

Une perspective internationale sur les enfants et le bien-être

Michal Molcho

Études sur les enfants, School of Languages, Literature and Culture.
Université nationale d'Irlande, Galway.

Mots-clés

- Bien-être des enfants
- Enquêtes HBSC
- Inégalités de genre
- Communication parents-enfants

La recherche sur l'enfance constitue un domaine relativement nouveau (Hendrick, 2009 ; Gillis, 2009). Cet intérêt récent pour les enfants et leur bien-être fait écho à la déclaration de la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide). La Cide a été le premier document à reconnaître les enfants comme des citoyens avec des droits propres et le premier traité international à réunir un ensemble de normes d'application universelle concernant les enfants, et à mentionner leurs droits dans un document juridiquement contraignant. Cette nouvelle attention aux droits de l'enfant, reconnaissant la santé et le bien-être comme des droits, a ouvert la voie aux recherches sur le bien-être de l'enfant. Si la Cide met l'accent sur l'enfant, elle reconnaît également que les enfants sont « vulnérables et dépendants » de leurs parents (Jenks, 2005). Il est par conséquent important d'étudier ce bien-être à travers les liens qu'ils entretiennent avec leurs parents, à une époque où le temps qu'ils passent avec ces derniers diminue (Gillis, 2009).

Le bien-être peut être vu comme une composante de la santé de l'individu. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Who, 1948, p. 100). Selon Huseyin Naci et John Loannidis (2015), le bien-être renvoie à plusieurs aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie de l'individu qui s'étendent au-delà de la définition de la santé, indiquant par là que la santé et le bien-être sont étroitement liés et difficiles à isoler l'un de l'autre (Leplège et Hunt, 1997). Par conséquent, pour comprendre le bien-être de l'enfant, il faut s'intéresser à la santé perçue et à la satisfaction à l'égard de la vie en tant que concepts de bien-être. L'importance de la perception de sa santé est bien documentée : le sentiment d'un mauvais état de santé est associé à des plaintes de mal-être, à une faible satisfaction à l'égard de la vie, à moins d'activité physique, à des difficultés à se faire des amis, et à des comportements à risque (Braverman *et al.*, 2017 ; Moor *et al.*, 2015 ; Galàn *et al.*, 2013 ; Kelleher *et al.*, 2007). La satisfaction à l'égard de la vie constitue un autre aspect du bien-être, qui appréhende la satisfaction

globale de l'enfant. Elle permet d'évaluer la vie présente dans son ensemble plutôt que de se focaliser sur la santé, et est considérée comme stable dans le temps (Pavot et Diener, 1993). Cette satisfaction varie en fonction des expériences et des relations, notamment familiales (Rusk *et al.*, 2003 ; Levin et Currie, 2010). Par ailleurs, à l'égard de la vie, elle est influencée de façon directe ou indirecte par des facteurs liés à l'école (Danielsen *et al.*, 2009 ; Diseth *et al.*, 2012).

Tout au long de l'enfance et de l'adolescence, les relations avec les parents jouent un rôle primordial dans la vie des enfants (Molcho *et al.*, 2007). Ces relations peuvent être analysées sous l'angle de la facilité de communication, qui donne une indication sur la fonctionnalité de la famille et qui agit comme un atout protecteur dans la vie des enfants (Brooks *et al.*, 2015). De nombreuses études abordent les effets de la communication positive avec les parents sur la santé des adolescents (Brooks *et al.*, 2015 ; Boniel-Nissim *et al.*, 2015 ; Collins et Steinberg, 2006 ; Blum *et al.*, 2003 ; Carlsund *et al.*, 2013 ; Velleman *et al.*, 2005). Une communication aisée avec les parents, notamment avec les pères, joue un rôle protecteur dans le maintien du bien-être émotionnel, de la confiance en soi et d'une image corporelle positive des jeunes, en particulier des filles (Bulanda et Majumdar, 2009). L'école représente un autre élément qui a une incidence sur le bien-être des enfants. Ces derniers passent de longues journées à l'école et leurs performances académiques sont considérées comme très importantes pour leur avenir. À cet égard, deux mesures du vécu au sein de l'école sont particulièrement pertinentes en ce qui concerne le bien-être de l'enfant. La performance, à la fois effective et telle qu'elle est perçue, est associée à son niveau de santé présent et futur (Cole *et al.*, 2001), ainsi qu'à celui de son bien-être perçu (Van Ryzin *et al.*, 2009 ; Bird et Markle, 2012). Ainsi, un niveau élevé de pression scolaire est associé à des problèmes de santé récurrents, à une santé perçue comme faible, et à une faible satisfaction à l'égard de la vie (Torsheim *et al.*, 2003 ; Ottova-Jordan *et al.*, 2015). Par conséquent, il est important de prendre en compte ces mesures pour comprendre le bien-être global des enfants.

