



hbsc
HEALTH BEHAVIOUR IN
SCHOOL-AGED CHILDREN
LËTZEBUERG / LUXEMBOURG

Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg

Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN :
ÉTUDE TRANSNATIONALE COLLABORATIVE DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (HBSC)



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enfance et de la Jeunesse



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale
Direction de la santé



FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES,
DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION
ET DES SCIENCES SOCIALES

Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg

Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN :
ÉTUDE TRANSNATIONALE COLLABORATIVE DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Carolina Catunda
Felipe G Mendes
Joana Lopes Ferreira
Caroline Residori

Référence bibliographique :

Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline (2023). Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 Esch-sur-Alzette.

© Université du Luxembourg et auteurs ; Décembre 2023

ISBN : 978-2-87971-194-2

Imprimé par : reka print+, Ehlerange, Luxembourg

Contenu

Contributeurs	VII
Auteurs	VII
Équipe HBSC Luxembourg	VII
Remerciements	IX
Résumé	XI
Santé mentale et bien-être	1
Satisfaction de vie	4
Symptômes psychosomatiques	8
Santé perçue	11
Bien-être et dépression	13
Bien-être	13
Dépression	14
Anxiété	16
Solitude	18
Auto-efficacité	20
Disparité entre les genres en matière de satisfaction de vie	23
Introduction	23
Méthode	24
Résultats et discussion	25
Conclusions et perspectives	29
Annexe	33
Bibliographie	59
Liste des figures	65
Liste des tableaux	67
Abréviations	69

Contributeurs

Auteurs

Dr Carolina Catunda	Maître-assistant, Université du Luxembourg
Dr Felipe G Mendes	Assistant-postdoctorant, Université du Luxembourg
Joana Lopes Ferreira, M.Sc.	Spécialiste de Recherche et de développement, Université du Luxembourg
Dr Caroline Residori	Spécialiste de Recherche et de développement, Université du Luxembourg

Équipe HBSC Luxembourg

Dr Romain Brisson	Université du Luxembourg
Dr Carolina Catunda	Co-Investigatrice Principale, Université du Luxembourg
Dr Senad Karavdic	Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (SCRIPT)
Joana Lopes Ferreira, M.Sc.	Université du Luxembourg
Dr Felipe G Mendes	Université du Luxembourg
Dr Maud Moinard	Co-Investigatrice Principale, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale / Direction de la santé
Dr Josepha Nell	Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
Dr Katharina K Pucher	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale / Direction de la santé
Dr Caroline Residori	Université du Luxembourg
Prof Dr Robin Samuel	Université du Luxembourg
Aurélié Ventujol, M.Sc	Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (SCRIPT)
Raoul Wirion, M.A.	Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse

Remerciements

Initiée en 1982, l'étude *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) est menée tous les quatre ans afin de comprendre et de promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Actuellement, plus de 50 pays participent à cette étude internationale, dont le Luxembourg depuis 2006. En comparant les données sur plusieurs années et entre les pays, les décideurs politiques, les enseignants, les élèves, les parents ainsi que toute personne intéressée par la santé de la génération montante, peuvent prendre des décisions éclairées.

Ce rapport sur l'étude HBSC 2022 n'a pu être réalisé que grâce aux nombreuses personnes qui ont contribué à la collecte des données et à leur traitement. Nous souhaitons profiter de cette occasion pour les remercier.

HBSC est une étude internationale menée en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé - Bureau régional de l'Europe. Nous souhaitons remercier la coordinatrice internationale de l'étude 2021/22, Dr Joanna Inchley de l'Université de Glasgow. Nos remerciements s'adressent également à la gestionnaire de la banque de données, Professeure Oddrun Samdal de l'Université de Bergen, et à Joe Hancock du Centre de coordination international de Glasgow qui a mis au point le graphisme pour ce rapport.

La partie luxembourgeoise de l'étude HBSC est organisée par trois partenaires de projet depuis 2016 : l'Université du Luxembourg, le Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale / Direction de la santé et le Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse. Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à nos collaborateurs au sein des ministères (Dr Katharina Pucher, Dr Senad Karavdic, Aurélie Ventujol, Dr Josepha Nell et Raoul Wirion) ainsi qu'au Professeur Robert Harmsen, doyen de la Faculté des Sciences Humaines, des Sciences de l'Éducation et des Sciences Sociales, pour la bonne coopération et pour le soutien apporté à notre recherche.

La collecte des données HBSC 2022 a été soutenue par Andreas Heinz, Anouk Geraets, Claire van Duin, Patrick Kiffer, Katia Ziadi, Maria Michaela Scherschel, Alexandra Link, Marieke Sauder et Auriane Möck de l'Université de Luxembourg. Dr Andreas Heinz et Dr Bechara Ziade ont été les co-investigateurs principaux de l'étude HBSC au Luxembourg en 2022. Prof Helmut Willems a été le co-investigateur principal entre 2016 et 2020 et a continué à soutenir l'étude HBSC au Luxembourg par la suite. Tun Fischbach, Thierry Heck, Rachid Boualam et Rachel Wollschläger du *Luxembourg Centre for Educational Testing* ont fourni une assistance technique considérable pour la collecte des données et leur traitement. Aurélie Ventujol de la division du traitement de données sur la qualité de l'encadrement et de l'offre scolaire et éducative (SCRIPT) a prélevé l'échantillon. Jean Philippe Décieux et Alexandra Mergener ont retraduit les questionnaires vers l'anglais. Moritz Höpner, Simone Charles, Gilles Scheifer et Vyara Noncheva ont contribué au processus de relecture et de traduction des rapports.

Pour finir, nous souhaitons exprimer notre gratitude à tous les enfants et à tous les jeunes qui ont accepté de participer à l'étude HBSC Luxembourg au fil des ans ainsi qu'à leurs parents. De plus, nous souhaitons remercier tous les directeurs et enseignants des établissements scolaires dont la coopération a rendu cette étude possible.

Pour l'équipe HBSC Luxembourg :

Dr Carolina Catunda et Dr Maud Moinard (Co-Investigatrices Principales)

Résumé

À propos de ce rapport

Le présent rapport expose les résultats de l'étude HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) Luxembourg 2022 sur la santé mentale et le bien-être. Ce rapport, qui inclut un total de 7 893 élèves âgés de 11 à 18 ans, fournit des informations détaillées concernant les indicateurs de santé mentale et de bien-être suivants : satisfaction de vie, symptômes psychosomatiques, perception de l'état de santé, bien-être, dépression, anxiété, solitude et auto-efficacité.

Satisfaction de vie

La satisfaction de vie est un élément cognitif du bien-être subjectif des adolescents. 28,7 % des adolescents au Luxembourg ont rapporté une satisfaction de vie élevée. Cependant, cette prévalence diminue avec l'âge. De plus, les filles ont présenté une satisfaction de vie plus faible que les garçons. Qu'ils soient issus ou non de l'immigration, les adolescents à faible aisance familiale étaient ceux à la satisfaction de vie la moins élevée. Par ailleurs, les adolescents vivant avec leurs deux parents avaient une plus grande satisfaction de vie que les adolescents vivant dans d'autres structures familiales.

Symptômes psychosomatiques

Les symptômes psychosomatiques peuvent avoir un effet considérable sur la vie, allant des symptômes somatiques typiques comme les maux de tête et les maux de dos aux symptômes plus psychologiques comme la tristesse et les sentiments d'anxiété. Le symptôme le plus fréquemment rencontré était l'irritabilité ou la mauvaise humeur, ressenti au moins deux fois par semaine par 35,2 % des adolescents, suivie de près par la nervosité ressentie plus d'une fois par semaine par 34,9 % des adolescents. En comparaison, 57,1 % des élèves n'ont que rarement voire jamais eu de vertiges. Dans l'ensemble, 48,8 % des adolescents interrogés ont rapporté des symptômes psychosomatiques multiples. Il a été constaté que cette prévalence était significativement plus élevée chez les filles (62,3 %) que chez les garçons (35,4 %).

Santé perçue

La santé perçue fournit une vue d'ensemble sur la santé. La perception qu'ont les personnes de leur propre santé est liée à des aspects physiques, à des comportements liés à la santé, au soutien social et à des variables sociodémographiques. 43,1 % des garçons se considèrent en excellente santé comparé à 29,1 % des filles. On observe une baisse importante de la prévalence d'une excellente santé chez les filles âgées de 11-12 ans et les autres groupes d'âge. Pour les garçons, bien qu'on puisse constater une diminution avec l'âge, seules les différences entre les adolescents âgés de 11-12 ans et ceux de 17-18 ans sont significatives.

Bien-être et dépression

Le bien-être est défini par la présence d'affects positifs et l'absence d'affects négatifs. Les garçons ont rapporté un niveau de bien-être plus élevé que les filles, et le bien-être diminue avec l'âge. En ce qui concerne la dépression, nos données ont montré que 20,8 % des participants présentaient un risque de dépression, avec une prévalence plus élevée chez les filles (28,0 %) que chez les garçons (13,5 %). Pour les deux genres, la prévalence de la dépression augmente avec l'âge.

Anxiété

Le fait de se sentir anxieux ou apeuré est une réaction normale à une menace. Cependant, si ce sentiment persiste et interfère avec la vie quotidienne, il peut être considéré comme une réaction malsaine voire comme un trouble anxieux. 34,1 % des adolescents interrogés ont présenté des symptômes d'anxiété modérés à élevés. Avec 44,7 %, les filles présentaient davantage de symptômes d'anxiété que les garçons (23,4 %). La prévalence de l'anxiété augmente avec l'âge et est plus élevée parmi les adolescents issus de familles moins aisées.

Solitude

La solitude désigne un état dans lequel une personne a moins de relations sociales qu'elle ne le souhaiterait. Les résultats ont montré que 18,2 % des adolescents se sont sentis seuls la plupart du temps ou toujours au cours de l'année passée. Les filles étaient plus susceptibles de ressentir de la solitude que les garçons (24,1 % vs. 12,0 %, respectivement). Les résultats ont également indiqué que la solitude augmente avec l'âge (11-12 ans : 10,3 % ; 17-18 ans : 23,7 %) et que les adolescents issus des familles les moins aisées sont plus susceptibles de ressentir de la solitude que leurs camarades au statut plus élevé.

Auto-efficacité

L'auto-efficacité générale fait référence à la croyance qu'ont des personnes en leur capacité à surmonter une situation difficile. Les filles ont rapporté une auto-efficacité moins élevée que les garçons dans toutes les tranches d'âge, cependant la différence était particulièrement marquée entre 13 et 16 ans. Avec l'âge, les garçons ne présentent peu voire pas de variation d'auto-efficacité, alors que les filles présentent une forte baisse à l'âge de 13 ans ($M = 6,69$) suivie d'une augmentation jusqu'à l'âge de 16 ans ($M = 7,02$).

Disparité entre les genres en matière de satisfaction de vie

Au Luxembourg, nous avons pu constater des différences entre les genres en matière de satisfaction de vie dès la première étude HBSC en 2006. Depuis lors, les garçons ont systématiquement rapporté une satisfaction de vie plus élevée que les filles, la plus grande différence ayant été observée en 2022. Une disparité entre les genres a également été constatée dans d'autres domaines de la santé mentale et du bien-être, comme l'anxiété et la solitude. Pour cette raison, la question de l'influence du genre sur la satisfaction de vie a été approfondie. Un effet statistiquement significatif du genre a été identifié avec et sans variables sociodémographiques de contrôle. Toutefois, cet effet du genre a disparu lorsque des facteurs psychosociaux (symptômes psychosomatiques, anxiété, solitude, auto-efficacité, soutien familial et soutien des amis) ont été inclus dans le modèle statistique. Ce résultat suggère que les différences entre les genres en matière de satisfaction de vie reflètent d'autres différences entre les genres en termes de facteurs psychosociaux et de soutien social. Par ailleurs, si on les ventile par genre, les résultats montrent que seul l'âge influe différemment sur la relation entre genre et satisfaction de vie. Une baisse dans la satisfaction de vie a lieu plus tard chez les garçons que chez les filles. L'influence sur la satisfaction de vie de tous les autres indicateurs examinés ne varie pas selon le genre.

Conclusions et perspectives

Alors que la santé mentale des adolescents est restée relativement stable depuis 2006, les différences entre les genres ont augmenté significativement depuis. Les garçons ont rapporté de meilleurs niveaux de santé mentale et de bien-être que les filles dans chacun des domaines examinés, avec d'importantes différences selon l'âge. L'aisance familiale et la composition familiale semblent, elles aussi, jouer un rôle, sachant que les adolescents plus aisés et vivant avec

leurs deux parents ont rapporté une meilleure santé mentale et un bien-être plus élevé que leurs camarades. Par conséquent, il convient d'étoffer et de diversifier l'offre de programmes de santé mentale.

Santé mentale et bien-être

Santé mentale et bien-être

Une bonne santé mentale et un niveau de bien-être élevé sont essentiels afin de mener une vie épanouie, d'exploiter pleinement son potentiel, de participer de façon productive à la vie de la communauté et de faire preuve de résilience face au stress et à l'adversité (World Health Organization, 2021). C'est pourquoi l'OMS définit la santé non seulement en tant qu'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi en tant qu'état de bien-être physique, mental et social complet (World Health Organization, 1948). Les Nations Unies soulignent l'importance d'une bonne santé mentale en incluant la promotion de la santé mentale et du bien-être à l'agenda 2030 pour le développement durable (United Nations, 2016). Le bien-être des adolescents est particulièrement important étant donné que l'adolescence jette les bases du bien-être physique, cognitif, émotionnel, social et économique à l'âge adulte.

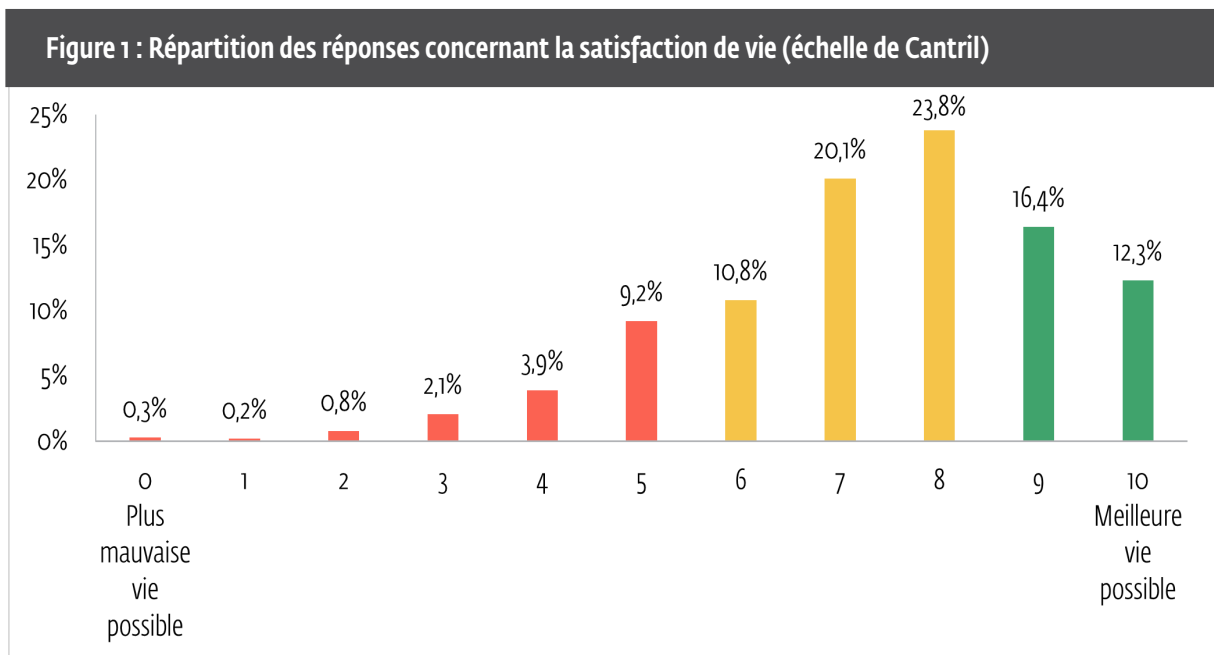
En 2022, 9 432 élèves de 688 classes et 152 établissements scolaires luxembourgeois ont répondu en classe pendant les heures de cours à un questionnaire papier-crayon anonyme. Le présent rapport porte sur un total de 7 893 élèves âgés de 11 à 18 ans, fréquentant les écoles publiques et privées luxembourgeoises dont l'enseignement est basé sur le programme national¹. Il vise à fournir une vue d'ensemble de la santé mentale et du bien-être des adolescents au Luxembourg en 2022, en se concentrant sur les variables suivantes : satisfaction de vie, symptômes psychosomatiques, santé perçue, dépression, anxiété, solitude et auto-efficacité. Ce rapport est le premier d'une série. D'autres rapports présentent les données HBSC relatives à d'autres domaines de la vie (par exemple, les comportements liés à la santé, les comportements à risque ou encore le contexte social). Considérés dans leur ensemble, les rapports HBSC Luxembourg fourniront une vue d'ensemble sur la santé et les comportements liés à la santé des adolescents en 2022 au Luxembourg.

¹ Pour de plus amples renseignements concernant la population, veuillez-vous référer à Catunda et al. (2023).

Satisfaction de vie

La satisfaction de vie est un élément majeur du bien-être subjectif des adolescents. Il a été demandé aux répondants d'indiquer à quel point ils étaient globalement satisfaits de leur vie, ce qui inclut implicitement ou explicitement divers aspects de la vie comme l'intégration sociale, la santé et la richesse. La satisfaction de vie implique l'évaluation cognitive consciente de sa vie en se fondant sur ses propres valeurs, attentes et expériences passées (Diener, 2012; Pavot et Diener, 1993).

Dans le cadre de l'étude HBSC, la satisfaction de vie est mesurée à l'aide de la question suivante : « Voici l'image d'une échelle. Au sommet de l'échelle, « 10 » est la meilleure vie possible pour toi ; tout en bas de l'échelle « 0 » est la plus mauvaise vie possible pour toi. En général, où te situes-tu sur cette échelle, en ce moment ? » (Cantril, 1965). Les catégories de réponses vont de 0 à 10. La Figure 1 présente la répartition des réponses.

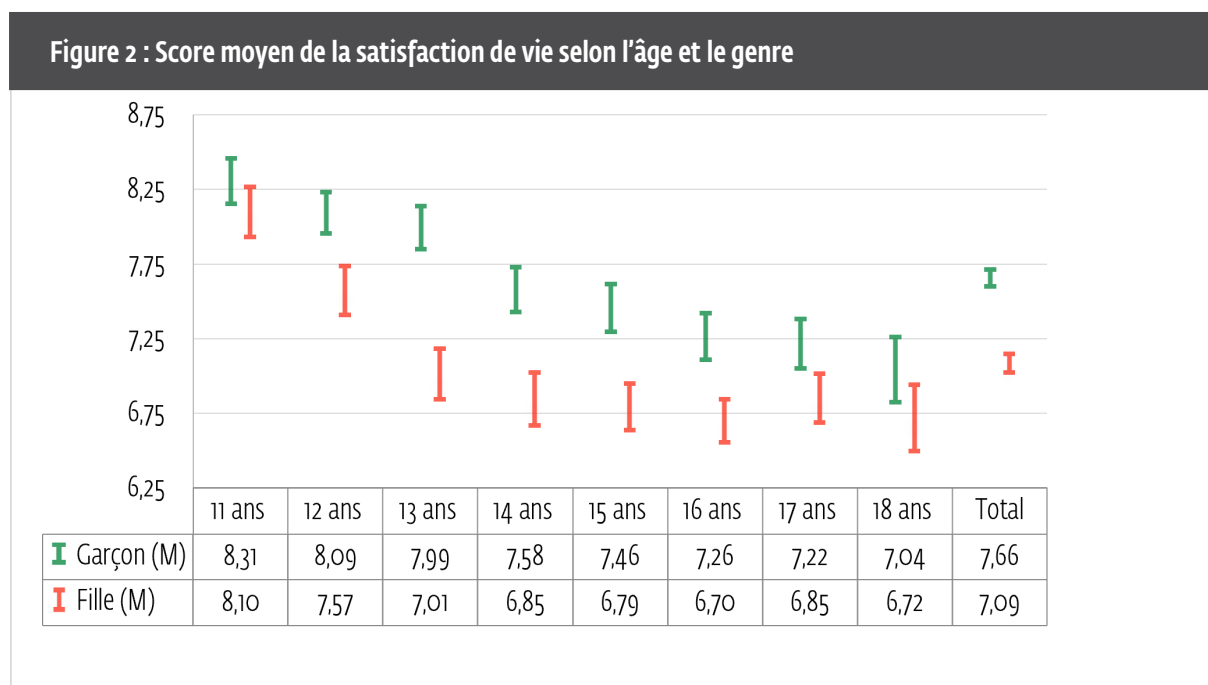


De manière générale, les réponses à cette question tendent à être positive. En conséquence, seules les catégories 9 et 10 sont considérées comme reflétant une satisfaction de vie élevée ; les catégories 6 à 8, une satisfaction de vie moyenne ; les catégories 0 à 5, une faible satisfaction de vie (Mazur et al., 2018). Avec une moyenne de 7,37 (95 % IC [7,32 - 7,41]), les adolescents du Luxembourg ont une satisfaction de vie moyenne. Plus concrètement, 28,7 % des répondants ont rapporté une satisfaction de vie élevée ; 54,7 % une satisfaction de vie moyenne ; et 16,5 % une faible satisfaction de vie.

