme un milieu de vie exerçant une influence importante sur la santé actuelle et future des élèves qui la fréquentent [356]. Elle est ainsi à la fois un lieu où peuvent se révéler des difficultés de santé compromettant la qualité des apprentissages scolaires et un milieu de vie qui, par la qualité de son climat scolaire notamment, va influencer significativement la santé et le bien-être des enfants et des adolescents qui le fréquentent [357]. En outre, du fait de sa dimension éducative, l'École peut jouer un rôle essentiel pour maintenir et améliorer la santé des élèves, et par là-même, leur permettre de bénéficier pleinement des apprentissages qui leur sont proposés [358]. Or, l'École accueille l'ensemble de la population infanto-juvénile entre 3 et 16 ans, voire 18 ans, soit en 2022/23, 12,4 millions d'élèves du premier ou du second degré [359], on voit bien en quoi l'enjeu et le potentiel sont de taille. C'est d'ailleurs pourquoi l'École est depuis longtemps reconnue comme un environnement propice à des stratégies de salubrité, d'hygiène, de prévention et d'éducation pour la santé pour tous les enfants et les

---

<sup>27</sup> Les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH), anciennement auxiliaires de vie scolaire (ASH), sont des personnels chargés d'accompagner la scolarisation des élèves en situation de handicap sur le temps scolaire et périscolaire.

adolescents [360], même si, d'un point de vue opérationnel, articuler les enjeux liés à la santé à ceux liés aux missions éducatives de l'école n'est pas forcément simple [361] et nécessite une approche systémique, tant les parties prenantes sont nombreuses et leurs enjeux parfois intriqués [362].

Si un service d'hygiène scolaire avait été créé en 1945, c'est de 1991 que date le service de promotion de la santé en faveur des élèves au sein du ministère de l'Éducation nationale [363]. Mais le cadre réglementaire de la santé à l'école est longtemps resté centré sur une approche par thématiques (santé bucco-dentaire, contrôle de la vaccination, lutte contre le tabac, contre les IST, etc.), priorisant le dépistage systématique de pathologies et la transmission d'informations, le plus souvent sous l'égide de professionnels de santé, médecins et infirmières scolaires. En 1998, un texte adressé aux cadres de l'éducation nationale [364] vise à relancer la santé scolaire et à réaffirmer la place de l'éducation à la santé dans les enseignements mais aussi dans l'ensemble des activités éducatives en préconisant une perspective globale. En 2005 sont créés les Comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté (CESC) dans les établissements du second degré qui ont notamment pour mission de définir les orientations locales en termes d'éducation à la santé et de prévention. Mais il faut attendre 2016 pour voir se concrétiser une approche plus globale de la santé des élèves, prenant la forme d'un parcours éducatif de santé qui insiste sur les liens entre santé, éducation et réussite scolaire mais aussi sur l'importance de la promotion de la santé en milieu scolaire pour lutter contre les inégalités de santé de la maternelle au lycée [365]. C'est enfin en 2020, avec le lancement de la démarche École Promotrice de Santé (EPSa), que le changement de paradigme au profit d'une approche systémique est explicitement amorcé, s'inscrivant dans une dynamique internationale déjà bien établie [366]. L'implication de tous est désormais recherchée et favorisée par le déploiement du dispositif jusqu'au niveau local. Les objectifs de cette démarche sont pluriels: améliorer les conditions de vie quotidienne, renforcer les relations interpersonnelles et sociales, soutenir les valeurs fondamentales telles que l'équité, l'inclusion, la non-discrimination et la justice sociale, contribuer à la réussite et faciliter les apprentissages, intégrer la santé et les compétences psychosociales dans les activités de l'École, à travers le développement de projets coordonnés, contextualisés, collectifs favorisant la participation des élèves et plus largement de la communauté éducative [367].

Désormais, le bien-être à l'École est mis en avant en prenant en compte de manière simultanée celui des adultes de la communauté éducative et celui des élèves, avec une attention particulière aux vulnérabilités individuelles et sociales de ces derniers [368]. Enfin, et de manière très liée, priorité est donnée au développement des compétences psychosociales à l'École, tout au long de la scolarité, en tant que levier pour développer des attitudes positives envers l'école, améliorer la réussite scolaire, le climat de classe et enfin permettre le développement du bien-être, l'adoption de comportements favorables à la santé et la réduction des comportements à risque [369]. On notera que cette priorisation dépasse le cadre strict de l'École, et s'inscrit dans une stratégie nationale multisectorielle signée en 2022 [370] dont l'objectif ambitieux est que la génération 2037 soit la première à grandir dans un environnement continu de soutien au développement des compétences psychosociales. Le déploiement national des cours d'empathie en écoles maternelles et élémentaires, prévu en septembre 2024, participe résolument de cette dynamique.

Ainsi, on peut constater à travers ce rappel des principales orientations adoptées dans les 30 dernières années dans notre pays, que la prise en compte de la santé à l'École a largement évolué, passant d'une perspective individuelle et centrée sur le risque (pathogénèse) à une perspective systémique et une approche de l'environnement scolaire comme un milieu de vie devant être favorable à la santé de ses usagers (salutogénèse), grâce à l'adoption des principes de la promotion de la santé. Bien sûr les conditions de la réussite de ce changement de paradigme sont nombreuses, complexes, et pas toujours faciles à réunir du fait de leur intersectionnalité, mais l'ambition politique semble désormais acquise [371].

## 10.4 Transition écologique

Le changement climatique entraîne des répercussions sur la vie et la santé humaines de diverses manières. Il menace les ingrédients essentiels d'une bonne santé - air pur, eau potable, alimentation nutritive et abris sûrs - et risque de compromettre des décennies de progrès dans le domaine de la santé mondiale [372].

Dès les premiers constats et mouvements médiatiques et scientifiques sur le réchauffement climatique et ses conséquences à la fin des années 90, le néologisme « éco-anxiété » est apparu [373]. De plus en plus médiatisée, l'éco-anxiété est un objet dont se sont saisi les psychologues la considérant comme une pathologie anxieuse associée à une menace climatique d'une temporalité incertaine [374]. Intégré à l'édition 2023 du dictionnaire français Larousse, ce concept n'est pas encore reconnu par l'OMS. Ainsi, si les débats persistent autour de ce sujet et sur le statut de l'éco-anxiété, les publications sur l'éco-anxiété des jeunes sont de plus en plus nombreuses.

Ces manifestations tangibles du dérèglement climatique sont le corollaire de l'apparition du concept d'éco-anxiété dans le débat public. Une étude de la Fondation Jean-Jaurès en 2021 portant sur l'utilisation du terme d'éco-anxiété dans l'espace public et notamment à travers le recensement d'articles de journaux français l'a effectivement prouvé [375]. Il s'avère que l'année 2019 est un tournant pour l'utilisation du concept d'éco-anxiété. En effet, le nombre d'articles publiés mentionnant l'éco-anxiété a augmenté de 108 % entre 2018 et 2019 [376]. Ce bond est notamment alimenté par les grèves du vendredi pour le climat, un mouvement initié par l'activiste Greta Thunberg en 2018 et qui a eu une résonance mondiale. Ces grèves du vendredi ont été portées par les jeunes générations (voire très jeune puisque le mouvement touchait les adolescents dès 15 ans).

La crise climatique et les incertitudes écologiques qu'elle induit ont un impact fort sur les adolescents. Par rapport aux adultes, les adolescents poursuivent leur développement neuronal et cognitif, ce qui peut limiter leur capacité à faire face au stress et à l'incertitude. En outre, les jeunes peuvent manquer d'expérience en matière de gestion du stress et de l'incertitude ou avoir le sentiment de manquer d'autonomie de pouvoir politique ou économique ou de contrôle sur leur environnement [377]. Par ailleurs, les adolescents ont besoin de perspective pour se projeter dans l'avenir et construire leur identité. La crise climatique ébranle ce processus en associant de l'incertitude en contradiction avec l'injonction qui leur est faite « d'être heureux ».

Cette crise constitue une menace existentielle pour les enfants et les adolescents des générations futures mais aussi actuelles. Une enquête de Hikman *et al.* [378] chez les 16-25 ans dans une dizaine de pays dont la France révèle que 59 % des jeunes personnes interrogées étaient très ou extrêmement inquiètes du changement climatique. Plus de 50 % ont fait part de chacune des émotions suivantes : tristesse, anxiété, colère, impuissance et culpabilité. Plus de 45 % des personnes interrogées ont déclaré que leurs sentiments à l'égard du changement climatique ont affecté négativement leur vie quotidienne et leur fonctionnement, et beaucoup ont fait état d'un grand nombre de pensées négatives à propos du changement climatique. Les personnes interrogées ont évalué négativement les réponses des gouvernements au changement climatique et ont déclaré plus de sentiments de trahison que de réconfort. L'anxiété et la détresse liées au climat sont corrélées à la perception d'une réponse gouvernementale inadéquate et aux sentiments de trahison qui y sont associés.

Dans une publication de 2022, Clemens *et al.* décrivent les différentes modalités par lesquelles le changement climatique altère la santé mentale des adolescents [379]. Ce peut être par des effets directs des catastrophes naturelles (stress post traumatique, phobie sociale, anxiété de séparation et troubles psychotiques) et du réchauffement climatique (augmentation du nombre de sollicitations des adolescents en crises lors d'épisodes de températures extrêmes, impact sur les apprentissages). Les effets du changement climatique sur la santé des populations et donc des adolescents peuvent aussi être indirects du fait des conséquences induites : pertes de terre, immigration, surpopulation, pollution, insécurité alimentaire. Enfin, les effets du changement climatique sont aussi existentiels par la sensibilisation au sujet pouvant induire chez l'adolescent anxiété, frustration, colère, désespoir. À ce titre, rappelons la mobilisation particulièrement suivie par les adolescents et jeunes adultes *Fridays for Future* créée à l'été 2018 par Greta Thunberg ([fridaysforfuture.org](https://fridaysforfuture.org)).

Les effets du changement climatique sur la santé mentale des adolescents sont liés aux déterminants sociaux de la santé [380]. Les jeunes qui ont une capacité de régulation des émotions et qui utilisent des compétences d'adaptation axées sur le sens et les problèmes ont tendance à mieux s'adapter après avoir été exposés à un changement climatique. Le fait de vivre dans un environnement familial stable, stimulant, bienveillant et moins perturbé, et de recevoir un soutien social de la part des pairs et des adultes qui s'occupent des enfants, est un facteur de protection pour les jeunes exposés aux impacts des changements climatiques. L'identité culturelle a été identifiée comme un facteur de protection [377].

Les études montrent que les adolescents peuvent devenir plus autonomes grâce à l'activisme local et à l'expression personnelle, et qu'ils peuvent apporter des réponses nouvelles et créatives au changement climatique. En outre, les jeunes ont la possibilité d'acquérir des compétences pratiques par le biais d'initiatives climatiques et d'un engagement avec la nature, ce qui peut également favoriser des comportements d'adaptation positifs. De manière impressionnante, les manifestations mondiales sur le climat ont montré la capacité des jeunes à s'organiser rapidement et efficacement en tant que citoyens engagés dans un monde dans lequel ils grandissent et qu'ils finiront par gouverner [380].

Ainsi, il est recommandé de prendre en compte l'impact négatif du changement climatique sur la santé mentale des adolescents [379]. Cet impact doit interpeller les personnels soignants, les adultes en général et les politiques de santé, responsables indirectement du sentiment d'auto-efficacité que les adolescents peuvent avoir à l'égard du changement climatique. Il paraît important d'augmenter ce sentiment d'auto-efficacité en encadrant l'information par des messages positifs [381].

Les adolescents sont des experts dans leur propre vie. Leur inclusion dans les moyens de production de connaissances, de prise de décision au niveau communautaire, d'élaboration de politiques et de mise en œuvre de programmes permettrait de mieux les soutenir vis-à-vis de l'impact du changement climatique sur leur santé [380].

**Synthèse**

La crise climatique constitue une menace existentielle pour les enfants et les adolescents des générations futures mais aussi actuelles.

Les déterminants sociaux de la santé ont une influence sur l'adaptation des adolescents aux effets du changement climatique.

**Recommandations**

- Anticiper et répondre aux effets du changement climatique sur la santé des adolescents dans les politiques de santé

## 10.5 Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

Les inégalités sociales de santé sont aujourd'hui assez bien décrites dans la littérature scientifique. La période de l'adolescence a été explorée en la matière dans une étude canadienne majeure : les inégalités sociales de santé tendent à s'accroître dans l'ensemble des pays étudiés [382] et singulièrement en France [383].

L'adolescence est ainsi un moment crucial de l'actualisation de la situation inégalitaire vécue par les jeunes filles et garçons en raison de situations socio-économiques défavorables. Différents facteurs explicatifs se combinent, notamment les déficits d'éducation, l'accès difficile à l'emploi, les conditions environnementales défavorables (équipements, transports, personnels de soin). La position sociale personnelle (notamment les bons résultats scolaires et les perspectives de réussite sociale) semble déterminante [384]. Les inégalités sont particulièrement criantes au niveau de la santé mentale, notamment en référence au niveau d'éducation et de revenu des parents [385].

La dégradation de la santé des adolescents socialement désavantagés est une constante dans les études épidémiologiques internationales [382] [386] [387].

À titre d'exemple, au Canada, en 16 ans, l'état de santé des adolescents est moins bon dans quatre domaines de la santé (surpoids, symptômes physiques, santé globale perçue, satisfaction à l'égard de la vie), d'autant plus dans les populations socialement défavorisées, et chez les filles. Les différences selon le genre ont augmenté au fil du temps sur le plan des symptômes physiques, des symptômes psychologiques et de la faible satisfaction à l'égard de la vie [388].

En France, en 2019, la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) a produit des données réactualisées sur la santé des élèves de troisième (14-15 ans). L'enquête confirme que les déterminants sociaux sont prépondérants pour analyser la santé des adolescents : « 24 % des enfants d'ouvriers sont en surcharge pondérale et 8 % sont obèses, contre respectivement 12 % et 3 % des enfants de cadres. La proportion de ceux qui n'ont aucune dent cariée s'élève à 59 % pour les enfants d'ouvriers, contre 77 % pour ceux des cadres ». De même, 10 % des élèves en collèges « Réseaux éducation prioritaire » ont des troubles de la vision de loin non corrigés, soit le double des élèves scolarisés dans d'autres établissements [389].

Les jeunes de 17 ans issus de classes socialement défavorisées se perçoivent en moins bonne santé : si 9 % de l'ensemble estiment leur état de santé peu ou pas du tout satisfaisant, c'est le cas de 16 % des enfants de parents inactifs contre 5 % lorsque les parents sont cadres. La situation scolaire à 17 ans est déterminante, statistiquement plus importante que la catégorie sociale : les jeunes en apprentissage et hors système scolaire sont nettement plus exposés au

mal-être et à la consommation de substances psychoactives que les jeunes en lycée professionnel et encore plus qu'en lycée général ou technologique [323].

Selon une étude allemande de 2024 [390], en référence à 17 items, l'égalisation défendue par certains auteurs [391] est remise en cause : seule la consommation d'une alimentation peu saine confirme cette homogénéisation des comportements adolescents.

Dès lors, en multipliant les indicateurs d'analyse, la littérature scientifique confirme le plus souvent le renforcement des inégalités sociales de santé lors de la période de l'adolescence. Comme le défend Thierry Lang en 2010 [392], les inégalités sociales de santé relèvent d'une construction tout au long du cours de la vie. Elles résultent d'une accumulation de risque (habitat insalubre, éducation défaillante, communauté nocive, addictions, isolement...) avec des périodes critiques, notamment l'adolescence. Cette fenêtre de temps est souvent néfaste pour les personnes socialement défavorisées, plus souvent en échec scolaire et exposées à des conduites peu saines, d'autant plus en situation de crise sanitaire, économique et/ou écologique. Ainsi convient-il d'identifier les différentes trajectoires sociales néfastes à la santé pour mieux agir de manière personnalisée dans une perspective socio-écologique.

### Synthèse

Augmentation des ISTS à l'adolescence, notamment au niveau de la surcharge pondérale et la santé mentale.

Vécu et intériorisation des ISST par les adolescents eux-mêmes.

Mise en place des modes de vie défavorables à cet âge de la vie.

La crise sanitaire a accentué les ISTS et la prise de conscience de ces ISTS sans pour autant les résoudre

### Recommandations

- Agir massivement à cette période critique qu'est l'adolescence pour réduire les ISTS.
- Prioriser les adolescents des milieux défavorisés dans les politiques, notamment par le biais de l'école et des associations

## 10.6 Grandir dans une période de polycrise ?

En 2022, le monde a été secoué par une série de chocs et de stress : troisième année consécutive de la pandémie la plus grave depuis un siècle ; guerre majeure en Europe avec risque nucléaire ; pire crise énergétique mondiale depuis les années 1970 ; inflation mondiale la plus rapide de ce siècle ; insécurité alimentaire croissante ; record du fardeau de la dette mondiale ; effets du changement climatique de plus en plus visibles (inondations dévastatrices, sécheresses, feux incontrôlables...) [383]. Ces événements ont radicalement changé la vie des enfants et des adolescents en 2022 qui ont dû faire face aux conséquences de ces défis émergents (perte de chance en matière d'éducation du fait des confinements, exodes massifs en lien avec la guerre en Ukraine, nombre record d'enfants ayant besoin d'aide humanitaire...) non sans s'engager de manière de plus en plus visible (*leadership* à la COP27, participation à des mouvements de

protestation à travers le monde). Le phénomène a été décrit comme une polycrise : présence quasi simultanée de chocs, très interdépendants et survenant dans un monde de plus en plus globalisé.

Les confinements liés à la pandémie ont eu de multiples effets sur les comportements et la santé des adolescents. L'étude CONFEADO menée par Santé publique France a montré que les adolescents avaient été significativement plus atteints que les enfants [393]. Au niveau de leurs comportements, comparés aux enfants plus jeunes, les adolescents déclaraient plus de difficulté pour s'endormir, plus de cauchemars, plus de réveils nocturnes et une alimentation excessive plus fréquente. Concernant les composantes de santé mentale, les adolescents se sentaient plus tristes, nerveux et fatigués. Ils ont également déclaré avoir très peur, s'ennuyer et se sentir « pas tranquilles ». L'étude a mis en évidence comme déterminants majeurs de la détresse psychologique des adolescents les inégalités sociales de conditions de vie. Les comportements d'activité physique, de sédentarité, en particulier le temps d'écran des adolescents ont été également fortement impactés par les confinements.

Les adolescents apparaissent comme particulièrement vulnérables aux impacts de ces crises sur leur santé, dans la mesure où elles hypothèquent leur plein développement et l'expression de tous leurs potentiels. C'est pourquoi les professionnels de la santé publique doivent y être particulièrement attentifs et réactifs [13].

## 11. Les adolescents dans les politiques de santé et de prévention

### 11.1 Évolution de l'intérêt porté à la santé de l'adolescent au travers de l'évolution des publications scientifiques internationales

Une approche permettant d'illustrer la prise en compte des spécificités de l'adolescent dans les politiques de santé et de prévention peut se faire en abordant le champ des publications scientifiques sur les problématiques spécifiques à cet âge de la vie. Cette approche est indirecte mais a le mérite de donner une vision de la dynamique de l'intérêt international pour la santé des adolescents.

Si l'on se limite à la base de données *PubMed*, on observe une progression du nombre de publications dédiées à la santé de l'adolescent avec deux temporalités principales correspondant à une production régulière de publications jusqu'aux années 2000 puis une accélération nette du nombre de publications annuelles. Cependant, cette évolution, en partie due à l'augmentation générale du nombre de publications sur cette période, est similaire à celle des publications concernant les enfants, voire moins importante en ce qui concerne les adolescents sur les années 2020 (Tableau 4).