Cet article vise à étudier le bien-être déclaré par des enfants de groupes d'âge, de sexes et de pays différents dans le temps et à travers différents contextes sociaux. Il s'appuie en grande partie, mais pas exclusivement, sur les travaux publiés par le réseau HBSC (enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire – *Health Behaviour in School-aged Children*), la plus ancienne enquête internationale sur les enfants qui comporte des comparaisons transnationales dans la durée sur la santé et du bien-être d'enfants d'Europe et d'Amérique du Nord.

Méthodologie

L'enquête HBSC recueille, par le biais d'un questionnaire d'autoévaluation, des données transversales à partir d'échantillons représentatifs à l'échelle nationale d'enfants âgés de 11, 13 et 15 ans dans quarante-cinq pays des régions Europe et Canada de l'OMS. Après approbation éthique, les données sont collectées tous les quatre ans selon des procédures normalisées d'échantillonnage et de recueil des données^(*). Des procédures identiques ont été utilisées depuis le début de l'enquête et dans les différents pays, ce qui a permis d'établir à la fois des comparaisons entre les pays et au fil du temps. Des informations complètes sur la taille des échantillons par pays sont également accessibles (Inchley *et al.*, 2016). La perception des jeunes sur leur santé est recueillie à partir de la question suivante : « Dirais-tu que ta santé est : "Excellente", "Bonne", "Assez bonne" ou "Mauvaise" ? ». La satisfaction de la vie est, quant à elle, mesurée à l'aide de l'échelle de Cantril (1966) à partir de la question suivante : « Voici le dessin d'une échelle. Au sommet de l'échelle, "10" est la meilleure vie possible pour toi ; tout en bas, "0" est la pire vie possible pour toi. En général, où dirais-tu que tu te trouves en ce moment ? ». Enfin, la communication avec les parents est évaluée à l'aide d'une question à quatre modalités : « Est-il facile ou non pour toi de parler des choses qui te préoccupent vraiment ? » dont les propositions de réponses sont : « Très facile », « Facile », « Difficile », « Très difficile », « Je ne vois pas ou plus cette personne ». Les communications avec le père et la mère sont traitées séparément.

Deux indicateurs de rapport à l'école sont étudiés dans cet article : les performances perçues et la pression ressentie. Les enfants sont tout d'abord invités à estimer la façon dont leur(s) professeur(e)(s) évalue(nt) leurs résultats scolaires

comparés à ceux de leurs camarades ; quatre modalités sont possibles : « En dessous de la moyenne », « Moyens », « Bons » et « Très bons ». Ils sont également interrogés sur le stress qu'ils ressentent vis-à-vis du travail scolaire, avec quatre modalités de réponse possibles : « Pas du tout », « Un peu », « Assez », « Beaucoup ».

Quelques résultats

Le tableau 1 présente le pourcentage d'enfants déclarant un état de santé mauvais ou assez mauvais et une satisfaction à l'égard de la vie élevée en fonction de leur sexe, âge et pays d'origine. Dans la plupart des pays, la proportion d'enfants se déclarant en mauvaise santé augmente avec l'âge. Et, parallèlement, la part d'enfants affirmant une satisfaction élevée à l'égard de leur vie baisse au fur et à mesure de l'avancée en âge. De même, dans la plupart des pays, les inégalités entre les filles et les garçons se creusent avec l'âge : à 15 ans, les filles ont des niveaux de bien-être moins élevés que celui des garçons. Une plus grande proportion de filles se dit être en moins bonne santé à 15 ans qu'à 13 ou à 11 ans dans les trois quarts des pays. L'équivalent pour les garçons n'a été constaté que dans deux pays. Par ailleurs, les différences entre les sexes concernant les mesures de bien-être ne sont significatives à l'âge de 11 ans que dans quelques pays, alors qu'elles sont significatives partout à l'âge de 15 ans. Comme pour la santé perçue, les enfants plus âgés et les filles sont davantage susceptibles de rapporter une moindre satisfaction à l'égard de la vie. En France, par exemple, 71 % des filles de 15 ans déclarent une satisfaction élevée, contre 83 % de leurs camarades âgées de 11 ans et 86 % des garçons de 15 ans. De manière générale, ces derniers rapportent, quel que soit leur âge, des niveaux de satisfaction à l'égard de leur vie plus élevés que les filles et ont parallèlement moins tendance à déclarer une baisse de leur satisfaction à l'égard de la vie au fil du temps. Les inégalités de genre augmentent mécaniquement avec l'âge. Alors que, à l'âge de 11 ans, les inégalités entre filles et garçons n'étaient statistiquement significatives que dans neuf pays, à l'âge de 15 ans, elles sont présentes dans 35 des 40 pays étudiés.