Bien qu'en 2022 la majorité des répondants ont rapporté une satisfaction de vie moyenne ou élevée, cette dernière a légèrement baissé en comparaison avec la dernière enquête. En 2018, 31,5 % des répondants ont estimé leur satisfaction de vie comme étant élevée (une baisse de 2,8 points de pourcentage) et 13,5 % comme étant faible (une augmentation de 3,1 points de pourcentage ; Heinz et al., 2021). Dans une autre étude luxembourgeoise, lorsque les

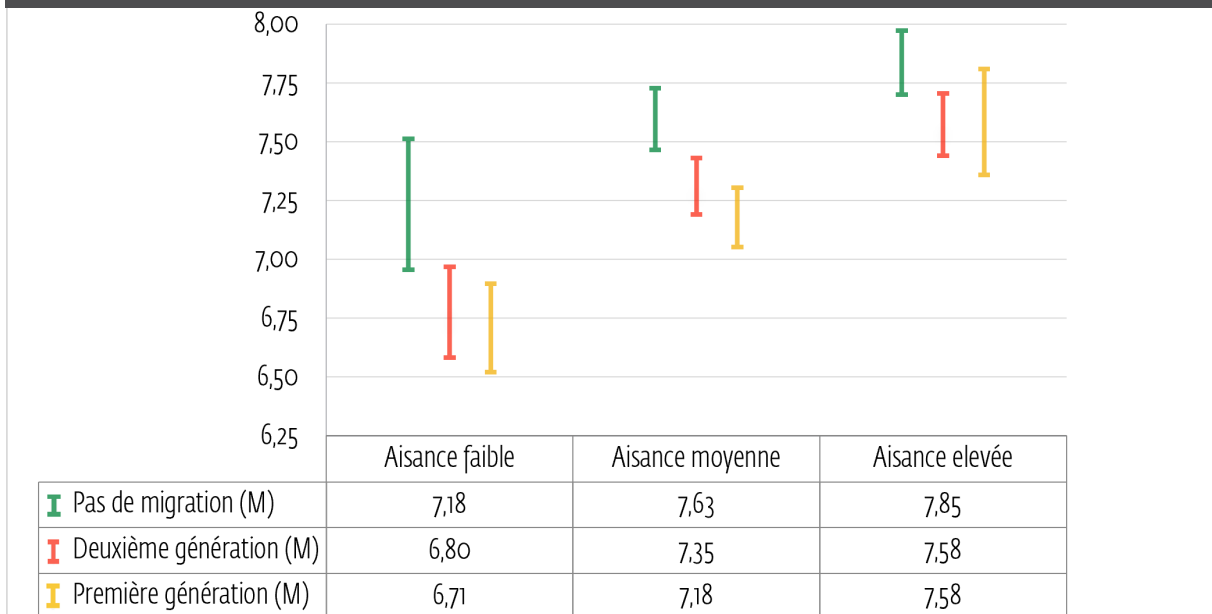
adolescents ont été interrogés à propos de leur satisfaction de vie durant la pandémie par rapport à avant la pandémie, 43 % ont déclaré qu'elle avait diminuée durant la pandémie (Kirsch et al., 2022). Cependant, si l'on prend en considération toutes les études HBSC Luxembourg, la satisfaction de vie est restée stable au fil du temps : en 2006 29,9 % des adolescents considéraient avoir une satisfaction de vie élevée, contre 31,7 % en 2010, 28,2 % en 2014, 31,5 % en 2018 (Heinz, van Duin, et al., 2020) et 28,7 % en 2022 (cf. Figure 22 dans l'annexe).

Dans les figures ci-dessous, les scores moyens de la satisfaction de vie ont été analysés à la lumière des caractéristiques sociodémographiques suivantes : âge, genre, aisance familiale, migration, structure familiale et l'ordre d'enseignement (pour des informations plus détaillées, consultez l'annexe - Tableau 4). Des analyses khi-carré complémentaires, réparties par catégorie de satisfaction de vie, sont présentées en annexe Figure 22 et Tableau 3.



Comme le montre la Figure 2, les filles ont rapporté une satisfaction de vie plus faible que les garçons ($M_{\text{GARÇONS}} = 7,66$; $M_{\text{FILLES}} = 7,09$; $t(7\ 344) = 13,43$; $p < 0,001$). De plus, la satisfaction de vie semblait diminuer avec l'âge. Cependant, l'examen de l'influence conjointe de l'âge et du genre sur la satisfaction de vie révèle une tendance genrée. Pour les filles, la satisfaction de vie baisse considérablement chaque année entre 11 et 13 ans. La satisfaction de vie des filles ne varie pas significativement après l'âge de 13 ans. Pour les garçons, cette baisse significative apparaît un peu plus tard, après l'âge de 13 ans, et ne dure qu'une année. Dans une étude longitudinale, Orben *et al.* (2022) ont observé une forte baisse similaire chez les jeunes adolescents, avec des différences similaires entre les genres. En outre, dans leur modèle de trajectoire, il apparaît que cette disparité entre les genres se réduit lors des dernières années de l'adolescence (Orben et al., 2022). Une tendance semblable peut s'observer au Luxembourg, puisque les différences s'amenuisent lors des dernières années de l'adolescence et ne sont plus significatives chez les jeunes de 18 ans.

Figure 3 : Score moyen de la satisfaction de vie selon l'aisance familiale et le profil migratoire



La migration et l'aisance familiale sont corrélées (Catunda et al., 2023) et ont de ce fait été analysées ensemble ; les résultats correspondants sont présentés dans la Figure 3. Indépendamment des antécédents migratoires, les répondants à faible aisance familiale sont ceux qui rapportent la satisfaction de vie la moins élevée ($M = 6,83$; 95 % IC [6,71 - 6,94]). En comparaison, les répondants issus des familles les plus aisées ont aussi une satisfaction de vie plus élevée ($M = 7,69$; 95 % IC [7,61 - 7,77]). Cela était déjà le cas en 2018, l'étude HBSC internationale ayant montré que les adolescents de familles plus aisées avaient une satisfaction de vie plus élevée que les adolescents issus de familles moins aisées (Inchley et al., 2020), peut-être en raison du soutien familial perçu et de la composition familiale (Zaborskis et al., 2022).

Outre l'âge, le genre et l'aisance familiale, la structure familiale constitue un facteur important de la satisfaction de vie dans de nombreux pays (Zaborskis et al., 2022). Comme l'indique la Figure 4, les répondants qui vivent avec leurs deux parents ont une meilleure satisfaction de vie ($M = 7,58$; 95 % IC [7,53 - 7,63]) comparé à ceux qui vivent dans d'autres configurations familiales (par ex. $M_{\text{PARENT SEUL}} = 6,91$; 95 % IC [6,81 - 7,01]).

En ce qui concerne l'ordre d'enseignement, les différences mises en évidence dans la Figure 5 doivent être interprétées en tenant compte d'autres variables sociodémographiques. Par exemple, les élèves de l'Enseignement Fondamental (EF; $M = 8,03$; 95 % IC [7,95 - 8,11]) ont une satisfaction de vie plus élevée que ceux d'autres ordres d'enseignement (par ex. $M_{\text{ESG-CLASSES SUP.}} = 6,93$; 95 % IC [6,81 - 7,05]). Cependant, il s'agit aussi des plus jeunes (Catunda et al., 2023), ces différences peuvent ainsi être une simple question d'âge. De même, le pourcentage d'adolescents issus de familles aisées est plus élevé dans l'Enseignement Secondaire Classique (ESC) que dans les autres ordres d'enseignement (Catunda et al., 2023).

Figure 4 : Score moyen de la satisfaction de vie selon la structure familiale

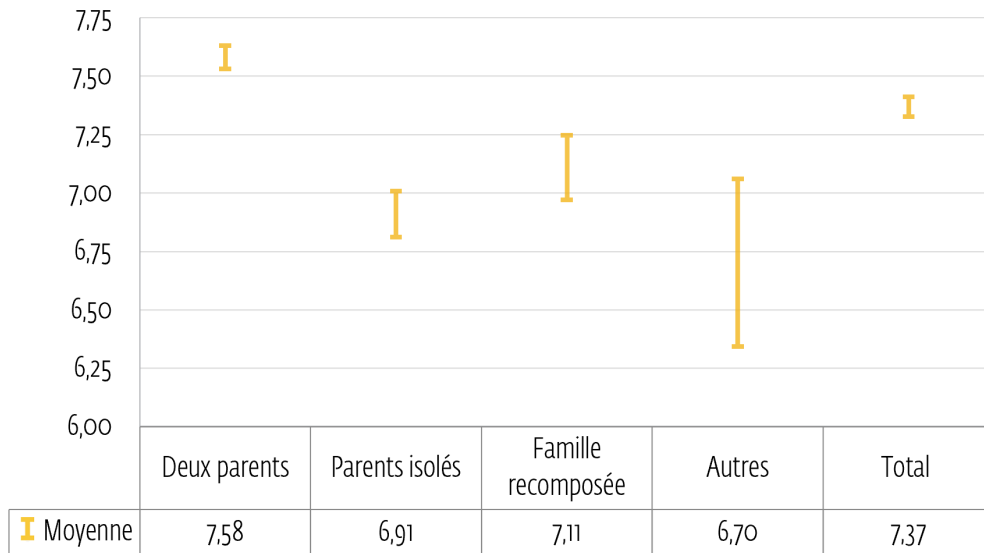
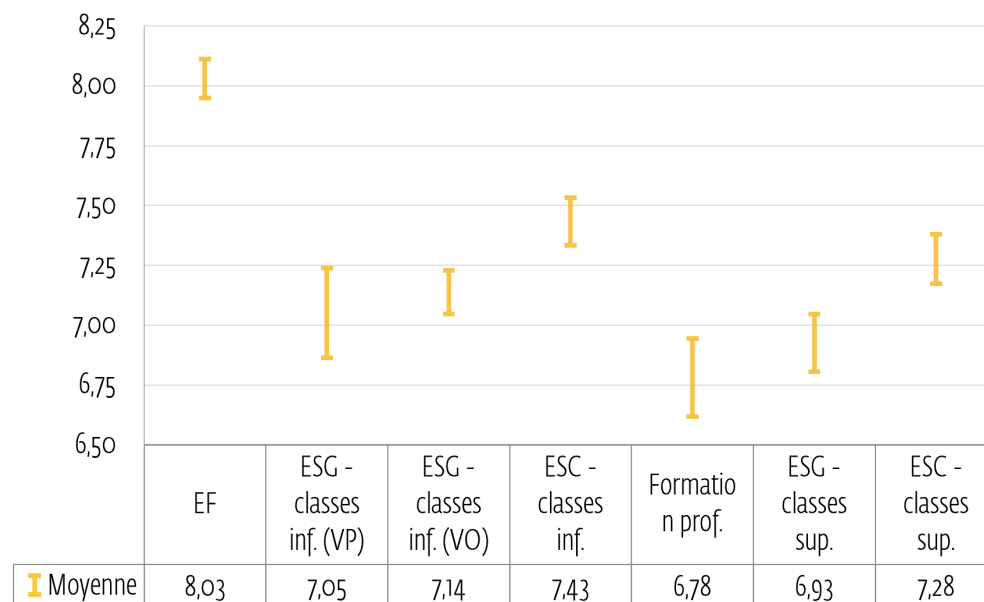


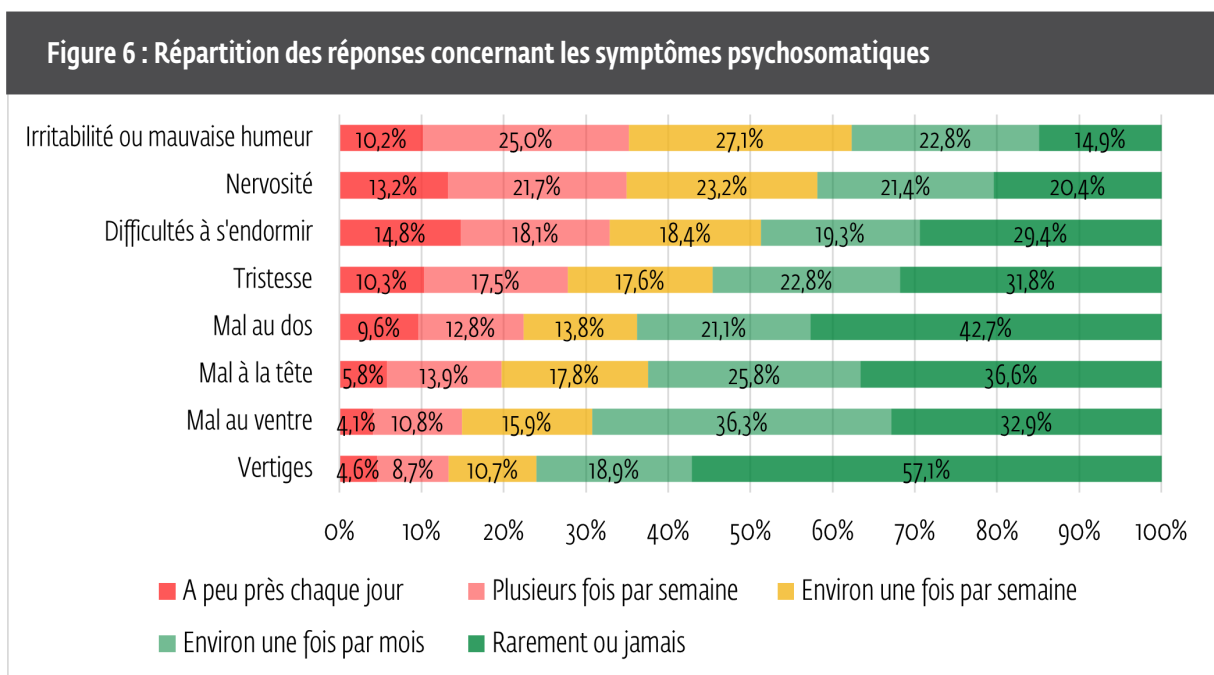
Figure 5 : Score moyen de la satisfaction de vie selon l'ordre d'enseignement



Symptômes psychosomatiques

Les symptômes psychosomatiques peuvent avoir un effet considérable sur la vie, allant des symptômes somatiques typiques tels que les maux de tête et les maux de dos aux symptômes plus psychologiques comme la tristesse et les sentiments d'anxiété. La fréquence et la concomitance potentielle des problèmes de santé sont considérées comme de bons indicateurs de santé et de bien-être (Eriksen et Ursin, 2004; Svedberg et al., 2013).

Dans l'étude HBSC, les répondants ont indiqué à quelle fréquence ils ont souffert des huit symptômes de santé suivants au cours des six derniers mois : mal à la tête, mal au dos, mal au ventre, tristesse, irritabilité, nervosité, difficultés à s'endormir et vertiges. Les catégories de réponse allaient de « à peu près chaque jour » à « rarement ou jamais ». La distribution des réponses est présentée Figure 6.

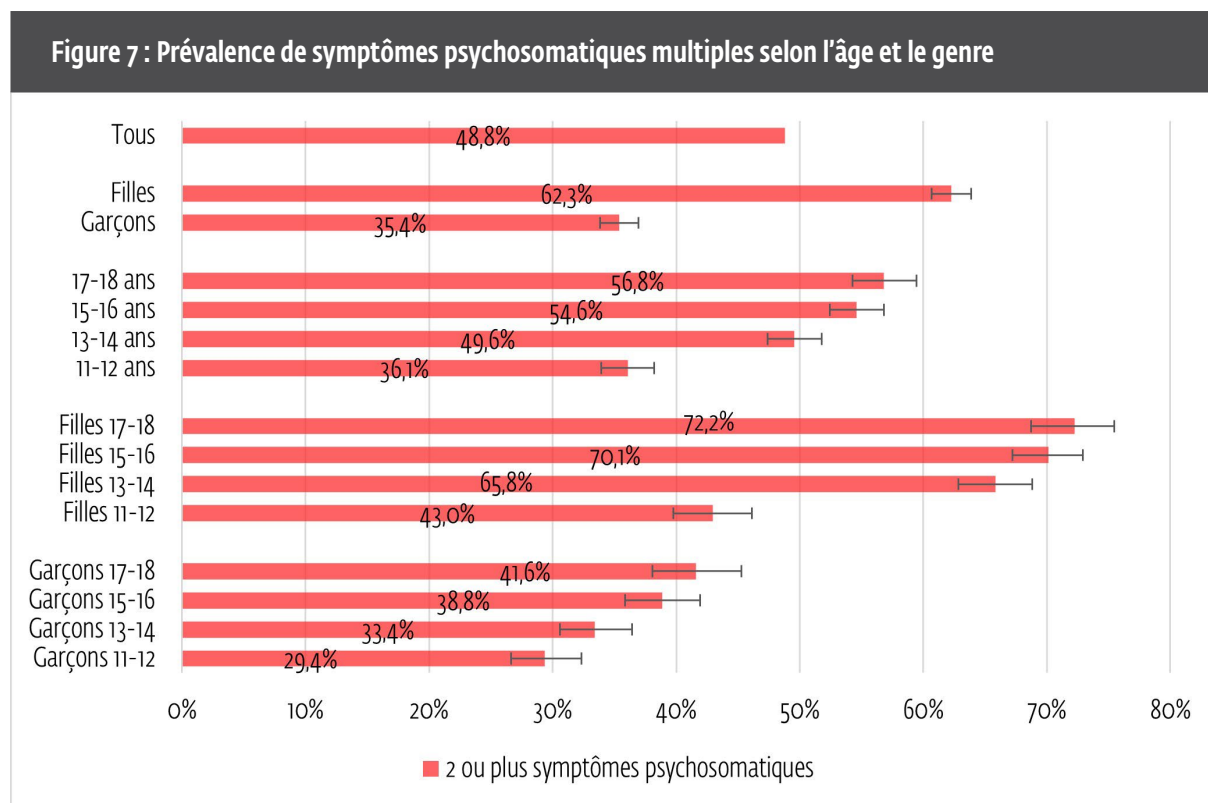


Le symptôme le plus fréquent est l'irritabilité ou la mauvaise humeur avec 35,2 % des répondants qui en ont ressenti plus d'une fois par semaine, suivi de près par la nervosité ressentie plus d'une fois par semaine par 34,9 % des répondants. De l'autre côté, 57,1 % des répondants n'ont que rarement voire jamais eu de vertiges.

Les huit items sont ensuite agrégés en tant que symptômes psychosomatiques multiples. Ceux-ci se définissent comme la présence d'au moins deux symptômes se manifestant plusieurs fois par semaine ou quotidiennement. La prévalence de symptômes psychosomatiques multiples est présentée à la Figure 7.

Tout comme la satisfaction de vie, les symptômes psychosomatiques multiples suivent un modèle différent en fonction du genre. Pour les filles, l'augmentation la plus forte apparaît entre les âges de 11-12 ans et 13-14 ans, alors

que pour les garçons, l'augmentation est plus lente. De plus, la différence entre les filles de 11 ans et de 18 ans est bien plus importante que la différence observée entre les garçons de 11 ans et de 18 ans.



En 2022, 48,8 % des répondants souffraient de symptômes psychosomatiques multiples par rapport à 40,1 % en 2018 (Heinz et al., 2021). Entre 2010 et 2014 une forte augmentation a pu être observée, passant de 33,0 % en 2010 à 40,6 % en 2014 (Heinz, van Duin, et al., 2020). Pour les filles, l'augmentation entre 2018 et 2022 (de 49,1 % à 62,3 %) est plus accentuée que pour les garçons (de 31,0 % à 35,4 % ; Heinz et al., 2021). Une augmentation de la prévalence des adolescents souffrant de symptômes psychosomatiques multiples s'observe dans tous les groupes d'âge, aussi bien pour les garçons que pour les filles, les filles de 13-14 ans présentant l'augmentation la plus forte (de 47,6 % à 65,8 % ; Heinz et al., 2021).

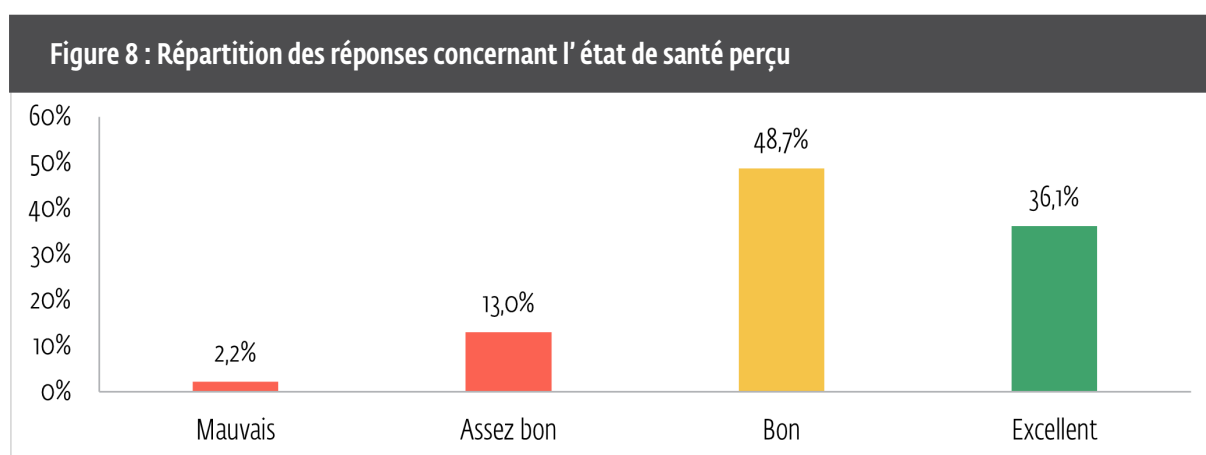
Une telle augmentation des symptômes psychosomatiques multiples n'est pas un phénomène spécifique au Luxembourg. Les rapports HBSC d'Italie, du Portugal, de Finlande et des Pays-Bas indiquent eux aussi une augmentation dans la fréquence symptômes psychosomatiques entre 2018 et 2022 (Boer et al., 2022; Gaspar et al., 2022; Gruppo HBSC-Italia 2022, 2023). De 2002 à 2018, nous avons pu constater une augmentation des symptômes psychosomatiques multiples dans 26 des 36 pays participant à l'étude HBSC, y compris les pays voisins du Luxembourg (Cosma et al., 2020). De 2002 à 2018, une augmentation du stress lié à l'école a également été documentée, ce qui peut en partie expliquer l'augmentation des symptômes psychosomatiques multiples, avec une relation plus forte parmi les filles et les élèves plus âgés (Cosma et al., 2020) et dans les pays au PIB plus élevé par habitant (Högberg, 2021).

Les symptômes psychosomatiques en fonction du profil migratoire, de l'aisance familiale, de la structure familiale et de l'ordre d'enseignement sont présentés en annexe (les scores moyens se trouvent au Tableau 6 et la prévalence à la Figure 23 et au Tableau 5). Là encore, les différences observées reflètent celles constatées concernant la satisfaction de vie.