Tableau 4 : Évolution du nombre annuel de publications de 1990 à 2020 concernant les enfants et les adolescents dans la base de données PUBMED

|                                           | Nombre de publications par année |        |        |         |
|-------------------------------------------|----------------------------------|--------|--------|---------|
| Mot clés                                  | 1990                             | 2000   | 2010   | 2020    |
| « child » ou « children »                 | 36 815                           | 47 251 | 81 553 | 160 082 |
| « Adolescent » ou « adolescents »         | 29 842                           | 37 553 | 73 531 | 96 598  |
| Ratio des publications adolescent/ enfant | 0,81                             | 0,79   | 0,90   | 0,60    |

Si l'on regarde ce qui s'est passé au sein d'une revue spécifiquement pédiatrique à très haut *impact factor*<sup>28</sup> comme *Pediatrics*, on observe que les publications consacrées à l'adolescent ont été multipliées par 2,7 entre le début des années 2000 et la dernière décennie. Marqueur de l'évolution de l'intérêt porté à la santé de l'enfant et de l'adolescent, les éditions du Lancet créent en 2016 une commission dédiée à la santé des enfants et adolescents puis une revue spécialisée en 2017 : *the Lancet Child and Adolescent health*.

Concernant le domaine des politiques de santé de 2000 à 2015, les thématiques abordées dans la base de données PUBMED dans la catégorie « review » étaient la santé sexuelle, la santé mentale, le cancer, l'obésité et la nutrition, le diabète, l'asthme et la transition entre secteur pédiatrique et secteur pour adultes des patients présentant une maladie chronique. Depuis 2015, la même analyse met en avant les thématiques de l'obésité, des maladies chroniques, de la transition et les prises en charge globale. Analysées séparément, les évolutions sur 20 ans des

<sup>28</sup> *Impact factor* (facteur d'impact) : indicateur qui estime indirectement la visibilité d'une revue scientifique

principales thématiques sont variables, avec les progressions les plus fortes pour les items « santé mentale » et « santé publique » (tableau 5).

*Tableau 5-Évolution du nombre de publications entre 2000 et 2020 concernant les adolescents, en fonction des principales thématiques abordées sur la base de données PUBMED*

| Mot clé associé à « adolescent » or « adolescents » | Nombre de publications correspondantes en 2000 | Nombre de publications correspondantes en 2020 | Facteur de progression du nombre de publications |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| « obesity »                                         | 586                                            | 4301                                           | 7,3                                              |
| « cancer »                                          | 1829                                           | 8749                                           | 4,7                                              |
| « mental health »                                   | 723                                            | 8260                                           | 11,4                                             |
| « sexual »                                          | 1119                                           | 4225                                           | 3,7                                              |
| « diabetes »                                        | 984                                            | 4284                                           | 4,3                                              |
| « asthma »                                          | 910                                            | 1593                                           | 1,7                                              |
| « transition »                                      | 193                                            | 1569                                           | 8,1                                              |
| « public health »                                   | 1696                                           | 17931                                          | 10,5                                             |
| « health policy »                                   | 201                                            | 1579                                           | 7,8                                              |

En France, la thématique « Adolescent » se développe aussi à partir des années 2000 dans la Revue de santé publique avec plus de 400 entrées dont un peu moins de 50 % publiées depuis 10 ans. La part des entrées concernant l'adolescent (n=402) correspond à 46 % des entrées concernant l'enfant (n=867) ou à 41 % des entrées dédiées aux personnes âgées (n=975).

### Synthèse

La proportion de publications dédiés à l'adolescent est stable sur 30 ans, si on la compare au nombre de publications consacrées aux enfants.

La thématique « Adolescent » dans les publications est en développement sur les 20 dernières années dans le domaine de la santé publique, notamment en France.

Parmi les thèmes abordés concernant les adolescents, ceux dédiés à la santé mentale et la santé publique sont ceux qui progressent le plus.

## 11.2 Place de l'adolescent dans les politiques de santé

La recherche de la thématique de l'adolescence dans les politiques françaises de santé depuis les années 2000 montre une évolution positive, tant en termes de reconnaissance de la thématique qu'en ce qui concerne la manière de l'appréhender.

### 11.2.1 Reconnaissance de la thématique

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi Kouchner n'évoque pas la pédiatrie. Celle du 9 août 2004 fixant des objectifs de santé publique évoque la santé de l'enfant mais l'adolescence n'est pas spécifiquement abordée. Il faut attendre le rapport du Pr D Sommelet de 2007 « *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé* » pour que la santé des adolescents soit considérée avec une lettre de mission précisant d'emblée l'attention particulière à porter à la santé des adolescents, un chapitre spécifique sur la santé des adolescents et un chapitre décrivant l'adolescence comme situation de vulnérabilité. En 2014, l'Académie nationale de médecine diffuse un communiqué de presse intitulé « *Santé des adolescents. Des mesures urgentes s'imposent* ».

En 2015, la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant propose un rapport sur les « Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques » dans lequel un chapitre est consacré à la prise en charge spécifique des adolescents et aux connaissances requises pour les professionnels. Ce rapport décrit la notion de transition enfant-adulte.

En 2016, le rapport du Pr MR Moro et de Monsieur JL Brison intitulé *Mission Bien-être et Santé des jeunes* préconise d'améliorer la formation initiale et continue des personnels enseignants et d'éducation à la psychologie de l'adolescent et à leurs problématiques de santé, de créer une application santé dédiée aux adolescents et jeunes adultes ainsi qu'une permanence téléphonique dédiées aux personnels rencontrant des adolescents et jeunes adultes en grande difficulté, de renforcer les équipes de l'Éducation nationale et dans les universités et de poursuivre le développement des Maisons des Adolescents.

Dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022, le document général évoque les adolescents dans le chapitre consacré à la prévention de l'entrée dans les pratiques addictives, à la prévention des conduites à risque liés à la conduite dangereuse et à la prévention des grossesses non prévues. Un chapitre est dédié aux priorités spécifiques de la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune. Les adolescents sont clairement identifiés, mais au même titre que les enfants, comme des sujets pouvant être acteurs de leur propre santé et la période de l'enfance et de l'adolescence, décrite comme période de fragilité, y est envisagée comme une période d'opportunité pour la prévention précoce. Cependant, il n'existe pas de chapitre spécifique aux adolescents.

Une communication sur le site de Santé publique France de 2019, dans le dossier thématique « La santé à tous les âges » est intitulée Enfants et Jeunes et fait apparaître des liens d'informations classés dans la catégorie Enfants et la catégorie Jeunes. Il n'y est pas proposé de catégorie spécifique Adolescents. Il en est de même dans la mission Bien-Être et Santé des Jeunes de 2016 et dans l'avis du HCSP relatif à la SNS 2023-2033 concernant ces « recommandations relatives à la santé des enfants et des jeunes ».

La reconnaissance de la thématique de l'adolescent au travers des patients porteurs d'une maladie chronique a été plus rapide au sein des structures s'en occupant, portée par le développement de l'éducation thérapeutique et la question du relais des prises en charge entre équipes pédiatriques et équipes s'occupant des patients adultes. Le concept de transition est né dans la fin des années 90 et se définit comme « *le mouvement intentionnel et planifié des adolescents et des jeunes adultes atteints de handicap physique ou de maladies chroniques, du système de soins de santé centré sur l'enfant à celui pour adultes* ». Dans ce contexte, la désignation des individus distingue les adolescents et les jeunes adultes en utilisant l'abréviation AJA (adolescent et jeunes adultes) dans les programmes de transition.

Au total, on voit, au travers de ces textes de loi, rapports et recommandations, que la thématique de la santé des adolescents a été progressivement abordée depuis 30 ans. Cependant, son

identification à part entière, distincte de celle des « enfants » ou de celle des « jeunes », appellation dont la signification est rarement définie dans les textes, mérite d'être soutenue. Le terme d'AJA pour Adolescents et Jeunes Adultes de moins de 25 ans, utilisé dans les programmes de transition, a le mérite de distinguer les adolescents mineurs des jeunes majeurs. Cette approche nous invite à utiliser 3 catégories bien distinctes : enfants, adolescents, jeunes adultes.

### 11.2.2 Évolution des approches et des structures d'accueil

Depuis les années 2000, les thématiques abordées dans le cadre de la santé des adolescents ont été très majoritairement des thématiques en lien avec les conduites à risque et les spécificités comportementales de cette tranche d'âge, alimentant une vision négative de la santé des adolescents et de l'adolescence en général. Cependant, un discours positif tend à émerger, soutenu par le fait que la santé des adolescents est considérée comme plutôt bonne [5,394]. Dans la SNS 2018-2022, l'adolescence est identifiée comme une période de vulnérabilité mais aussi d'opportunité, que ce soit vis-à-vis de l'éducation à la santé, des compétences psychosociales ou de la transition dans les maladies chroniques, rejoignant en cela un changement de perspective international porté par l'OMS et l'UNICEF [395] [396].

En 1996 ont été mis en place les points d'accueil des jeunes de 10 à 25 ans [397], et des points d'écoute des jeunes [398], fusionnés et remplacés en 2002 par les Points d'accueil et d'écoute des jeunes (PAEJ)[399]. En 2024 les PAEJ sont reprises par les CAF et leur cahier des charges est redéfini. Le site [Carto Santé Jeunes : CartoSante \(cartosantejeunes.org\)](https://cartosantejeunes.org) en ressource 413 répartis sur la France entière.

L'offre de structures d'accueil spécifiques à cette tranche d'âge a évolué depuis les années 2000 avec en premier lieu la création des Maisons des adolescents (MDA). Leurs missions sont : l'accueil, l'information, la prévention et la promotion de la santé, l'accompagnement et la prise en charge multidisciplinaire (généralement de courte durée) des adolescents (de 11 à 21 ans voire 25 ans selon les dispositifs), de leurs familles et des professionnels qui les entourent.

Elles sont régies par un cahier des charges national, dont la dernière version a été annexée à la circulaire interministérielle n° 5899-SG du 28 novembre 2016, préfigurant les MDA dites « de deuxième génération ».

Les partenaires obligatoires des MDA sont : les acteurs de la santé psychique et de la santé somatique, l'éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse et l'aide sociale à l'enfance. En plus de ces partenariats obligatoires, les MDA peuvent être en lien avec d'autres acteurs et institutions : Caisse d'Allocations Familiales (REAAP), Points Accueil Ecoute Jeunes, Espaces Santé Jeunes, autres associations.

En 2013 le dispositif a été évalué par l'Igas qui a recommandé la publication d'un cahier des charges et le maintien du financement par l'état et les départements.

L'objectif d'au moins une MDA par département a été financé en 2004 par le gouvernement mais 3 départements n'ont en pas encore. Le site Cartosanté recense 293 MDA réparties sur le territoire de la France entière en 2024 [400].

### 11.2.3 Services de soins aux adolescents

En parallèle, des services spécifiques de médecine de l'adolescent ont pu voir le jour dans certaines structures hospitalières. Cette attention particulière à répondre aux besoins spécifiques des adolescents se retrouve par exemple en 2020 dans la fiche pédagogique dédiée à l'évaluation

de la prise en charge des enfants et adolescents selon le référentiel de certification des établissements de santé proposée par la HAS [401]. Y sont rappelées l'importance d'un environnement adapté à l'âge, la continuité de la vie familiale, sociale et scolaire, la prévention de la maltraitance et des addictions, la prévention des ruptures de prise en charge dans le cadre de la transition adolescents/adultes.

En ce qui concerne la pédopsychiatrie, une nouvelle conception des soins tend à substituer à la logique de la filière une logique d'itinéraire personnel afin d'accompagner les adolescents dans leur parcours et de favoriser une socialisation réussie autour de la recherche d'autonomie. Elle axe sur la prévention et tend au décroisement entre la pédopsychiatrie, l'éducation, le milieu scolaire et le social [53].

Le décret du 28/09/2022 structure l'activité de psychiatrie structurée en 4 mentions dont « *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 0-18 ans* » [402]. Mais cette mesure est difficile à mettre en place en pratique car les urgences pédiatriques s'arrêtent à 15-16 ans, les places en unités adolescents sont rares et le financement des unités de pédopsychiatrie n'a pas été augmenté pour faire face à l'afflux de ces nouveaux patients.

### Synthèse

La thématique de la santé des adolescents a été progressivement abordée depuis 30 ans.

L'identification à part entière des adolescents, distincte de celle des « enfants » ou de celle des « jeunes », apparaissant dans les textes de loi, rapports et recommandations françaises, est insuffisamment explicite.

Le discours des politiques de santé vis-à-vis des adolescents tend à évoluer positivement, passant d'une approche ciblée sur les conduites à risques des adolescents à celle d'une approche où l'adolescence constitue une période de vie ouverte aux opportunités de prévention.

### Recommandations

- Continuer à avoir une approche positive de la santé des adolescents, en se basant sur les besoins spécifiques de cette tranche d'âge.
- Adapter le système de soin aux besoins de l'adolescent et promouvoir l'articulation entre la pédiatrie et les services adultes

## 12.Synthèse des évolutions en 30 ans

Ce tableau résume les principaux constats et l'évolution observé en 30 ans (en rouge les aggravations, en vert les améliorations)

|                                   | Observations                                                                                                                                                                                                                                                      | Évolution en 30 ans                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Indicateurs Démographiques</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mortalité                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Causes principales : Accidents de la voie publique, suicides et cancer du SNC</li> <li>- Taux significativement plus élevé chez les garçons comparativement aux filles mais baisse similaire</li> </ul>                  | * baisse régulière de la mortalité chez les 10-14 ans et plus encore chez les 15-19 ans                                                                                                                                                                                        |
| Morbidité                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Causes principales : Anxiété, dépression et asthme</li> <li>- Différence fille – garçon peu marquée mais dépression et l'anxiété responsables de deux fois plus de DALYs chez les filles que chez les garçons</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* baisse des blessures liées aux accidents de la voie publique (-71,1 %), de la violence personnelle et interpersonnelle (-44,8 %) ainsi que des blessures involontaires (-29,4 %).</li> <li>* baisse des cancers (-36,2 %).</li> </ul> |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Santé mentale</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                       |
| Santé mentale            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception d'être en bonne santé et satisfaction de leur vie actuelle</li> <li>- Les conditions socio-économiques défavorables et le contexte de polycrise ont un impact négatif</li> <li>- Les filles expriment 2 fois plus de plaintes que les garçons</li> </ul> | * dégradation de la santé mentale progressive depuis 30 ans, avec une aggravation plus marquée depuis la pandémie de Covid-19 : plus importante chez les filles que chez les garçons. |
| Substances psychoactives | - première substance consommée : l'alcool                                                                                                                                                                                                                                                                    | * tendance à la baisse de l'expérimentation, de l'usage dans le mois, de l'expérimentation de l'ivresse et l'usage régulier à 17 ans                                                  |
|                          | - Tabac                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | * baisse de la consommation de tabac                                                                                                                                                  |
|                          | - e-cigarette : usage supérieur à celui du tabac                                                                                                                                                                                                                                                             | * forte augmentation de la consommation d'e-cigarette                                                                                                                                 |
|                          | - cannabis : consommation plus forte chez les lycéens                                                                                                                                                                                                                                                        | * stabilisation de la consommation de cannabis                                                                                                                                        |
|                          | - Autres substances :                                                                                                                                                                                                                                                                                        | * globalement stable excepté pour les poppers et le protoxyde d'azote                                                                                                                 |

|                       | Observations                                                                                                                          | Évolution en 30 ans                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Santé Physique</b> |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |
| Croissance et puberté | - Prévalences du surpoids et de l'obésité élevées : plus au collège qu'au lycée et plus marquées chez les garçons que chez les filles | * stabilisation des paramètres de croissance<br>* stabilisation du surpoids et de l'obésité => <b>nécessite des analyses approfondies prenant en compte les déterminants et utilisant des paramètres objectivés</b> |
|                       | - Puberté féminine : associée au surpoids et à l'obésité<br>- Puberté masculine : manque de données                                   | * début de la puberté féminine de plus en plus jeune=> <b>nécessite des études de confirmation</b>                                                                                                                  |
| Condition physique    | - Faible capacité cardio-respiratoire et musculaire                                                                                   | * <b>forte diminution de la capacité respiratoire et musculaire depuis les années 2000</b>                                                                                                                          |

|                                                                | Observations                                                                                                                                                                                                                                                     | Évolution en 30 ans                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Socialisation</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                         |
| Socialisation des adolescents : une autonomisation en question | - Autonomisation par paliers.<br>- Sociabilités adolescentes cruciales en matière de santé.<br>- Impacts des technologies différenciés en fonction des milieux sociaux et du genre.<br>- Polarisation des positions, mais des risques limités de radicalisation. | * une socialisation secondaire bouleversée par l'arrivée du smartphone<br><br>et par les nouvelles technologies de l'information et de la communication |

|                                          | Observations                                                                                                                                                                           | Évolution en 30 ans                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Santé sexuelle</b>                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Vie amoureuse                            | Des sentiments amoureux ressentis dès le collège                                                                                                                                       | * plus grande acceptation de l'homosexualité et de la bisexualité chez les filles que chez les garçons                                                                                                                                                                                                                         |
| Age du premier rapport sexuel            | Précocité sexuelle associée à des comportements à risques (tabac, cannabis, ivresse.)                                                                                                  | * stabilité de l'âge au 1 <sup>er</sup> rapport depuis une dizaine d'année<br>* diminution des proportions de collégiens et de lycéens ayant eu un 1 <sup>er</sup> rapport                                                                                                                                                     |
| Utilisation du préservatif               |                                                                                                                                                                                        | * <b>baisse de l'utilisation du préservatif</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Santé reproductive                       |                                                                                                                                                                                        | * augmentation de l'utilisation des dispositifs intra-utérin/stérilets et baisse de la prise de pilule contraceptive<br>* augmentation de la contraception d'urgence<br>* <b>diminution de moitié des recours à l'interruption volontaire de grossesse</b>                                                                     |
| Infections sexuellement transmissibles   | Taux d'incidence des infections à Chlamydia trachomatis élevé                                                                                                                          | * <b>augmentation des jeunes déclarant une infection à gonocoque au moins une fois dans l'année</b>                                                                                                                                                                                                                            |
| L'accès à la pornographie                | - 2/3 des enfants de moins de 15 ans ont eu accès à des images pornographiques                                                                                                         | * pas de données sur l'évolution de cette proportion                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Le sexting                               | - apparu dans les années 2000                                                                                                                                                          | * <b>augmentation régulière des usages de sexting</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Violence/harcèlement/prostitution</b> |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Prostitution des mineurs                 |                                                                                                                                                                                        | * <b>augmentation régulière des jeunes victimes de proxénétisme</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Violence / harcèlement                   | - nombre d'incidents graves en milieu scolaire élevé<br>- les vols sont les incidents les plus déclarés en milieu scolaire<br>- banalisation des conduites violentes en milieu sportif | * variabilité importante des déclarations d'incidents graves<br>* <b>augmentation du cyberharcèlement</b><br>augmentation du nombre de violences sexuelles impliquant des jeunes mais stabilité en %<br>* <b>diminution des crimes et des délits</b><br>=> nécessite des données fiables pour la sphère sportive et judiciaire |