Une étude récente portant sur les évolutions de la santé des enfants entre 2002 et 2010 rapporte un accroissement global de la perception d'être en excellente santé chez les garçons et les filles. Cette augmentation est davantage marquée de 2002 à 2006 qu'entre 2006 et 2010, peut-être

(*) L'échantillon minimum par pays est de mille cinq cents enfants mais peut atteindre les dix mille enfants.

Tableau 1 – Indicateurs de bien-être, par genre, âge et pays (en %)

Âge	Santé considérée moyenne ou mauvaise						Satisfaction de vie élevée					
	Garçons			Filles			Garçons			Filles		
	11	13	15	11	13	15	11	13	15	11	13	15
Arménie	15	10	14	15	18	19	92	91	91	93	93	89
Autriche	10	11	11	8	13	17	94	91	92	93	88	82
Belgique (néerlandophone)	11	12	15	12	19	31	77	88	86	75	84	75
Belgique (francophone)	15	15	16	18	23	31	87	88	89	89	81	80
Bulgarie	3	4	5	4	5	7	90	89	85	89	85	81
Canada	9	13	17	9	17	23	88	89	86	85	80	76
Croatie	10	10	14	9	17	28	89	89	87	91	84	79
République tchèque	13	13	15	15	20	22	82	82	81	83	76	75
Danemark	7	10	10	10	15	20	92	94	93	88	84	82
Angleterre	9	14	17	10	20	22	90	90	84	88	81	71
Estonie	9	8	14	9	16	20	91	93	88	90	85	78
Finlande	5	15	17	5	16	17	92	91	91	89	86	84
France	9	10	10	10	15	19	87	88	86	83	79	71
Allemagne	10	10	10	11	17	22	87	86	87	87	77	74
Grèce	5	5	7	4	8	11	95	89	85	94	83	81
Groenland	10	10	10	20	22	18	86	81	86	85	75	79
Hongrie	13	16	18	12	23	25	89	86	83	88	81	77
Islande	12	18	18	11	19	25	88	92	91	89	84	83
Irlande	5	10	11	7	14	18	93	90	86	93	85	76
Israël	6	9	9	7	10	14	91	92	88	87	84	79
Italie	6	8	8	8	11	15	89	90	85	88	77	79
Lettonie	16	13	14	18	29	38	87	86	87	88	83	80
Lituanie	7	10	10	6	16	25	90	91	90	89	83	78
Luxembourg	10	9	17	10	15	23	87	89	83	88	78	74
Macédoine	2	3	4	2	5	7	85	82	74	74	83	72
Malte	9	13	13	13	23	30	95	91	89	90	78	76
Pays-Bas	7	9	14	12	16	24	95	94	94	92	88	84
Norvège	8	14	12	11	13	15	92	89	90	93	87	82
Pologne	10	13	18	10	19	30	86	87	83	85	76	68
Portugal	7	11	12	8	17	21	91	84	83	87	79	74
République de Moldavie	13	17	13	22	26	34	93	90	93	93	91	88
Roumanie	10	11	10	18	21	30	91	94	92	91	87	81
Russie	11	11	14	15	23	28	85	85	83	85	80	75
Écosse	13	16	21	11	19	26	92	90	88	93	84	76
Slovaquie	8	10	11	10	13	16	83	84	84	88	77	73
Slovénie	5	8	9	6	16	21	89	89	91	91	84	83
Espagne	3	5	8	4	9	15	91	89	87	94	85	81
Suède	4	7	9	4	13	15	91	88	85	91	76	73
Suisse	9	7	8	8	10	13	91	93	91	88	84	84
Ukraine	13	11	17	16	22	31	88	85	84	88	85	82
Pays de Galles	10	16	20	11	24	32	90	86	84	87	75	72

Source : enquête HBSC 2013-2014. Adaptée de Inchley et al. (2016).

Champ : garçons et filles âgé(e)s de 11, 13 et 15 ans.

Lecture : en France, 9 % des garçons âgés de 11 ans se déclarent en moyenne ou en mauvaise santé.

en raison de la crise économique de 2008 qui a coupé court à une amélioration supplémentaire de la santé perçue (Cavallo *et al.*, 2015). Entre 2002 et 2010, cinq pays (la Belgique néerlandophone, la Finlande, le Groenland, la Hongrie et la Pologne) affichaient une baisse importante du niveau de santé perçue, et six autres pays (les États-Unis, l'Ukraine, la Suède, l'Écosse, le Danemark et la Belgique francophone) affichaient une tendance similaire, quoique statistiquement non significative, tandis que dans tous les autres pays la perception d'une santé excellente augmentait (*ibid.*). Une tendance similaire a été observée en ce qui concerne la satisfaction de la vie. Dans l'ensemble, entre 2002 et 2010, le niveau de satisfaction à l'égard de la vie a diminué dans huit pays (en Autriche, au Canada, en Suisse, au Danemark, en Finlande, au Groenland, en Hongrie et en Macédoine). En revanche, une tendance à l'amélioration a été observée dans dix pays, et notamment en Europe de l'Est (en Estonie, Croatie, Lituanie, Lettonie, Russie, Ukraine, Espagne, Norvège, Portugal et en Belgique).