Santé perçue

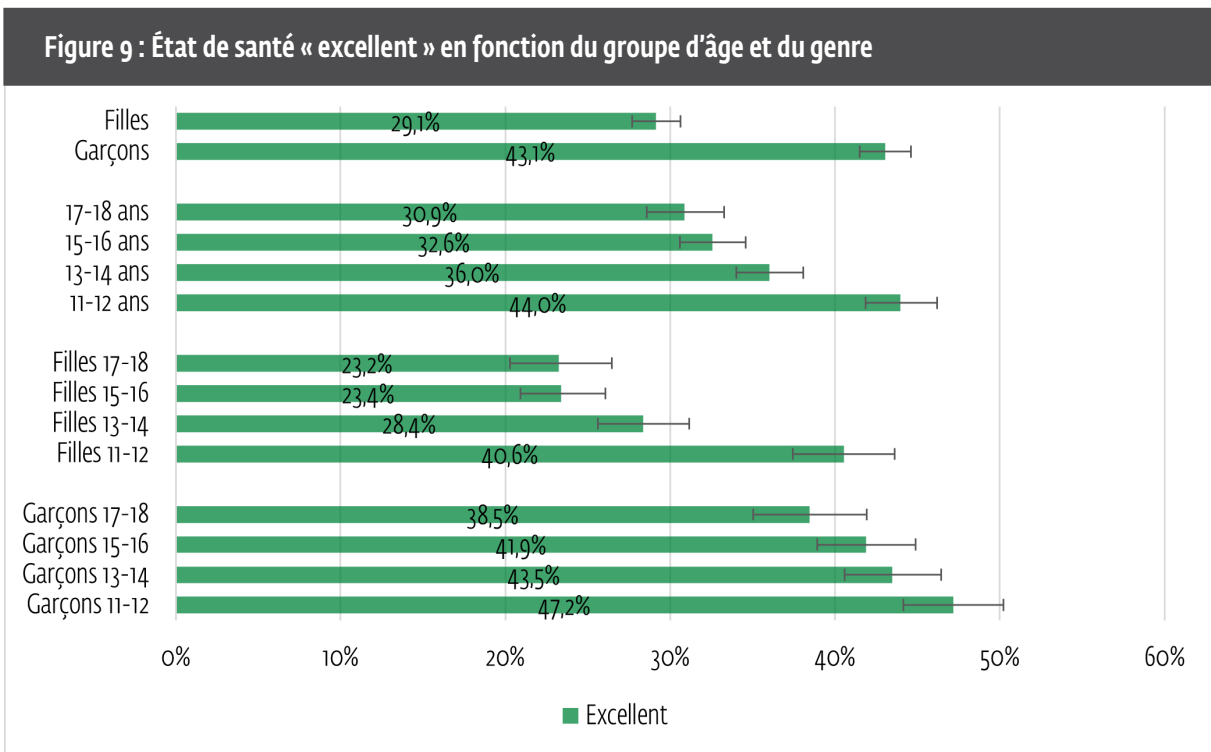
L'autoévaluation de sa santé, mesurée à l'aide d'une question générale unique (par ex. « Comment décrirais-tu ton état de santé ? ») offre une vue d'ensemble sur la santé. La perception que chacun a de sa propre santé est corrélée à des aspects physiques (par ex. maladies, handicaps, surcharge pondérale), à des comportements liés à la santé (tabagisme et activité physique), au soutien social et à des facteurs sociodémographiques comme l'âge, le genre, les revenus (Vingilis et al., 2002). De plus, la santé perçue a une influence sur les décisions d'adopter des comportements de protection de la santé (Ferrer et Klein, 2015). Elle prédit également les affections médicales futures chez les jeunes adultes (Hetlevik et al., 2020), ainsi que la mortalité au sein de la population générale, même lorsque les maladies existantes sont prises en compte dans l'évaluation (DeSalvo et al., 2006; Idler et Benyamini, 1997).

Dans l'étude HBSC Luxembourg de 2022, l'autoévaluation de la santé était mesurée à l'aide de l'item suivant : « Comment décrirais-tu ton état de santé ? » avec 4 catégories de réponses allant d' « excellent » à « mauvais ». La répartition des réponses est illustrée à la Figure 8.



La plupart des répondants (84,8 %) estiment que leur santé est excellente ou bonne, ce qui représente une légère baisse par rapport à l'étude de 2018, où ils étaient 86,8 % (Heinz et al., 2021). Si l'on tient compte des tendances observées depuis 2006, la prévalence du nombre de répondants rapportant une excellente santé demeure plutôt stable aussi bien pour les garçons que pour les filles (Heinz, van Duin, et al., 2020).

Comme pour les études HBSC précédentes (Inchley et al., 2020), les garçons, les jeunes adolescents et les répondants issus de familles aisées se considèrent plus souvent en excellente santé que les filles, les adolescents plus âgés et les répondants issus de familles moins aisées. 43,1 % (95 % IC [41,5 - 44,6]) des garçons ont évalué leur santé comme excellente comparé à 29,1 % (95 % IC [27,7 - 30,6]) des filles. Comparé à l'étude HBSC 2018, cela représente une hausse de la prévalence pour les garçons (de 41,3 % en 2018) et une baisse pour les filles (de 33,0 % en 2018). Cependant, dans une perspective à long terme, la santé perçue s'est révélée plutôt stable (Heinz, van Duin, et al., 2020).



Chez les filles, on constate une forte baisse de la prévalence de celles qui se déclarent en excellente santé entre les 11-12 ans et les autres groupes d'âge. Pour les garçons, bien qu'on puisse constater une baisse avec l'âge, seules les différences entre les 11-12 ans et les 17-18 ans sont significatives (Figure 9). Ces résultats suivent les modèles mis en évidence dans le rapport international de l'étude HBSC de 2018 (Inchley et al., 2020) et sont probablement liés aux changements physiques, psychologiques et sociaux survenant à la puberté (Krieger et al., 2015).

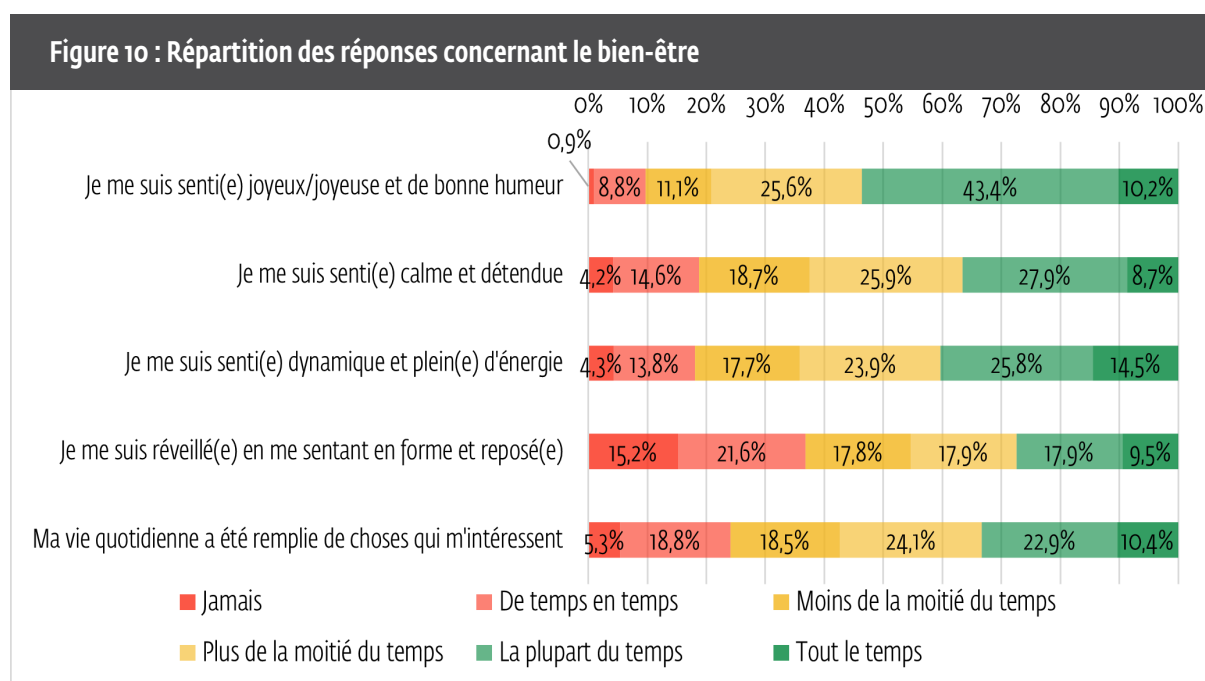
Les répondants issus de familles les plus aisées et ceux vivant avec leurs deux parents sont plus susceptibles de rapporter une excellente santé par rapport aux autres groupes (Figure 24 et Tableau 7 dans l'annexe). Les différences concernant le profil migratoire et l'ordre d'enseignement sont probablement attribuables à d'autres facteurs sociodémographiques comme l'aisance familiale et l'âge.

Bien-être et dépression

Bien-être

Le bien-être se réfère non seulement à l'évaluation cognitive de sa propre vie en général (satisfaction de vie), mais aussi à la présence d'affects positifs et l'absence d'affects négatifs (Diener, 1984). Le WHO-5 Well-Being Index (WHO, 1998) est une échelle à 5 items servant à évaluer l'état d'esprit positif (se sentir joyeux et de bonne humeur, se sentir calme et détendu), la vitalité (se sentir dynamique et plein d'énergie, se réveiller en forme et reposé) et les intérêts généraux (vie quotidienne remplie de choses intéressantes). De ce fait, cette échelle vient compléter la satisfaction de vie en tant que mesure du bien-être.

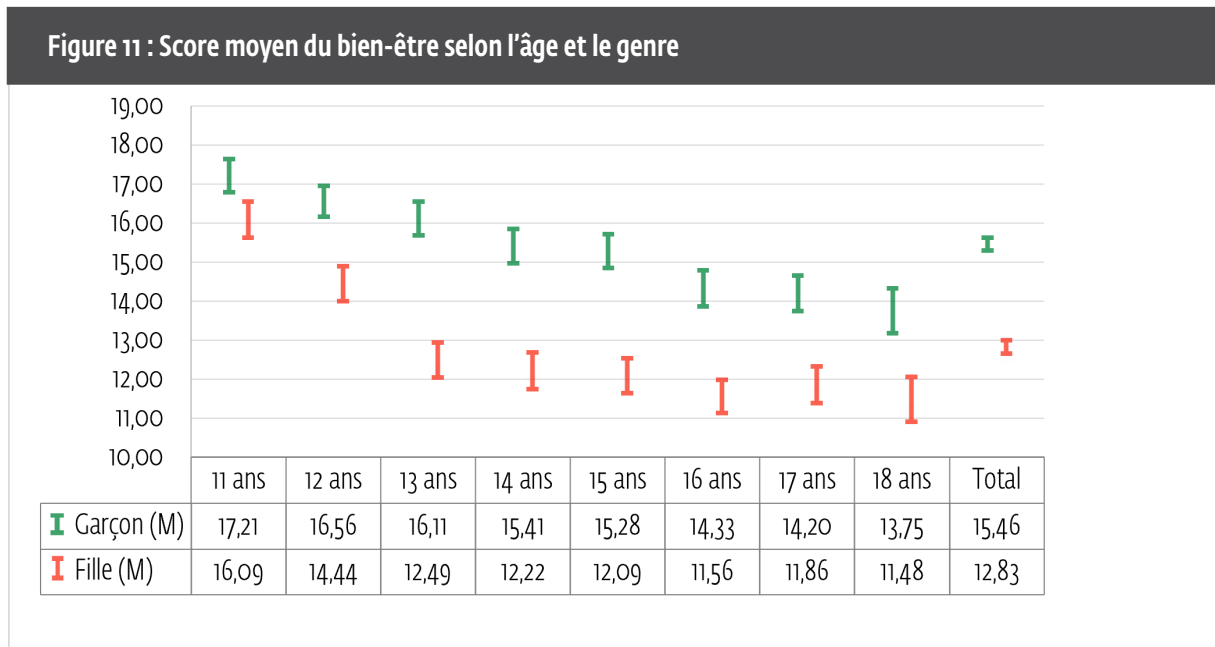
Les répondants évaluent les 5 affirmations sur une échelle de 6 points allant de « jamais » (score de 0) à « tout le temps » (score de 5). La Figure 10 présente la répartition des réponses. La majorité des répondants (53,6 %) ont rapporté s'être senti joyeux et de bonne humeur la plupart du temps ou tout le temps ; en comparaison, seulement 27,4 % ont rapporté s'être réveillé en se sentant en forme et reposé la plupart du temps ou tout le temps.



En additionnant les scores correspondant à chaque item, un score général du bien-être allant de 0 à 25 est calculé. Un score plus élevé reflète un plus grand bien-être. En moyenne, les participants ont rapporté un score total de 14,1. Les garçons ont indiqué des niveaux de bien-être supérieurs aux filles ($M_{\text{GARÇONS}} = 15,46$; $M_{\text{FILLES}} = 12,83$; $t(7\ 403) = 21,93$; $p < 0,001$).

La Figure 11 fait apparaître des différences significatives en fonction de l'âge et du genre. Dans tous les groupes d'âge, les garçons ont rapporté un bien-être plus élevé que les filles. De plus, le bien-être des adolescents diminue avec l'âge aussi bien pour les filles que pour les garçons. Cependant, alors que nous pouvons constater une baisse importante

entre les âges de 11 ans et 13 ans pour les filles, le bien-être semble diminuer de façon plus linéaire au fil des ans pour les garçons.

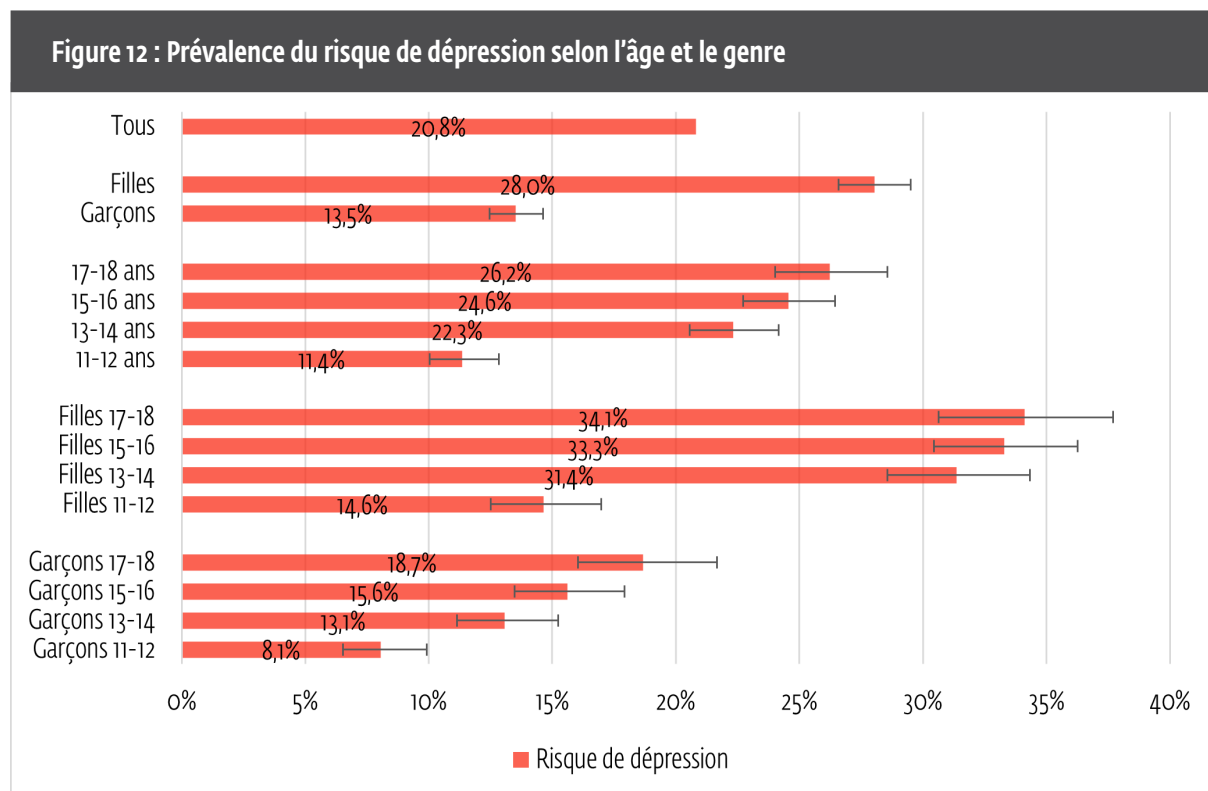


Les résultats relatifs au profil migratoire, à l'aisance familiale, à la structure familiale et à l'ordre d'enseignement reflètent ceux liés à la satisfaction de vie. Les figures et les tableaux correspondants se trouvent dans l'annexe (Figure 25, Tableau 8 et Tableau 9).

Dépression

La prévalence de la dépression a globalement augmenté avec le temps (Moreno-Agostino et al., 2021). Chez les adolescents, différentes études menées aux États-Unis ont montré que la prévalence de la dépression augmentait avec les années (Coley et al., 2019; Daly, 2022; Keyes et al., 2019; Mojtabai et al., 2016). De façon similaire, en Allemagne, les tendances ont révélé que la prévalence chez les adolescents avait presque doublé entre 2009 et 2017 (Steffen et al., 2020). Il apparaît que la pandémie de Covid-19 a accéléré cette hausse de problèmes de santé mentale. Des analyses systématiques ont montré que la pandémie a influencé la santé mentale des adolescents et qu'elle est tout particulièrement associée à la dépression, et que les adolescents plus âgés ainsi que les filles étaient davantage susceptibles de souffrir de conséquences négatives sur leur santé mentale (Nearchou et al., 2020; Samji et al., 2022). Une méta-analyse de la prévalence mondiale de symptômes de dépression chez les enfants et les adolescents durant la pandémie de Covid-19 a révélé une prévalence générale de 20,5 %, soit le double des projections pré-épidémiques (Racine et al., 2021).

Au cours des deux dernières décennies, le *WHO-5 Well-Being Index* a été utilisé comme instrument de dépistage de la dépression, révélant ainsi un besoin de tests supplémentaires fondés sur des évaluations cliniques standardisées (Allgaier et al., 2012; Blom et al., 2012). Les adolescents classifiés comme « présentant un risque de dépression » avaient un score de ≤ 9 , comme recommandé par Allgaier et al. (2012).

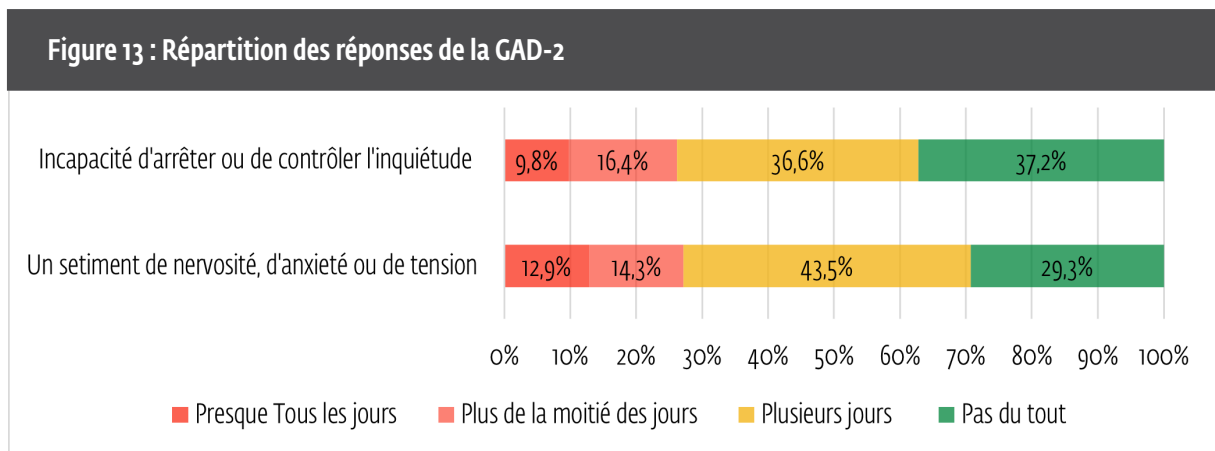


La prévalence des adolescents interrogés présentant un risque de dépression par âge et par genre est présentée à la Figure 12 (des figures complémentaires présentant d'autres variables sociodémographiques se trouvent dans l'annexe, à la Figure 25 et au Tableau 8). La prévalence des adolescents présentant un risque de dépression est deux fois plus élevée chez les filles que chez les garçons (filles : 28,0 % ; 95 % IC [26,6 - 29,5] ; garçons : 13,5 % ; 95 % IC [12,5 - 14,6]). En plus de cela, on constate une hausse significative de la prévalence entre les âges de 11-12 ans et 13 ans et plus, aussi bien pour les garçons que pour les filles. Les différences au niveau du genre et de l'âge, à savoir que les filles et les adolescents plus âgés sont plus susceptibles de rapporter une dépression que les garçons et les plus jeunes adolescents, sont bien établies dans la littérature scientifique (Bor et al., 2014; Keyes et al., 2019; Moreno-Agostino et al., 2021; Wesselhoeft et al., 2013).

Anxiété

Se sentir anxieux ou apeuré peut être une réaction normale à une menace. Cependant, si ce sentiment persiste et interfère avec la vie quotidienne, il peut être considéré comme une réaction malsaine, voire comme un trouble anxieux. L'actuel Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR) recense une variété de troubles anxieux, dont l'anxiété généralisée et les phobies (par ex. des araignées ou des espaces confinés). Si ces troubles présentent des caractéristiques communes (anxiété excessive, peur et troubles du comportement associés), ils se distinguent les uns des autres par la nature des objets et des situations qui déclenchent cette anxiété ou ces peurs. Le trouble anxieux généralisé se caractérise par une anxiété excessive, persistante et difficile à contrôler dans divers domaines, y compris les performances scolaires (American Psychiatric Association, 2013). Les troubles anxieux à l'adolescence augmentent la probabilité de troubles anxieux à l'âge adulte (Essau et al., 2018).