|                                                 | Observations                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Évolution en 30 ans                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Évolution du mode de vie des adolescents</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Activité Physique                               | - niveau d'activité physique très faible : 12% environ des adolescents atteignent les recommandations                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>* stabilisation du nombre d'adolescents déclarant pratiquer un sport 1 fois par semaine</li> <li>* baisse des pratiques en club et augmentation des pratiques de musculation</li> <li>* <b>augmentation de la prévalence de l'inactivité (+85%)</b></li> </ul>                                                                                                                           |
| Comportements sédentaires                       | - niveau de comportements sédentaires très élevé : plus de 70% des adolescents ne respectent pas les recommandations                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>augmentation exponentielle du temps d'écran</b></li> <li>* <b>augmentation importante de la proportion d'adolescents ne respectant pas les recommandations</b></li> <li>* <b>augmentation importante du temps d'internet quotidien</b></li> </ul>                                                                                                                                   |
| Sommeil                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- durée de sommeil insuffisante</li> <li>- dette de sommeil importante (1h20 pour les 11-14 et presque 2h chez les 15-17 ans)</li> <li>- chronotype du soir majoritaire</li> <li>- difficultés de sommeil (environ 40% des adolescents concernés)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>diminution de la durée de sommeil</b></li> <li>* stabilisation de la dette de sommeil</li> <li>* <b>augmentation de la prévalence du chronotype du soir =&gt; à confirmer</b></li> <li>* <b>augmentation de la proportion d'adolescents français concernés par des troubles du sommeil</b></li> </ul>                                                                               |
| <b>Comportements et habitudes alimentaires</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Apports alimentaires                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>* stabilisation des apports énergétiques et des pourcentages de macro-nutriments</li> <li>* stabilisation de la consommation de fruits et de légumes</li> <li>* stabilisation de consommation des produits sucrés</li> <li>* <b>augmentation des produits type snack et plats préparés</b></li> <li>* <b>tendance à l'augmentation de la consommation des boissons sucrés</b></li> </ul> |
| Habitudes alimentaires                          | - prise régulière de trois repas majoritaire                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>baisse de la proportion d'adolescents prenant un petit déjeuner quotidiennement</b></li> <li>* <b>diminution puis stabilisation de la proportion d'adolescents prenant un goûter les jours d'école</b></li> <li>* <b>diminution du grignotage</b></li> <li>* <b>augmentation du nombre d'adolescents prenant leur déjeuner à la cantine au moins 3 fois par semaine</b></li> </ul>  |

|                                                                      | Observations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Évolution en 30 ans                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Évolution de l'environnement des adolescents</b>                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Environnement relationnel                                            | - digitalisation des pratiques culturelles - différence fille et garçon très marquée<br>- forte association entre résultats scolaires et relations amicales                                                                                                                                                                                      | * sentiment d'isolement en forte progression, en particulier chez les filles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Environnement éducatif                                               | - évolution significative, sous l'effet de réformes pédagogiques, de l'intégration des technologies, de la diversification des parcours scolaires, de l'augmentation du nombre de bacheliers, de l'inclusion scolaire et des évolutions sociétales<br>- liens santé, bien-être et apprentissage de plus en plus mis en avant en milieu scolaire- | * passage d'une perspective individuelle et centrée sur le risque à une perspective systémique et une approche de l'environnement scolaire comme un milieu de vie devant être favorable à la santé de ses usagers, grâce à l'adoption des principes de la promotion de la santé                                                                                                                      |
| Transition écologique                                                | - effets du changement climatique sur la santé mentale des enfants et des adolescents sont liés aux déterminants sociaux de la santé                                                                                                                                                                                                             | * problématique nouvelle ; nécessité de prendre en compte l'impact négatif du changement climatique sur la santé mentale des adolescents                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)                 | - vécu et intériorisation des ISTS par les adolescents eux-mêmes<br>- mise en place des modes de vie défavorable à cet âge de la vie<br>- ISTS accentuées par la crise sanitaire et la prise de conscience de ces ISTS                                                                                                                           | * augmentation des ISTS à l'adolescence, notamment au niveau de la surcharge pondérale et la santé mentale                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Grandir dans une période de polycrise ?                              | - importance de la formation des professionnels de la santé publique                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Les adolescents dans les politiques de santé et de prévention</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Évolution des publications scientifiques internationales             | - parmi les thèmes abordés dans les publications concernant les adolescents, ceux dédiés à la santé mentale et la santé publique sont ceux qui progressent le plus                                                                                                                                                                               | * augmentation des publications dédiées à l'adolescent dans le champ de la santé publique                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Place de l'adolescent dans les politiques de santé                   | - bonne couverture territoriale par les Maisons des Adolescents                                                                                                                                                                                                                                                                                  | * progression de la thématique « adolescents » dans les textes de loi, les rapports et les recommandations mais souvent agrégés soit avec les enfants soit avec les jeunes<br>* évolution positive de l'image des adolescents, passant d'une approche ciblée sur les conduites à risques à celle d'une approche où l'adolescence constitue une période de vie ouverte aux opportunités de prévention |

### 13. Synthèse des recommandations

Les recommandations sont développées dans chaque chapitre et présentées dans le schéma ci-dessous pour illustrer la **nécessité d'une approche globale de la santé des adolescents** (Figure 65)

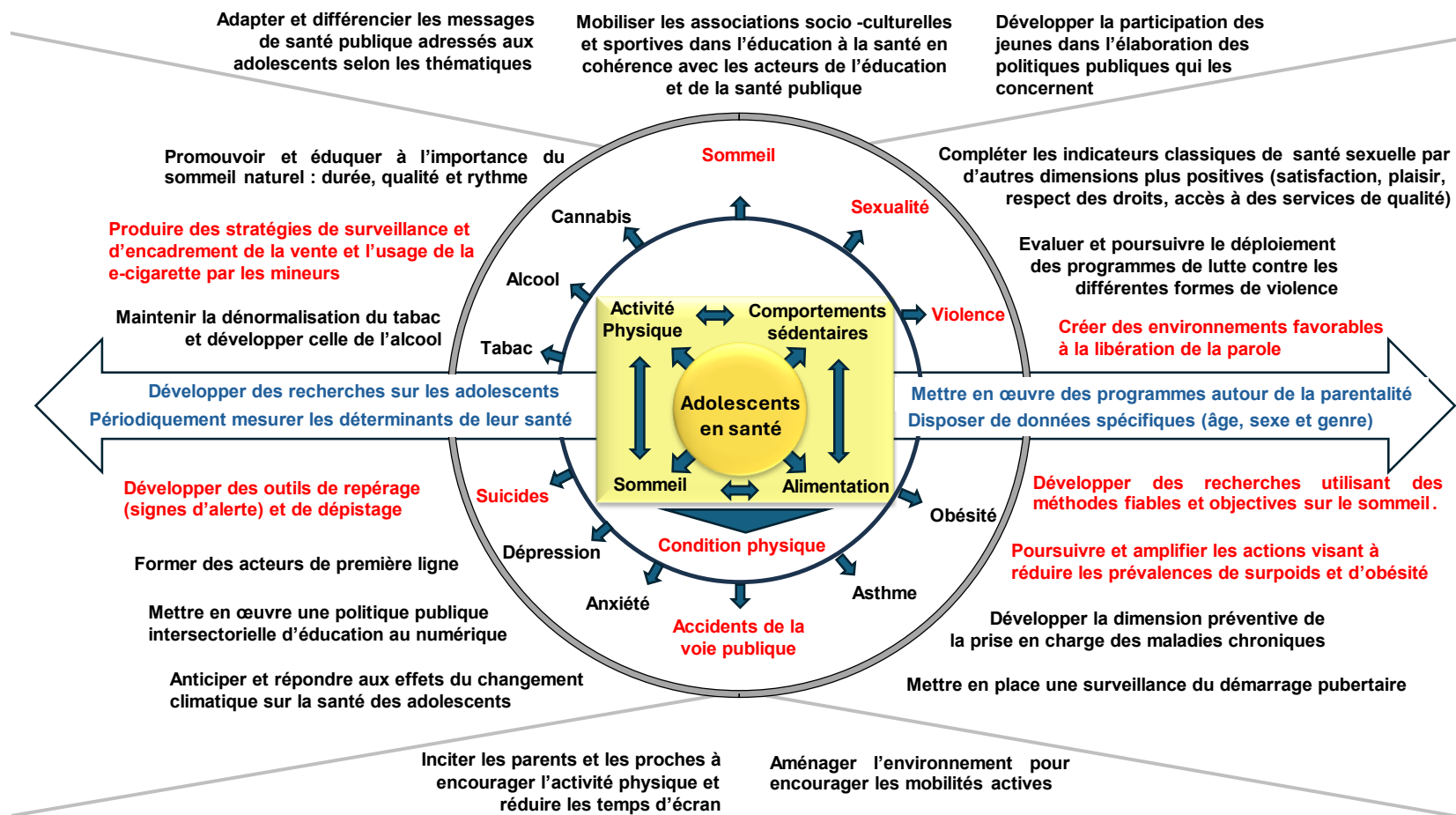


Figure 65- Synthèse des recommandations du HCSP sur la santé des adolescents

## Références

1. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) [Internet]. UNICEF. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/>
2. Nations U. Jeunes | Nations Unies [Internet]. United Nations. United Nations; [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/global-issues/youth>
3. WHO. Santé des adolescents et des jeunes adultes [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
4. Le cadre des politiques de jeunesse [Internet]. jeunes.gouv.fr. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.jeunes.gouv.fr/le-cadre-des-politiques-de-jeunesse-433>
5. Les chiffres clés de la jeunesse 2024 - Démographie [Internet]. INJEP. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: [https://injep.fr/tableau\\_bord/les-chiffres-cles-de-la-jeunesse-2024-demographie/](https://injep.fr/tableau_bord/les-chiffres-cles-de-la-jeunesse-2024-demographie/)
6. Bilan démographique 2023 - Insee Première - 1978 [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004#graphique-figure6\\_radio1](https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004#graphique-figure6_radio1)
7. Organization WH. Adolescents in a changing world: the case for urgent investment [Internet]. World Health Organization; 2024 [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/376910>
8. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 11 juin 2016;387(10036):2423-78.
9. Protect the promise: 2022 progress report on the every woman every child global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030) [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060104>
10. Nations U. Sommet de l'avenir | Nations Unies [Internet]. United Nations. United Nations; [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/summit-of-the-future>
11. Beckwith S, Chandra-Mouli V, Blum RW. Trends in Adolescent Health: Successes and Challenges From 2010 to the Present. *J Adolesc Health*. oct 2024;75(4S):S9-19.
12. Eckert-Lind C, Busch AS, Petersen JH, Biro FM, Butler G, Bräuner EV, et al. Worldwide Secular Trends in Age at Pubertal Onset Assessed by Breast Development Among Girls: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 1 avr 2020;174(4):e195881.
13. Dratva J, Molcho M, Calleja-Agius J, De Bock F, Elias C, Lazzerini M, et al. Call for Action—Crisis Recovery and Preparedness in Child and Adolescent Public Health. *Public Health Rev*. 9 mai 2024;45:1606849.
14. Sociologie de la jeunesse / Olivier Galland — BNFA, Bibliothèque Numérique Francophone Accessible [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <http://www.bnfa.fr/livre?biblionumber=32594>
15. Seuil E. L'Enfant et la Vie familiale sous l'Anc... [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.seuil.com/ouvrage/l-enfant-et-la-vie-familiale-sous-l-ancien-regime-philippe-aries/9782020026765>
16. Bardet JP. Edward Shorter, Naissance de la famille moderne, 1977. *Annales de Démographie Historique*. 1978;1978(1):428-36.

17. Polo de Beaulieu MA. Didier Lett, L'enfant des miracles. Enfance et société au Moyen Âge (XIIe-XIIIe s.). 1999 [cité 11 sept 2024]; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/medi\\_0751-2708\\_1999\\_num\\_18\\_36\\_1457\\_t1\\_0161\\_0000\\_2](https://www.persee.fr/doc/medi_0751-2708_1999_num_18_36_1457_t1_0161_0000_2)
18. Adolescence n'existe pas - Éditions Odile Jacob [Internet]. [www.odilejacob.fr](http://www.odilejacob.fr). [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychologie-de-l-adolescent/adolescence-n-existe-pas\\_9782738112194.php](https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychologie-de-l-adolescent/adolescence-n-existe-pas_9782738112194.php)
19. Taborda-Simões M da C. L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? Bulletin de psychologie. 2005;479(5):521-34.
20. Miconi D, Geenen G, Frounfelker RL, Levinsson A, Rousseau C. Meaning in Life, Future Orientation and Support for Violent Radicalization Among Canadian College Students During the COVID-19 Pandemic. Front Psychiatry. 2022;13:765908.
21. Grandir avec un handicap : la transition adolescente. ResearchGate [Internet]. 22 oct 2024 [cité 24 janv 2025]; Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/364802778\\_Grandir\\_avec\\_un\\_handicap\\_la\\_transition\\_adolescente](https://www.researchgate.net/publication/364802778_Grandir_avec_un_handicap_la_transition_adolescente)
22. Surís JC, Michaud PA, Akre C, Sawyer SM. Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. Pediatrics. nov 2008;122(5):e1113-1118.
23. Vinel V, Diasio N, Bichet L. Enfants et adolescents face à la maladie chronique : le cas du diabète de type 1. Savoirs techniques, intelligence sensible et soutien familial. Revue des politiques sociales et familiales. 2021;138(1):89-97.
24. Pawin R. Le bonheur, une idée subversive ? [cité 22 avr 2024]; Disponible sur: [https://www.academia.edu/8108020/Le\\_bonheur\\_une\\_id%C3%A9e\\_subversive\\_](https://www.academia.edu/8108020/Le_bonheur_une_id%C3%A9e_subversive_)
25. Maunaye E. Patricia Loncle , Politiques de jeunesse, Les défis majeurs de l'intégration, Presses universitaires de Rennes, coll. « Res Publica », 2010, 232 pages, 18 €. Agora débats/jeunesses. 2012;61(2):138-9.
26. Reversé C. Camille Peugny, (2022). Pour une politique de la jeunesse. Seuil, « La République des idées, 128 p. Revue Française de Science Politique. 2022;72(3):414.
27. A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada | HBSC study [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://hbsc.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-mental-health-and-well-being-in-europe-central-asia-and-canada/>
28. Santé mentale des adolescents [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
29. Le DALY, un indicateur synthétique du fardeau sanitaire | Plateforme SCA [Internet]. 2021 [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: [https://www.plateforme-sca.fr/point\\_sur/le-daly-un-indicateur-synthe-tique-du-fardeau-sanitaire](https://www.plateforme-sca.fr/point_sur/le-daly-un-indicateur-synthe-tique-du-fardeau-sanitaire)
30. Taux de mortalité par sexe et âge - Mortalité, cause de décès - France - Les chiffres [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/taux-mortalite-sexe-age/>
31. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden

- of Disease Study 2019 - The Lancet [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30977-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30977-6/fulltext)
32. Historique des mesures de sécurité routière | Observatoire national interministériel de la sécurité routière [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/node/393>
33. Présentation du dispositif [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 11 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/presentation-du-dispositif-611>
34. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
35. Santé mentale [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
36. On a toutes et tous une santé mentale - Psycom - Santé Mentale Info [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/on-a-toutes-et-tous-une-sante-mentale/>
37. LePointSur\_Enclass.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: [http://www.enclass.fr/application/files/7217/1569/1422/LePointSur\\_Enclass.pdf](http://www.enclass.fr/application/files/7217/1569/1422/LePointSur_Enclass.pdf)
38. 8-Fiche-EnCLASS-2018-sante-mentale.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2021/06/8-Fiche-EnCLASS-2018-sante-mentale.pdf>
39. Drees. Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020 Résultats issus de la 2e vague de l'enquête EpiCov. oct 2021;(1210). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1210.pdf>
40. Drees. Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans Résultats issus de la 1re vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. mars 2020;(1185). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ER1185.pdf>
41. Hurel C, Ehlinger V, Molcho M, Cohen JF, Falissard B, Sentenac M, et al. Life satisfaction in the context of the COVID-19 pandemic among middle school adolescents in France: findings from a repeated cross-sectional survey (EnCLASS, 2012–2021). *Front Pediatr*. 8 août 2023;11:1204171.
42. Jousset C, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013 [Internet]. Inserm; Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-dadolescents-mars-2015-1.pdf>
43. Galland O, Choquet Marie, Ledoux Sylvie, Adolescents. Enquête nationale. 1995 [cité 30 juill 2024]; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_1995\\_num\\_36\\_3\\_5076](https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1995_num_36_3_5076)
44. Denis M. Baromètre Jeunesse&Confiance 2025 - La famille : un pilier éducatif fragile [Internet]. VersLeHaut. 2025 [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.verslehaut.org/publications/rapports-publications/barometre-jeunesseconfiance-2025-la-famille-un-pilier-educatif-fragile/>
45. A focus on adolescent social contexts in Europe, central Asia and Canada: Volume 7 | HBSC study [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: <https://hbsc.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-social-contexts-in-europe-central-asia-and-canada-volume-7/>
46. Compétences psychosociales (CPS) [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>

47. Les drogues à 17 ans. Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022 | OFDT [Internet]. 2023 [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2023/les-drogues-17-ans-analyse-de-l-enquete-escapad-2022-562>
48. Baromètre santé jeunes 97/98 [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-jeunes-97-98>
49. Janssen E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête escapad 2017 et évolutions depuis 2011.
50. SPF. Santé mentale. Point mensuel, 4 mars 2024. [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/documents/bulletin-national/2024/sante-mentale.-point-mensuel-4-mars-2024>
51. McGorry PD, Mei C, Dalal N, Alvarez-Jimenez M, Blakemore SJ, Browne V, et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. The Lancet Psychiatry. 1 sept 2024;11(9):731-74.
52. The Lancet Psychiatry null. Prioritising young people. Lancet Psychiatry. sept 2024;11(9):665.
53. Maillard I. Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents. Santé Publique. 2011;23(HS):127-39.
54. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=55>
55. Ministère de la santé. Plan « santé des jeunes » [Internet]. févr 27, 2008. Disponible sur: [https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/plan\\_sante\\_jeunes.pdf](https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/plan_sante_jeunes.pdf)
56. Mission bien-être et santé des jeunes [Internet]. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/mission-bien-etre-et-sante-des-jeunes-6518>
57. Minsitère de la santé. Plan Psychiatrie et santé mentalt 2005-2008 [Internet]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)
58. plan\_bienetrejeunes\_29novembre2016.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_bienetrejeunes\\_29novembre2016.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf)
59. Preventing adverse childhood experiences (ACEs) : leveraging the best available evidence. [cité 5 févr 2025]; Disponible sur: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82316>
60. Kallapiran K, Suetani S, Cobham V, Eapen V, Scott J. Impact of Positive Childhood Experiences (PCEs): A Systematic Review of Longitudinal Studies. Child Psychiatry Hum Dev. 6 janv 2025;
61. HAS (ANAES). PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DES ADOLESCENTS APRÈS UNE TENTATIVE DE SUICIDE (recommandation professionnelle) [Internet]. 1998. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicideVF.pdf>
62. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours)

63. Haute Autorité de Santé - Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ? [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge)
64. Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!). Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays – Résumé [Internet]. [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/publications/i/item/global-accelerated-action-for-the-health-of-adolescents-\(-aa-ha!\)-guidance-to-support-country-implementation](https://www.who.int/fr/publications/i/item/global-accelerated-action-for-the-health-of-adolescents-(-aa-ha!)-guidance-to-support-country-implementation)
65. Global Accelerated Action for the Health of Adolescent (AA-HA!) [Internet]. [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/initiatives/global-accelerated-action-for-the-health-of-adolescent>
66. OFDT. Les usages de substances psychoactives chez les collégiens et lycéens -résultats ENCLASS 2022 [Internet]. Disponible sur: Les usages de substances psychoactives chez les collégiens et lycéens (ofdt.fr)
67. Ball J, Grucza R, Livingston M, Ter Bogt T, Currie C, de Looze M. The great decline in adolescent risk behaviours: Unitary trend, separate trends, or cascade? Soc Sci Med. janv 2023;317:115616.
68. SPLIKA S. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves de 3e en 2021 [Internet]. Disponible sur: [https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field\\_media\\_document-1324-eftxss2bc.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-1324-eftxss2bc.pdf)
69. La vente de cigarettes électroniques jetables est désormais interdite en France [Internet]. [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A18103>
70. Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée défense et citoyenneté (ESCAPAD) | OFDT [Internet]. [cité 28 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquete-sur-la-sante-et-les-consommations-lors-de-la-journee-defense-et-citoyennete-escapad-1698>
71. CHarrier et al. A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada | HBSC study [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://hbcs.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-substance-use-in-europe-central-asia-and-canada/>
72. SPLIKA S et al. 20 ans d'évolutions des usages de drogues en Europe à l'adolescence. OFDT [Internet]. févr 2021; Disponible sur: [https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field\\_media\\_document-1325-eftxss2b2.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-1325-eftxss2b2.pdf)
73. Scherdel P, Dunkel L, van Dommelen P, Goulet O, Salaün JF, Brauner R, et al. Growth monitoring as an early detection tool: a systematic review. Lancet Diabetes Endocrinol. mai 2016;4(5):447-56.
74. Scherdel P, Botton J, Rolland-Cachera MF, Léger J, Pelé F, Ancel PY, et al. Should the WHO Growth Charts Be Used in France? PLoS One. 11 mars 2015;10(3):e0120806.
75. Sempé M, Pédrón G, Roy-Pernot M. Auxologie, méthode et séquences. Theraplix. 1979;
76. Heude B, Scherdel P, Werner A, Le Guern M, Gelbert N, Walther D, et al. A big-data approach to producing descriptive anthropometric references: a feasibility and validation study of paediatric growth charts. Lancet Digit Health. déc 2019;1(8):e413-23.
77. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Height and body-mass index trajectories of school-aged children and adolescents from 1985 to 2019 in 200 countries and territories: a pooled analysis of 2181 population-based studies with 65 million participants. Lancet. 7 nov 2020;396(10261):1511-24.
78. Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, Heap RA, Mishra A, Bennett JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. The Lancet. 16 mars 2024;403(10431):1027-50.