Il est important de contextualiser les vies des enfants en vue de cerner la prévalence et les tendances du bien-être durant l'enfance. La suite de cet article s'attache à explorer les déclarations des enfants sur leurs relations familiales et le vécu au sein de l'école afin de mieux comprendre les expériences que vivent les enfants et les adolescents, et leurs liens avec le niveau de bien-être.

Le tableau 2 présente le pourcentage d'enfants qui disent parler facilement des choses qui les préoccupent avec leur mère et leur père. Dans tous les pays, les enfants les plus âgés sont moins susceptibles de dire qu'ils parlent facilement avec leurs parents. Toutefois, si l'aisance de communication avec la mère décroît de façon similaire pour les garçons et les filles, la communication avec le père évolue différemment. La baisse est bien plus importante pour les filles que pour les garçons au fur et à mesure qu'elles et ils grandissent. Par exemple, en France, à l'âge de 11 ans, 56 % des filles disent parler facilement avec leur père des sujets qui les préoccupent, et elles ne sont plus que 33 % à l'âge de 15 ans, soit vingt-trois points de pourcentage en moins. En revanche, chez les garçons, le pourcentage ne diminue que de quatorze points. À l'âge de 11 ans, 70 % d'entre eux disent parler facilement à leur père, alors qu'ils sont 56 % à affirmer la même chose à 15 ans. Si ces constatations semblent aller à l'encontre de l'idée que les filles ont de meilleures compétences communicationnelles que les garçons, il est possible que la notion de « choses qui les préoccupent » ne recouvre pas les mêmes contenus selon le sexe, et puisse entraîner

une perception du niveau de communication avec les parents plus faible chez les unes que chez les autres.

Le tableau 3 (p. 114) présente le pourcentage d'enfants ayant une perception positive de leurs performances scolaires et de ceux qui déclarent se sentir sous pression en raison du travail scolaire. En règle générale, les filles ont une perception plus positive de leurs performances scolaires que les garçons, mais ce pourcentage diminue avec l'âge chez les unes comme chez les autres. De même, le sentiment de pression scolaire rapporté est plus élevé parmi les enfants plus âgés. Cependant, cette augmentation de la pression due au travail scolaire est plus importante chez les filles que chez les garçons. Ce faisant, les filles sont à la fois plus susceptibles de ressentir la pression scolaire que les garçons et sont plus nombreuses à déclarer obtenir de meilleurs résultats. Si ce constat peut paraître contradictoire, ce n'est pas forcément le cas. Le fait de ressentir plus de pression vis-à-vis des performances scolaires peut inciter les filles à davantage s'investir dans leurs devoirs et à obtenir par conséquent de meilleurs résultats.

La communication enfants-parents selon le sexe

Selon la Cide, tous les enfants ont des droits, et la santé et le bien-être en font partie. Ceci étant, il est important, d'une part, d'étudier la façon dont le bien-être des enfants varie en fonction de leur sexe, de leur âge, de leur pays d'origine, et dans le temps, et, d'autre part, de comprendre les contextes favorables au bien-être de l'enfant. Cet article s'intéresse à la satisfaction à l'égard de la vie et à la santé perçue en tant qu'indicateurs de bien-être global et confirme que la famille est au cœur du bien-être de l'enfant. Au fil des ans, de nombreux auteurs de l'enquête HBSC ont affirmé qu'une bonne communication avec les parents ou les tuteurs est un facteur prédictif d'un niveau élevé de bien-être à l'égard de la vie, comme d'un moins grand nombre de plaintes physiques et psychologiques (Ottova *et al.*, 2012 ; Vingilis *et al.*, 2007). Cette tendance se confirme avec le temps pour les garçons comme pour les filles, et ce quels que soient leur âge et la zone géographique dans laquelle ils vivent.