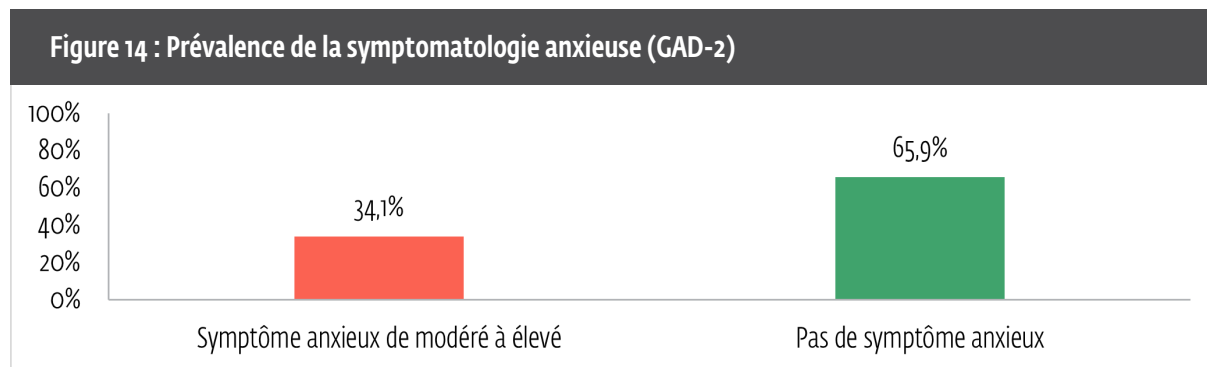
Afin de mesurer les troubles anxieux, la *Generalised Anxiety Disorder Scale* a été utilisée sous sa forme à deux items (Kroenke et al., 2007). Ces items évaluent la fréquence à laquelle les répondants ont ressenti de la nervosité, de l'anxiété ou de la tension ainsi que l'incapacité à refouler ou à contrôler leurs inquiétudes au cours des deux dernières semaines. Les réponses vont de « pas du tout » (codé 0) à « presque tous les jours » (codé 3). La Figure 13 présente la répartition des réponses de la GAD-2.



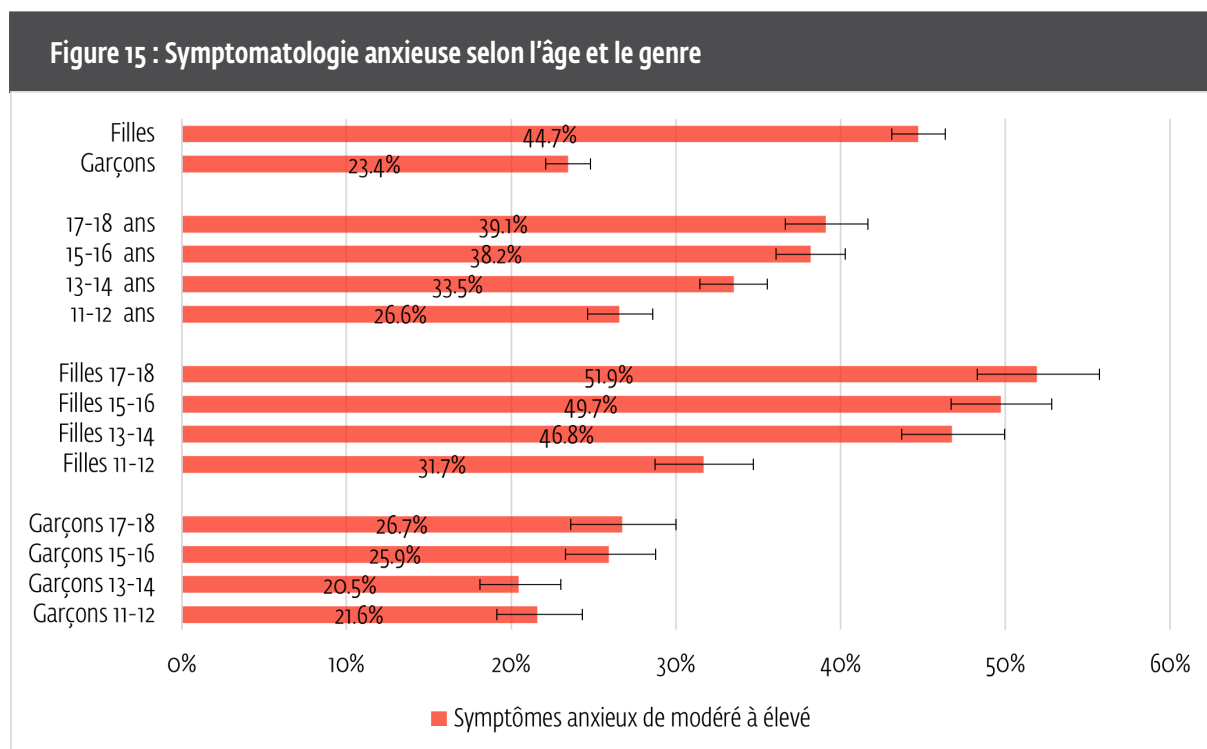
L'analyse a révélé que 29,3 % de nos participants ne s'étaient pas du tout sentis nerveux, anxieux ou tendus au cours des deux dernières semaines. De plus, 37,2 % des répondants ont rapporté n'avoir eu aucun mal à stopper ou à contrôler leurs soucis au cours des deux dernières semaines.

Pour une évaluation plus approfondie, un score général d'anxiété est créé en additionnant les valeurs de codes liés aux deux items de la GAD-2. Ce score est compris entre 0 et 6. Une valeur seuil de 3 a été établie pour les symptômes d'anxiété modérée à élevée (Kroenke et al., 2007; Plummer et al., 2016). Nos données indiquent que 34,1 % des adolescents interrogés ont présenté des symptômes d'anxiété modérés à élevés (Figure 14). Selon une méta-analyse de 2015, les troubles anxieux étaient les troubles mentaux les plus communs parmi les enfants et adolescents dans le monde, avec un taux de prévalence estimé à 6,5 % chez les enfants et les adolescents (Polanczyk et al., 2015). Plus récemment, une étude diachronique utilisant le GAD-2 a observé que 44 % des jeunes répondaient aux critères du

dépistage de l'anxiété en 2018 (Parodi et al., 2022). L'étude *Global Burden of Disease* sur la charge globale de morbidité estime que la prévalence de troubles anxieux a augmenté de 25,6 % suite à la pandémie de Covid-19 (Santomauro et al., 2021), bien que cette hausse ait été calculée pour la population dans sa globalité et non séparément pour les enfants et adolescents.



En accord avec la littérature, on peut observer à la Figure 15 que les symptômes d'anxiété sont plus courants chez les filles que chez les garçons (garçons : 23,4 % ; 95 % IC [22,1 - 24,8] ; filles : 44,7 % ; 95 % IC [43,1 - 46,3]), que la prévalence augmente avec l'âge (11-12 ans : 26,6 % ; 95 % IC [24,6 - 28,6] ; 17-18 ans : 39,1 % ; 95 % IC [36,6 - 41,6]) et qu'elle est plus élevée chez les adolescents issus de familles moins aisées (voir l'annexe Figure 26 et Tableau 10 ; Biswas et al., 2020 ; World Health Organization, 2017). Alors qu'aucune différence n'a pu être constatée en relation avec l'origine migratoire, nous avons pu observer des différences en fonction de l'ordre d'enseignement. Ces dernières, cependant, sont probablement attribuables à l'âge. Pour finir, les adolescents vivant avec leurs deux parents présentaient moins de symptômes d'anxiété que ceux vivant dans d'autres configurations familiales (voir l'annexe Figure 26 et Tableau 10).

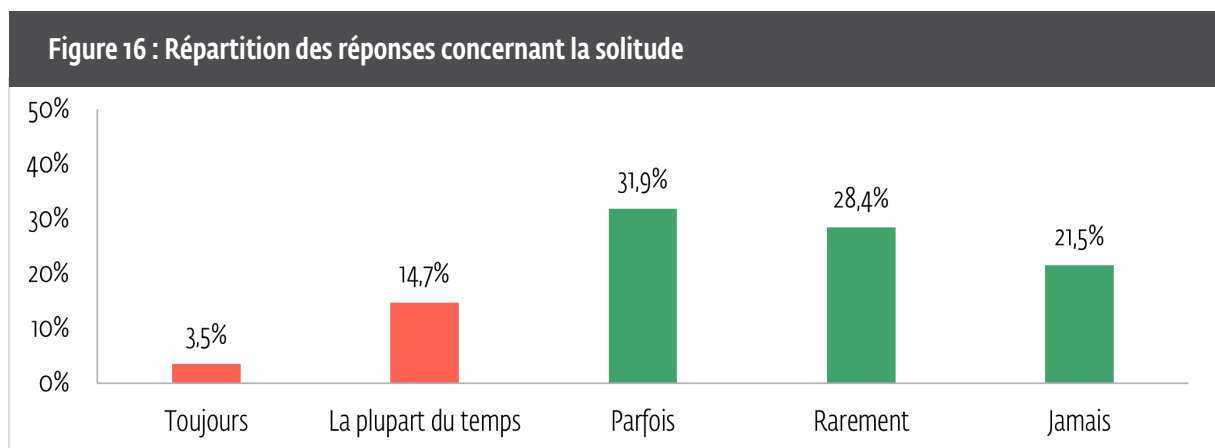


Solitude

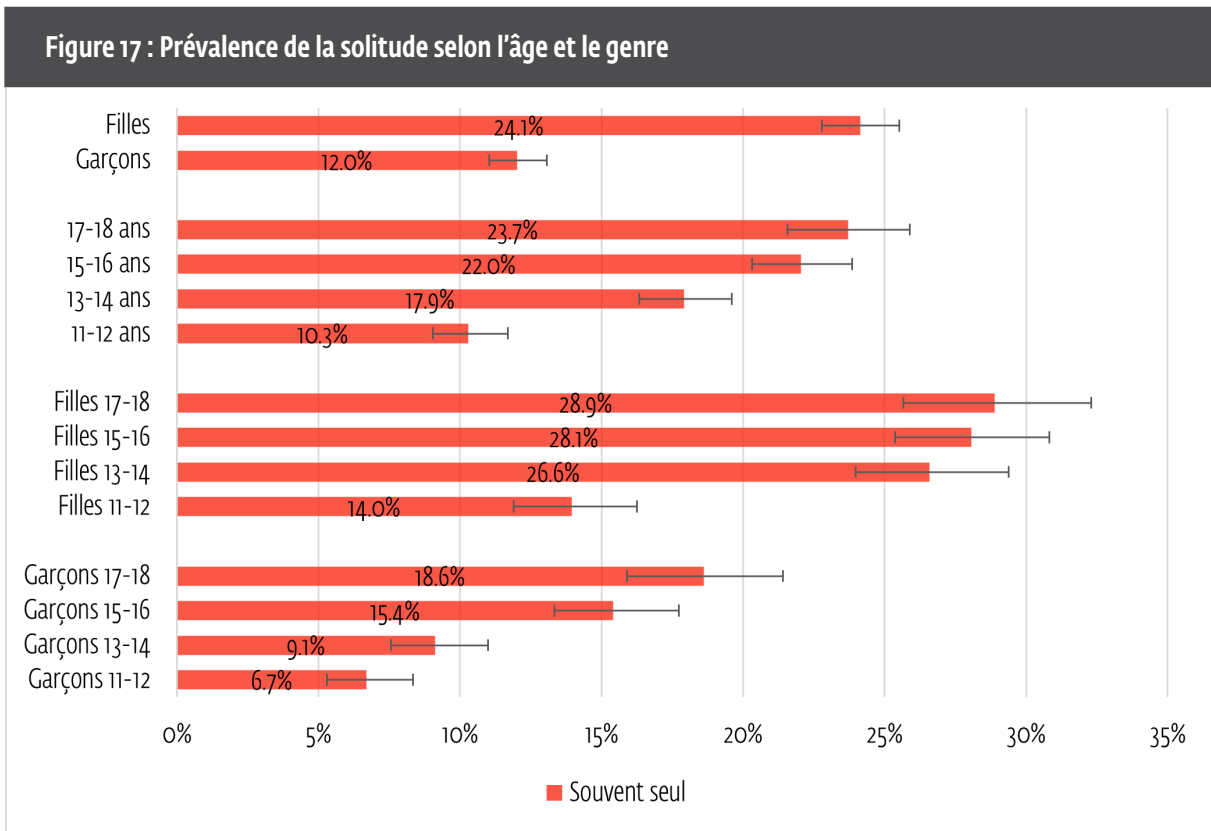
La solitude désigne une réponse émotionnelle négative chez une personne qui a moins de relations sociales qu'elle ne le souhaiterait. La solitude est associée à des symptômes psychosomatiques (tout particulièrement à la nervosité, aux difficultés à s'endormir et à la tristesse ; voir Lyyra et al., 2018), à une moins bonne santé subjective et à la fatigue (Eccles et al., 2020), à l'anxiété, à la dépression et à une faible estime de soi (Lyyra et al., 2021) ainsi qu'à de moins bonnes performances scolaires (Qualter et al., 2021).

La pandémie de Covid-19 peut avoir augmenté le sentiment de solitude car la quarantaine a été associée à des effets psychologiques négatifs (Brooks et al., 2020). Un examen systématique a constaté une augmentation significative de la solitude comparé aux niveaux prépandémiques et a révélé que des niveaux de solitude plus élevés étaient associés à un faible niveau de bien-être et à davantage de symptômes de dépression et d'anxiété (Farrell et al., 2023).

L'étude HBSC a interrogé les élèves sur la fréquence à laquelle ils avaient ressenti de la solitude au cours des 12 derniers mois. Les modalités de réponse allaient de « jamais » (1) à « toujours » (5). La Figure 16 illustre la répartition des réponses. Les modalités « la plupart du temps » et « toujours » indiquent des sentiments associés à des conséquences négatives sur la santé. De ce fait, afin de saisir ces derniers aspects, les élèves qui se sont sentis seuls la plupart du temps ou toujours ont été considérés comme étant souvent seuls et ont été analysés ensemble.



Les sentiments de solitude sont fréquents chez les adolescents, une phase caractérisée par des processus de développements cognitifs et physiques qui augmentent le risque de perception d'isolement social (Laursen et Hartl, 2013). En 2022, 18,2 % des élèves au Luxembourg se sont sentis seuls la plupart du temps ou toujours au cours des 12 derniers mois. Les taux de prévalence pour la solitude des adolescents en Europe sont peu connus. En 2018, une étude HBSC portant sur quatre pays du nord de l'Europe a fait état des prévalences allant de 7,7 % au Danemark à 19,2 % en Finlande (Lyyra et al., 2021).

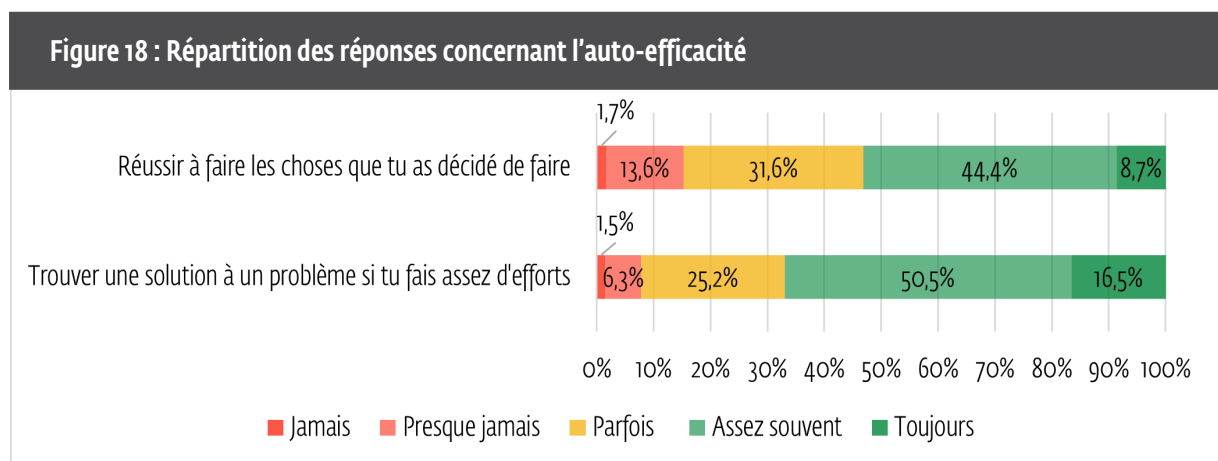


En accord avec la littérature, les filles sont plus susceptibles de se sentir seules que les garçons (garçons : 12,0 % ; 95 % IC [11,0 - 13,1] ; filles : 24,1 % ; 95 % IC [22,8 - 25,5], Favotto et al., 2019). La solitude augmente avec l'âge (11-12 ans : 10,3 % ; 95 % IC [9,0 - 11,7] ; 17-18 ans : 23,7 % ; 95 % IC [21,6 - 25,9] ; Figure 17). Les adolescents ayant un statut socioéconomique plus faible sont plus susceptibles de se sentir seuls que ceux ayant un statut socioéconomique plus élevé (Figure 27 et Tableau 11 dans l'annexe ; Qualter et al., 2021) et les participants issus de l'immigration ont un risque plus élevé de ressentir de la solitude (Madsen et al., 2016). Cependant, tout comme pour la satisfaction de vie, les différences relatives au profil migratoire pourraient s'expliquer par les différences d'aisance familiale.

Auto-efficacité

L'auto-efficacité générale fait référence à la croyance qu'ont des personnes en leur capacité à surmonter une situation difficile ou atteindre un certain résultat par elles-mêmes (Bandura, 1997). Par conséquent, les personnes dont l'auto-efficacité est plus élevée sont plus enclines à relever des défis et à se fixer des objectifs ambitieux (Jerusalem et Schwarzer, 1992). Une auto-efficacité plus élevée est associée à de nombreux comportements positifs comme l'activité physique, l'utilisation de préservatifs ou le sevrage tabagique (Sheeran et Webb, 2016), ainsi qu'à des niveaux plus élevés de satisfaction de vie (Danielsen et al., 2009), à de meilleurs résultats scolaires (La Fuente et al., 2021), à moins de comportements à risques et à un style de vie généralement plus sain (Schwarzer et Luszczynska, 2006).

Afin de mesurer leur auto-efficacité, deux questions ont été posées aux élèves : « Combien de fois trouves-tu une solution à un problème si tu fais assez d'efforts ? » et « Combien de fois arrives-tu à faire les choses que tu décides de faire ? ». Les modalités de réponses possibles allaient de « jamais » (1) à « toujours » (5). La Figure 18 illustre la répartition des réponses.



Pour une évaluation plus approfondie, les codes de réponse pour les deux questions ont été additionnés pour calculer un score général allant de 2 à 10. Les scores moyens sont présentés dans les figures suivantes. Le score moyen général pour l'auto-efficacité était de 7,19 (95 % IC [7,16 - 7,22]). L'annexe inclut des analyses du khi-carré complémentaires ventilées par « auto-efficacité élevée » (avec un score de 9 ou 10), « auto-efficacité moyenne » (scores 7 ou 8) et « auto-efficacité faible » (scores de 2 à 6). La plupart des participants ont rapporté une auto-efficacité moyenne (55,1 %), alors que 28,9 % ont rapporté une auto-efficacité faible et 16,9 % une auto-efficacité élevée (voir l'annexe Figure 28 et Tableau 12).

Comme le montre la Figure 19, les résultats indiquent une différence significative en matière d'auto-efficacité selon l'âge et le genre. À tout âge, les garçons ont rapporté un niveau plus élevé que les filles ($M_{\text{GARÇONS}} = 7,42$; 95 % IC [7,38 - 7,46] ; $M_{\text{FILLES}} = 6,97$; 95 % IC [6,92 - 7,01]). L'écart est particulièrement marqué entre les âges de 13 à 16 ans. Au fil des ans, les garçons ne présentent que peu ou pas de variation d'auto-efficacité perçue alors que les filles présentent une forte baisse à l'âge de 13 ans ($M = 6,69$; 95 % IC [6,56 - 6,81]) suivi d'une augmentation jusqu'à l'âge de 16 ans ($M = 7,02$; 95 % IC [6,90 - 7,14]).

Les différences sociodémographiques en matière d'auto-efficacité sont présentées dans l'annexe (Figure 28, Tableau 12 et Tableau 13). Concernant l'aisance familiale, plus la catégorie d'aisance est élevée, plus la prévalence des participants ayant un niveau d'auto-efficacité élevée est important. De plus, les adolescents qui vivent avec leurs deux parents ont une auto-efficacité plus élevée que les adolescents vivant dans d'autres configurations familiales. En ce qui concerne le profil migratoire, les différences s'expliquent principalement par l'aisance familiale.