79. Lioret S, Touvier M, Dubuisson C, Dufour A, Calamassi-Tran G, Lafay L, et al. Trends in child overweight rates and energy intake in France from 1999 to 2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity* (Silver Spring). mai 2009;17(5):1092-100.
80. Afssa. Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA 2) (2006- 2007). Maisons-Alfort: Afssa. 225 p.; 2009.
81. Peretti de C, Castetbon K. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. DRESS. Etudes et résultats. 2004;
82. Deheeger M, Bellisle F, Rolland-Cachera MF. The French longitudinal study of growth and nutrition: data in adolescent males and females. *J Hum Nutr Diet*. déc 2002;15(6):429-38.
83. USEN. Étude nationale nutrition santé, ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Saint Maurice: Institut de veille sanitaire, université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers. 74p.; 2007.
84. Vanhelst J, Baudalet JB, Thivel D, Ovigneur H, Deschamps T. French youth trends in prevalence of overweight, obesity and underweight from 2008 to 2018. *BMC Res Notes*. 15 juin 2022;15(1):208.
85. Chardon O, Guignon N, Guthmann J, Fonteneau L, Delmas M. CHARDON O., GUIGNON N., GUTHMANN J., FONTENEAU L., ET DELMAS M. (2014). La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième. Etude Résultats, vol.865 : p.1-6. Vol. 865. 2014. 1-6 p.
86. Anses. Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail; 2017.
87. Esen. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. Saint-Maurice : Santé publique France 42p; 2017.
88. Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Rapport Irdes n° 553.; 2012.
89. Fiche\_EnCLASS\_2022\_Corpulence.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: [http://enclass.fr/application/files/6617/1655/4465/Fiche\\_EnCLASS\\_2022\\_Corpulence.pdf](http://enclass.fr/application/files/6617/1655/4465/Fiche_EnCLASS_2022_Corpulence.pdf)
90. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the « Ligue Contre l'Obésité ». *J Clin Med*. 25 janv 2023;12(3):925.
91. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. sept 2007;85(9):660-7.
92. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 16 déc 2017;390(10113):2627-42.
93. Ducros A, Pasquet P. [Evolution of age at menarche in France]. *Biom Hum*. 1978;13:35-43.
94. Rochebrochard L, De É. Les âges à la puberté des filles et des garçons en France. Mesures à partir d'une enquête sur la sexualité des adolescents. 1999 [cité 2 sept 2024]; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/pop\\_0032-4663\\_1999\\_num\\_54\\_6\\_7061](https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1999_num_54_6_7061)

95. Gaudineau A, Ehlinger V, Vayssière C, Jouret B, Arnaud C, Godeau E. Âge à la ménarche : résultats français de l'étude Health Behaviour in School-aged Children. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 juin 2010;38(6):385-7.
96. Biro FM, Greenspan LC, Galvez MP, Pinney SM, Teitelbaum S, Windham GC, et al. Onset of breast development in a longitudinal cohort. *Pediatrics*. déc 2013;132(6):1019-27.
97. Rosenfield RL, Lipton RB, Drum ML. Thelarche, pubarche, and menarche attainment in children with normal and elevated body mass index. *Pediatrics*. janv 2009;123(1):84-8.
98. Mazzarino J, Puel O, Jesuran-Perelroizen M. Update on pubertal development in France. PROSPER - Observational study. Preliminary feasibility study. *Arch Pediatr*. févr 2019;26(2):108-14.
99. Herman-Giddens ME, Steffes J, Harris D, Slora E, Hussey M, Dowshen SA, et al. Secondary sexual characteristics in boys: data from the Pediatric Research in Office Settings Network. *Pediatrics*. nov 2012;130(5):e1058-1068.
100. Marshall WA, Tanner JM. Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Boys. *Arch Dis Child*. févr 1970;45(239):13-23.
101. Dong Y, Dai L, Dong Y, Wang N, Zhang J, Liu C, et al. Analysis of risk factors of precocious puberty in children. *BMC Pediatrics*. 11 sept 2023;23(1):456.
102. ER1317\_0.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/ER1317\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/ER1317_0.pdf)
103. Cerqueira A, Godeau E, Mitra S, Gaspar T, Matos MG de. Chronic health conditions measured in general health questionnaires for adolescents in Europe. *Análisis y modificación de conducta*. 2022;48(178):55-77.
104. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
105. 2024\_09\_04\_Fiche\_EnCLASS\_Handicap\_Limitations\_vf.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: [http://www.enclass.fr/application/files/7717/2857/8283/2024\\_09\\_04\\_Fiche\\_EnCLASS\\_Handicap\\_Limitations\\_vf.pdf](http://www.enclass.fr/application/files/7717/2857/8283/2024_09_04_Fiche_EnCLASS_Handicap_Limitations_vf.pdf)
106. Blair SN, Kohl HW, Paffenbarger RS, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *JAMA*. 3 nov 1989;262(17):2395-401.
107. Ortega FB, Ruiz JR, Castillo MJ, Sjöström M. Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *Int J Obes (Lond)*. janv 2008;32(1):1-11.
108. Morcel J, Béghin L, Michels N, De Ruyter T, Drumez E, Cailliau E, et al. Nutritional and physical fitness parameters in adolescence impact cardiovascular health in adulthood. *Clin Nutr*. août 2024;43(8):1857-64.
109. García-Hermoso A, Ramírez-Vélez R, García-Alonso Y, Alonso-Martínez AM, Izquierdo M. Association of Cardiorespiratory Fitness Levels During Youth With Health Risk Later in Life: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 1 oct 2020;174(10):952-60.
110. Lang JJ, Belanger K, Poitras V, Janssen I, Tomkinson GR, Tremblay MS. Systematic review of the relationship between 20m shuttle run performance and health indicators among children and youth. *J Sci Med Sport*. avr 2018;21(4):383-97.

111. Tomkinson GR, Carver KD, Atkinson F, Daniell ND, Lewis LK, Fitzgerald JS, et al. European normative values for physical fitness in children and adolescents aged 9-17 years: results from 2 779 165 Eurofit performances representing 30 countries. *Br J Sports Med.* nov 2018;52(22):1445-14563.
112. Tomkinson GR, Lang JJ, Tremblay MS. Temporal trends in the cardiorespiratory fitness of children and adolescents representing 19 high-income and upper middle-income countries between 1981 and 2014. *Br J Sports Med.* avr 2019;53(8):478-86.
113. Fühner T, Kliegl R, Arntz F, Kriemler S, Granacher U. An Update on Secular Trends in Physical Fitness of Children and Adolescents from 1972 to 2015: A Systematic Review. *Sports Med.* 2021;51(2):303-20.
114. Leone M, Levesque P, Bourget-Gaudreault S, Lemoyne J, Kalinova E, Comtois AS, et al. Secular trends of cardiorespiratory fitness in children and adolescents over a 35-year period: Chronicle of a predicted foretold. *Front Public Health.* 2022;10:1056484.
115. Ruiz JR, Cavero-Redondo I, Ortega FB, Welk GJ, Andersen LB, Martinez-Vizcaino V. Cardiorespiratory fitness cut points to avoid cardiovascular disease risk in children and adolescents; what level of fitness should raise a red flag? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* déc 2016;50(23):1451-8.
116. Welk GJ, Laurson KR, Eisenmann JC, Cureton KJ. Development of youth aerobic-capacity standards using receiver operating characteristic curves. *Am J Prev Med.* oct 2011;41(4 Suppl 2):S111-116.
117. Vanhelst J, Béghin L, Drumez E, Baudalet JB, Labreuche J, Chapelot D, et al. Condition physique des enfants et adolescents en France de 2009 à 2013 et prévalence du risque de maladie cardiovasculaire à l'âge adulte – le programme « Bouge... Une priorité pour ta santé ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 sept 2016;64(4):219-28.
118. Albon HM, Hamlin MJ, Ross JJ. Secular trends and distributional changes in health and fitness performance variables of 10-14-year-old children in New Zealand between 1991 and 2003. *Br J Sports Med.* mars 2010;44(4):263-9.
119. Nevill AM, Duncan MJ, Gaya A, Mello JB. Secular trends in the physical fitness of Brazilian youth: Evidence that fitness is declining for the majority but not for a fit minority. *Scand J Med Sci Sports.* oct 2023;33(10):2079-89.
120. Li C, Taerken AY, Li Q, Selimu A, Wang H. Secular trends in physical fitness of rural Chinese children and adolescents aged 7-18 years from 1985 to 2019. *Sci Rep.* 14 mars 2023;13(1):4229.
121. Vanhelst J, Lang JJ, Matelot D, Carré F, Mercier D, Ulmer Z, et al. Cardiorespiratory fitness has declined among French children since 1999, although the decline appears to be getting smaller. *Scand J Med Sci Sports.* mai 2024;34(5):e14641.
122. Béghin L, Thivel D, Baudalet JB, Deschamps T, Ovigneur H, Vanhelst J. Change in physical fitness due to the COVID-19 pandemic lockdown in French adolescents: a comparison between two independent large samples from Diagnoform battery. *Eur J Pediatr.* nov 2022;181(11):3955-63.
123. Huotari PRT, Nupponen H, Laakso L, Kujala UM. Secular trends in aerobic fitness performance in 13-18-year-old adolescents from 1976 to 2001. *Br J Sports Med.* oct 2010;44(13):968-72.
124. Faigenbaum AD, Ratamess NA, Kang J, Bush JA, Rial Rebullido T. May the Force Be with Youth: Foundational Strength for Lifelong Development. *Curr Sports Med Rep.* 1 déc 2023;22(12):414-22.
125. García-Hermoso A, Ramírez-Campillo R, Izquierdo M. Is Muscular Fitness Associated with Future Health Benefits in Children and Adolescents? A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Sports Med.* juill 2019;49(7):1079-94.

126. Tomkinson GR. Global changes in anaerobic fitness test performance of children and adolescents (1958-2003). *Scand J Med Sci Sports*. oct 2007;17(5):497-507.
127. Dooley FL, Kaster T, Fitzgerald JS, Walch TJ, Annandale M, Ferrar K, et al. A Systematic Analysis of Temporal Trends in the Handgrip Strength of 2,216,320 Children and Adolescents Between 1967 and 2017. *Sports Med*. juin 2020;50(6):1129-44.
128. Tomkinson GR, Kaster T, Dooley FL, Fitzgerald JS, Annandale M, Ferrar K, et al. Temporal Trends in the Standing Broad Jump Performance of 10,940,801 Children and Adolescents Between 1960 and 2017. *Sports Med*. mars 2021;51(3):531-48.
129. Kaster T, Dooley FL, Fitzgerald JS, Walch TJ, Annandale M, Ferrar K, et al. Temporal trends in the sit-ups performance of 9,939,289 children and adolescents between 1964 and 2017. *J Sports Sci*. août 2020;38(16):1913-23.
130. Knaier E, Chaouch A, Caflisch JA, Rousson V, Wehrle FM, Kakebeeke TH, et al. Secular trends in motor performance in Swiss children and adolescents from 1983 to 2018. *Front Public Health*. 2023;11:1095586.
131. Huotari P, Heikinaro-Johansson P, Watt A, Jaakkola T. Fundamental movement skills in adolescents: Secular trends from 2003 to 2010 and associations with physical activity and BMI. *Scand J Med Sci Sports*. mars 2018;28(3):1121-9.
132. Eberhardt T, Niessner C, Oriwol D, Buchal L, Worth A, Bös K. Secular Trends in Physical Fitness of Children and Adolescents: A Review of Large-Scale Epidemiological Studies Published after 2006. *Int J Environ Res Public Health*. 5 août 2020;17(16):5671.
133. Rouyer V, Mieyaa Y, Blanc AL. Socialisation de genre et construction des identités sexuées: Contextes sociétal et scientifique, acquis de la recherche et implications pratiques. *Revue française de pédagogie*. 2014;187(2):97-137.
134. Alessandrin A. Jeunesse : de nouvelles identités de genre ? [Internet]. La Documentation française; 2023 [cité 31 mars 2025]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/jeunesse-de-nouvelles-identites-de-genre--9782111578371>
135. Jarrigeon A, Menrath J. De la créativité partagée au chahut contemporain. Le téléphone mobile au lycée. *Ethnologie française*. 2010;40(1):109-14.
136. Paus-Hasebrink I, Kulterer J, Sinner P. Social Inequality, Childhood and the Media: A Longitudinal Study of the Mediatization of Socialisation. In 2019. p. 11-43.
137. Baromètre du numérique - édition 2022 - Rapport [Internet]. 2023 [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/barometre-du-numerique-edition-2022-rapport>
138. Les chiffres clés de la jeunesse 2024 – Loisirs-sport-culture [Internet]. INJEP. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: [https://injep.fr/tableau\\_bord/les-chiffres-cles-de-la-jeunesse-2024-loisirs-sport-culture/](https://injep.fr/tableau_bord/les-chiffres-cles-de-la-jeunesse-2024-loisirs-sport-culture/)
139. Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans (seconde partie) : de l'usage excessif à la dépendance [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1074>
140. Réveillé J. Claire Balleys, Grandir entre adolescents. À l'école et sur Internet. *Lectures* [Internet]. 26 nov 2015 [cité 1 août 2024]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/19576>
141. Aillerie K, McNICOL S. Information literacy and social networking sites: challenges and stakes regarding teenagers' uses. *ESSACHESS – Journal for Communication Studies*. 27 nov 2016;9(2(18)):89-100.

142. Livingstone S, Lemish D, Lim SS, Bulger M, Cabello P, Claro M, et al. Global Perspectives on Children's Digital Opportunities: An Emerging Research and Policy Agenda. *Pediatrics*. 1 nov 2017;140(Supplement\_2):S137-41.
143. Fontar B, Le Mentec M. Les pratiques vidéoludiques des adolescents de 13-15 ans. Différenciations sexuées et rapport hiérarchisé entre les sexes. *Réseaux*. 2020;222(4):79-112.
144. « Pratiques d'écrans » et de jeux vidéo à l'adolescence - 01/06/2022 | OFDT [Internet]. 2022 [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2022/pratiques-d-ecrans-et-de-jeux-video-l-adolescence-01062022-1804>
145. Galland O, Sociologie C de. Une polarisation de la jeunesse française. 2000 [cité 31 juill 2024]; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/ofce\\_0751-6614\\_2000\\_num\\_72\\_1\\_1655](https://www.persee.fr/doc/ofce_0751-6614_2000_num_72_1_1655)
146. Galland O, Muxel A. La tentation radicale [Internet]. <http://journals.openedition.org/lectures>. PUF; [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/24522?lang=es>
147. Crettiez X. Penser la radicalisation. Une sociologie processuelle des variables de l'engagement violent. *Revue française de science politique*. 2016;66(5):709-27.
148. Lindemann T. The case for an empirical and social-psychological study of recognition in international relations. *International Theory*. 1 mars 2013;5.
149. Mughal R, DeMarinis V, Nordendahl M, Lone H, Phillips V, Boyd-MacMillan E. Public Mental Health Approaches to Online Radicalisation: An Empty Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. janv 2023;20(16):6586.
150. Diasio N, Vinel V. La préadolescence : un nouvel âge de la vie ? *Revue des sciences sociales*. 31 mai 2014;(51):8-13.
151. Yu S, Wang T, Zhong T, Qian Y, Qi J. Barriers and Facilitators of Physical Activity Participation among Children and Adolescents with Intellectual Disabilities: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 26 janv 2022;10(2):233.
152. Vieille-Marchiset G. Sport de rue et identité politique des jeunes. *Agora débats/jeunesses*. 1 janv 2001;23:115-28.
153. État d'esprit et engagement des jeunes en 2024 - INJEP - Charlotte MILLOT, Sarah NEDJAR CALVET (CRÉDOC) Amélie CHARRUAULT (INJEP) [Internet]. INJEP. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://injep.fr/publication/etat-desprit-et-engagement-des-jeunes-en-2024/>
154. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable. *Agora débats/jeunesses*. 2012;60(1):121-34.
155. Enclass. Relations amoureuses et sexuelles chez les collégiens (4e-3e) et les lycéens en 2022 – résultats 2022 de EnCLASS [Internet]. Disponible sur: [http://enclass.fr/application/files/8217/2491/9133/Fiche\\_EnCLASS\\_2022\\_Sexualite.pdf](http://enclass.fr/application/files/8217/2491/9133/Fiche_EnCLASS_2022_Sexualite.pdf)
156. Marotta T. Premiers résultats de la grande enquête nationale « Contexte des sexualités en France 2023 » [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2024 [cité 12 déc 2024]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-de-la-grande-enquete-nationale-contexte-des-sexualites-en-france-2023/69505/>
157. Maillochon F et al. . Relations amoureuses et sexualité. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2018, [Internet]. Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2021/06/9-Fiche-EnCLASS-2018-sexualite.pdf>