Cet article démontre que le niveau de bien-être diffère selon les pays, l'âge et le sexe des enfants. Mais alors que le niveau de santé perçue et celui de satisfaction à l'égard de la vie diffèrent selon les pays, les tendances en fonction de l'âge et du sexe sont similaires : les filles et les enfants plus âgés font état d'un bien-être moindre. Dans ce contexte, il est important d'envisager l'approche

la plus à même de favoriser la résilience des jeunes qui traversent l'adolescence, d'autant plus qu'un bien-être moindre peut affecter le fonctionnement quotidien des enfants et entraîner une exclusion sociale (Inchley *et al.*, 2016). Le bien-être des enfants est intimement lié à la famille et aux relations familiales (Molcho *et al.*, 2007). La qualité des relations avec les parents peut être évaluée

à partir de l'aisance à discuter avec ses parents de sujets importants. Les enfants qui parlent facilement avec leurs parents des choses qui les préoccupent rapportent des niveaux de santé perçue et de satisfaction à l'égard de leur vie plus élevés (*ibid.*), ainsi que des plaintes psychosomatiques moins nombreuses (Inchley *et al.*, 2016 ; Levin et Currie, 2010).

Tableau 2 – Communication avec les parents par genre, âge et pays (en %)

Âge	Facile de parler avec sa mère						Facile de parler avec son père					
	Garçons			Filles			Garçons			Filles		
	11	13	15	11	13	15	11	13	15	11	13	15
Albanie	94	93	86	95	92	91	87	84	81	74	63	54
Arménie	88	84	81	92	88	87	84	87	83	71	56	57
Autriche	92	85	80	91	83	79	83	78	70	78	57	52
Belgique (néerlandophone)	90	82	77	88	78	67	76	72	61	60	50	40
Belgique (francophone)	81	76	70	79	67	65	67	62	57	52	43	40
Bulgarie	91	87	84	93	86	85	87	83	78	74	64	57
Canada	87	81	77	85	77	74	75	75	69	66	58	54
Croatie	94	87	86	95	88	82	89	82	78	78	66	57
République tchèque	89	84	84	87	81	78	80	75	70	73	56	50
Danemark	90	87	80	86	80	80	85	80	73	69	58	59
Angleterre	95	85	81	92	82	72	87	77	71	76	64	53
Estonie	90	88	84	93	86	82	80	77	75	77	70	58
Finlande	96	89	84	91	85	78	92	83	79	78	64	54
France	81	76	66	79	70	60	70	67	56	56	42	33
Allemagne	88	80	76	88	78	74	81	73	69	69	53	46
Grèce	93	85	74	93	84	80	87	81	72	69	48	47
Groenland	86	84	89	88	78	82	83	79	80	71	51	62
Hongrie	92	90	86	92	89	88	85	84	81	74	69	70
Islande	94	92	89	95	89	84	92	88	83	87	76	71
Irlande	88	90	82	88	83	76	83	81	71	75	64	57
Israël	94	87	85	93	90	84	86	81	76	80	74	66
Italie	90	85	76	88	76	71	81	76	67	71	50	47
Lettonie	83	80	79	85	80	77	74	74	74	70	57	57
Lituanie	84	74	72	89	77	75	77	73	75	67	51	49
Luxembourg	83	86	77	88	78	70	79	79	69	66	54	40
Macédoine	93	90	89	94	91	88	89	84	84	83	72	63
Malte	92	86	77	90	81	81	81	76	63	70	57	49
Pays-Bas	94	89	85	92	88	82	88	84	81	78	71	65
Norvège	91	86	85	93	87	78	88	81	77	81	67	58
Pologne	92	87	82	92	84	77	83	79	74	73	66	56
Portugal	92	88	80	91	83	79	86	78	71	73	58	49
République de Moldavie	95	90	85	95	89	86	89	86	82	81	68	60
Roumanie	93	88	87	93	89	86	86	85	80	79	65	55
Russie	82	80	80	83	80	77	74	77	75	70	65	59
Écosse	91	86	74	89	80	72	81	76	64	73	57	47
Slovaquie	88	83	73	86	78	71	85	72	64	68	51	40
Slovénie	92	86	82	94	83	79	86	82	71	78	58	50
Espagne	79	77	72	81	72	71	75	71	63	70	51	46
Suède	93	89	83	94	85	81	90	84	75	83	69	64
Suisse	85	82	77	82	82	76	77	74	68	61	55	46
Ukraine	92	91	88	94	92	89	85	84	81	80	77	70
Pays de Galles	93	88	83	92	81	74	87	81	79	78	65	59

Source : enquête HBSC 2013-2014. Adaptée de Inchley *et al.* (2016).

Champ : garçons et filles âgé(e)s de 11, 13 et 15 ans.

Lecture : en France, 79 % des filles âgées de 11 ans disent parler facilement des choses qui les préoccupent avec leur mère.