Figure 19 : Auto-efficacité selon l'âge et le genre

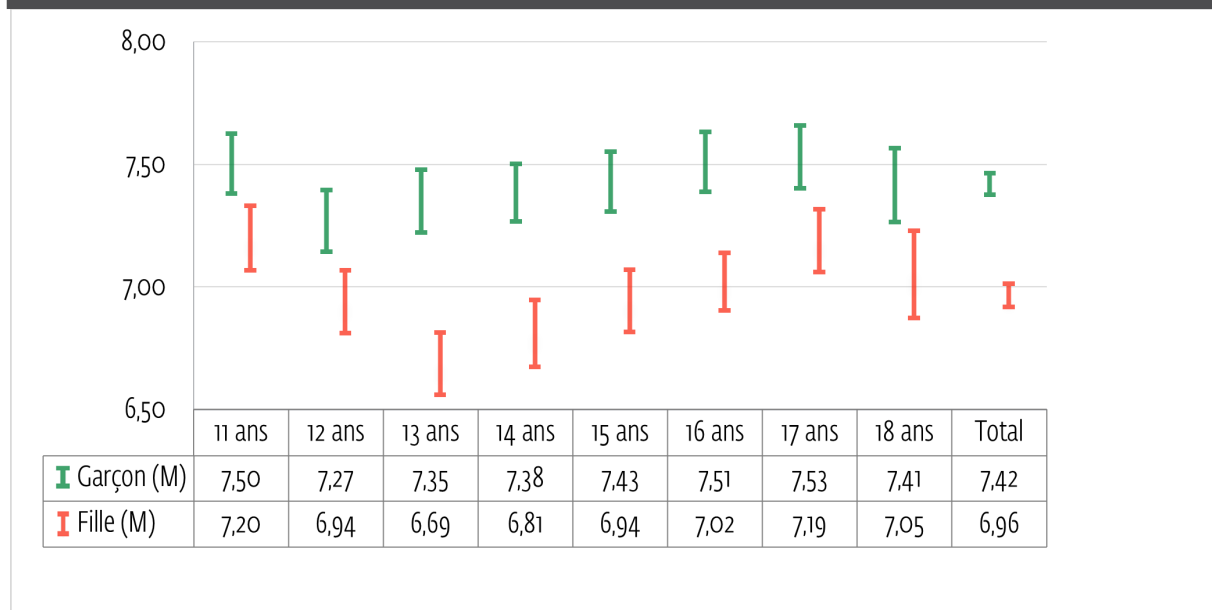
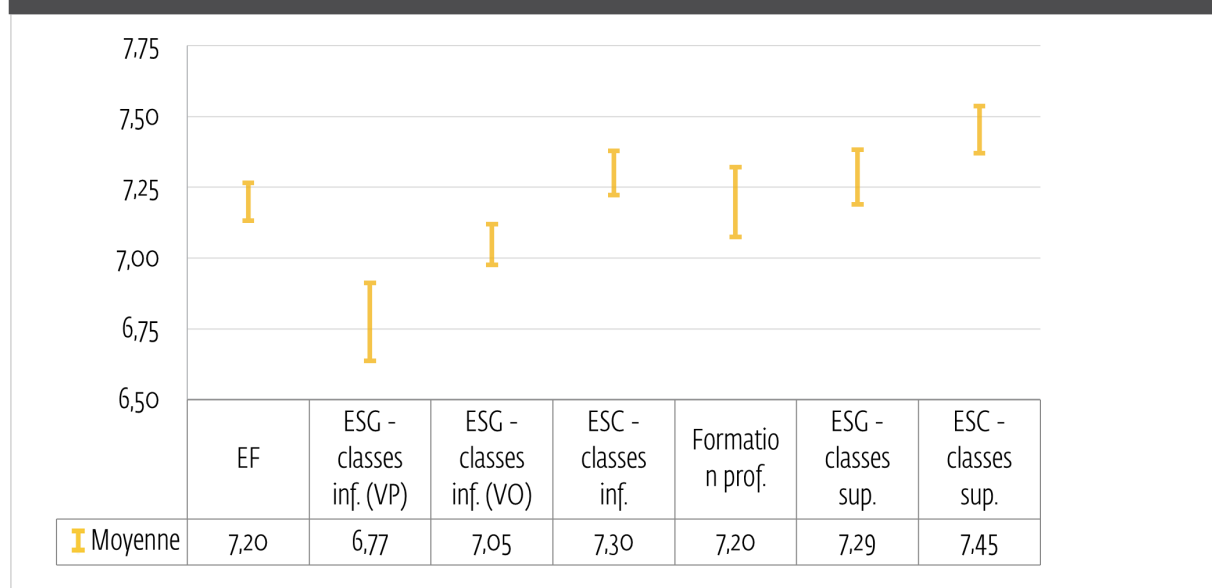


Figure 20 : Auto-efficacité selon l'ordre d'enseignement

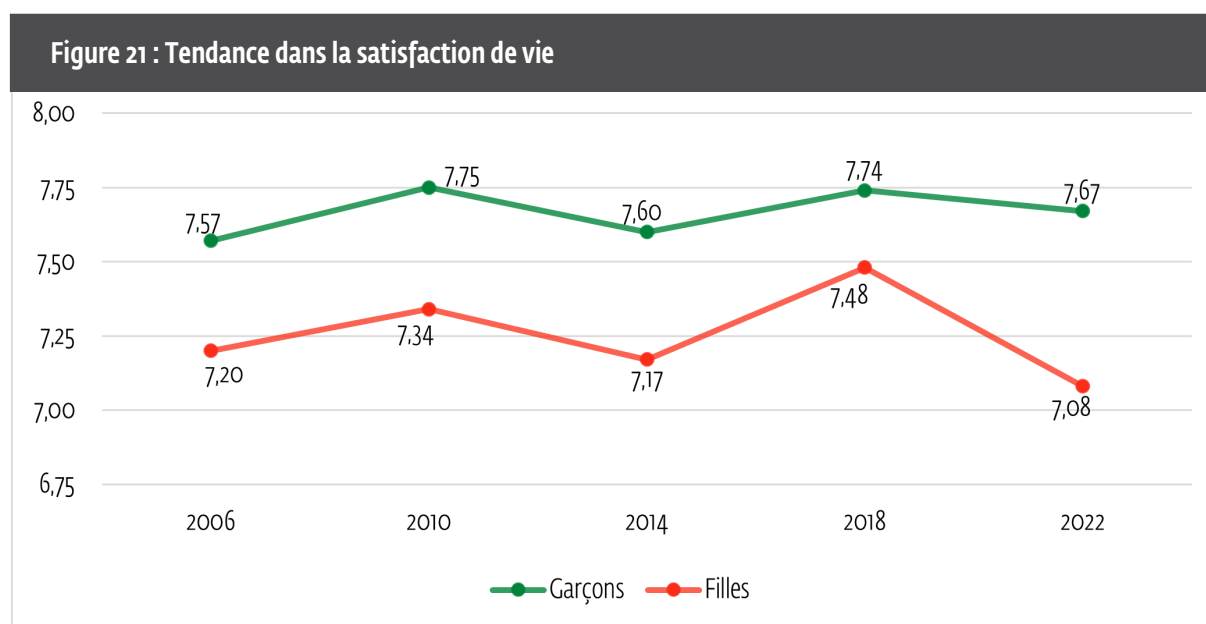


L'auto-efficacité présente une relation intéressante avec l'ordre d'enseignement (Figure 20) : les élèves de l'ESG – classes inférieures ont rapporté un sentiment d'auto-efficacité particulièrement faible ($M_{VP} = 6,77$; 95 % IC [6,64 - 6,91]) bien que cet ordre d'enseignement soit composé d'une majorité de garçons (Catunda et al., 2023) qui ont un sentiment d'auto-efficacité plus élevé comparé aux filles. Il est intéressant de remarquer que ce rapport garçons-filles existe aussi dans la Formation Professionnelle, mais la différence entre l'auto-efficacité moyenne de ce groupe et de leurs camarades de l'ESG et l'ESC – classes supérieures est moins prononcée. Il semble donc que lorsque les élèves quittent l'Enseignement Fondamental pour entrer dans l'Enseignement Secondaire Général ils se sentent moins confiants dans leurs capacités personnelles à gérer des situations difficiles et à trouver des solutions à leurs problèmes. Une explication possible concernant cette relation peut être attribuée aux résultats scolaires, moins bons chez les élèves rapportant une auto-efficacité plus faible (La Fuente et al., 2021). Il conviendrait toutefois de tester cette hypothèse dans le contexte luxembourgeois. En effet, plus ils avancent dans le système scolaire, plus leur sentiment d'auto-efficacité augmente, ce qui suggère qu'il pourrait y avoir une période d'ajustement aux défis présents dans ce nouvel environnement, se reflétant sur leurs croyances en leurs capacités personnelles pour y faire face.

Disparité entre les genres en matière de satisfaction de vie

Introduction

La question des différences entre les genres en matière de satisfaction de vie a été examinée depuis des décennies, avec cependant des résultats contradictoires. Par exemple, alors que Jackson *et al.* (2014) ont montré que les filles avaient une satisfaction de vie supérieure à celle des garçons, Moksnes et Espnes (Moksnes et Espnes, 2013) ont mis en évidence la tendance inverse, et Huebner *et al.* (2000) n'ont observé aucune différence entre les genres en la matière. Dans une récente revue de la littérature, Chen *et al.* (2020) ont souligné l'hétérogénéité des résultats des études dans ce domaine de recherche, suggérant que le contexte national pourrait en partie expliquer ces divergences. Les résultats des études HBSC menées au Luxembourg semblent confirmer ce point. En effet, les garçons ont reporté une plus grande satisfaction de vie que les filles depuis 2006, année de la première réalisation de l'étude HBSC au Luxembourg. Comme l'indique la Figure 21, cette disparité entre les genres est restée plutôt stable au cours des 16 dernières années, son pic intervenant en 2022. La différence en question était statistiquement significative et la taille d'effet correspondante était faible (Cohen's $d = 0,31$).



Au chapitre précédent, les différences entre les genres en matière de satisfaction de vie reflétaient les différences entre les genres en matière de santé mentale (par exemple, anxiété). Étant donné que les filles souffrent généralement davantage de détresse psychologique et sociale que les garçons (Wade *et al.*, 2002), nous pouvons nous attendre à ce que cette différence se reflète dans l'autoévaluation de la satisfaction de vie. Cependant, comme indiqué précédemment certaines études ont rapporté des niveaux de satisfaction de vie plus élevés chez les filles que chez les garçons. Cela suggère que certains facteurs – y compris les contextes nationaux et culturels – influent sur la

satisfaction de vie. Il est donc crucial d'identifier ces facteurs pour mieux comprendre les différences entre les genres en matière de satisfaction de vie.

Le but de cette section est de rendre compte des différences genrées en matière de satisfaction de vie observée au Luxembourg. À cette fin, nous nous sommes appuyés sur des analyses inférentielles utilisant les données de l'étude HBSC 2022. Plus précisément, nous cherchons ici à (1) évaluer l'influence du genre en tenant compte des facteurs psychosociaux considérés comme affectant la satisfaction de vie et (2) estimer si l'influence respective de ces facteurs varie selon le genre.

Méthode

Variable dépendante

Nous avons utilisé l'échelle de Cantril pour évaluer la satisfaction de vie chez les adolescents (voir le Tableau 4). Cette mesure va de 0 (« la plus mauvaise vie possible ») à 10 (« la meilleure vie possible »).

Variables indépendantes

Nous avons utilisé les cinq facteurs sociodémographiques employés dans la section précédente, à savoir l'âge, l'aisance familiale, la structure familiale, le genre et le profil migratoire.

Nous nous sommes également servis de quatre indicateurs psychologiques et relatifs à la santé. L'anxiété a été évaluée à l'aide d'un score général allant de 0 à 6. Les symptômes psychosomatiques multiples ont été mesurés à l'aide d'une variable dichotomique distinguant entre les participants ayant rapporté au moins deux symptômes par semaine et les autres. La solitude a été utilisée de façon dichotomique afin de distinguer entre les participants qui ont rapporté ressentir de la solitude la plupart du temps ou toujours au cours de l'année passée et les autres. L'auto-efficacité a été évaluée sur la base d'un score général allant de 2 à 10, avant d'être catégorisée en tant que niveau d'auto-efficacité faible (≤ 6), moyenne (7-8) et élevée (9-10).

Enfin, nous avons utilisé le score moyen de deux sous-échelles de soutien social, à savoir le soutien familial et celui des pairs. Ces deux mesures ont été extraites de l'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support* ; Zimet et al., 1988). Chaque sous-échelle implique quatre items sur une échelle de 1-7 modalités (par ex. « Je reçois l'aide et le soutien émotionnel dont j'ai besoin de ma famille »).

Analyses statistiques

En premier lieu, nous avons réalisé une analyse de régression linéaire en 3 étapes comprenant des facteurs sociodémographiques (étape 1), des facteurs psychologiques et relatifs à la santé (étape 2) ainsi que des facteurs de soutien social (étape 3). Ce processus par étapes nous a permis d'estimer le pouvoir prédictif de nos différents indicateurs et d'évaluer l'effet du genre sur la satisfaction de vie lorsque l'on prend en compte différents types d'indicateurs. Dans un deuxième temps, nous avons réalisé la même analyse en la divisant par genre. Cela nous a permis de comparer l'impact respectif de nos indicateurs sur la satisfaction de vie chez les garçons et chez les filles et

d'examiner plus en profondeur d'éventuelles différences entre les genres. Le niveau de significativité statistique a été fixé à 0,05.

Résultats et discussion

Comme l'indique le Tableau 1, se focaliser sur l'influence de facteurs sociodémographiques sur la satisfaction de vie (étape 1) a permis d'identifier un effet significatif lié au genre. Cependant, l'inclusion dans le modèle de facteurs psychologiques et relatifs à la santé (étape 2) a annulé cet effet de genre. L'ajout de facteurs de soutien social (étape 3) a diminué davantage l'impact du genre observé à l'étape 1. Il est à noter que le genre était le seul prédicteur présentant une valeur *p* non-significative aux étapes 2 et 3.

Il est important de noter que, l'érosion de l'effet de genre aux étapes 2 et 3 ne saurait être interprétée comme la preuve que le genre ne joue pas de rôle ici. L'analyse suggère que la variance liée au genre à l'étape 1 a été capturée par les variables incluses aux étapes 2 et 3. Comme mentionné ci-dessus, la littérature souligne depuis longtemps que les filles souffrent davantage que les garçons de troubles psychologiques comme l'anxiété ou la dépression (Biswas et al., 2020; Moreno-Agostino et al., 2021).

Tableau 1 : Sommaire de l'analyse de régression linéaire prédisant la satisfaction de vie

	Étape 1			Étape 2			Étape 3		
	B	SE	p	B	SE	p	B	SE	p
Âge [11-18]	-0,176	0,010	0,000	-0,111	0,009	0,000	-0,082	0,009	0,000
Aisance familiale	0,385	0,036	0,000	0,248	0,031	0,000	0,180	0,030	0,000
Structure familiale	-0,259	0,029	0,000	-0,145	0,025	0,000	-0,116	0,024	0,000
Genre	-0,600	0,044	0,000	-0,021	0,040	0,592	0,005	0,038	0,890
Migration	-0,165	0,032	0,000	-0,133	0,028	0,000	-0,064	0,026	0,015
Anxiété [0-6]				-0,197	0,014	0,000	-0,152	0,013	0,000
Symptômes psychosomatiques				-0,617	0,046	0,000	-0,450	0,044	0,000
Solitude				-1,009	0,056	0,000	-0,676	0,055	0,000
Auto-efficacité				0,475	0,031	0,000	0,350	0,029	0,000
Soutien familial							0,314	0,013	0,000
Soutien des amis							0,050	0,013	0,000
R ² ajusté		0,110			0,352			0,415	

Il est intéressant de souligner que la même analyse réalisée en fonction du genre a révélé que la plupart des variables prédictives exercent une influence similaire sur la satisfaction de vie, indépendamment du genre (voir le Tableau 2). Il est à noter que ces similarités n'impliquent pas que la prévalence, par exemple, de l'anxiété ou de la solitude, est la même chez les garçons et chez les filles. Ces similarités indiquent seulement que l'influence de ces facteurs sur la satisfaction de vie ne varie pas selon le genre. Parmi les facteurs examinés, l'âge est le seul dont l'influence sur la satisfaction de vie varie selon le genre. Comme mentionné au chapitre précédent, la baisse du niveau de satisfaction de vie apparaît plus tôt chez les filles que chez les garçons, peut-être en raison de la puberté (Krieger et al., 2015).

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que l'écart observé entre les genres en matière de satisfaction de vie peut être principalement influencé par l'âge et les facteurs psychosociaux. La présente étude soutient le point de vue selon

lequel les filles reportent une satisfaction de vie plus faible en partie à cause de différences entre les genres en matière de détresse psychologique. Il convient toutefois de rappeler que l'écart en matière de satisfaction de vie observé était relativement faible (d de Cohen = 0,31), en particulier par rapport à l'écart entre les genres en matière d'anxiété (d de Cohen = 0,55) et de solitude (d de Cohen = 0,55). Par conséquent, ces différences genrées en termes de détresse psychologique ne représentent probablement qu'un facteur explicatif parmi d'autres. Ici, le soutien familial s'est révélé être un autre facteur clé expliquant l'écart entre les genres en matière de satisfaction de vie. En effet, les garçons ont rapporté bénéficier d'un soutien familial plus élevé que les filles ($M_{\text{GARÇONS}} = 5,72$; $SD_{\text{GARÇONS}} = 1,52$; $M_{\text{FILLES}} = 5,16$; $SD_{\text{FILLES}} = 1,78$; d de Cohen = 0,34). Cependant, des modèles plus complets sont nécessaires pour mieux comprendre les fondements des disparités entre les genres en matière de satisfaction de vie. La prise en compte de facteurs tels que les comportements à risques et la consommation de substances pourrait s'avérer utile.

Tableau 2 : Sommaire de l'analyse de la régression linéaire prédisant la satisfaction de vie, ventilée par genre

	Garçons			Filles		
	B	SE	p	B	SE	p
Âge [11-18]	-0,111	0,012	0,000	-0,053	0,012	0,000
Aisance familiale	0,176	0,043	0,000	0,189	0,042	0,000
Structure familiale	-0,110	0,034	0,001	-0,120	0,033	0,000
Origine migratoire	-0,080	0,037	0,030	-0,049	0,037	0,194
Anxiété [0-6]	-0,153	0,019	0,000	-0,153	0,018	0,000
Symptômes psychosomatiques	-0,452	0,063	0,000	-0,464	0,063	0,000
Solitude	-0,652	0,089	0,000	-0,674	0,070	0,000
Auto-efficacité	0,316	0,042	0,000	0,378	0,042	0,000
Soutien familial	0,317	0,020	0,000	0,311	0,018	0,000
Soutien des amis	0,045	0,019	0,015	0,058	0,018	0,001
R ² ajusté		0,358			0,432	

Au niveau international, nos résultats corroborent ceux de la plupart des pays du réseau HBSC (Inchley et al., 2020). Cependant, comme mentionné plus haut, d'autres études ont fait état de résultats contradictoires. Il reste à savoir, par exemple, dans quelle mesure les différences entre les genres en matière de satisfaction de vie varient en fonction du niveau nationale d'égalité hommes/femmes. La plupart des études ont notamment montré que plus l'indice national d'égalité entre les genres était élevé, plus la satisfaction de vie était importante. Toutefois, il n'est pas clair si les bénéfices associés au fait de vivre dans un pays à haut indice d'égalité sont répartis équitablement chez les garçons et les filles. En effet, s'appuyant sur les données de l'étude HBSC conduite en 2014, de Looze et al. (2018) ont indiqué que l'égalité entre les genres au niveau national améliorait la satisfaction de vie des garçons et des filles de façon similaire. Au contraire, Heinz, Catunda et al. (2020) et Guo et al. (2022), utilisant les données de l'étude HBSC conduite en 2018 et des études PISA de 2015 et de 2018, ont constaté que le niveau national d'égalité entre les genres améliorait la satisfaction de vie des garçons dans une plus large mesure que celle des filles. Il ressort de quelques études que les individus vivant dans les pays occidentaux, qui sont considérés comme les plus égalitaires à cet égard, sont plus susceptibles de tenir compte des différences entre les genres dans l'évaluation de leur propre satisfaction de vie que les individus vivant dans des pays non occidentaux (Costa et al., 2001; Guimond et al., 2007). Cependant, il convient de noter les différences entre les années des études : Keys et al. (2019) ont remarqué que les symptômes dépressifs parmi les adolescentes aux États-Unis ont diminué entre 1991 et 2012 avant que la tendance ne s'inverse à nouveau.

et atteint son pic en 2018. Par conséquent, les différences observées dans les études précédentes concernant la satisfaction de vie pourraient en partie s'expliquer par un effet lié au temps. Là encore, des recherches plus approfondies sont nécessaires.

Conclusions et perspectives

Le déclin de la santé mentale et du bien-être des adolescents a suscité une inquiétude générale au cours des deux dernières décennies (Bor et al., 2014; Cosma et al., 2020), l'impact de la pandémie de Covid-19 renforçant cette inquiétude (Nearchou et al., 2020). L'objectif de ce rapport est d'offrir un aperçu de la situation de la santé mentale et du bien-être des adolescents au Luxembourg en 2022. Il se concentre plus précisément sur les indicateurs de santé mentale et de bien-être suivants : satisfaction de vie, symptômes psychosomatiques multiples, santé perçue, dépression, anxiété, solitude et auto-efficacité.

Premièrement, étant donné que l'étude HBSC évalue la satisfaction de vie, les symptômes psychosomatiques et la santé perçue depuis 2006, nous avons pu comparer les données de 2022 avec celles des enquêtes précédentes. Nous avons ainsi observé que la prévalence des adolescents qui ont rapporté une satisfaction de vie élevée et une excellente santé est restée plutôt stable au fil du temps. Cependant, nos analyses ont permis d'identifier une forte hausse de la prévalence des adolescents souffrant de symptômes psychosomatiques multiples, en particulier chez les filles.

Deuxièmement, nos résultats ont mis en évidence d'importantes différences entre les genres pour chacun des indicateurs examinés. Les filles, par rapport aux garçons, font état d'une satisfaction de vie et d'un niveau de bien-être moindres, de symptômes psychosomatiques plus fréquents, d'une prévalence accrue de symptômes de dépression et d'anxiété ainsi que d'une auto-efficacité plus faible. Les filles ressentent aussi plus souvent de la solitude et s'évaluent moins souvent en excellente santé que les garçons. De plus, avec l'âge, la plupart des indicateurs se détériorent (à la seule exception de l'auto-efficacité). Cependant, cette détérioration varie selon le genre. Les filles présentent une baisse significative des différents indicateurs en matière de santé mentale et de bien-être entre 11-12 ans et 13-14 ans, alors que chez les garçons, cette baisse se produit plus lentement au cours de l'adolescence.

Troisièmement, nous avons constaté que l'aisance familiale jouait un rôle important sur la santé mentale et le bien-être. Plus concrètement, les adolescents provenant de familles moins aisées manifestent une moins bonne santé mentale et un niveau de bien-être moins élevé que leurs camarades, indépendamment de l'indicateur examiné. Il en va de même pour les adolescents qui ont (ou dont les parents ont) migré au Luxembourg, notamment en raison du lien entre l'aisance familiale et l'origine migratoire. Par ailleurs, le fait de vivre avec ses deux parents semble avoir un effet protecteur en ce qui concerne tous les indicateurs examinés ici. Les adolescents qui vivent avec leurs deux parents font état d'une meilleure santé mentale et d'un niveau de bien-être plus élevé que les adolescents vivant dans d'autres structures familiales.

Enfin, à l'exception de l'auto-efficacité, les différences liées à l'ordre d'enseignement sont plutôt le reflet d'une composition sociodémographique homogène de chaque ordre d'enseignement (par exemple, les élèves de l'Enseignement Fondamental sont plus jeunes). Cependant, dans le cas de l'auto-efficacité, cette explication est moins probable. Les classes inférieures de l'Enseignement Secondaire Général (voie professionnelle) présentent une prévalence significativement plus importante d'élèves rapportant un sentiment d'auto-efficacité faible.