158. SPF. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-2016-genre-et-sexualite>
159. Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 févr 2008;36(2):176-82.
160. Young H, Költő A, Reis M, Saewyc EM, Moreau N, Burke L, et al. Sexual Health questions included in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: an international methodological pilot investigation. BMC Med Res Methodol. 5 déc 2016;16(1):169.
161. Gaudineau A, Ehlinger V, Gabhainn SN, Vayssière C, Arnaud C, Godeau E. Use of emergency contraceptive pill by 15-year-old girls: results from the international Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. BJOG. sept 2010;117(10):1197-204.
162. 759 000 nouveau-nés en France en 2018 : seulement 12 000 ont une mère de moins de 20 ans - Insee Première - 1773 [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211194>
163. Masson E. Grossesse et maternité à l'adolescence [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1068793/grossesse-et-maternite-a-l-adolescence>
164. Masson E. Grossesse et accouchement de l'adolescente : le pronostic obstétrical est-il plus défavorable entre 13 et 15 ans ? [Internet]. EM-Consulte. [cité 31 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1104192/grossesse-et-accouchement-de-l-adolescente-le-pro>
165. La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 10 févr 2025]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240924\\_ER\\_Nombre\\_IVG](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240924_ER_Nombre_IVG)
166. Ibrahim N. Santé sexuelle des adolescents vivant avec une maladie chronique en France : une approche mixte [Internet] [Thèse de doctorat]. université Paris-Saclay; 2023 [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://theses.fr/2023UPASR041>
167. Choquet M, Du Pasquier Fediaevsky L, Manfredi R. Sexual behavior among adolescents reporting chronic conditions: a French national survey. J Adolesc Health. janv 1997;20(1):62-7.
168. Ibrahim N, Hassler C, Jousset C, Barry C, Lefèvre H, Falissard B, et al. Chronic conditions, subjective wellbeing and risky sexual behaviour among adolescents and young adults. Eur J Pediatr. mars 2023;182(3):1163-71.
169. SPF. VIH et IST bactériennes en France. Bilan 2023. [Internet]. [cité 10 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/vih-et-ist-bacteriennes-en-france-bilan-2023>
170. Construire, explorer et partager sa sexualité en ligne - INJEP - Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY Arthur VUATTOUX [Internet]. INJEP. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://injep.fr/publication/construire-explorer-et-partager-sa-sexualite-en-ligne/>
171. Cohen D. Rapport 23-01. Accès à la pornographie chez l'enfant et l'adolescent : conséquences et recommandations. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 avr 2023;207(4):381-98.
172. Les adolescents et le porno : vers une « Génération Youporn » ? [Internet]. IFOP. [cité 10 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-adolescents-et-le-porno-vers-une-generation-youporn/>

173. Porno : l'enfer du décor - Rapport [Internet]. Sénat. 2023 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-900-1/r21-900-1.html>
174. LOI n° 2024-449 du 21 mai 2024 visant à sécuriser et à réguler l'espace numérique (1). 2024-449 mai 21, 2024.
175. Rousseau M, Asselin I, Morello R, Lecoutour X, Brouard J, Fauvet R, et al. Prevalence and factors associated with active cybersexuality among teenagers between 15 and 17 years old: a cross sectional study in Normandy, France. Arch Pediatr. juill 2023;30(5):260-5.
176. Rousseau M. Prévalence et facteurs de vulnérabilité de la cybersexualité active chez les adolescents de 15 à 17 ans en Normandie Occidentale. 7 sept 2018;55.
177. Éducation à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2025/Hebdo6/MENE2503064A>
178. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 12 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/rapport-relatif-a-l-education-a-la>
179. 2021\_06\_FicheEnCLASS2018\_Interventions\_prevention.pdf [Internet]. [cité 12 févr 2025]. Disponible sur: [http://enclass.fr/application/files/7216/4856/9622/2021\\_06\\_FicheEnCLASS2018\\_Interventions\\_prevention.pdf](http://enclass.fr/application/files/7216/4856/9622/2021_06_FicheEnCLASS2018_Interventions_prevention.pdf)
180. Enseignements primaire et secondaire [Internet]. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 19 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm>
181. Circulaire du 30 septembre 2022 sur l'éducation à la sexualité [Internet]. Académie de Paris. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: [https://pia.ac-paris.fr/portail/jcms/p2\\_2683837/circulaire-du-30-septembre-2022-sur-l-education-a-la-sexualite](https://pia.ac-paris.fr/portail/jcms/p2_2683837/circulaire-du-30-septembre-2022-sur-l-education-a-la-sexualite)
182. Connaître les enjeux de l'éducation à la sexualité [Internet]. éducol | Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche | Dgesco. [cité 12 févr 2025]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/2078/connaitre-les-enjeux-de-l-education-la-sexualite>
183. Arrêté du 3 février 2025 fixant le programme d'éducation à la sexualité - éduquer à la vie affective et relationnelle à l'école maternelle et à l'école élémentaire, éduquer à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité au collège et au lycée - Légifrance [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051132259>
184. L'entrée dans la vie sexuelle et la contraception à l'adolescence [Internet]. [cité 19 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/rhone/assure/sante/themes/puberte/entree-vie-sexuelle-contraception-adolescence>
185. Cotation NGAP CCP - OMNIPrat [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://omniprat.org/fiches-pratiques/gynecologie/premiere-consultation-de-contraception-de-prevention-en-sante-sexuelle-ccp/>
186. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet. 5 oct 2002;360(9339):1083-8.

187. Global status report on violence against children 2020 [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>
188. Haute Autorité de Santé - Évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger: cadre national de référence [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference)
189. Behind the numbers: ending school violence and bullying - UNESCO Bibliothèque Numérique [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366486>
190. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2013 [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/326375>
191. Violence chez les jeunes [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>
192. Santé à l'adolescence et au début de l'âge adulte [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
193. La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2903292/fr/la-prevention-de-la-violence-entre-les-mineurs-adolescents-au-sein-des-etablissements-d-accueil](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903292/fr/la-prevention-de-la-violence-entre-les-mineurs-adolescents-au-sein-des-etablissements-d-accueil)
194. Champion HL, Durant RH. Exposure to violence and victimization and the use of violence by adolescents in the United States. *Minerva Pediatr.* juin 2001;53(3):189-97.
195. Olweus D, Hammen MH, Pain J. Violences entre élèves, harcèlements et brutalités : les faits, les solutions / Dan Olweus [Internet]. ESF éd; 1999 [cité 31 janv 2025]. 1 vol. (108 p.); 24 cm. (Pédagogies, recherche). Disponible sur: <https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/SYRACUSE/148575/violences-entre-eleves-harcelements-et-brutalites-les-faits-les-solutions-dan-olweus>
196. Administrator. Enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves [Internet]. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <http://www.emro.who.int/fr/health-education/global-student-health-survey/global-student-health-survey.html>
197. HBSC study | Health Behaviour in School-aged Children study [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://hbsc.org/>
198. Fiche\_EnCLASS\_2022\_Harcelement.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: [http://www.enclass.fr/application/files/4917/2595/2394/Fiche\\_EnCLASS\\_2022\\_Harcelement.pdf](http://www.enclass.fr/application/files/4917/2595/2394/Fiche_EnCLASS_2022_Harcelement.pdf)
199. 2,2 % des lycéens déclarent cinq violences ou plus de façon répétée [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/22-des-lyceens-declarent-cinq-violences-ou-plus-de-facon-repetee-414660>
200. Refuser l'oppression quotidienne: la prévention du harcèlement à l'École - Rapport d'Éric Debarbieux [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 26 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/refuser-l-oppression-quotidienne-la-prevention-du-harcelement-l-ecole-rapport-d-eric-debarbieux-2144>

201. Fortier K, Parent S, Lessard G. Child maltreatment in sport: smashing the wall of silence: a narrative review of physical, sexual, psychological abuses and neglect. *Br J Sports Med.* 1 janv 2020;54(1):4-7.
202. Vertommen T, Schipper-van Veldhoven N, Wouters K, Kampen JK, Brackenridge CH, Rhind DJA, et al. Interpersonal violence against children in sport in the Netherlands and Belgium. *Child Abuse Negl.* janv 2016;51:223-36.
203. Vertommen T, Decuyper M, Parent S, Pankowiak A, Woessner MN. Interpersonal Violence in Belgian Sport Today: Young Athletes Report. *Int J Environ Res Public Health.* 17 sept 2022;19(18):11745.
204. Parent S, Vaillancourt-Morel MP. Magnitude and risk factors for interpersonal violence experienced by Canadian teenagers in the sport context. *Journal of Sport & Social Issues.* 2021;45(6):528-44.
205. Boudreault V, Gagnon-Girouard MP, Carbonneau N, Labossière S, Bégin C, Parent S. Extreme weight control behaviors among adolescent athletes: Links with weight-related maltreatment from parents and coaches and sport ethic norms. *Int Rev Sociol Sport.* mai 2022;57(3):421-39.
206. Marsollier É, Hauw D, Crettaz von Roten F. Understanding the Prevalence Rates of Interpersonal Violence Experienced by Young French-Speaking Swiss Athletes. *Front Psychol.* 2021;12:726635.
207. Présentation du bilan d'activité 2023 en matière de lutte contre les violences sexuelles et sexistes dans le sport [Internet]. [sports.gouv.fr](https://www.sports.gouv.fr/presentation-du-bilan-d-activite-2023-en-matiere-de-lutte-contre-les-violences-sexuelles-et). [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/presentation-du-bilan-d-activite-2023-en-matiere-de-lutte-contre-les-violences-sexuelles-et>
208. 2000-2020 : un aperçu statistique du traitement pénal des mineurs | Ministère de la justice [Internet]. 2022 [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/2000-2020-apercu-statistique-du-traitement-penal-mineurs>
209. Insécurité et délinquance en 2022 : Bilan statistique | Ministère de l'Intérieur [Internet]. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiqués-de-presse/insecurite-et-delinquance-en-2022-bilan-statistique>
210. l'Intérieur M de. Interstats Références [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Interstats-References>. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Interstats-References>
211. Violences et rapports de genre - Grandes Enquêtes - Ined éditions [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/grandes-enquetes/violences-et-rapports-de-genre/>
212. État de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans - résultats du Baromètre de Santé publique France 2017e - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 19 mars 2025]. Disponible sur: [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019\\_26-27\\_5.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_5.html)
213. Violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence : des agressions familiales dont on parle peu - Population et Sociétés - Ined éditions [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/violences-sexuelles-durant-l-enfance-et-l-adolescence/>
214. Vagi KJ, Rothman EF, Latzman NE, Tharp AT, Hall DM, Breiding MJ. Beyond correlates: a review of risk and protective factors for adolescent dating violence perpetration. *J Youth Adolesc.* avr 2013;42(4):633-49.

215. Sardinha L, Yüksel-Kaptanoğlu I, Maheu-Giroux M, García-Moreno C. Intimate partner violence against adolescent girls: regional and national prevalence estimates and associated country-level factors. *The Lancet Child & Adolescent Health* [Internet]. 29 juill 2024 [cité 1 août 2024];0(0). Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(24\)00145-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(24)00145-7/fulltext)
216. LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale (1). 2002-305 mars 4, 2002.
217. Rapport du groupe de travail sur la prostitution des mineurs | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. 2021 [cité 10 févr 2025]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/rapport-du-groupe-de-travail-sur-la-prostitution-des-mineurs>
218. Blanpain N, Daniel A. Les modes de vie des adolescents âgés de 15 à 17 ans. Un aperçu à partir d'enquête statistiques, Études et Résultats, DREES, no 319, juin. DREES. 2024;(319).
219. Portela M. 24 heures chrono dans la vie d'un jeune : les modes de vie des 15-24 ans. Etudes et Résultats,. DREES. (911, Avril).
220. Baccaïni B. Du domicile à l'établissement scolaire : les trajets quotidiens des jeunes en 1991-1992. *Economie et Statistique*. 1996;293(1):55-75.
221. Résultats détaillés de l'enquête mobilité des personnes 2019 [Internet]. Données et études statistiques pour le changement climatique, l'énergie, l'environnement, le logement, et les transports. [cité 12 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/resultats-detailles-de-lenquete-mobilite-des-personnes-de-2019>
222. Wagner A, Klein-Platat C, Arveiler D, Haan MC, Schlienger JL, Simon C. Parent-child physical activity relationships in 12-year old French students do not depend on family socioeconomic status. *Diabetes Metab*. sept 2004;30(4):359-66.
223. Anses. Rapport sur l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants et des adolescents. Maisons-Alfort: 53 p.; 2020.
224. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100(2):126-31.
225. Perrin C, Dumas A, Vieille Marchiset G. L'activité physique comme objet de santé publique : fabrique, diffusion et réception des nouvelles normes de santé active. *Sociologies* [Internet]. 2 févr 2021 [cité 17 sept 2024]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sociologies/15612>
226. Arènes J, Janvrin MP, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. CFES, 328p.; 1998.
227. Dumith SC, Hallal PC, Reis RS, Kohl HW. Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. *Preventive Medicine*. 1 juill 2011;53(1):24-8.
228. INPES. Baromètre Santé (2000) – Perceptions et comportements de santé des 12-25 ans vivant en France. INPES, 12p; 2000.
229. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 1 janv 2020;4(1):23-35.
230. Marques A, Henriques-Neto D, Peralta M, Martins J, Demetriou Y, Schönbach DMI, et al. Prevalence of Physical Activity among Adolescents from 105 Low, Middle, and High-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. mai 2020;17(9):3145.

231. Chambonniere C, Lambert C, Fearnbach N, Tardieu M, Fillon A, Genin P, et al. Effect of the COVID-19 lockdown on physical activity and sedentary behaviors in French children and adolescents: New results from the ONAPS national survey. *Eur J Integr Med.* avr 2021;43:101308.
232. Kovacs VA, Starc G, Brandes M, Kaj M, Blagus R, Leskošek B, et al. Physical activity, screen time and the COVID-19 school closures in Europe - An observational study in 10 countries. *Eur J Sport Sci.* juill 2022;22(7):1094-103.
233. Fiche\_EnCLASS\_2022\_Activite\_physique.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: [http://enclass.fr/application/files/5317/2598/2044/Fiche\\_EnCLASS\\_2022\\_Activite\\_physique.pdf](http://enclass.fr/application/files/5317/2598/2044/Fiche_EnCLASS_2022_Activite_physique.pdf)
234. Liu XQ, Liu ML, Wu ZW, Liang JH. Secular trends in the prevalence of meeting 24-hour movement guidelines among U.S. adolescents: evidence from NHANES 2007-2016. *Front Public Health.* 2024;12:1362718.
235. Pfledderer CD, Brown DMY, Lanza K, Hunt ET, Porter CD, Parker H, et al. Out-of-school activities and adherence to 24-hour movement guidelines. *Am J Prev Med.* 28 août 2024;S0749-3797(24)00294-0.
236. Rakić JG, Hamrik Z, Dzielska A, Felder-Puig R, Oja L, Bakalár P, et al. A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2024 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/376772>
237. Romon M, Lafay L, Bresson JL, Oppert JM, Borys JM, Kettaneh A, et al. Relationships between physical activity and plasma leptin levels in healthy children: the Fleurbaix-Laventie Ville Santé II Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* oct 2004;28(10):1227-32.
238. Jacobi D, Caille A, Borys JM, Lommez A, Couet C, Charles MA, et al. Parent-offspring correlations in pedometer-assessed physical activity. *PLoS One.* 2011;6(12):e29195.
239. Conger SA, Toth LP, Cretsinger C, Raustorp A, Mitáš J, Inoue S, et al. Time Trends in Physical Activity Using Wearable Devices: A Systematic Review and Meta-analysis of Studies from 1995 to 2017. *Med Sci Sports Exerc.* 1 févr 2022;54(2):288-98.
240. Aibar A, Bois JE, Generelo E, Zaragoza Casterad J, Paillard T. A cross-cultural study of adolescents' physical activity levels in France and Spain. *European Journal of Sport Science.* 2013;13(5):551-8.
241. Steene-Johannessen J, Hansen BH, Dalene KE, Kolle E, Northstone K, Møller NC, et al. Variations in accelerometry measured physical activity and sedentary time across Europe - harmonized analyses of 47,497 children and adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 18 mars 2020;17(1):38.
242. Escalon H, Bossard C, Beck F. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p. Saint-Denis, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p.; 2009.
243. Deux tiers des 15 ans ou plus ont une activité physique ou sportive régulière en 2020 – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6535289?sommaire=6535307>
244. INSEP, Ministère de la Jeunesse et des Sports. Enquête sur les pratiques sportives des Français 2000. Stat-Info mars 2001 ; n°01-01. 2001.
245. INPES, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, direction de l'enseignement scolaire. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France, données françaises de l'enquête

internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Dossier de presse, septembre 2008. In : Les Français et leur santé. 3e édition du Baromètre Kiria Philips 2008.; 2008.

246. Rochedy A, Ehlinger V, Godeau E. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2018, Habitudes alimentaires et activité physique. Rennes : EHESP, 10p; 2020.

247. Baromètre national des pratiques sportives 2020 - INJEP - Patricia Croutte et Jörg Müller Avec le concours d'Augustin Baron et Raphaël Brosseau Sous la direction de Sandra Hoibian [Internet]. INJEP. [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: <https://injep.fr/publication/barometre-national-des-pratiques-sportives-2020/>

248. Bassett DR, John D, Conger SA, Fitzhugh EC, Coe DP. Trends in Physical Activity and Sedentary Behaviors of United States Youth. J Phys Act Health. août 2015;12(8):1102-11.

249. Deng Y, Fan A. Trends in sports participation in adolescents: Data from a large-scale sample in the US adolescents. Front Public Health. 31 oct 2022;10:960098.

250. Groffik D, Fromel K, Ziemba M, Mitas J. Trends in physical activity in adolescents participating and not participating in organized team or individual physical activity. Ann Agric Environ Med [Internet]. 3 avr 2023 [cité 15 août 2023]; Disponible sur: <https://www.aaem.pl/Trends-in-physical-activity-in-adolescents-participating-and-not-participating-in,162040,0,2.html>

251. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet Glob Health. oct 2018;6(10):e1077-86.

252. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. Lancet. 21 juill 2012;380(9838):247-57.

253. Duché P. Pourquoi les adolescents s'éloignent-ils de la pratique d'activité physique ? La Santé en Action Santé Publique France. 2023;dec. 2022(461):11-3.

254. Fang H, Jing Y, Chen J, Wu Y, Wan Y. Recent Trends in Sedentary Time: A Systematic Literature Review. Healthcare (Basel). 30 juill 2021;9(8):969.

255. Guilbert P, Perrin-Escalon H. Baromètre santé nutrition 2002. INPES, 214p.; 2004.

256. Bucksch J, Sigmundova D, Hamrik Z, Troped PJ, Melkevik O, Ahluwalia N, et al. International Trends in Adolescent Screen-Time Behaviors From 2002 to 2010. J Adolesc Health. avr 2016;58(4):417-25.

257. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2012.

258. Runacres A, Mackintosh KA, Knight RL, Sheeran L, Thatcher R, Shelley J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Sedentary Time and Behaviour in Children and Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 27 oct 2021;18(21):11286.