La communication avec les parents est donc un point clé à partir duquel la famille peut intervenir en tant qu'atout protecteur de la santé, et préparer les jeunes gens à faire face à des situations stressantes. Il est par conséquent préoccupant que les enfants plus âgés rapportent une moindre facilité de communication avec leurs parents. Plus préoccupant encore est le faible pourcentage de filles

plus âgées qui communiquent facilement avec leur père, sachant qu'une bonne communication avec son père joue un rôle favorable au bien-être émotionnel des jeunes gens, en particulier celui des filles (Bulanda et Majumdar, 2009). Les résultats qui suggèrent que les filles sont moins susceptibles de trouver facile de parler à leurs parents de sujets qui les préoccupent vont à l'encontre de la perception

Tableau 3 — Perception de l'école par genre, âge et pays (en%)

Âge	Perception positive de la réussite scolaire						Sous pression par le travail scolaire					
	Garçons			Filles			Garçons			Filles		
	11	13	15	11	13	15	11	13	15	11	13	15
Albanie	82	83	75	89	89	85	24	35	39	17	34	47
Arménie	72	62	60	80	71	76	19	25	23	16	26	29
Autriche	76	56	52	80	60	54	10	20	28	10	18	27
Belgique (néerlandophone)	70	54	49	74	60	53	21	28	35	14	33	48
Belgique (francophone)	66	51	41	69	44	43	22	27	27	29	38	47
Bulgarie	81	77	74	86	82	80	22	30	31	23	35	44
Canada	75	66	64	80	75	71	27	35	43	25	43	55
Croatie	84	77	65	90	83	65	20	37	39	12	28	39
République tchèque	56	48	53	61	58	57	27	32	31	21	35	38
Danemark	78	65	60	78	64	64	24	29	31	21	31	43
Angleterre	74	70	69	85	76	79	30	39	52	28	42	73
Estonie	65	53	56	76	61	64	28	39	45	31	48	59
Finlande	73	60	54	81	73	66	30	44	54	26	48	65
France	65	50	43	70	55	45	15	21	21	22	28	36
Allemagne	63	40	44	72	47	44	26	27	27	24	26	35
Grèce	89	70	62	91	78	69	15	33	35	14	40	54
Groenland	77	69	62	73	61	61						
Hongrie	61	46	42	65	47	38	15	21	19	10	19	24
Islande	83	71	60	88	77	67	32	47	57	29	58	74
Irlande	76	71	67	82	79	70	22	34	48	22	40	66
Israël	78	70	74	81	73	77	30	35	40	31	45	57
Italie	65	52	39	71	59	48	45	50	51	36	56	72
Lettonie	62	50	44	66	54	47	22	25	33	19	29	44
Lituanie	66	55	48	74	62	53	35	44	50	28	52	58
Luxembourg	76	60	54	83	63	56	16	25	35	13	33	50
Macédoine	94	90	84	96	90	88	35	54	50	29	54	60
Malte	84	72	65	88	72	61	50	58	65	46	72	83
Pays-Bas	81	61	58	83	66	57	9	20	27	10	26	40
Norvège	79	67	58	82	70	63	12	28	36	13	33	66
Pologne	69	56	44	80	59	48	24	30	32	29	33	44
Portugal	66	57	50	64	50	35	20	28	42	22	41	67
République de Moldavie	78	67	61	82	77	70	19	23	23	17	26	31
Roumanie	81	67	54	82	69	60	18	25	33	14	33	39
Russie	58	56	54	66	62	59	32	26	22	32	28	28
Écosse	65	64	56	78	69	61	23	28	59	18	38	80
Slovaquie	75	70	65	82	75	76	17	24	21	16	25	25
Slovénie	87	68	67	91	77	66	31	48	42	29	61	67
Espagne	83	64	52	87	67	57	34	53	60	25	55	70
Suède	75	55	52	77	54	56	12	22	34	11	35	60
Suisse	77	68	64	81	71	65	23	26	26	17	33	32
Ukraine	60	51	50	69	62	56	19	17	19	19	16	18
Pays de Galles	77	74	69	86	76	75	22	27	52	23	36	67

Source : enquête HBSC 2013-2014. Adaptée de Inchley et al. (2016).

Champ : garçons et filles âgé(e)s de 11, 13 et 15 ans.

Lecture : en France, 21 % des garçons de 15 ans déclarent être mis sous pression par le travail scolaire.

commune selon laquelle les filles communiquent mieux que les garçons. Cependant, les filles et les garçons peuvent avoir une vision différente de ce que signifient les expressions « parler facilement » et « des choses qui les préoccupent », et rapporter ainsi une situation de communication différente de celle des garçons lorsqu'elles affirment discuter ou ne pas discuter aisément des choses qu'elles trouvent importantes avec leurs parents. Il est également possible que les filles rencontrent plus de difficultés à parler avec leurs parents de ce qui les préoccupe parce qu'elles essaient plus fréquemment de le faire, ou parce qu'elles le font plus souvent et que les discussions débouchent sur des conflits.