À la lumière des différences majeures entre les genres constatées dans tous les indicateurs de santé mentale et de bien-être examinés, des analyses approfondies ont été réalisées afin de mieux comprendre l'écart entre les genres en matière de satisfaction de vie. Lorsque l'on tient compte des variables sociodémographiques (c'est-à-dire l'âge,

l'aisance familiale, la structure familiale et la migration) ainsi que des facteurs psychosociaux connus pour affecter la satisfaction de vie (l'anxiété, les symptômes psychosomatiques, la solitude, l'auto-efficacité, le soutien familial et le soutien des amis), le genre s'est révélé être un facteur prédictif non significatif en matière de satisfaction de vie. Cette conclusion suggère que les facteurs examinés expliquent l'écart entre les genres en matière de satisfaction de vie. Nos analyses suggèrent que les différences entre les genres en matière de satisfaction de vie cristallisent *in fine* des différences entre les genres en matière de détresse psychologique et de relations sociales.

En résumé, les tendances générales en termes de santé mentale et de bien-être sont restées stables depuis 2006. Cependant, ces conclusions reflètent plutôt la réalité actuelle des garçons. Pour les filles, un scénario différent apparaît, avec une diminution de la satisfaction de vie et une hausse sensible de symptômes psychosomatiques multiples. L'écart entre les genres en matière de satisfaction de vie, bien que présent dans toutes les études HBSC Luxembourg, est plus élevé en 2022 en faveur des garçons. Nos analyses complémentaires suggèrent que cet écart serait plutôt dû à des facteurs psychosociaux, qui montrent des différences similaires entre les garçons et les filles, plutôt qu'à la satisfaction de vie. Des études ultérieures pourraient examiner de façon plus approfondie les causes et les processus de la baisse de la santé mentale que nous avons observée chez les filles.

Au regard de ces résultats, l'amélioration du bien-être et la résolution des problèmes de santé mentale des adolescents devraient être une priorité au Luxembourg. Les mesures citées dans les paragraphes suivants devraient être envisagées (World Health Organization, 2020).

Afin d'améliorer le bien-être et la santé mentale des adolescents il faut d'abord s'assurer que les services en place répondent aux besoins des adolescents et que les barrières spécifiques à l'âge qui empêchent l'accès aux programmes de promotion de la santé et aux établissements de soins de santé soient levées. Cela peut consister à informer les professionnels sur les problèmes et les besoins spécifiques à l'âge et à garantir que les services respectent et protègent les droits individuels des mineurs en matière de vie privée et de confidentialité.

La concordance des résultats sur l'ensemble des indicateurs observés suggère qu'une approche holistique de la prévention de la santé mentale chez les adolescents pourrait s'avérer plus efficace. Cette approche pourrait inclure la mise en œuvre multisectorielle de programmes et d'interventions dans différents contextes (par ex. familles, écoles, communautés, camarades) afin de créer des environnements favorisant le soutien et la protection des adolescents. Il convient donc de sensibiliser aussi bien les adolescents que les parents, les responsables communautaires, les enseignants et les professionnels de la santé, et de dispenser des formations sur la sensibilisation à la santé mentale dans tous les secteurs concernés.

Le fardeau disproportionné qui pèse sur les filles en matière de santé mentale ainsi que la dégradation de leur bien-être et de leur santé mentale indiquent qu'il est nécessaire de réunir des informations sur les causes sous-jacentes de ces phénomènes. Il convient d'élaborer et, lorsqu'ils existent déjà, de renforcer des programmes de promotion de la santé mentale et du bien-être adaptés aux adolescentes et qui répondent aux défis sociétaux spécifiques au genre auxquels les filles sont confrontées en grandissant.

De même, il convient de compenser la vulnérabilité accrue des adolescents issus de familles moins aisées en matière de bien-être et de santé mentale par des offres supplémentaires de soutien aux adolescents issus de milieux défavorisés. Au vu de la détérioration du bien-être et de la santé mentale des adolescents qui ne vivent pas avec leurs

deux parents et du risque accru de pauvreté des familles monoparentales, il est urgent de répondre aux besoins des adolescents qui sont confrontés à la combinaison de ces deux risques. Les politiques visant à réduire les inégalités socio-économiques globales et à soutenir financièrement les familles disposant de moins de ressources devraient toutefois être poursuivies et étendues. Si des ressources supplémentaires doivent être spécifiquement allouées pour soutenir les filles et les adolescents issus de familles moins aisées, d'autres groupes d'adolescents ne doivent pas être privés de ressources.

Annexe

Satisfaction de vie

Figure 22 : Prévalence de la satisfaction de vie selon les groupes sociodémographiques

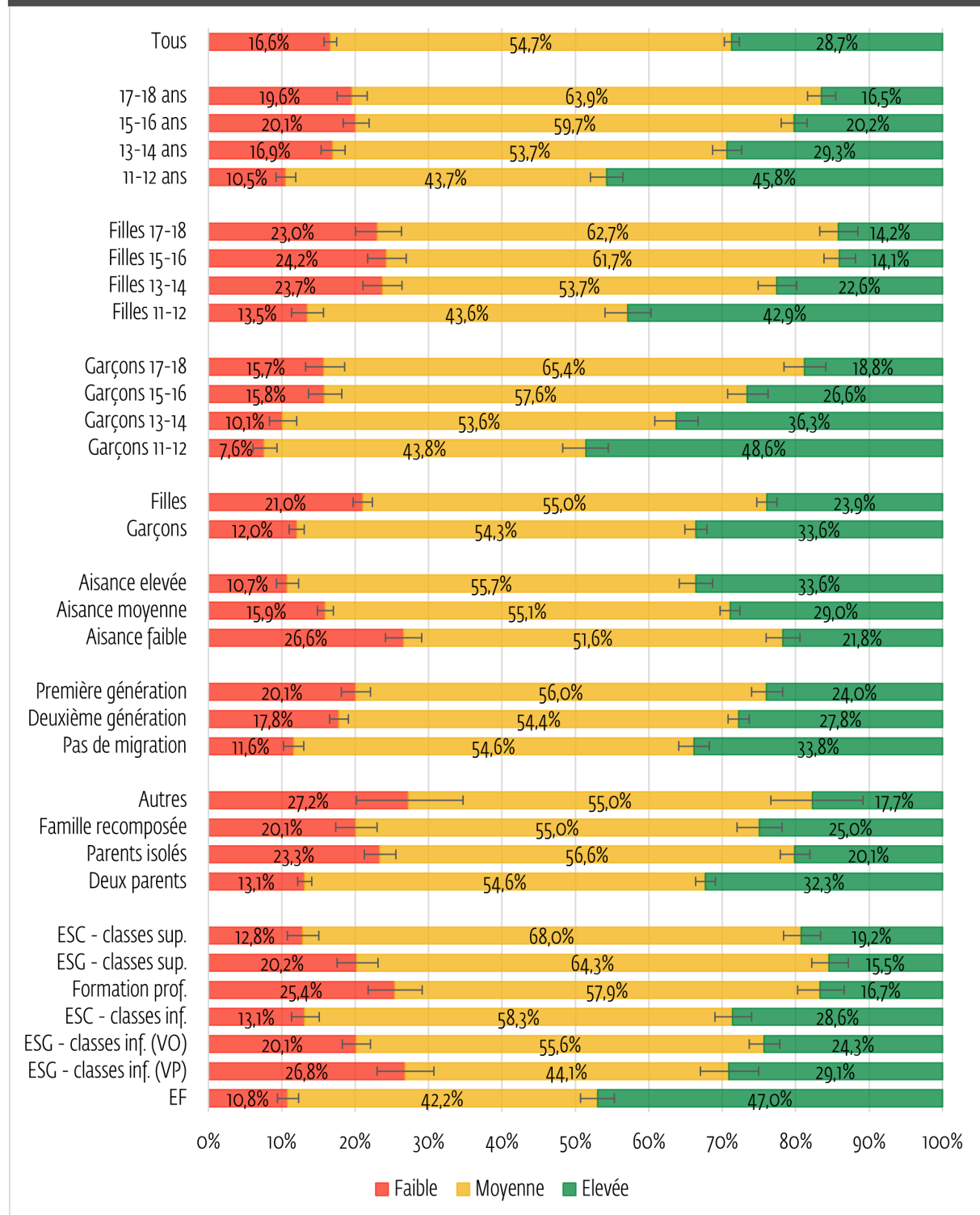


Tableau 3 : Prévalence de la satisfaction de vie selon les groupes sociodémographiques

	Satisfaction faible (0-5)	Satisfaction moyenne (6-8)	Satisfaction élevée (9-10)	Test du khi-carré
Tous				N = 7 446
	16,6 (15,8 - 17,5)	54,7 (53,5 - 55,8)	28,7 (27,7 - 29,7)	
Âge				N = 7 446
11-12 ans	10,5 (9,2 - 11,9)	43,7 (41,5 - 45,9)	45,8 (43,6 - 48,0)	
13-14 ans	16,9 (15,4 - 18,6)	53,7 (51,5 - 55,9)	29,3 (27,4 - 31,3)	p < 0,001
15-16 ans	20,1 (18,4 - 21,9)	59,7 (57,5 - 61,8)	20,2 (18,5 - 22,0)	γ = -0,288
17-18 ans	19,6 (17,6 - 21,7)	63,9 (61,4 - 66,4)	16,5 (14,6 - 18,5)	
Âge x genre				N = 3 656
Filles 11-12	13,5 (11,4 - 15,7)	43,6 (40,5 - 46,8)	42,9 (39,8 - 46,1)	
Filles 13-14	23,7 (21,1 - 26,4)	53,7 (50,5 - 56,7)	22,6 (20,1 - 25,3)	p < 0,001
Filles 15-16	24,2 (21,7 - 26,9)	61,7 (58,7 - 64,7)	14,1 (12,0 - 16,3)	γ = -0,275
Filles 17-18	23,0 (20,1 - 26,3)	62,7 (59,1 - 66,3)	14,2 (11,7 - 16,9)	
				N = 3 742
Garçons 11-12	7,6 (6,1 - 9,3)	43,8 (40,7 - 46,9)	48,6 (45,5 - 51,6)	
Garçons 13-14	10,1 (8,3 - 12,0)	53,6 (50,5 - 56,7)	36,3 (33,4 - 39,3)	p < 0,001
Garçons 15-16	15,8 (13,7 - 18,2)	57,6 (54,5 - 60,7)	26,6 (24,0 - 29,5)	γ = -0,302
Garçons 17-18	15,7 (13,3 - 18,6)	65,4 (61,9 - 68,8)	18,8 (16,1 - 21,8)	
Genre				N = 7 398
Filles	21,0 (19,7 - 22,4)	55,0 (53,4 - 56,6)	23,9 (22,6 - 25,3)	p < 0,001
Garçons	12,0 (11,0 - 13,1)	54,3 (52,8 - 55,9)	33,6 (32,1 - 35,1)	V de Cramér = 0,143
Aisance familiale				N = 7 265
Élevée	10,7 (9,3 - 12,3)	55,7 (53,2 - 58,0)	33,6 (31,3 - 35,9)	p < 0,001
Moyenne	15,9 (14,9 - 17,0)	55,1 (53,6 - 56,6)	29,0 (27,6 - 30,3)	γ = 0,197
Faible	26,6 (24,2 - 29,1)	51,6 (48,8 - 54,4)	21,8 (19,5 - 24,1)	
Origine migratoire				N = 7 177
Première génération	20,1 (18,2 - 22,1)	56,0 (53,5 - 58,4)	24,0 (21,9 - 26,1)	p < 0,001
Deuxième génération	17,8 (16,6 - 19,1)	54,4 (52,8 - 56,1)	27,8 (26,3 - 29,2)	V de Cramér = 0,074
Pas de migration	11,6 (10,2 - 13,0)	54,6 (52,4 - 56,7)	33,8 (31,8 - 35,9)	
Structure familiale				N = 7 031
Autres	27,2 (20,1 - 34,7)	55,0 (47,1 - 63,3)	17,7 (12,1 - 24,7)	
Famille recomposée	20,1 (17,3 - 23,0)	55,0 (51,4 - 58,4)	25,0 (21,9 - 28,1)	p < 0,001
Parents isolés	23,3 (21,2 - 25,5)	56,6 (54,0 - 59,0)	20,1 (18,1 - 22,2)	V de Cramér = 0,107
Deux parents	13,1 (12,2 - 14,1)	54,6 (53,2 - 56,0)	32,3 (30,9 - 33,6)	
Ordre d'enseignement				N = 7 446
ESC – classes sup.	12,8 (10,8 - 15,1)	68,0 (64,9 - 70,9)	19,2 (16,8 - 21,9)	
ESG – classes sup.	20,2 (17,6 - 23,1)	64,3 (60,9 - 67,5)	15,5 (13,2 - 18,2)	
Formation prof.	25,4 (21,8 - 29,1)	57,9 (53,7 - 62,1)	16,7 (13,7 - 20,0)	
ESC – classes inf.	13,1 (11,3 - 15,1)	58,3 (55,6 - 61,1)	28,6 (26,1 - 31,2)	p < 0,001
ESG – classes inf. (VO)	20,1 (18,2 - 22,1)	55,6 (53,2 - 58,0)	24,3 (22,3 - 26,4)	V de Cramér = 0,195
ESG – classes inf. (VP)	26,8 (23,0 - 30,7)	44,1 (39,8 - 48,5)	29,1 (25,3 - 33,2)	
EF	10,8 (9,4 - 12,3)	42,2 (39,9 - 44,5)	47,0 (44,7 - 49,3)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer à quel point ils sont globalement satisfaits de leur vie sur une échelle de 10 (la meilleure vie possible) à 0 (la plus mauvaise vie possible). La satisfaction de vie était catégorisée de la façon suivante : satisfaction de vie faible (catégories 0 à 5), satisfaction de vie moyenne (catégories 6 à 8) et satisfaction de vie élevée (catégories 9-10). Les résultats sont en % (intervalle de confiance de 95,0 %).

Tableau 4 : Moyennes de la satisfaction de vie selon les groupes sociodémographiques

	Satisfaction de vie	N	ANOVA	Valeur <i>p</i>
Tous	7,37 (7,32 - 7,41)	7 446		
Âge				
11 ans	8,21 (8,09 - 8,32)			
12 ans	7,83 (7,72 - 7,94)			
13 ans	7,48 (7,37 - 7,6)			
14 ans	7,22 (7,10 - 7,34)	7 899	F = 62,11	< 0,001
15 ans	7,12 (7,00 - 7,23)			
16 ans	6,98 (6,87 - 7,09)			
17 ans	7,03 (6,91 - 7,14)			
18 ans	6,86 (6,70 - 7,01)			
Âge x genre				
Filles 11	8,10 (7,93 - 8,27)			
Filles 12	7,57 (7,41 - 7,74)			
Filles 13	7,01 (6,84 - 7,18)			
Filles 14	6,85 (6,67 - 7,02)			
Filles 15	6,79 (6,64 - 6,95)			
Filles 16	6,70 (6,55 - 6,84)			
Filles 17	6,85 (6,69 - 7,01)			
Filles 18	6,72 (6,50 - 6,94)			
		7 847	F = 45,00	< 0,001
Garçons 11	8,31 (8,16 - 8,46)			
Garçons 12	8,09 (7,95 - 8,23)			
Garçons 13	7,99 (7,85 - 8,14)			
Garçons 14	7,58 (7,43 - 7,73)			
Garçons 15	7,46 (7,3 - 7,62)			
Garçons 16	7,26 (7,11 - 7,42)			
Garçons 17	7,22 (7,05 - 7,38)			
Garçons 18	7,04 (6,82 - 7,26)			
Genre				
Filles	7,09 (7,02 - 7,15)	7 847	191,79	< 0,001
Garçons	7,66 (7,60 - 7,71)			
Aisance familiale				
Élevée	7,69 (7,61 - 7,77)			
Moyenne	7,40 (7,35 - 7,46)	7 709	F = 88,87	< 0,001
Faible	6,83 (6,71 - 6,94)			
Origine migratoire				
Première génération	7,12 (7,02 - 7,21)			
Deuxième génération	7,31 (7,25 - 7,37)	7 617	F = 43,95	< 0,001
Pas de migration	7,66 (7,58 - 7,73)			
Structure familiale				
Autres	6,70 (6,34 - 7,06)			
Famille recomposée	7,11 (6,97 - 7,25)	7 464	F = 66,80	< 0,001
Parents isolés	6,91 (6,81 - 7,01)			
Deux parents	7,58 (7,53 - 7,63)			

Tableau 4 : Moyennes de la satisfaction de vie selon les groupes sociodémographiques (suite)

	Satisfaction de vie	N	ANOVA	Valeur p
Ordre d'enseignement				
ESC – classes sup.	7,28 (7,17 - 7,38)			
ESG – classes sup.	6,93 (6,81 - 7,05)			
Formation prof.	6,78 (6,62 - 6,94)			
ESC – classes inf.	7,43 (7,33 - 7,53)	7 899	F = 68,59	< 0,001
ESG – classes inf. (VO)	7,14 (7,05 - 7,23)			
ESG – classes inf. (VP)	7,05 (6,86 - 7,24)			
EF	8,03 (7,95 - 8,11)			

Il a été demandé aux répondants d'indiquer à quel point ils sont globalement satisfaits de leur vie sur une échelle de 10 (la « meilleure vie possible ») à 0 (« la plus mauvaise vie possible »). Les résultats sont des moyennes (intervalle de confiance de 95,0 %).

Symptômes psychosomatiques multiples

Figure 23 : Prévalence de symptômes psychosomatiques multiples selon les groupes sociodémographiques

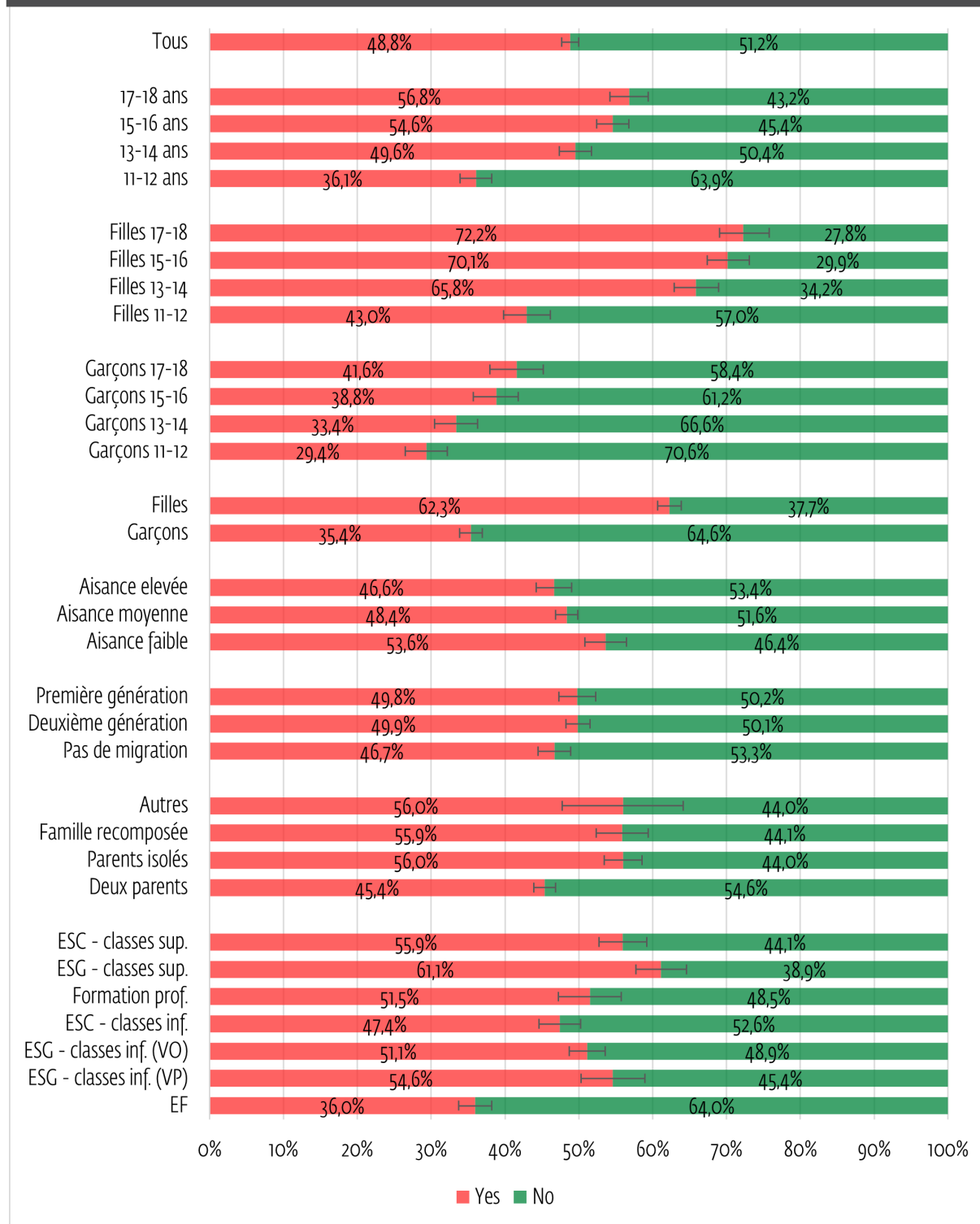


Tableau 5 : Prévalence de symptômes psychosomatiques multiples selon les groupes sociodémographiques