259. Malgré un temps croissant passé sur les écrans, les jeunes lisent toujours autant ! | Ipsos [Internet]. 2022 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/malgre-un-temps-croissant-passe-sur-les-ecrians-les-jeunes-lisent-toujours-autant>

260. Ordinateur et accès à Internet : les inégalités d'équipement persistent selon le niveau de vie - Insee Focus - 226 [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5057474>

261. Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014: observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289052405>
262. Boniel-Nissim M, Marino C, Galeotti T, Blinka L, Ozoliņa K, Craig W, et al. A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2024 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/378982>
263. Écrans et jeux vidéo à l'adolescence | OFDT [Internet]. 2014 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2014/ecrans-et-jeux-video-l-adolescence-958>
264. Dany L, Moreau L, Guillet C, Franchina C. Pratiques des jeux vidéo, d'internet et des réseaux sociaux chez des collégiens français. *Santé Publique*. 1 déc 2016;28(5):569-79.
265. Brodersen NH, Steptoe A, Boniface DR, Wardle J. Trends in physical activity and sedentary behaviour in adolescence: ethnic and socioeconomic differences. *Br J Sports Med*. mars 2007;41(3):140-4.
266. Santé des enfants, santé des jeunes [Internet]. [cité 2 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=11>
267. Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert SM, Avidan A, Daly FJ, et al. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health*. 2017;3(1):6-19.
268. Matricciani L, Olds T, Williams M. A review of evidence for the claim that children are sleeping less than in the past. *Sleep*. mai 2011;34(5):651-9.
269. Matricciani L, Olds T, Petkov J. In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep Med Rev*. juin 2012;16(3):203-11.
270. Olds T, Blunden S, Petkov J, Forchino F. The relationships between sex, age, geography and time in bed in adolescents: a meta-analysis of data from 23 countries. *Sleep Med Rev*. déc 2010;14(6):371-8.
271. Otsuka Y, Kaneita Y, Itani O, Matsumoto Y, Jike M, Higuchi S, et al. The association between Internet usage and sleep problems among Japanese adolescents: three repeated cross-sectional studies. *Sleep*. 10 déc 2021;44(12):zsab175.
272. Ghekiere A, Van Cauwenberg J, Vandendriessche A, Inchley J, Gaspar de Matos M, Borraccino A, et al. Trends in sleeping difficulties among European adolescents: Are these associated with physical inactivity and excessive screen time? *Int J Public Health*. mai 2019;64(4):487-98.
273. Chen CX, Zhang JH, Li SX, Chan KCC, Li AM, Kong APS, et al. Secular trends in sleep and circadian problems among adolescents in Hong Kong: From 2011-2012 to 2017-2019. *Sleep Med*. mai 2024;117:62-70.
274. Patois E, Valatx JL, Alépérovitch A. [Prevalence of sleep and wakefulness disorders in high school students at the Academy of Lyon]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1993;41(5):383-8.
275. Mantz J, Muzet A, Winter AS. Le rythme veille—sommeil chez l'adolescent de 15 à 20 ans. Enquête réalisée dans un lycée pendant dix jours consécutifs. *Archives de Pédiatrie*. 1 mars 2000;7(3):256-62.
276. Bailly D, Bailly-Lambin I, Querleu D, Beuscart R, Collinet C. Le sommeil des adolescents et ses troubles une enquête en milieu scolaire. *L'Encéphale*. 1 sept 2004;30(4):352-9.

277. Beck F, Richard JB. Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 344p; 2013.
278. Léger D, Spilka S, Le-Nezet O, Godeau E. Le sommeil des collégiens et lycéens en 2018, Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2018. EHESP rennes. 2020;9p.
279. Zayoud A, Matulonga Diakiese B. FOCUS SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE (2020) – Effets des écrans sur le sommeil des adolescents. Enquête réseau Morphée. ORS île de France. ISBN : 978-2-7371-2106-7; 2020.
280. Keyes KM, Maslowsky J, Hamilton A, Schulenberg J. The great sleep recession: changes in sleep duration among US adolescents, 1991-2012. *Pediatrics*. mars 2015;135(3):460-8.
281. Léger D, Richard JB, Godeau E, Beck F. Léger D, Richard J-B, Godeau E, Beck F (2012) La chute du temps de sommeil au cours de l'adolescence : résultats de l'enquête HBSC 2010 menée auprès des collégiens. *BEH* 44-45. *BEH*. 2012;44-5.
282. Julian M, Camart N, de Kernier N, Verlhac JF. Enquête quantitative sur le sommeil d'adolescents tout-venant français : insomnie, anxiété-dépression et rythmes circadiens. *L'Encéphale*. 2023;49(1):41-4.
283. Gariépy G, Danna S, Gobiņa I, Rasmussen M, Gaspar de Matos M, Tynjälä J, et al. How Are Adolescents Sleeping? Adolescent Sleep Patterns and Sociodemographic Differences in 24 European and North American Countries. *J Adolesc Health*. juin 2020;66(6S):S81-8.
284. Vignau J, Bailly D, Duhamel A, Vervaecke P, Beuscart R, Collinet C. Epidemiologic study of sleep quality and troubles in French secondary school adolescents. *J Adolesc Health*. nov 1997;21(5):343-50.
285. Beck F, Léon C, Léger D. Les troubles du sommeil en population générale - Évolution 1995-2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés. *Med Sci (Paris)*. 1 févr 2009;25(2):201-6.
286. Léon C, Godeau E, Spilka S, Gillaizeau I, Beck F. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2022. Saint-Maurice: Santé Publique France. 2024;17p.
287. Messaadi N, Bayen S, Beghin L, Lefebvre JM, Colleau S, Deken V, et al. Associations entre les temps d'écran et les habitudes de sommeil chez des jeunes collégiens. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 juin 2020;68(3):179-84.
288. Hale L, Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Med Rev*. juin 2015;21:50-8.
289. Chen Y, Li Y, Li S, He M, Chen Q, Ru T, et al. When and what: A longitudinal study on the role of screen time and activities in adolescent sleep. *Sleep Med*. mai 2024;117:33-9.
290. Fiche\_sommeil\_EnCLASS\_collegiens\_et\_lyceens\_v3.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: [http://www.enclass.fr/application/files/8916/1815/3450/Fiche\\_sommeil\\_EnCLASS\\_collegiens\\_et\\_lyceens\\_v3.pdf](http://www.enclass.fr/application/files/8916/1815/3450/Fiche_sommeil_EnCLASS_collegiens_et_lyceens_v3.pdf)
291. Nuutinen T, Roos E, Ray C, Villberg J, Välimaa R, Rasmussen M, et al. Computer use, sleep duration and health symptoms: a cross-sectional study of 15-year olds in three countries. *Int J Public Health*. août 2014;59(4):619-28.
292. INSV. Sommeil et scolarité [Internet]. Institut national du sommeil et de la vigilance-mgen; 2009. (Carnets du sommeil). Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2020/02/INSV-Carnet-7-Sommeil-Scolarite%C3%A9.pdf>

293. Saunders TJ, Gray CE, Poitras VJ, Chaput JP, Janssen I, Katzmarzyk PT, et al. Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab*. juin 2016;41(6 Suppl 3):S283-293.
294. Touvier M, Dufour A. Résultats de l'étude INCA 2 : Évolution des apports en énergie et macronutriments depuis INCA 1. Colloque PNNS. Afssa / DERNS / PASER / Observatoire des consommations alimentaires.; 2007.
295. Guilbert P, Delamaire C, Oddoux K, Léon C, Gautier A, Arwidson P, et al. Baromètre santé nutrition 2002 : premiers résultats. *BEH Invs*. 2003;18-9.
296. Manneville F, Briançon S, Legrand K, Langlois J, Lecomte E, Omorou AY, et al. Physical Activity and Eating Behavior Inequalities Mediating the Effects of Socioeconomic Status and Sex on Adolescent Quality of Life: Insights of the PRALIMAP Trial. *J Phys Act Health*. 1 oct 2022;19(10):648-57.
297. Esen. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Consommations alimentaires. Saint-Maurice : Santé publique France, 193 p.; 2017.
298. Tavoularis G, Hébel P. Fruits et légumes : les Français suivent de moins en moins la recommandation. *Consommation et mode de vie*, n° 292, CRÉDOC; 2017.
299. Seconda L, Salmon Legagneur A, Hébel P. Renversement de tendance : les Français végétalisent leur alimentation. *CREDOC*, n° 292; 2021.
300. Jahns L, Siega-Riz AM, Popkin BM. The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996. *J Pediatr*. avr 2001;138(4):493-8.
301. Nielsen SJ, Siega-Riz AM, Popkin BM. Trends in food locations and sources among adolescents and young adults. *Prev Med*. août 2002;35(2):107-13.
302. Conseil National Alimentaire (CNA). Nouveaux comportements alimentaires : Propositions d'actions pour une alimentation compatible avec des systèmes alimentaires durables. Avis 90. 2023.
303. Volatier JL. Enquête INCA individuelle et nationale sur les consommations alimentaires. Tec&Doc ed. Paris. 2000.
304. Hébel P. Le petit-déjeuner en perte de vitesse. *CREDOC*. 2013;259: 1-4.
305. Ipsos. COMMENT FAIRE PERDURER LE PETIT-DÉJEUNER CHEZ LES ADOLESCENTES? [Internet]. 2023 oct. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-11/Support%20Conf%20de%20Presse%20Fondation%20ALL%20-%20Etude%20Ipsos%20-vf1710.pdf>
306. IFOP. Les collégiens face au petit déjeuner [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2022/06/Ifop-Le-Petit-dejeuner-des-collegiens-site.pdf>
307. EnCLASS, EnCLASS. Les pratiques alimentaires des collégiens et lycéens. Résultats 2022 de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS) [Internet]. 2025. 17 p. Disponible sur: [http://enclass.fr/index.php/download\\_file/view/138/208](http://enclass.fr/index.php/download_file/view/138/208)
308. Francou A, Hébel P. Le goûter en perte de vitesse et loin des recommandations. *Consommation et modes de vie*, n° 290, CRÉDOC; 2017.
309. Choquet M, Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. ED. Inserm.Documentation française Coll; Analyses et perspectives Paris.; 1994.

310. Spyckerelle Y, Giordanella JP, Poisson D. Grignotage, surpoids et obésité chez les jeunes, quels liens avec la précarité ? Alimentation et précarité n° 16. 2002;
311. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. The American Journal of Clinical Nutrition. 1 mai 2019;109(5):1402-13.
312. Schmidt U, Adan R, Böhm I, Campbell I, Dingemans A, Ehrlich S, et al. Eating disorders: the big issue. The Lancet Psychiatry. 2016;(3):313-5.
313. Vaquera E, Kao G. Do You Like Me as Much as I Like You? Friendship Reciprocity and Its Effects on School Outcomes among Adolescents. Soc Sci Res. mars 2008;37(1):55-72.
314. McFarland DA, Moody J, Diehl D, Smith JA, Thomas RJ. Network Ecology and Adolescent Social Structure. Am Sociol Rev. 1 déc 2014;79(6):1088-121.
315. Claes M, Lacourse É. Pratiques parentales et comportements déviants à l'adolescence. Enfance. 2001;53(4):379-99.
316. Martin C, Hammouche A, Modak M, Neyrand G, Sellenet C, Vandenbroeck M, et al. Accompagner les parents dans leur travail éducatif et de soin [Internet]. 2017 [cité 31 mars 2025]. Disponible sur: <https://shs.hal.science/halshs-01572229>
317. Lamboy B, Guillemont J. Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ? Devenir. 2014;26(4):307-25.
318. The Social Context of Adolescent Friendships: Parents, Peers, and Romantic Partners - Heather Kohler Flynn, Diane H. Felmlee, Rand D. Conger, 2017 [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0044118X14559900>
319. Bukowski WM et al. Peer relations as a developmental context. Disponible sur: <https://www.guilford.com/excerpts/underwood2.pdf?t=1>
320. Bourdet-Loubère S. Les dérives passionnelles de l'amitié 2.0. Adolescence. 2015;T. 33 1(1):99-112.
321. Mallet P. L'amitié entre enfants ou adolescents [Internet]. Armand colin. 2015 [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/amitie-entre-enfants-ou-adolescents-une-force-pour-grandir>
322. Daligault T. Isabelle Clair, Les choses sérieuses. Enquête sur les amours adolescentes. Lectures [Internet]. 8 sept 2023 [cité 1 août 2024]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/61964>
323. France, portrait social - France, portrait social | Insee 2023 [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666953>
324. Back J, Johnson U, Svedberg P, McCall A, Ivarsson A. Drop-out from team sport among adolescents: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. Psychology of Sport and Exercise. 1 juill 2022;61:102205.
325. Le sport, d'abord l'affaire des jeunes - INJEP - Éric Cléron Anthony Caruso [Internet]. INJEP. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://injep.fr/publication/le-sport-dabord-laffaire-des-jeunes/>
326. Les pratiques sportives des collégiens sont très liées au rapport au sport de leurs parents et à leurs vacances d'été – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797662?sommaire=4928952>

327. Dietsch G. Les jeunes et le sport [Internet]. 2024 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807359161-les-jeunes-et-le-sport>
328. Gibout C. L'auto-organisation sportive adolescente : analyse d'un (dés)engagement paradoxal. In: Riffaud T, Lapeyronie B, éditeurs. Sports et auto-organisations Enjeux et méthodes [Internet]. Territorial Editions; 2023 [cité 1 août 2024]. p. 49-59. (Presses Universitaires Du Sport numéro 95). Disponible sur: <https://hal.science/hal-04041036>
329. Hommel É. Sylvie Octobre, Deux pouces et des neurones. Lectures [Internet]. 3 févr 2015 [cité 1 août 2024]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/16914>
330. Dahan C. Les adolescents et la culture. Cahiers de l'action. 2013;38(1):9-20.
331. Détrez C. Les pratiques culturelles des adolescents à l'ère du numérique : évolution ou révolution ? 2017 [cité 1 août 2024]; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/caf\\_2431-4501\\_2017\\_num\\_125\\_1\\_3240](https://www.persee.fr/doc/caf_2431-4501_2017_num_125_1_3240)
332. Peterson R. Le passage à des goûts omnivores : notions, faits et perspectives. socsoc. 2004;36(1):145-64.
333. Les chiffres clés de la vie associative 2019 - INJEP - Collectif [Internet]. INJEP. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://injep.fr/publication/les-chiffres-cles-de-la-vie-associative-2019/>
334. Grimbelle H. Approches éducatives : les apports de l'éducation populaire. Administration & Éducation. 2016;150(2):118-23.
335. Guillaud É. Francis Lebon, Entre travail éducatif et citoyenneté : l'animation et l'éducation populaire. Lectures [Internet]. 7 nov 2020 [cité 1 août 2024]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/45253>
336. Fuchs J. Le temps des jolies colonies de vacances : Au cœur de la construction d'un service public, 1944-1960 [Internet]. Le temps des jolies colonies de vacances : Au cœur de la construction d'un service public, 1944-1960. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2020 [cité 1 août 2024]. 412 p. (Histoire et civilisations). Disponible sur: <https://books.openedition.org/septentrion/93372>
337. OECD. Regards sur l'éducation 2023: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023 [cité 26 août 2024]. Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/fr/education/regards-sur-l-education-2023\\_ffc3e63b-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/education/regards-sur-l-education-2023_ffc3e63b-fr)
338. giantchair.com. L'Emprise scolaire - Presses de Sciences Po [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.pressdesciencespo.fr/fr/book/?GCOI=27246100854820>
339. Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation - Légifrance [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000509314/>
340. LOI n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école (1). 2005-380 avr 23, 2005.
341. LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République (1). 2013-595 juill 8, 2013.
342. LOI n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance (1). 2019-791 juill 26, 2019.
343. L'état de l'École 2023 [Internet]. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/l-etat-de-l-ecole-2023-379707>

344. Vallaud-Belkacem N. Elaboration d'une charte de confiance des services numériques pour l'éducation. Disponible sur: [https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Numerique/78/7/CP\\_10032016\\_deploiement\\_du\\_plan\\_numerique\\_pour\\_l\\_education\\_573787.pdf](https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Numerique/78/7/CP_10032016_deploiement_du_plan_numerique_pour_l_education_573787.pdf)
345. Stratégie numérique pour l'éducation 2023-2027 [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ih2ef.gouv.fr/strategie-numerique-pour-leducation-2023-2027>
346. Chapitre unique. (Articles L511-1 à L511-5) - Légifrance [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006071191/LEGISCTA000006166644/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071191/LEGISCTA000006166644/)
347. LEMAIRE S, France M de l'Education nationale (MEN), France M de l'Education nationale (MEN), France M de l'éducation nationale (MEN). Que deviennent les bacheliers après leur baccalauréat ? Evolutions 1996-2002. [Internet]. Ministère de l'Education nationale (MEN). Paris; 2004 [cité 4 avr 2025]. (Note d'information MEN). Disponible sur: <https://archives-statistiques-depp.education.gouv.fr/Default/doc/SYRACUSE/8605/que-deviennent-les-bacheliers-apres-leur-baccalaureat-evolutions-1996-2002>
348. France, portrait social - France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5435421>
349. Giret JF, Belghith F, Tenret É. Introduction : La transition lycée-enseignement supérieur à l'aune de Parcoursup. L'orientation scolaire et professionnelle. 15 mars 2022;(51/1):5-14.
350. Ségrégation à l'entrée des études supérieures en France et en région parisienne : quels effets du passage à Parcoursup ? - Documents de travail - 2021-03 | Insee [Internet]. [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893203>
351. Mizzi A. La gestion émotionnelle de Parcoursup. Une épreuve entre inégalités de ressources et d'incertitudes. L'orientation scolaire et professionnelle. 15 mars 2022;(51/1):137.
352. Cnam. Sur Parcoursup, les émotions des lycéens influencent leurs choix | Le blog | Cnam [Internet]. Le blog. Cnam; [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: <https://blog.cnam.fr/travail/formation-professionnelle-/sur-parcoursup-les-emotions-des-lyceens-influencent-leurs-choix-1323403.kjsp?RH=1516962232679>
353. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). 2005-102 févr 11, 2005.
354. Conférence nationale du handicap | Dossier de presse | handicap.gouv.fr [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/conference-nationale-du-handicap-dossier-de-presse>
355. Article L111-1 - Code de l'éducation - Légifrance [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043982767](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982767)
356. 6-12-17 Nous serons bien mieux !. Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire - Marthe Hamel, Luc Blanchet, Catherine Martin [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/6-12-17-nous-serons-bien-mieux-les-determinants-de-la-sante-et-du-bien-etre-des-enfants-d-age-scolaire-9782551193837.html>
357. St Leger LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health—a review of the claims and evidence. Health Educ Res. févr 1999;14(1):51-69.
358. Dulay S, Karadağ E. The Effect of School Climate on Student Achievement. In: The Factors Effecting Student Achievement: Meta-Analysis of Empirical Studies. 2017.

359. L'éducation nationale en chiffres, édition 2023 | Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/l-education-nationale-en-chiffres-edition-2023-378943>
360. Parayre S. L'hygiène à l'école aux XVIIIe et XIXe siècles : vers la création d'une éducation à la santé. *Recherches & éducations*. 6 oct 2008;(1):177-93.
361. Sawyer SM, Raniti M, Aston R. Making every school a health-promoting school. *Lancet Child Adolesc Health*. août 2021;5(8):539-40.
362. Darlington EJ, Violon N, Jourdan D. Implementation of health promotion programmes in schools: an approach to understand the influence of contextual factors on the process? *BMC Public Health*. 22 janv 2018;18(1):163.
363. Bégué P, Gangeot-Keros BP, Hermange, Pourcelot, Bégué MM, Bréard, et al. La médecine scolaire en France. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 1 sept 2017;201(7):957-72.
364. Circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998 relative ... Catalogue en ligne [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: [https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=734](https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=734)
365. Actions éducatives [Internet]. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo5/MENE1601852C.htm>
366. Making every school a health-promoting school – Implementation Guidance [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025073>
367. Publication 2020 du Ministère de l'Education Nationale en France : L'école promotrice de santé - Vademecum - EduSanté [Internet]. Educa Santé. 2022 [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.educasante.org/lu-et-vu/publication-2020-du-ministere-de-leducation-nationale-en-france-lecole-promotrice-de-sante-vademecum-edusante/>
368. Véran JP. Christophe Marsollier, L'attention aux vulnérabilités des élèves. *Revue internationale d'éducation de Sèvres*. 1 avr 2023;(92):42-3.
369. Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021 [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif>
370. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2022/18 du 31 août 2022. 2022;
371. Guevel, Godeau, Porcherie, Simar,. Vers une approche systémique de la santé à l'école : travailler les conditions et leviers de déploiement,, à paraître 2024. *Global Health Promotion*. à paraître;
372. Climate change [Internet]. [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/climate-change>
373. Romano H. Éco-anxiété de l'adolescent et autres avatars des craintes modernes : de quoi parle-t-on vraiment ? *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 1 sept 2024;37(5):323-9.
374. Brophy H, Olson J, Paul P. Eco-anxiety in youth: An integrative literature review. *Int J Ment Health Nurs*. juin 2023;32(3):633-61.