L'impact du contexte scolaire

L'école est le deuxième contexte qui revêt le plus d'importance dans la vie des enfants. Il n'est donc pas surprenant que la satisfaction à l'égard de la vie ait été étudiée dans le contexte scolaire, puisqu'il s'agit d'un des domaines qui a le plus d'incidence sur la satisfaction globale (Danielsen *et al.*, 2009 ; Diseth *et al.*, 2012). L'enquête HBSC a démontré de manière concluante que ceux qui envisagent l'école de façon favorable sont plus susceptibles d'adopter des comportements sains et de s'estimer en bonne santé, y compris en ce qui concerne le niveau de santé perçue, le degré de satisfaction dans la vie ou le niveau de plaintes de santé. En revanche, ceux qui font part de faibles performances académiques et de niveaux élevés de stress à l'école sont davantage susceptibles de déclarer un faible niveau de santé et de satisfaction dans la vie (Van Ryzin *et al.*, 2009 ; Bird et Markle, 2012 ; Inchley *et al.*, 2016). Une fois de plus, il est préoccupant de constater que, plus les enfants sont âgés, plus la pression ressentie à l'école est importante et plus les performances perçues sont faibles. Ceci peut, d'une part, s'expliquer par des exigences académiques croissantes aux derniers stades de l'enseignement secondaire et, d'autre part, incite à accorder plus d'attention à l'enseignement de mécanismes d'adaptation qui améliorent la confiance des enfants.

Les écarts de bien-être par sexe en fonction du sexe et de l'âge

Une des principales conclusions de l'enquête HBSC concerne l'interaction de l'âge et du sexe avec les mesures et les facteurs de bien-être. Les tendances affichées dans les tableaux 1 à 3 soulignent les expériences vécues par les filles et les garçons au cours de leur préadolescence et de leur adolescence. En comparaison avec les garçons, le bien-être rapporté des filles se dégrade de

façon significative au fur et à mesure qu'elles grandissent. Simultanément, les performances scolaires sont perçues comme moins bonnes, et la pression scolaire augmente. Parallèlement, la facilité de communication avec les parents décroît pour les deux sexes, et plus fortement pour les filles. De façon plus inquiétante, les filles communiquent moins bien avec leur père que les garçons à tous les âges et, à 11 ans, elles atteignent les mêmes proportions que les garçons âgés de 15 ans, âge auquel le niveau de facilité de communication parents-enfants est au plus bas. On peut par conséquent émettre l'hypothèse qu'au fur et à mesure que le sentiment de bien-être chute et que les exigences de l'école augmentent, les filles sont moins soutenues à la maison que les garçons.

Les résultats présentés ici confirment que la dimension psychologique de la santé a beaucoup d'importance entre 10 ans et 20 ans, au moment où les adolescents vivent les nombreux changements physiques, sociaux, psychologiques et cognitifs qui les préparent à la vie adulte. La résilience face à ces multiples changements peut varier en fonction de l'environnement social et culturel. Il s'agit là d'un aspect important à prendre en compte : d'une part, parce qu'il permet de décrire la présence d'inégalité de santé dès le plus jeune âge et, d'autre part, parce que les problèmes de santé rencontrés à ce stade de la vie peuvent avoir des effets négatifs à long terme sur le fonctionnement quotidien et le bien-être global des individus, voire entraîner leur exclusion sociale.

Bibliographie

- Bird J., Markle R., 2012, Subjective well-being in school environments: Promoting positive youth development through evidence-based assessment and intervention, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 82, p. 61666.
- Blum R., Halcón L., Beuhring T., Pate E., Campell-Forrester S., Venema A., 2003, Adolescent health in the Caribbean: Risk and protective factors, *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 3, p. 456-460.
- Boniell-Nissim M., Tabak I., Mazur J., 2015, Supportive communication with parents moderates the negative effects of electronic media use on life satisfaction during adolescence, *International Journal of Public Health*, vol. 60, n° 2, p.1896198.
- Braverman M., Stawski R., Samdal O., Aaro L., 2017, Daily smoking and subjective health complaints in adolescence, *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 19, p. 102-110.