	Non	Oui	Test du khi-carré
Tous			N = 7 307
	51,2 (50,1 - 52,3)	48,8 (47,7 - 49,9)	
Âge			N = 7 307
11-12 ans	63,9 (61,8 - 66,1)	36,1 (33,9 - 38,2)	
13-14 ans	50,4 (48,2 - 52,6)	49,6 (47,4 - 51,8)	$p < 0,001$
15-16 ans	45,4 (43,2 - 47,6)	54,6 (52,4 - 56,8)	$\chi = 0,224$
17-18 ans	43,2 (40,6 - 45,7)	56,8 (54,3 - 59,4)	
Âge x genre			N = 3 575
Filles 11-12	57,0 (53,9 - 60,2)	43,0 (39,8 - 46,1)	
Filles 13-14	34,2 (31,3 - 37,3)	65,8 (62,8 - 68,8)	$p < 0,001$
Filles 15-16	29,9 (27,1 - 32,8)	70,1 (67,2 - 72,9)	$\chi = 0,326$
Filles 17-18	27,8 (24,6 - 31,3)	72,2 (68,7 - 75,4)	
			N = 3 683
Garçons 11-12	70,6 (67,8 - 73,5)	29,4 (26,6 - 32,4)	
Garçons 13-14	66,6 (63,7 - 69,5)	33,4 (30,6 - 36,4)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	61,2 (58,0 - 64,1)	38,8 (35,9 - 42,0)	$\chi = 0,150$
Garçons 17-18	58,4 (54,7 - 61,9)	41,6 (38,1 - 45,3)	
Genre			N = 7 259
Filles	37,7 (36,2 - 39,3)	62,3 (60,7 - 63,9)	$p < 0,001$
Garçons	64,6 (63,1 - 66,2)	35,4 (33,8 - 36,9)	Cramér's V. = 0,269
Aisance familiale			N = 7 144
Élevée	53,4 (51,0 - 55,8)	46,6 (44,2 - 49,0)	$p < 0,001$
Moyenne	51,6 (50,1 - 53,1)	48,4 (46,9 - 49,9)	$\chi = -0,075$
Faible	46,4 (43,6 - 49,2)	53,6 (50,8 - 56,4)	
Origine migratoire			N = 7 052
Première génération	50,2 (47,7 - 52,7)	49,8 (47,3 - 52,3)	$p = 0,062$
Deuxième génération	50,1 (48,5 - 51,8)	49,9 (48,2 - 51,5)	Cramér's V. = 0,028
Pas de migration	53,3 (51,1 - 55,5)	46,7 (44,5 - 48,9)	
Structure familiale			N = 6 901
Autres	44,0 (35,8 - 52,2)	56,0 (47,8 - 64,2)	
Famille recomposée	44,1 (40,6 - 47,6)	55,9 (52,4 - 59,4)	$p < 0,001$
Parents isolés	44,0 (41,5 - 46,5)	56,0 (53,5 - 58,5)	Cramér's V. = 0,100
Deux parents	54,6 (53,2 - 56,0)	45,4 (44,0 - 46,8)	
Ordre d'enseignement			N = 7 307
ESC – classes sup.	44,1 (40,9 - 47,3)	55,9 (52,7 - 59,1)	
ESG – classes sup.	38,9 (35,5 - 42,4)	61,1 (57,6 - 64,5)	
Formation prof.	48,5 (44,2 - 52,6)	51,5 (47,4 - 55,8)	
ESC – classes inf.	52,6 (49,7 - 55,4)	47,4 (44,6 - 50,3)	$p < 0,001$
ESG – classes inf. (VO)	48,9 (46,5 - 51,3)	51,1 (48,7 - 53,5)	Cramér's V. = 0,163
ESG – classes inf. (VP)	45,4 (41,1 - 49,7)	54,6 (50,3 - 58,9)	
EF	64,0 (61,8 - 66,3)	36,0 (33,7 - 38,2)	

Il a été demandé aux répondants à quelle fréquence ils ont souffert des huit symptômes psychosomatiques suivants au cours des six derniers mois : mal à la tête, mal au dos, mal au ventre, tristesse, irritabilité, nervosité, difficultés à s'endormir et vertiges. Les catégories de réponse allaient de « à peu près chaque jour » (score de 1) à « rarement ou jamais » (score de 5). Les symptômes psychosomatiques multiples ont été catégorisés en « non » et « oui ». La catégorie « oui » désigne les adolescents qui présentaient au moins 2 symptômes psychosomatiques plus d'une fois par semaine (catégorie 1 et 2). Les résultats sont en % (intervalle de confiance de 95,0 %).

Tableau 6 : Moyennes des symptômes psychosomatiques multiples selon les groupes sociodémographiques

	Symptômes psychosomatiques multiples	N	ANOVA	Valeur <i>p</i>
Tous				
	11,54 (11,38 – 11,70)	7 307		
Âge				
11 ans	8,66 (8,26 – 9,05)			
12 ans	9,73 (9,33 – 10,12)			
13 ans	11,75 (11,30 – 12,20)			
14 ans	11,86 (11,41 – 12,31)	7 754	F = 48,75	< 0,001
15 ans	12,27 (11,84 – 12,70)			
16 ans	12,84 (12,40 – 13,27)			
17 ans	12,62 (12,15 – 13,09)			
18 ans	13,26 (12,71 – 13,81)			
Âge x genre				
Filles 11	9,51 (8,90 – 10,13)			
Filles 12	11,24 (10,66 – 11,83)			
Filles 13	14,54 (13,91 – 15,17)			
Filles 14	14,90 (14,25 – 15,54)			
Filles 15	15,08 (14,48 – 15,67)			
Filles 16	15,48 (14,90 – 16,07)			
Filles 17	15,52 (14,88 – 16,17)			
Filles 18	15,73 (14,99 – 16,47)	7 702	F = 106,58	< 0,001
Garçons 11	7,88 (7,38 – 8,39)			
Garçons 12	8,15 (7,67 – 8,63)			
Garçons 13	8,69 (8,17 – 9,21)			
Garçons 14	9,09 (8,56 – 9,62)			
Garçons 15	9,39 (8,86 – 9,93)			
Garçons 16	10,15 (9,59 – 10,71)			
Garçons 17	9,80 (9,22 – 10,39)			
Garçons 18	10,74 (10,04 – 11,43)			
Genre				
Filles	13,93 (13,70 – 14,16)	7 702	F = 1 048,83	< 0,001
Garçons	9,14 (8,95 – 9,34)			
Aisance familiale				
Élevée	11,42 (11,09 – 11,76)			
Moyenne	11,47 (11,26 – 11,68)	7 585	F = 5,02	= 0,007
Faible	12,10 (11,70 – 12,51)			
Origine migratoire				
Première génération	11,66 (11,32 – 12,01)			
Deuxième génération	11,67 (11,44 – 11,90)	7 485	F = 2,97	= 0,051
Pas de migration	11,24 (10,92 – 11,56)			
Structure familiale				
Autres	12,46 (11,20 – 13,73)			
Famille recomposée	12,36 (11,85 – 12,87)	7 329	F = 31,93	< 0,001
Parents isolés	12,80 (12,44 – 13,17)			
Deux parents	11,00 (10,80 – 11,20)			

Tableau 6 : Moyennes des symptômes psychosomatiques multiples selon les groupes sociodémographiques (suite)

	Symptômes psychosomatiques multiples	N	ANOVA	Valeur <i>p</i>
Ordre d'enseignement				
ESC – classes sup.	12,76 (12,34 - 13,19)	7 754	F = 54,43	< 0,001
ESG – classes sup.	13,51 (13,01 - 14,01)			
Formation prof.	11,99 (11,41 - 12,57)			
ESC – classes inf.	11,76 (11,35 - 12,16)			
ESG – classes inf. (VO)	12,02 (11,67 - 12,37)			
ESG – classes inf. (VP)	12,03 (11,40 - 12,67)			
EF	9,18 (8,88 - 9,47)			

Il a été demandé aux répondants à quelle fréquence ils ont souffert des huit symptômes psychosomatiques suivants au cours des six derniers mois : mal à la tête, mal au dos, mal au ventre, tristesse, irritabilité, nervosité, difficultés à s'endormir et vertiges. Les catégories de réponse allaient de « à peu près chaque jour » (score de 1) à « rarement ou jamais » (score de 5). Les symptômes psychosomatiques multiples ont été catégorisées en « non » et « oui ». La catégorie « oui » désigne les adolescents qui présentaient au moins 2 symptômes psychosomatiques plus d'une fois par semaine (catégorie 1 et 2). Les résultats sont en % (intervalle de confiance de 95,0 %).

Santé perçue

Figure 24 : Prévalence de l'état de santé perçue selon les groupes sociodémographiques

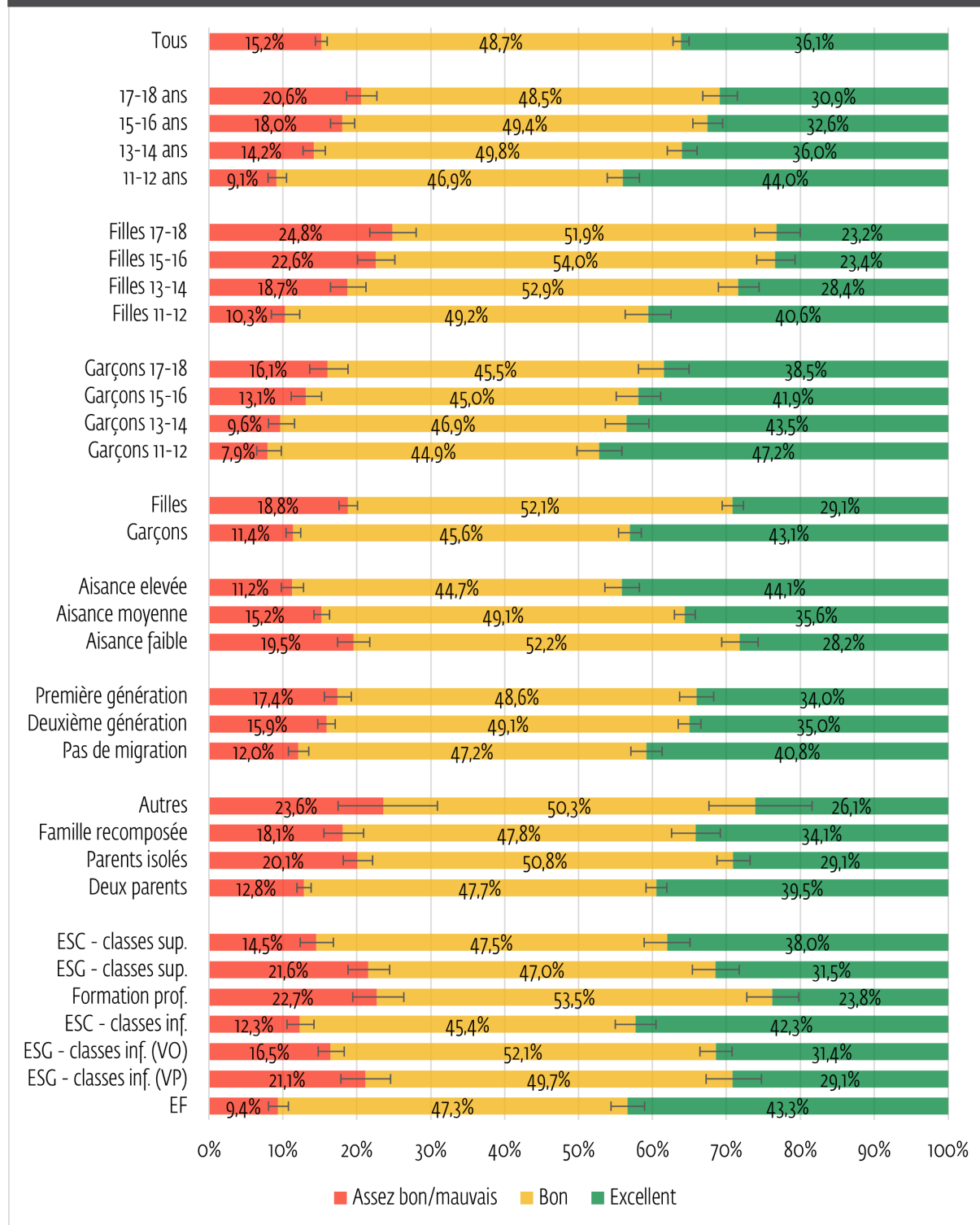


Tableau 7 : Prévalence de l'état de santé perçue selon les groupes sociodémographiques

	Assez bon/mauvais (1-2)	Bon (3)	Excellent (4)	Test khi-carré
Tous				N = 7 730
	15,2 (14,4 - 16,0)	48,7 (47,6 - 49,8)	36,1 (35,1 - 37,2)	
Âge				N = 7 730
11-12 ans	9,1 (8,0 - 10,5)	46,9 (44,7 - 49,1)	44,0 (41,8 - 46,2)	
13-14 ans	14,2 (12,7 - 15,7)	49,8 (47,7 - 51,9)	36,0 (34,0 - 38,1)	p < 0,001
15-16 ans	18,0 (16,4 - 19,7)	49,4 (47,3 - 51,5)	32,6 (30,6 - 34,6)	$\gamma = -0,164$
17-18 ans	20,6 (18,6 - 22,7)	48,5 (46,0 - 51,0)	30,9 (28,6 - 33,3)	
Âge x genre				N = 3 746
Filles 11-12	10,3 (8,5 - 12,3)	49,2 (46,1 - 52,4)	40,6 (37,5 - 43,6)	
Filles 13-14	18,7 (16,4 - 21,2)	52,9 (49,9 - 56,0)	28,4 (25,6 - 31,2)	p < 0,001
Filles 15-16	22,6 (20,1 - 25,2)	54,0 (51,0 - 57,0)	23,4 (20,9 - 26,1)	$\gamma = -0,220$
Filles 17-18	24,8 (21,7 - 28,0)	51,9 (48,3 - 55,6)	23,2 (20,3 - 26,5)	
				N = 3 932
Garçons 11-12	7,9 (6,4 - 9,8)	44,9 (41,9 - 48,0)	47,2 (44,1 - 50,2)	
Garçons 13-14	9,6 (8,0 - 11,5)	46,9 (44,0 - 49,9)	43,5 (40,6 - 46,5)	p < 0,001
Garçons 15-16	13,1 (11,1 - 15,2)	45,0 (42,0 - 48,1)	41,9 (38,9 - 44,9)	$\gamma = -0,108$
Garçons 17-18	16,1 (13,6 - 18,8)	45,5 (42,0 - 49,0)	38,5 (35,1 - 41,9)	
Genre				N = 7 677
Filles	18,8 (17,6 - 20,1)	52,1 (50,5 - 53,7)	29,1 (27,7 - 30,6)	p < 0,001
Garçons	11,4 (10,4 - 12,4)	45,6 (44,0 - 47,1)	43,1 (41,5 - 44,6)	Cramér's V. = 0,157
Aisance familiale				N = 7 511
Élevée	11,2 (9,8 - 12,8)	44,7 (42,3 - 47,0)	44,1 (41,8 - 46,5)	p < 0,001
Moyenne	15,2 (14,2 - 16,3)	49,1 (47,7 - 50,6)	35,6 (34,2 - 37,0)	$\gamma = 0,177$
Faible	19,5 (17,4 - 21,8)	52,2 (49,5 - 55,0)	28,2 (25,8 - 30,7)	
Origine migratoire				N = 7 428
Première génération	17,4 (15,6 - 19,3)	48,6 (46,1 - 51,0)	34,0 (31,8 - 36,3)	
Deuxième génération	15,9 (14,7 - 17,1)	49,1 (47,5 - 50,7)	35,0 (33,4 - 36,5)	p < 0,001
Pas de migration	12,0 (10,7 - 13,5)	47,2 (45,0 - 49,3)	40,8 (38,7 - 42,9)	Cramér's V. = 0,050
Structure familiale				N = 7269
Autres	23,6 (17,5 - 30,9)	50,3 (42,1 - 57,9)	26,1 (19,8 - 33,7)	
Famille recomposée	18,1 (15,6 - 20,9)	47,8 (44,3 - 51,3)	34,1 (30,9 - 37,4)	p < 0,001
Parents isolés	20,1 (18,2 - 22,1)	50,8 (48,4 - 53,3)	29,1 (26,9 - 31,4)	Cramér's V. = 0,082
Deux parents	12,8 (11,9 - 13,8)	47,7 (46,3 - 49,1)	39,5 (38,1 - 40,9)	
Ordre d'enseignement				N = 7 730
ESC – classes sup.	14,5 (12,4 - 16,8)	47,5 (44,3 - 50,7)	38,0 (34,9 - 41,0)	
ESG – classes sup.	21,6 (18,8 - 24,4)	47,0 (43,7 - 50,4)	31,5 (28,3 - 34,7)	
Formation prof.	22,7 (19,4 - 26,3)	53,5 (49,3 - 57,6)	23,8 (20,4 - 27,4)	
ESC – classes inf.	12,3 (10,6 - 14,2)	45,4 (42,6 - 48,2)	42,3 (39,6 - 45,1)	p < 0,001
ESG – classes inf. (VO)	16,5 (14,8 - 18,3)	52,1 (49,7 - 54,4)	31,4 (29,3 - 33,7)	Cramér's V. = 0,115
ESG – classes inf. (VP)	21,1 (17,9 - 24,6)	49,7 (45,6 - 53,8)	29,1 (25,6 - 33,1)	
EF	9,4 (8,1 - 10,7)	47,3 (45,1 - 49,6)	43,3 (41,1 - 45,6)	

Il a été demandé aux répondants comment ils jugeaient leur état de santé. Les options de réponse allaient de « excellent » (1) à « mauvais » (4). La santé perçue a été catégorisée en : moyenne/mauvaise (catégories 3 à 4), bonne (catégorie 2) et très bonne (catégorie 1). Les résultats sont en % (intervalle de confiance de 95,0 %).

Bien-être et dépression

Figure 25 : Prévalence du bien-être et du risque de dépression selon les groupes sociodémographiques

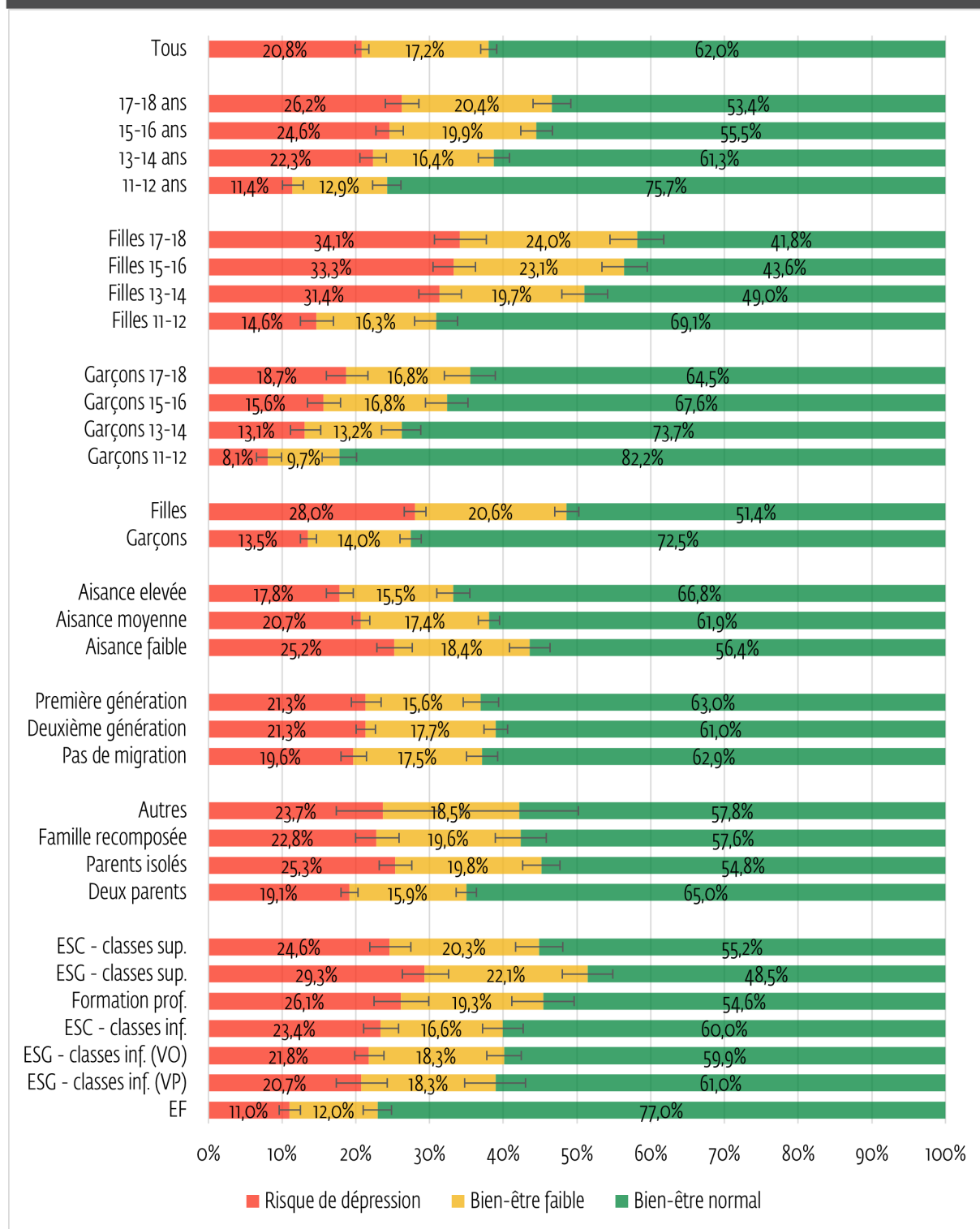


Tableau 8 : Prévalence du bien-être et du risque de dépression selon les groupes sociodémographiques