375. Dans la tête des éco-anxieux. Une génération face au dérèglement climatique [Internet]. Fondation Jean-Jaurès. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.jean-jaures.org/publication/dans-la-tete-des-eco-anxieux-une-generation-face-au-dereglement-climatique/>
376. L'éco-anxiété chez les jeunes – Pour la Solidarité [Internet]. [cité 4 sept 2025]. Disponible sur: <https://pourlasolidarite.eu/publication/leco-anxiete-chez-les-jeunes/>
377. Ma T, Moore J, Cleary A. Climate change impacts on the mental health and wellbeing of young people: A scoping review of risk and protective factors. *Soc Sci Med*. mai 2022;301:114888.
378. Hickman C, Marks E, Pihkala P, Clayton S, Lewandowski RE, Mayall EE, et al. Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *Lancet Planet Health*. déc 2021;5(12):e863-73.
379. Clemens V, von Hirschhausen E, Fegert JM. Report of the intergovernmental panel on climate change: implications for the mental health policy of children and adolescents in Europe-a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. mai 2022;31(5):701-13.
380. Gislason MK, Kennedy AM, Witham SM. The Interplay between Social and Ecological Determinants of Mental Health for Children and Youth in the Climate Crisis. *Int J Environ Res Public Health*. 26 avr 2021;18(9):4573.
381. Capstick S, Whitmarsh L, Poortinga W, Pidgeon N, Upham P. International trends in public perceptions of climate change over the past quarter century [WIREs Clim Change, 6, (2015) 35-61, doi: 10.1002/wcc.321]. 1 juill 2015;6:435-435.
382. Elgar FJ, Pfortner TK, Moor I, De Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*. 23 mai 2015;385(9982):2088-95.
383. Unicef Innocenti. Child poverty in the midst of Wealth. Innocenti report card 18 [Internet]. 2023 déc. Disponible sur: <https://www.unicef.org/innocenti/media/3301/file/UNICEF-Innocenti-Report-Card-18-Child-Poverty-Amidst-Wealth-Exec-Summary-2023.pdf>
384. Koivusilta LK, Rimpelä AH, Kautiainen SM. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health*. 27 avr 2006;6:110.
385. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med*. août 2013;90:24-31.
386. Viner R, Ozer E, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the Social Determinants Of Health. *Lancet*. 24 avr 2012;379:1641-52.
387. Zaborskis A, Grincaite M. Gender and Age Differences in Social Inequality on Adolescent Life Satisfaction: A Comparative Analysis of Health Behaviour Data from 41 Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 21 juin 2018;15(7):1297.
388. Canada A de la santé publique du. Évolution des inégalités en santé chez les adolescents selon le genre et le statut socioéconomique sur 16 ans (2002 à 2018): Résultats de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire [Internet]. 2022 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-42-no-2-2022/evolution-inegalites-sante-adolescents-genre-statut-socioeconomique-2002-2018-resultats-enquete-comportements-sante-jeunes-age-scolaire.html>

389. Santé des adolescents : la persistance de fortes inégalités sociales [Internet]. 2019 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <http://www.ash.tm.fr/sante-des-adolescents-la-persistance-de-fortes-inegalites-sociales-521557.php/?latest>
390. Klocke A, Stadtmüller S. Two generations later: New evidence on health equalisation in youth. Soc Sci Med. févr 2024;342:116522.
391. West P, Sweeting H. Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland. Soc Sci Med. juill 2004;59(1):13-27.
392. adsp n° 73 - Les inégalités sociales de santé [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113>
393. SPF. Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement lié à la Covid-19 en France [Internet]. [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/premiers-resultats-des-facteurs-associes-a-la-resilience-et-a-la-sante-mentale-des-enfants-et-des-adolescents-9-18-ans-lors-du-premier-confinement>
394. Godeau E, Spilka S, Ehlinger V, Sentenac M, Pacoricon A. Comportements de santé et bien-être des élèves de 11,13 & 15 ans dans 44 pays ou régions d'Europe et au Canada. Résultats de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children (HBSC) et EnCLASS France 2018. Rennes : EHESP, 12 p; 2020.
395. New report maps efforts to improve adolescent health and well-being [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/29-05-2024-new-report-maps-efforts-to-improve-adolescent-health-and-well-being>
396. Adolescent Development And Participation (ADAP) | UNICEF Middle East and North Africa [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/mena/adolescent-development-and-participation-adap>
397. sociales M du travail et des affaires, sociale DD de l'action, BARROT J, EMMANUELLI X, Ministère du travail et des affaires sociales. Circulaire DAS n°96-378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans. 1996.
398. Circulaire DAS/DSF1 n°97-280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points écoute pour les jeunes et/ou parents financés sur le chapitre 47-15 (art. 20) [Internet]. [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: [https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=627](https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=627)
399. Circulaire DGS/DGAS n°2002-145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes [PAEJ] [Internet]. [cité 4 avr 2025]. Disponible sur: [https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=79028](https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=79028)
400. carte de France des maisons des adolescents | Fil santé jeunes [Internet]. 2013 [cité 4 sept 2025]. Disponible sur: [https://www.filsantejeunes.com/carte\\_mda](https://www.filsantejeunes.com/carte_mda)
401. Manuel et référentiel de la certification des établissements pour la qualité des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 sept 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3219174/fr/manuel-et-referentiel-de-la-certification-des-etablissements-pour-la-qualite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219174/fr/manuel-et-referentiel-de-la-certification-des-etablissements-pour-la-qualite-des-soins)
402. Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie. 2022-1263 sept 28, 2022.

## Liste des figures

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1-Évolution des taux de mortalité et de DALYs pour 100 000, chez les adolescents entre 1990 et 2019 en France (10-19 ans, 10-14 ans et 15-19 ans).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11 |
| Figure 2-Évolution du taux de mortalité pour 100 000 des 10 premières causes de décès (en 2019) chez les adolescents de 15 à 19 ans entre 1990 et 2019 en France .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 12 |
| Figure 3-Évolution entre 1990 et 2019 des taux de mortalité pour 100 000 par accidents de la voie publique, suicide et cancers du Système nerveux central (SNC) chez les filles (graphique de gauche) et les garçons (graphique de droite) chez les 15-19 ans, en France.....                                                                                                                                                                                                                                                        | 12 |
| Figure 4-Évolution du taux de mortalité par accident de la voie publique et suicide pour 100 000 chez les adolescents de 15 à 19 ans entre 1990 et 2019 (France, Europe de l'ouest et Monde).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 13 |
| Figure 5-Évolution du taux de mortalité par accident de la voie publique pour 100 000 chez les adolescents de 15 à 19 ans en France entre 1990 et 2019 .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 14 |
| Figure 6-Évolution du taux de DALYs pour 100 000 des 10 premières causes de morbidité en 2019 chez les adolescents de 15 à 19 ans entre 1990 et 2019 en France .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 16 |
| Figure 7-Évolution comparée du taux de DALYs pour 100 000 pour la dépression, l'anxiété et l'asthme chez les filles (à gauche) et les garçons (à droite) de 15 à 19 ans entre 1990 et 2019 en France.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 17 |
| Figure 8-Évolution du taux de DALYs de la dépression et de l'anxiété pour 100 000 chez les adolescents de 15 à 19 ans entre 1990 et 2019 (France, Europe de l'Ouest, Monde) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 18 |
| Figure 9- Expérimentations et usages d'alcool, tabac (cigarettes) et cannabis en France selon le niveau scolaire en 2022 (%) – OFDT, 2024 [66].....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 29 |
| Figure 10-Évolution des niveaux d'expérimentations et usages de tabac (cigarettes), d'alcool, et cannabis en France entre 2000 & 2022 en France (%) – OFDT, 2023 [67] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 29 |
| Figure 11-Nouvelles courbes de croissance de la taille et du poids (ligne) comparées aux courbes de croissance existantes (pointillé) ( Sempé, 1979) et aux données des enquêtes transversales nationales représentatives (•••), pour les filles et les garçons. Les données sont indiquées pour les âges de 1 mois à 18 ans. Les déviations standards (SD) correspondants pour la taille ou les percentiles pour le poids des enquêtes transversales nationales sont indiqués pour les âges de 5-6 ans, 10-11 ans et 14-15 ans..... | 34 |
| Figure 12-Évolution de la taille des adolescents français âgés de 19 ans de 1990 à 2020 [77] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 35 |
| Figure 13-Évolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale et de l'obésité chez les jeunes Français (filles à gauche et garçons à droite) âgés de 5 à 19 ans de 1990 à 2022 (NCD, 2024) [78] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 36 |
| Figure 14-Prévalence (%) du surpoids (cercles) et de l'obésité (carrés) des filles françaises âgées de 11 à 14 ans (A) et de 15 à 17 ans (B) entre 1990 et 2022.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 36 |
| Figure 15-Prévalence (%) du surpoids (cercles) et de l'obésité (carrés) des garçons français âgés de 11 à 14 ans (A) et de 15 à 17 ans (B) entre 1990 et 2022.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 37 |
| Figure 16-Évolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les garçons et les filles âgés de 5 à 19 ans de la population mondiale entre 1990 et 2022 (NDC-RisC, 2024).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 39 |
| Figure 17-Évolution de la prévalence de l'obésité chez les garçons et les filles âgés de 5 à 19 ans de la population mondiale entre 1990 et 2022 (NDC-RisC, 2024).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 39 |
| Figure 18-Évolution entre 1975 et 2016 de la prévalence des statuts pondéraux des jeunes de 5 à 19 ans de la population mondiale.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 40 |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 19-Comparaison de la prévalence cumulée des jeunes filles au stade 2 de Tanner entre l'étude BCERP sur la puberté et PROS .....                                                                                                                       | 42 |
| Figure 20-Évolution de la condition physique cardio-respiratoire d'adolescents de 19 pays (A : 13-17 ans) et d'adolescents français (B : 9-14 ans) entre 1981 et 2014 (données françaises, Tomkinson et al., 2019) [112] .....                               | 44 |
| Figure 21-Évolution du pourcentage d'adolescents européens atteignant les seuils recommandés de VO2max pour la santé cardio-respiratoire (d'après les données de Tomkinson et al., 2018). ....                                                               | 45 |
| Figure 22-Évolution des performances aux test de puissance et de vitesse chez les jeunes de 9 à 16 ans (changement annuel : A ; performance depuis 1958 : B) (d'après Tomkinson et al., 2007). ....                                                          | 47 |
| Figure 23-Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel (courbes issues du de l'enquête Contexte des sexualité en France 2023 [156] .....                                                                                                              | 53 |
| Figure 24-Nombre de naissances selon l'âge de la mère pour les mères de moins de 20 ans en France métropolitaine .....                                                                                                                                       | 56 |
| Figure 25-Fréquence (en %) des brimades/harcèlements subis 2 à 3 fois le dernier mois selon l'âge et le sexe de 2002 à 2022 (sources : enquêtes HBSC) .....                                                                                                  | 66 |
| Figure 26-Fréquence (en %) des brimades/harcèlements infligés au moins 2 fois par mois selon l'âge et le sexe de 2002 à 2022 .....                                                                                                                           | 67 |
| Figure 27- Fréquence (en %) de victimation par cyberharcèlement au moins 1 à 2 fois les 2 derniers mois selon l'âge et le sexe de 2014 à 2022 .....                                                                                                          | 67 |
| Figure 28-Fréquences (en %) selon l'âge et le sexe de l'implication dans des bagarres 3 fois ou plus dans les 12 derniers mois de 2002 à 2022 .....                                                                                                          | 68 |
| Figure 29-Nombre moyen d'incidents graves déclarés pour 1000 élèves selon les établissements publics locaux d'enseignement (EPLE), les collèges, les lycées professionnels et les lycées d'enseignement général et technologique (LEGT) de 2007 à 2023 ..... | 69 |
| Figure 30-Distribution de la nature des incidents graves en % de 2007 à 2023, tout établissement confondu. ....                                                                                                                                              | 70 |
| Figure 31-Pourcentage de circonstances où les élèves sont soit auteurs de l'incident grave, soit victimes de l'incident grave .....                                                                                                                          | 70 |
| Figure 32-Distribution (en %) du niveau de victimation des élèves dans les collèges de 2011 à 2022 .....                                                                                                                                                     | 71 |
| Figure 33-Distribution de la nature des principales victimations (en %) dans les collèges de 2011 à 2022 .....                                                                                                                                               | 72 |
| Figure 34-Distribution (en %) du niveau de victimation des élèves dans les lycées en 2015 et 2018 .....                                                                                                                                                      | 72 |
| Figure 35-Distribution de la nature des principales victimations (en %) dans les lycées en 2015 et 2018 .....                                                                                                                                                | 73 |
| Figure 36-Nombre et pourcentage de mineurs mis en cause par les services de police ou gendarmerie tous faits confondus de 1992 à 2023 .....                                                                                                                  | 75 |
| Figure 37-Nombre de vols violents avec ou sans arme impliquant les jeunes de 13-17 ans, proportions de la classe d'âge entre 2016 et 2023 .....                                                                                                              | 76 |
| Figure 38-Nombre d'homicides commis par les jeunes de 13-17 ans, proportion des 13-17 ans (au sein de l'ensemble des classes d'âge) entre 2016 et 2023 .....                                                                                                 | 76 |

|                                                                                                                                                                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figure 39-Nombre d'actes coups et blessures volontaires impliquant les jeunes de 13-17 ans et proportions de la classe d'âge entre 2016 et 2023.....                                                                                 | 77  |
| Figure 40-Nombre de violences sexuelles impliquant les jeunes de 13-17 ans, proportion de garçons impliqués et proportion de la classe d'âge entre 2016 et 2023 .....                                                                | 77  |
| Figure 41-Taux pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans victimes d'homicides de 2016 à 2023 selon le sexe.....                                                                                                                         | 78  |
| Figure 42-Taux cumulés pour 1 000 jeunes de 15-19 ans victimes de coups et blessures de 2016 à 2023 selon le sexe. IF pour intrafamilial .....                                                                                       | 79  |
| Figure 43-Taux pour 1 000 jeunes de 15-19 ans victimes de viols ou d'agressions sexuelles de 2016 à 2023 selon le sexe.....                                                                                                          | 79  |
| Figure 44-Distribution des infractions principales sanctionnées chez les mineurs. À noter, 2020 est l'année de la crise Covid-19. Des statistiques aussi détaillées ne sont pas accessibles après 2020.....                          | 81  |
| Figure 45-Évolution de la proportion d'adolescents français atteignant les recommandations d'activité physique entre 1999 et 2022 chez les adolescents âgés de 11-14 ans et 15-18 ans filles et garçons. ....                        | 89  |
| Figure 46-Synthèse de l'évolution du nombre de pas par sous-groupe (Conger et al., 2022) .....                                                                                                                                       | 91  |
| Figure 47-Évolution du nombre de pas quotidiens des adolescents garçons (A) et des filles (B) entre 1995 et 2020 (Conger et al., 2022). ....                                                                                         | 92  |
| Figure 48-Catégories de prévalence des adolescents atteignant les recommandations d'activité physique évaluées par accélérométrie [241].....                                                                                         | 92  |
| Figure 49-Prévalence au niveau international des adolescents déclarant avoir pratiqué au moins un sport lors des 12 derniers mois en fonction du sexe (A) et de l'âge (B) (Deng et Fan, 2022).....                                   | 94  |
| Figure 50-Évolution du temps d'écran quotidien (heure par jour) des adolescents français entre 1990 et 2020 .....                                                                                                                    | 97  |
| Figure 51-Évolution du temps d'écran TV et ordinateur en 2002, 2006 et 2010 chez les adolescents français de 11-15 ans (Bucksch et al., 2016).....                                                                                   | 98  |
| Figure 52- Évolution de l'usage récréatif d'internet (en % des élèves de 16 ans) de 2000 à 2020. A : fréquence d'usage. B : par sexe (usage quotidien et mensuel) .....                                                              | 99  |
| Figure 53-Évolution de la pratique du jeu vidéo sur ordinateur (en % des élèves de 16 ans) de 2004 à 2020. A : fréquence d'usage. B : par sexe (usage quotidien et mensuel).....                                                     | 100 |
| Figure 54-Prévalence des adolescents français ne respectant pas les recommandations de temps d'écran de loisir > 2h par jour.....                                                                                                    | 101 |
| Figure 55- Évolution des comportements sédentaires de jeunes collégiens anglais entre 1990 et 2005 en fonction du sexe (Garçons traits pleins et Filles traits pointillés) (d'après les données de Brodersen et al., 2007)[265]..... | 102 |
| Figure 56-Évolution de la durée du sommeil lors des jours de semaine des collégiens (11-15 ans) et lycéens (15-19 ans) français de 1993 à 2018 .....                                                                                 | 105 |
| Figure 57-Distribution cumulative de la part des élèves selon la durée de sommeil en semaine : comparaison des données 2010-2011 à 2018 (Source : EnCLASS – Exploitation OFDT – EHESP).....                                          | 106 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figure 58-Comparaison des durées de sommeil des adolescents français âgés de 11-14 ans (gauche) et de 15-17 ans (droite) entre la durée du sommeil les jours scolaires (bleu) et les jours de week-end (rouge)                                                                                                                                | 107 |
| Figure 59-Évolution des pourcentages d'adolescents respectant les recommandations d'activité physique, de temps d'écran et présentant des difficultés d'endormissement (Source : Ghekiere et al., 2019 – Données française de l'étude HBSC 2002-2014).                                                                                        | 111 |
| Figure 60-Évolution des prévalences d'adolescents américains de l'enquête « the National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) » atteignant les recommandations d'activité physique, de comportements sédentaires (temps d'écran) et de durée du sommeil (pour 2022 les données sont disponibles pour les garçons et les filles). | 112 |
| Figure 61-Évolution de l'apport énergétique (kcal) des adolescents de 11-14 ans (A) et de 15-19 ans (B) entre 1990 et 2016.                                                                                                                                                                                                                   | 115 |
| Figure 62-Évolution de la contribution (%) des macronutriments à l'apport énergétique des adolescents de 11-14 ans (A) et de 15-19 ans (B) entre 1990 et 2016                                                                                                                                                                                 | 115 |
| Figure 63-Nombre moyen de goûters pris, sur 7 jours d'enquête, chez les enfants entre 2003 et 2016 (en %). Source : CRÉDOC, enquêtes CCAF 2003, 2007, 2010, 2013 et 2016.                                                                                                                                                                     | 120 |
| Figure 64-Principaux évènements des 30 dernières années (mondiaux, sociaux, technologiques, climatiques)                                                                                                                                                                                                                                      | 122 |
| Figure 65- Synthèse des recommandations du HCSP sur la santé des adolescents                                                                                                                                                                                                                                                                  | 147 |

## Liste des tableaux

|                                                                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1-Évolution du taux de mortalité pour 100 000 des 10 premières causes de décès (chez les 15-19 ans en 2019) chez les adolescents entre 1990 et 2019 en France (10-19 ans, 10-14 ans et 15-19 ans). | 15 |
| Tableau 2-Évolution du taux de DALYs pour 100 000 des 10 premières causes de décès (chez les 15-19 ans en 2019) chez les adolescents entre 1990 et 2019 en France (10-19 ans, 10-14 ans et 15-19 ans).     | 19 |
| Tableau 3-Comparaison de la journée type des adolescents entre 2004 et 2010. (Sources : Blanpain et Daniel, 2004 [218] ; Portela, 2015[219]).                                                              | 86 |

## Annexes

### Annexe 1- Autosaisine

#### Proposition d'autosaisine sur la trajectoire de santé des Adolescents

Validée par le bureau du collège du HCSP le 24 novembre 2022

La commission Santé de l'enfant et des jeunes-Approche populationnelle CS-SEJAP a pour mission de contribuer à l'élaboration d'une politique de santé globale et concertée des enfants et des jeunes dans une approche populationnelle.