- Brooks F., Zaborskis A., Tabak I., 2015, Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010, *European Journal of Public Health*, vol. 25, n° 2, p. 46-50.
- Brooks F., Zaborskis A., Klemra E., 2016, Family: Communication with mother. Family: Communication with father. Scientific discussion and policy reflection, in Inchley J. (ed), *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*, Copenhagen, Who.
- Bulanda R., Majumdar D., 2009, Perceived parent-child relations and adolescent self-esteem, *Journal of Child and Family Studies*, vol. 18, n° 2, p. 203-212.
- Cantril H., 1966, *The pattern of human concern*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- Carlsund Å., Eriksson U., Sellström E., 2013, Shared physical custody after family split-up: Implications for health and well-being in Swedish schoolchildren, *Acta Paediatrica*, vol. 102, n° 3, p. 318-323.
- Cavallo F., Dalmasso P., Ottová-Jordan V., 2015, Trends in self-rated health in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in 32 countries, *European Journal of Public Health*, vol. 25, n° 2, p. 13-15.
- Cole D., Jacquez F., Maschman T., 2001, Social origins of depressive cognitions: A longitudinal study of self-perceived competences in children, *Cognitive Therapy and Research*, vol. 25, n° 4, p. 377-395.
- Collins W., Steinberg L., 2006, *Adolescent development in interpersonal context. Handbook of child psychology*, New York, Wiley.
- Danielsen A. G., Samdal O., Hetland J., Wold B., 2009, School-related social support and students' perceived life satisfaction, *Journal of Education Research*, vol. 102, p. 303-320.
- Diseth Å., Danielsen A., Samdal O., 2012, A path analysis of basic need support, self-efficacy, achievement goals, life satisfaction and academic achievement level among secondary school students, *Educational Psychology Review*, vol. 32, p. 335-354.
- Galán I., Boix R., Medrano M., 2013, Physical activity and self-reported health status among adolescents: A cross-sectional population-based study, *BMJ Open*, vol. 3, n° 5, p. 1-10.
- Gillis J., 2009, Transition to modernity, in Qvortrup J., Corsaro W., Honig M. (eds), *The Palgrave handbook of Childhood Studies*, New York, Palgrave Macmillan, p. 114-126.
- Hendrick H., 2009, The evolution of childhood in western Europe c.1400-c.1750, in Qvortrup J., Corsaro W., Honig M. (eds), *The Palgrave handbook of Childhood Studies*, New York, Palgrave Macmillan, p. 99-113.
- Inchley J., Currie D., Young T., 2016, *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study, International Report From the 2013/2014 Survey*, Copenhagen. Who Regional Office for Europe.
- Jenks C., 2005, *Childhood*, London, Routledge.
- Kelleher C., Tay J., Gabhainn S., 2007, Influence on self-rated health of socio-demographic, lifestyle and affluence factors: An analysis of the Irish and International Health Behaviours Among School-Aged Children (HBSC) datasets 1998, *Irish Medical Journal*, vol. 100, n° 8, p. 43-46.
- Lepège A., Hunt S., 1997, The problem of quality of life in medicine, *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, p. 47-50.
- Levin K., Currie C., 2010, Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis, *Health Education*, vol. 110, n° 3, p. 152-68.
- Molcho M., Nic Gabhainn S., Kelleher C., 2007, Interpersonal relationships as predictors of positive health among Irish youth: The more the merrier, *Irish Medical Journal*, vol. 100, n° 8, p. 33-36.
- Moor I., Richter M., Ravens-Sieberer U., 2015, Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study, *European Journal of Public Health*, vol. 25, n° 2, p. 57-60.
- Naci H., Ioannidis J., 2015, Evaluation of Wellness Determinants and Interventions by Citizen Scientists, *Journal of the American Medical Association*, vol. 314, p. 121-122.
- Ottová V., Erhart M., Vollebergh W., 2012, The role of individual- and macro-level social determinants on young adolescents' psychosomatic complaints, *Journal of Early Adolescence*, vol. 32, n° 1, p. 126-158.
- Ottová-Jordan W., Smith O., Augustine L., 2015, Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level, *European Journal of Public Health*, vol. 25, n° 2, p. 83-89.
- Pavot W., Diener E., 1993, Review of the satisfaction with life scale, *Psychological Assessment*, vol. 5, p. 164-172.

Rusk K., Astedt-Kurki P., Paavilainen E., Laippala P., 2003, Adolescent subjective well-being and family dynamics, *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 17, p. 129-138.

Torsheim T., Aaro L., Wold B., 2003, School-related stress, social support, and distress: Prospective analysis of reciprocal and multilevel relationships, *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 44, p.153-159.

Van Ryzin M., Gravely A., Roseth C., 2009, Autonomy, belongingness, and engagement in school as contributors to adolescent psychological well-being, *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 38, p.1-12.

Velleman R., Templeton L., Copello A., 2005, The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people, *Drug and Alcohol Review*, vol. 24, n° 2, p. 93-109.

Vingilis E., Wade T., Seeley J., 2007, Predictors of adolescent health care utilization, *Journal of Adolescence*, vol. 30, n° 5, p. 773-800.

World Health Organization (Who), 1948, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York.