L'adolescence est la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte pendant laquelle se poursuivent les processus de maturation physique, physiologique et cognitifs conduisant progressivement à l'autonomie. Si ces changements sont incontournables et sont validés par les communautés scientifiques et éducatives, chaque adolescent est unique du fait de son environnement propre (social, familial, scolaire, culturel...). L'adolescence se caractérise par des questionnements identitaires, des explorations d'orientations de vie et la mise en œuvre de l'autonomisation vis à vis de sa famille. Si cette période de construction se caractérise par de nombreuses opportunités, elle constitue aussi un moment de vulnérabilité pouvant avoir des conséquences à court, moyen et long terme sur la santé de l'adolescent, l'adulte qu'il deviendra, voire les enfants qu'il aura à son tour.

En mai 2017, l'OMS a publié un rapport intitulé « Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) : Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays »<sup>29</sup>. Les orientations présentes dans ce rapport visent à aider les gouvernements à prendre des décisions sur l'action à mener et sur la manière de procéder pour satisfaire aux besoins des adolescents dans le domaine de la santé.

Le HCSP s'interroge sur les politiques de santé en faveur des adolescents en France.

Il se propose de faire le point sur les données disponibles sur la santé des adolescents dans les 30 dernières années afin d'envisager les différentes trajectoires d'évolution possibles dans les années à venir en fonction des politiques qui seront appliquées dans un monde en pleine mutation.

Les travaux scientifiques concernant la santé des adolescents sont souvent ciblés plus souvent sur les risques que sur les opportunités (de prévention).

Par exemple, l'adolescence a pu être identifiée comme une période d'expérimentation, de distanciation des parents et d'affiliation au groupe de pairs. Cette période est alors analysée comme propice aux conduites à risque (violence, délinquance, troubles alimentaires, alcool, tabac...). De plus, les comportements tels que l'alimentation, le sommeil, l'activité physique subissent à cette période de la vie d'importantes contraintes dues tant aux facteurs personnels qu'aux influences sociales, économiques et environnementales. Autre exemple, l'éducation à la sexualité, qui, au décours de l'adolescence se fait de plus en plus par des médias non contrôlés (réseaux sociaux, plateformes de streaming).<sup>30</sup> Enfin, la crise du Covid-19 a eu impact négatif sur la santé mentale des adolescents désormais indiscutable.<sup>31 32</sup>

Les Baromètres santé jeunes et les différentes enquêtes françaises et internationales interrogent régulièrement la santé des jeunes de 15 à 25 ans. D'un part les données collectées sont essentiellement

<sup>29</sup> [Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents \(AA-HA!\). Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays – Résumé \(who.int\)](#)

<sup>30</sup> [Jeunesse, sentiments et sexualités : comment certaines séries Netflix parlent de santé sexuelle | Request PDF \(researchgate.net\)](#)

<sup>31</sup> [Santé mentale des enfants et adolescents : un suivi renforcé et une prévention sur-mesure \(santepubliquefrance.fr\)](#)

<sup>32</sup> [Impact du Covid-19 sur la santé mentale \(hcsp.fr\)](#)

déclaratives, d'autre part le plus souvent les adolescents y sont comptabilisés soit comme des enfants dans la population des 0-15 ans, soit comme des adultes définis par la tranche d'âge 15-75 ans.

Finalement, dans les enquêtes épidémiologiques l'adolescence est rarement prise en considération de manière dynamique, c'est-à-dire permettant une analyse fine des évolutions en termes de comportements de santé ou de vécu entre le début et la fin de cette période. Pour ce faire, il faut d'une part des effectifs suffisants dans toutes les tranches d'âges (cf. les regroupements 0-15 ans, 15-18 ans qui écrasent cette observation, même si on voit de plus en plus de découpages plus resserrés : 15-25 ans voire 15-18 ans), et d'autre part systématiquement analyser les données selon le genre ce qui permet d'illustrer la construction de la santé au prisme du genre dans nos sociétés tout au long de l'adolescence. Les travaux scientifiques repris par exemple dans la saisine du HCSP sur l'effet des écrans sur la santé des jeunes, mettent en évidence un effet différencié de l'utilisation des écrans sur les différentes dimensions de la qualité de vie en fonction du genre, les filles étant beaucoup plus vulnérables<sup>33</sup>. Enfin, dans une perspective de prévention, il peut être intéressant de pouvoir analyser les données selon le niveau scolaire plutôt que l'âge, le collège et le lycée étant des lieux privilégiés en matière de prévention ou de développement des compétences liées à la santé. La saisine sera donc attentive à donner à voir une telle approche (ou à la recommander).

À cette période de la vie, caractérisée par une faible mortalité (en grande partie évitable) et une relativement faible morbidité (comparativement aux autres âges de la vie), se centrer (focaliser) sur les comportements de santé et leurs déterminants est donc intéressant. Il est primordial pour ce faire de s'appuyer sur leurs déclarations et perceptions, plutôt que sur celles de proxys comme on peut avoir besoin de le faire pour les jeunes enfants et qui pourraient risquer de reposer sur des représentations pas forcément justes (parents, soignants, enseignants, etc.), de la même manière qu'il est important d'associer les approches quantitatives et qualitatives, les enquêtes en population et les enquêtes sur des groupes plus spécifiques.

Pour ces raisons, nous nous proposons de réaliser un travail de synthèse des données et des travaux scientifiques dans une perspective dynamique dans le temps (historique) : identifier les problématiques et la façon dont elles ont évolué dans les 30 dernières années. Ceci permettra d'établir le profil de l'adolescent d'aujourd'hui et d'identifier les déterminants de sa santé et de son bien-être. Une attention particulière sera portée à l'impact des contextes scolaires, familiaux, sociaux, amicaux et de leur influence sur l'adolescent et son développement.

Puisque le contexte, l'environnement et les usages sont eux-mêmes amenés à continuer d'évoluer dans le futur et pour permettre de faire des propositions d'orientations de la politique en faveur de la santé des adolescents, il sera fait usage dans un deuxième temps d'une approche prospective.

Celle-ci sera structurée suivant la méta-méthode « Comprendre-Anticiper-Proposer ». Cette approche en trois temps repose sur une phase importante d'analyse systémique et dynamique du sujet, qui sera nourrie largement par les travaux initiaux. Puis par une phase d'anticipation qui portera sur les sujets structurels impactant la santé des adolescents, et qui auront émergé de cette première phase comme étant susceptibles d'évoluer à moyen et long terme. Cette seconde phase amènera à la production de scénarios prospectifs sur la santé des adolescents, en recourant à l'analyse morphologique. Finalement la phase de proposition permettra d'élaborer des recommandations et propositions d'orientations des politiques impactant la santé de l'adolescent sur la base des scénarios élaborés.

L'objectif de ce travail sera donc de :

- Proposer une description de la trajectoire de l'adolescence ancrée dans sa position sociale, environnementale et sa santé prenant en compte la notion d'évolution temporelle de cette période de vie caractérisée par la transition dans une société elle-même en constante évolution.
- Formuler des recommandations de politique de santé intégrant des orientations sociales, médicales et environnementales pour optimiser la santé physique et psychique des adolescents.

<sup>33</sup> [Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans \(seconde partie\) : de l'usage excessif à la dépendance \(hcsp.fr\)](https://www.hcsp.fr/lespublications/effets-de-l'exposition-des-enfants-et-des-jeunes-aux-ecrans-seconde-partie-de-l-usage-excessif-a-la-dependance)

## **Annexe 2 - Composition du groupe de travail de 2022 à 2025**

Personnalités qualifiées membres de la **Commission Spécialisée « Santé de l'enfant et du jeune-  
Approche populationnelle »**

Pascale DUCHÉ, pilote,

Emmanuelle GODEAU, co-pilote

Corinne ALBERTI

Pascal BARAT

Gilles VIEILLE-MARCHISET

### **Secrétariat général du HSCP**

Sophie RUBIO-GURUNG, coordinatrice scientifique

### Annexe 3 - Liste des personnes ou organismes auditionnés ou sollicités

#### 2021

Marie-Rose MORO, pédopsychiatre Maison de Solenne (MDA hôpital Cochin)

Christelle GAUTHEROT Directrice académique des services de l'Education nationale et Brigitte MOLTRECHT Médecin de l'Éducation nationale et conseillère technique nationale, représentantes de la DGESCO, ministère de l'Éducation nationale

Sarah DUROCHET, co-présidente du Mouvement Français du Planning Familial

Barbara VALLEE, animatrice Planning familial 79

Delphine RUDEAU, secrétaire générale de l'ANMDA (Association Nationale des Maison des Adolescents), directrice de la MDA de Strasbourg)

Jean-Philippe RAYNAUD, PUPH pédopsychiatre CHU de Toulouse, équipe SPHERE au sein du CERPOP (centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations), unité INSERM.

Cécile ROUSSEAU, pédopsychiatre et directrice de l'équipe de recherche et d'intervention transculturelle (ERIT), Montréal

#### 2023

Pierre André MICHAUD, médecin généraliste des adolescents, Unité clinique multidisciplinaire de santé des adolescents, Lausanne, OMS et UNICEF.

Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY, sociologue, chargée de recherche à l'Institut National de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)

Margarita GASPARD DE MATOS, psychologue, Institut de santé environnementale de l'Université de Lisbonne. Coordinatrice de HBSC pour le Portugal.

Nicoletta DIASIO, anthropologue et sociologue, université de Strasbourg

## Annexe 4- Évaluation de la santé mentale des adolescents

### 1. Études et enquêtes ponctuelles

| Année   | Auteur            | Âges      | Titre                                                                                                                                                                                |
|---------|-------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1994    | Inserm            | 11-19 ans | <a href="#">13. La santé des adolescents   Cairn.info</a>                                                                                                                            |
| 1997/98 | SpF               | 12-19 ans | <a href="#">Baromètre santé jeunes 97/98. (santepubliquefrance.fr)</a>                                                                                                               |
| 2013    | Inserm            |           | <a href="#">Portraits d'adolescents 022015 (inserm.fr)</a>                                                                                                                           |
| 2017    | Drees             |           | La santé mentale des adolescents de 3ème en 2017<br><a href="#">DD65.pdf</a>                                                                                                         |
| 2020    | SpF<br>(Confeado) | 9-16 ans  | Effets du confinement avec un focus sur les inégalités sociales et les conditions de vie <a href="#">410517_spf00003021.pdf</a>                                                      |
| 2022    | Drees<br>(Epicov) |           | Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes <a href="#">er1233.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)</a> |

### 2. Enquêtes récurrentes

| Nom                                                                      | Périodicité                       | Âges                   | liens                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HBSC (internationale)                                                    | Tous les 4 ans depuis 1994        |                        | <a href="#">HBSC study   Health Behaviour in School-aged Children study</a>                                                                                              |
| ESPAD (internationale)                                                   | Tous les 4 ans depuis 1994        | 15-16 ans              | <a href="#">Purpose &amp; Methodology   www.espad.org</a>                                                                                                                |
| EnClass (EHESP)                                                          | 2018 et 2022                      | Regroupe HBSC et ESPAD | <a href="#">Accueil :: Enquête Enclass</a>                                                                                                                               |
| ESCAPAD (OFDT)                                                           | Depuis 2000, périodicité variable | 17 ans                 | <a href="#">Les drogues à 17 ans - Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022 (ofdt.fr)</a><br><a href="#">field_media_document-3296-doc_num--explnum_id-32662-.pdf (ofdt.fr)</a> |
| Surveillance des indicateurs passages aux urgences et sos médecins (SpF) | Hebdomadaire depuis mars 2020,    | 0-17 ans et 18-24 ans  | <a href="#">bulletin_sante mentale_20231004 (2).pdf</a>                                                                                                                  |

### 3. Rapports sur la santé mentale et le bien-être des adolescents (France)

| Année | Auteur                                      | Titre et lien                                                                                                                                           |
|-------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2000  | Haut Comité de Santé publique               | <a href="#">La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes</a>                                                                           |
| 2002  | Sénat                                       | (Jean-Louis Lorrain) <a href="#">L'adolescence en crise - Sénat</a>                                                                                     |
| 2006  | Danielle Sommelet                           | Rapport de mission <a href="#">L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système   vie-publique.fr</a>                            |
| 2013  | IGAS                                        | <a href="#">Evaluation de la mise en place du dispositif « maison des adolescents »   vie-publique.fr</a>                                               |
| 2016  | Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison        | Rapport de la mission bien-être et santé des jeunes <a href="#">Mission Bien-être et santé des jeunes   vie-publique.fr</a>                             |
| 2017  | Inserm (expertise collective)               | <a href="#">Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent - Expertises collectives Inserm</a>                                |
| 2018  | Assemblée nationale (Cyrille Isaac-Sybille) | Prévention santé en faveur de la jeunesse <a href="#">Rapport d'information n°1234 - 15e législature - Assemblée nationale (assemblee-nationale.fr)</a> |
| 2021  | HCSP                                        | <a href="#">Impact du Covid-19 sur la santé mentale</a>                                                                                                 |
| 2021  | HCFEA                                       | La traversée adolescente des années collège <a href="#">hcfea_rapportanneescollege.pdf</a>                                                              |

#### 4. Plans, feuilles de route et Stratégies nationales

| Année     | Titre                                                                   | Focus sur les adolescents                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2013-2020 | Plan d'action global pour la santé mentale OMS 2013-2030                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2005-2008 | Plan psychiatrie et santé mentale :                                     | L'adolescent est cité 39 fois avec de nombreuses actions dans ce plan : repérage dépression à l'école, développer les Maisons des adolescents, développer l'offre en pédopsychiatrie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2008      | Plan santé des jeunes                                                   | Protéger la santé des jeunes, principalement de 16 à 25 ans, et à répondre à leur besoin d'autonomie et de responsabilité.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2011-2015 | Plan psychiatrie et santé mentale                                       | L'adolescent n'est cité que 6 fois                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2016      | Plan interministériel « bien-être et santé des jeunes »                 | Dédié aux adolescents                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2018      | Feuille de route santé mentale et psychiatrie                           | 1 seule action concerne l'adolescent (programme YAM)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2021      | Assises de santé mentale et de la psychiatrie                           | 4 mesures /30 concernent l'adolescent : renforcer les MDA, développer l'accueil familial et thérapeutique, renforcer les moyens de prise en charge du psychotraumatisme ; améliorer la formation des futurs psychiatres et pédopsychiatres                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2018-2022 | Stratégie nationale de santé                                            | 2 actions concernent l'adolescent. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévenir les troubles alimentaires (anorexie, boulimie), notamment chez les adolescents et les jeunes</li> <li>• Développer le repérage précoce des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent, assurer l'accès des parents d'enfants atteints de tels troubles au soutien à la parentalité, et organiser un travail en réseau entre les acteurs de la petite enfance, de la santé scolaire et de la pédopsychiatrie</li> </ul> |
| 2024      | Feuille de route des assises de la santé de l'enfant et de la pédiatrie | Axe 3 : Améliorer plus spécifiquement la prise en charge et la réponse en matière de santé mentale des enfants et adolescents<br>Objectif 13 : Renforcer les Maisons des adolescents (MDA), pour en faire une ressource d'expertise sur tous les territoires<br>Objectif 14 : Améliorer la réponse en pédopsychiatrie à travers le renforcement de l'offre en ambulatoire et en hospitalisation, notamment en post-urgence                                                                                         |

## Annexe 5- Décrets et lois concernant l'adolescent

| Année | Secteur        | Décret, loi, circulaires                                                                                                                                                                                                                               |
|-------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1972  | Santé mentale  | Division du secteur en psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile                                                                                                                                                                              |
| 1990  | Santé mentale  | Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale                                                                                                                                                                  |
| 1991  | Addictions     | Loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Évin.                                                                                                                                                         |
| 1993  | Éducation      | Décret n° 93-460 du 24 mars 1993 portant règlement général du baccalauréat général (filière ES, S, L)                                                                                                                                                  |
| 1996  | Social         | Circulaire n° 961378 du 14 juin 1996 du Ministre du travail et des affaires sociales relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans ;                                                                             |
| 1997  | Social         | Circulaire n° 97/280 du 10/04/97 du ministre de l'Aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration relative à la mise en place de points écoute pour les jeunes et /ou parents                                                               |
| 1997  | Social         | LOI no 97-1019 du 28 octobre 1997 portant réforme du service national suspend le service militaire obligatoire                                                                                                                                         |
| 1999  | Santé sexuelle | Contraception d'urgence (pilule du lendemain) sans prescription                                                                                                                                                                                        |
| 2001  | Social         | En 2001, la conscription est suspendue au profit d'un « parcours citoyen » pour les jeunes, hommes et femmes, à partir de leur seizième anniversaire.                                                                                                  |
| 2001  | Santé sexuelle | La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, assouplit les conditions d'accès à l'IVG pour les mineures (plus d'autorisation parentale nécessaire)                                                |
| 2002  | Social         | CIRCULAIRE DGS / DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeune                                                                                                            |
| 2002  | Social         | Journée défense et citoyenne (JDC) est instaurée. Elle s'adresse aux garçons et filles, âgés entre 16 et 25 ans qui, après leur recensement citoyen, reçoivent une information sur le fonctionnement de l'armée et participent à un examen de lecture. |
| 2005  | Droit          | LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées                                                                                                              |
| 2009  | Addictions     | La loi du 21 juillet 2009 a porté à 18 ans la limite d'interdiction générale des ventes d'alcool.                                                                                                                                                      |
| 2010  | Social         | Le <a href="#">service civique</a> , inscrit dans le code du service national et institué par la loi du 10 mars 2010. En 2021, il a concerné quelque 145 000 jeunes qui ont effectué une mission d'intérêt général.                                    |
| 2016  | Éducation      | Circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 : <a href="#">Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves</a>                                                                                                                           |

|      |                   |                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                   |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2018 | Éducation         | LOI n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants (parcours sup)                                                                                                                            |
| 2018 | Éducation         | Décret n° 2018-614 du 16 juillet 2018 modifiant les dispositions du code de l'éducation relatives aux enseignements conduisant au baccalauréat général et aux formations technologiques conduisant au baccalauréat technologique |
| 2018 | Social            | Le service national universel (SNU) prendra une forme mixte, entre service civique et militaire. Il concerne tous les jeunes, filles et garçons, âgés de 15 à 17 ans. Généralisation prévue en 2026                              |
| 2019 | Éducation/droit   | Circulaire N°2019-088 pour une École inclusive                                                                                                                                                                                   |
| 2021 | Droit             | Entrée en vigueur du code de la justice pénale des mineurs                                                                                                                                                                       |
| 2021 | Violences         | Mise en place de la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles Faites aux Enfants (CIIVISE)                                                                                                                |
| 2022 | Santé mentale     | Décret du 28/09/2022 : activité de psychiatrie structurée en 4 mentions dont « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 0-18 ans ».                                                                                            |
| 2022 | Santé sexuelle    | Délivrance anonyme et gratuite de la contraception d'urgence pour les mineurs                                                                                                                                                    |
| 2022 | Éducation         | Instruction interministérielle relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes- 2022-2037                                                      |
| 2022 | Activité physique | La loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France supprime l'obligation de présenter un Certificat d'absence de contre-Indication                                                                       |
| 2024 | Social            | Les PAEJ sont reprises par les CAF et leur cahier des charges est redéfini                                                                                                                                                       |
| 2025 | Addiction         | Loi du 24 février 2025 visant à interdire les dispositifs électroniques de vapotage à usage unique                                                                                                                               |

**Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de ce rapport, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.**

Rapport rédigé par un groupe d'experts, membres du Haut Conseil de la santé publique ;

Aucun conflit d'intérêt identifié.

Validé par la Cs-SEJAP du HCSP le 23 septembre 2025, 20 participants sur 25 membres,  
vote pour : 20, abstention : 0, contre : 0

Rapport produit par le HCSP

Le 23 septembre 2025

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)