	Risque de dépression (0-9)	Humeur maussade (10-12)	Bien-être normal (13-25)	Test khi-carré
Tous				N = 7 495
	20,8 (19,9 - 21,8)	17,2 (16,4 - 18,1)	62,0 (60,9 - 63,1)	
Âge				N = 7 495
11-12 ans	11,4 (10,0 - 12,8)	12,9 (11,5 - 14,5)	75,7 (73,8 - 77,6)	
13-14 ans	22,3 (20,6 - 24,2)	16,4 (14,9 - 18,1)	61,3 (59,1 - 63,3)	$p < 0,001$
15-16 ans	24,6 (22,7 - 26,4)	19,9 (18,3 - 21,7)	55,5 (53,3 - 57,6)	$\gamma = -0,231$
17-18 ans	26,2 (24,0 - 28,6)	20,4 (18,3 - 22,5)	53,4 (50,8 - 56,0)	
Âge x genre				N = 3 653
Filles 11-12	14,6 (12,5 - 17,0)	16,3 (14,1 - 18,8)	69,1 (66,2 - 72,0)	
Filles 13-14	31,4 (28,6 - 34,3)	19,7 (17,3 - 22,2)	49,0 (45,9 - 52,0)	$p < 0,001$
Filles 15-16	33,3 (30,4 - 36,3)	23,1 (20,6 - 25,8)	43,6 (40,6 - 46,7)	$\gamma = -0,250$
Filles 17-18	34,1 (30,6 - 37,7)	24,0 (20,9 - 27,3)	41,8 (38,1 - 45,5)	
				N = 3 794
Garçons 11-12	8,1 (6,5 - 9,9)	9,7 (8,0 - 11,7)	82,2 (79,8 - 84,6)	
Garçons 13-14	13,1 (11,1 - 15,2)	13,2 (11,2 - 15,3)	73,7 (71,0 - 76,3)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	15,6 (13,5 - 17,9)	16,8 (14,6 - 19,2)	67,6 (64,7 - 70,4)	$\gamma = -0,228$
Garçons 17-18	18,7 (16,0 - 21,7)	16,8 (14,3 - 19,7)	64,5 (60,9 - 67,8)	
Genre				N = 7 447
Filles	28,0 (26,6 - 29,5)	20,6 (19,3 - 21,9)	51,4 (49,8 - 53,0)	$p < 0,001$
Garçons	13,5 (12,5 - 14,6)	14,0 (12,9 - 15,1)	72,5 (71,1 - 73,9)	Cramér's V. = 0,223
Aisance familiale				N = 7 316
Élevée	17,8 (16,0 - 19,6)	15,5 (13,8 - 17,3)	66,8 (64,5 - 69,0)	$p < 0,001$
Moyenne	20,7 (19,5 - 21,9)	17,4 (16,3 - 18,5)	61,9 (60,5 - 63,3)	$\gamma = 0,115$
Faible	25,2 (22,8 - 27,6)	18,4 (16,4 - 20,7)	56,4 (53,6 - 59,1)	
Origine migratoire				N = 7 223
Première génération	21,3 (19,4 - 23,4)	15,6 (13,9 - 17,5)	63,0 (60,7 - 65,4)	$p = 0,212$
Deuxième génération	21,3 (20,0 - 22,7)	17,7 (16,4 - 18,9)	61,0 (59,4 - 62,6)	Cramér's V. = 0,020
Pas de migration	19,6 (18,0 - 21,4)	17,5 (15,9 - 19,2)	62,9 (60,8 - 65,0)	
Structure familiale				N = 7 071
Autres	23,7 (17,4 - 31,2)	18,5 (12,5 - 25,1)	57,8 (49,9 - 65,9)	
Famille recomposée	22,8 (20,0 - 25,9)	19,6 (16,9 - 22,5)	57,6 (54,2 - 61,1)	$p < 0,001$
Parents isolés	25,3 (23,2 - 27,6)	19,8 (17,9 - 21,9)	54,8 (52,3 - 57,4)	Cramér's V. = 0,064
Deux parents	19,1 (18,0 - 20,3)	15,9 (14,8 - 16,9)	65,0 (63,6 - 66,4)	

Tableau 8 : Prévalence du bien-être et du risque de dépression selon les groupes démographiques (suite)

	Risque de dépression (0-9)	Humeur maussade (10-12)	Bien-être normal (13-25)	Test khi-carré
Ordre d'enseignement				N = 7 495
ESC – classes sup.	24,6 (21,9 - 27,5)	20,3 (17,8 - 23)	55,2 (52,0 - 58,4)	
ESG – classes sup.	29,3 (26,3 - 32,6)	22,1 (19,4 - 25,1)	48,5 (45,1 - 52,0)	
Formation prof.	26,1 (22,4 - 29,9)	19,3 (16,1 - 22,8)	54,6 (50,3 - 58,7)	
ESC – classes inf.	23,4 (21,1 - 25,8)	16,6 (14,6 - 18,7)	60,0 (57,3 - 62,7)	$p < 0,001$
ESG – classes inf. (VO)	21,8 (19,9 - 23,8)	18,3 (16,5 - 20,3)	59,9 (57,5 - 62,2)	Cramér's V. = 0,137
ESG – classes inf. (VP)	20,7 (17,4 - 24,3)	18,3 (15,1 - 21,6)	61,0 (56,8 - 65,1)	
EF	11,0 (9,6 - 12,5)	12,0 (10,6 - 13,6)	77,0 (75,0 - 78,9)	

Les répondants ont répondu aux 5 affirmations en se servant d'une échelle d'évaluation de 6 modalités allant de « jamais » (score de 0) à « tout le temps » (score de 5), avec un score total de 0 à 25. L'indice de OMS-5 a été classé en 2 catégories : bien-être faible (0 à 12) et bien-être normal (13 à 25). Le bien-être comprend faible les adolescents présentant un risque de dépression et de tristesse. La catégorie présentant un risque de dépression est utilisée en tant que dépistage de la dépression et va de 0 à 9. Les résultats sont en % (intervalle de confiance de 95,0 %).

Tableau 9 : Moyennes du bien-être selon les groupes sociodémographiques

	Bien-être	N	ANOVA	Valeur <i>p</i>
Tous	14,14 (14,02 - 14,26)	7 495		
Âge				
11 ans	16,68 (16,36 - 16,99)			
12 ans	15,48 (15,18 - 15,79)			
13 ans	14,22 (13,89 - 14,55)			
14 ans	13,88 (13,54 - 14,21)	7 948	64,51	< 0,001
15 ans	13,68 (13,36 - 14,00)			
16 ans	12,94 (12,62 - 13,26)			
17 ans	13,05 (12,72 - 13,39)			
18 ans	12,61 (12,19 - 13,03)			
Âge x genre				
Filles 11	16,09 (15,63 - 16,55)			
Filles 12	14,44 (13,99 - 14,89)			
Filles 13	12,49 (12,04 - 12,94)			
Filles 14	12,22 (11,75 - 12,68)			
Filles 15	12,09 (11,65 - 12,54)			
Filles 16	11,56 (11,14 - 11,99)			
Filles 17	11,86 (11,38 - 12,33)			
Filles 18	11,48 (10,90 - 12,06)	7 896	70,93	< 0,001
Garçons 11	17,21 (16,78 - 17,64)			
Garçons 12	16,56 (16,17 - 16,95)			
Garçons 13	16,11 (15,68 - 16,55)			
Garçons 14	15,41 (14,96 - 15,85)			
Garçons 15	15,28 (14,85 - 15,72)			
Garçons 16	14,33 (13,87 - 14,79)			
Garçons 17	14,20 (13,75 - 14,65)			
Garçons 18	13,75 (13,17 - 14,33)			
Genre				
Filles	12,83 (12,66 - 13,00)	7 896	509,09	< 0,001
Garçons	15,46 (15,30 - 15,62)			
Aisance familiale				
Élevée	14,66 (14,41 - 14,91)			
Moyenne	14,13 (13,98 - 14,29)	7 761	19,98	< 0,001
Faible	13,52 (13,21 - 13,83)			
Origine migratoire				
Première génération	14,16 (13,90 - 14,43)			
Deuxième génération	14,00 (13,82 - 14,17)	7 663	3,39	0,034
Pas de migration	14,34 (14,11 - 14,58)			
Structure familiale				
Autres	13,35 (12,42 - 14,28)			
Famille recomposée	13,64 (13,27 - 14,00)	7 506	22,70	< 0,001
Parents isolés	13,32 (13,04 - 13,59)			
Deux parents	14,47 (14,32 - 14,62)			

Tableau 9 : Moyennes du bien-être selon les groupes sociodémographiques (suite)

	Bien-être	N	ANOVA	Valeur <i>p</i>
Ordre d'enseignement				
ESC – classes sup.	12,99 (12,67 - 13,30)			
ESG – classes sup.	12,53 (12,17 - 12,88)			
Formation prof.	12,98 (12,53 - 13,42)			
ESC – classes inf.	13,80 (13,51 - 14,10)	7 948	F = 77,61	< 0,001
ESG – classes inf. (VO)	13,84 (13,58 - 14,10)			
ESG – classes inf. (VP)	14,48 (14,00 - 14,96)			
EF	16,21 (15,98 - 16,44)			

Les répondants ont répondu aux 5 affirmations en se servant d'une échelle d'évaluation de 6 modalités allant de « jamais » (score de 0) à « tout le temps » (score de 5), avec un score total de 0 à 25. Les résultats sont des moyennes (intervalle de confiance de 95,0 %).

Anxiété

Figure 26 : Prévalence de la symptomatologie anxieuse selon les groupes sociodémographiques

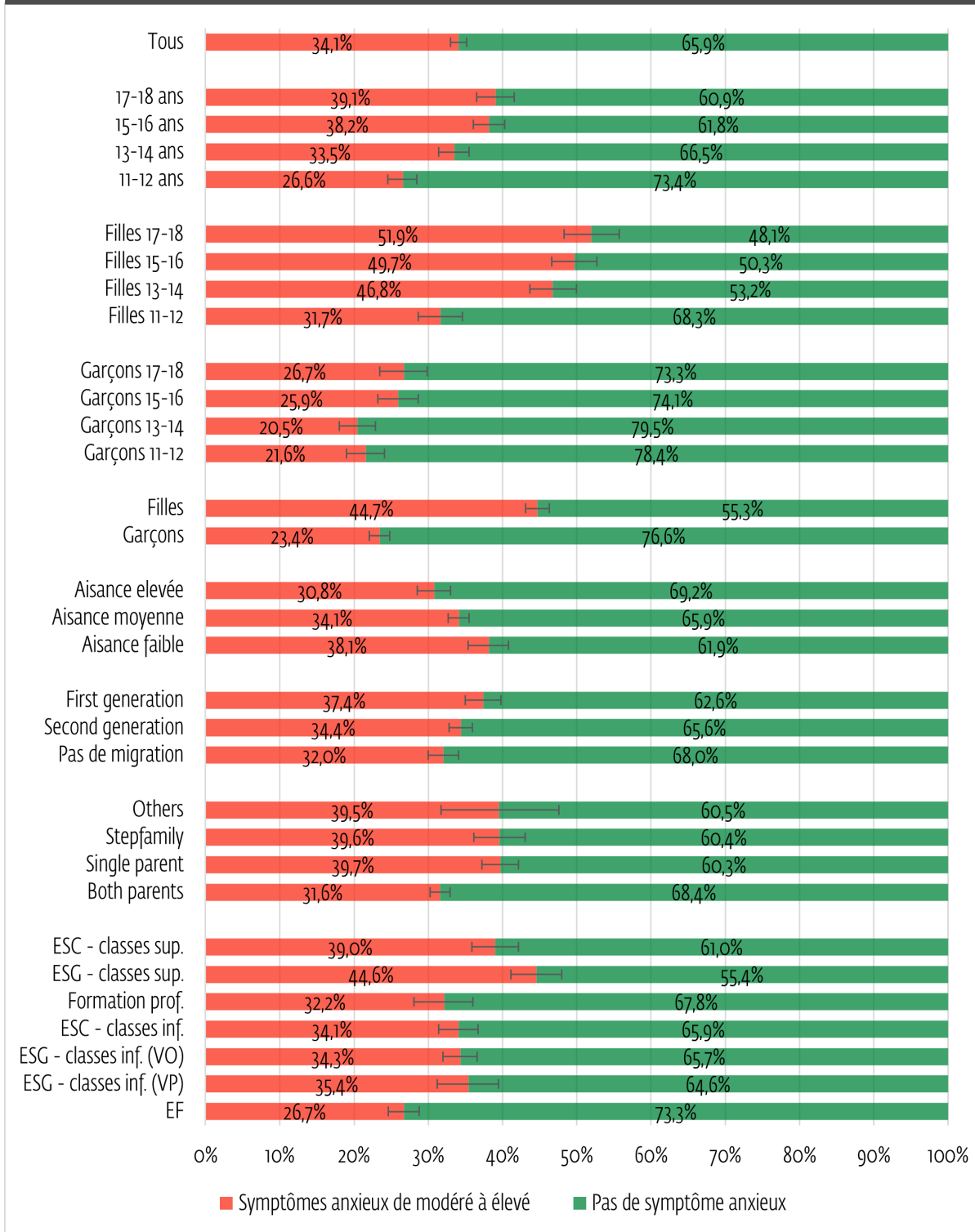


Tableau 10 : Prévalence de la symptomatologie anxieuse selon les groupes sociodémographiques

	Pas de symptôme anxieux (0-2)	Symptômes anxieux de Modérés à élevés (3-6)	Test de khi-carré
Tous			N = 7 412
	65,9 (64,8 - 67,0)	34,1 (33,0 - 35,2)	
Âge			N = 7 412
11-12 ans	73,4 (71,4 - 75,4)	26,6 (24,6 - 28,6)	
13-14 ans	66,5 (64,4 - 68,5)	33,5 (31,4 - 35,6)	$p < 0,001$
15-16 ans	61,8 (59,7 - 63,9)	38,2 (36,1 - 40,3)	$\gamma = 0,157$
17-18 ans	60,9 (58,4 - 63,4)	39,1 (36,6 - 41,6)	
Âge x genre			N = 3 629
Filles 11-12	68,3 (65,3 - 71,3)	31,7 (28,7 - 34,7)	
Filles 13-14	53,2 (50,1 - 56,4)	46,8 (43,7 - 50,0)	$p < 0,001$
Filles 15-16	50,3 (47,2 - 53,3)	49,7 (46,7 - 52,8)	$\gamma = 0,213$
Filles 17-18	48,1 (44,4 - 51,8)	51,9 (48,3 - 55,7)	
			N = 3 733
Garçons 11-12	78,4 (75,8 - 81,0)	21,6 (19,1 - 24,3)	
Garçons 13-14	79,5 (77,1 - 82,0)	20,5 (18,1 - 23,0)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	74,1 (71,3 - 76,8)	25,9 (23,3 - 28,8)	$\gamma = 0,095$
Garçons 17-18	73,3 (70,0 - 76,4)	26,7 (23,6 - 30,0)	
Genre			N = 7 362
Filles	55,3 (53,7 - 56,9)	44,7 (43,1 - 46,3)	$p < 0,001$
Garçons	76,6 (75,2 - 77,9)	23,4 (22,1 - 24,8)	Cramér's V. = 0,225
Aisance familiale			N = 7 237
Élevée	69,2 (67,0 - 71,4)	30,8 (28,6 - 33,0)	$p < 0,001$
Moyenne	65,9 (64,5 - 67,3)	34,1 (32,7 - 35,5)	$\gamma = -0,092$
Faible	61,9 (59,1 - 64,5)	38,1 (35,4 - 40,9)	
Origine migratoire			N = 7 154
Première génération	62,6 (60,2 - 65,0)	37,4 (35,0 - 39,8)	$p = 0,004$
Deuxième génération	65,6 (64,0 - 67,1)	34,4 (32,9 - 36,0)	Cramér's V. = 0,040
Pas de migration	68,0 (65,9 - 70,0)	32,0 (30,0 - 34,1)	
Structure familiale			N = 7 022
Autres	60,5 (52,7 - 68,6)	39,5 (32,1 - 48,0)	
Famille recomposée	60,4 (56,9 - 63,8)	39,6 (36,2 - 43,1)	$p < 0,001$
Parents isolés	60,3 (57,8 - 62,7)	39,7 (37,3 - 42,2)	Cramér's V. = 0,081
Deux parents	68,4 (67,1 - 69,7)	31,6 (30,3 - 33,0)	
Ordre d'enseignement			N = 7 412
ESC – classes sup.	61,0 (57,8 - 64,1)	39,0 (35,9 - 42,2)	
ESG – classes sup.	55,4 (51,9 - 58,8)	44,6 (41,2 - 48,1)	
Formation prof.	67,8 (63,7 - 71,6)	32,2 (28,4 - 36,3)	
ESC – classes inf.	65,9 (63,2 - 68,5)	34,1 (31,5 - 36,8)	$p < 0,001$
ESG – classes inf. (VO)	65,7 (63,3 - 67,9)	34,3 (32,1 - 36,7)	Cramér's V. = 0,113
ESG – classes inf. (VP)	64,6 (60,3 - 68,6)	35,4 (31,4 - 39,7)	
EF	73,3 (71,2 - 75,3)	26,7 (24,7 - 28,8)	

Il a été demandé aux répondants à quelle fréquence ils ont ressenti de la nervosité, de l'anxiété ou de la tension ainsi que leur incapacité de refouler ou de contrôler leurs soucis au cours des deux dernières semaines. Les options de réponse allaient de « pas du tout » (0) à « presque tous les jours » (3), avec un score total de 0 à 6. La symptomatologie anxieuse a été catégorisée de façon suivante : pas de symptômes d'anxiété (catégories 0 à 2), anxiété moyenne ou élevée (catégories 3 à 6). Les résultats sont en % (intervalle de confiance de 95,0 %).

Solitude

Figure 27 : Prévalence de la solitude selon les groupes sociodémographiques

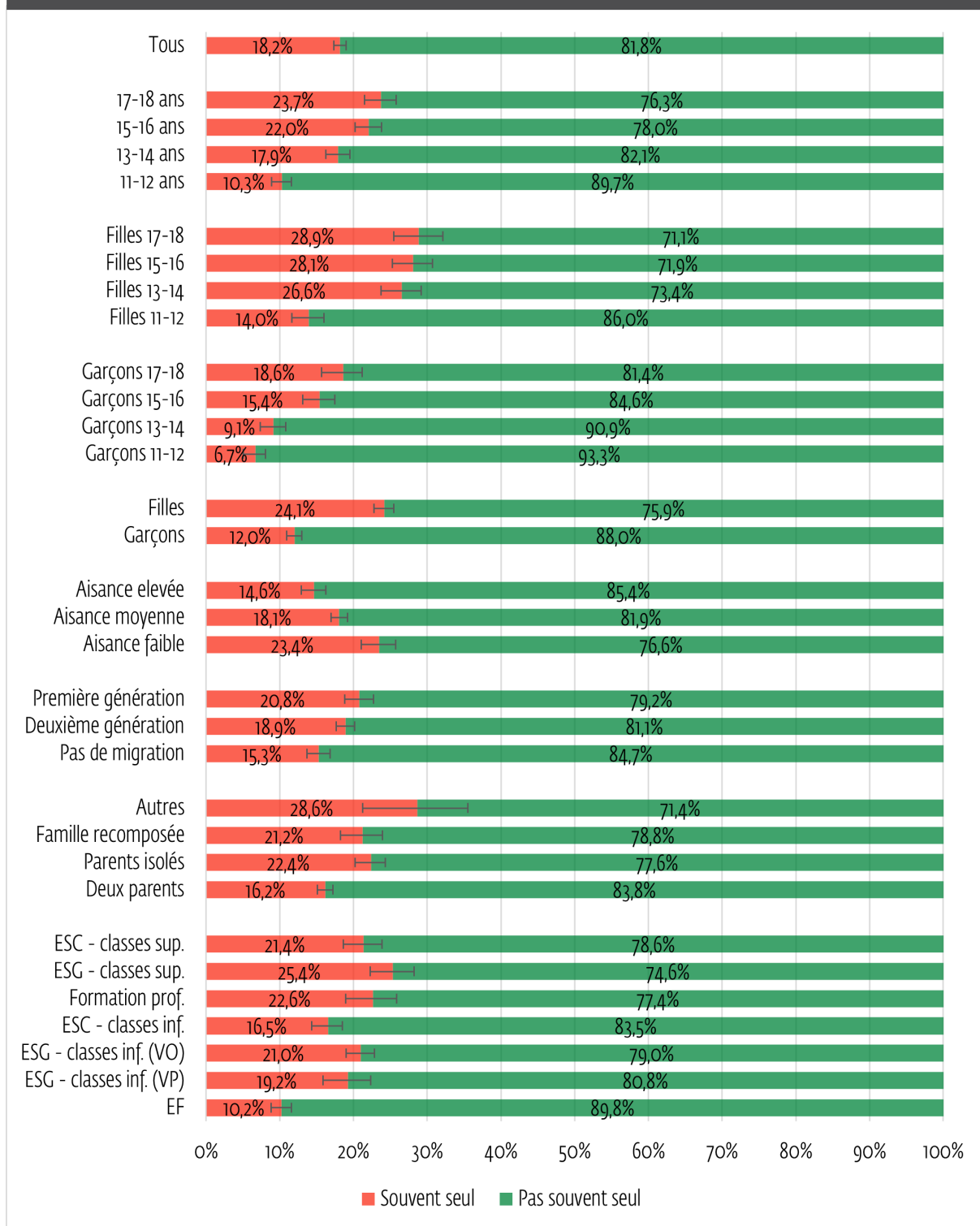


Tableau 11 : Prévalence de la solitude selon les groupes sociodémographiques

	Solitude rare (1-3)	Solitude fréquente (4-5)	Test khi-carré
Tous			N = 7 725
	81,8 (81,0 - 82,7)	18,2 (17,3 - 19,0)	
Âge			N = 7 725
11-12 ans	89,7 (88,3 - 91,0)	10,3 (9,0 - 11,7)	
13-14 ans	82,1 (80,4 - 83,7)	17,9 (16,3 - 19,6)	p < 0,001
15-16 ans	78,0 (76,1 - 79,7)	22,0 (20,3 - 23,9)	γ = 0,246
17-18 ans	76,3 (74,0 - 78,4)	23,7 (21,6 - 25,9)	
Âge x genre			N = 3 754
Filles 11-12	86,0 (83,8 - 88,1)	14,0 (11,9 - 16,2)	
Filles 13-14	73,4 (70,6 - 76,0)	26,6 (24,0 - 29,4)	p < 0,001
Filles 15-16	71,9 (69,2 - 74,6)	28,1 (25,4 - 30,8)	γ = 0,212
Filles 17-18	71,1 (67,7 - 74,3)	28,9 (25,7 - 32,3)	
			N = 3 921
Garçons 11-12	93,3 (91,7 - 94,7)	6,7 (5,3 - 8,3)	
Garçons 13-14	90,9 (89,1 - 92,5)	9,1 (7,5 - 11,0)	p < 0,001
Garçons 15-16	84,6 (82,3 - 86,7)	15,4 (13,3 - 17,7)	γ = 0,317
Garçons 17-18	81,4 (78,5 - 84,0)	18,6 (15,9 - 21,4)	
Genre			N = 7 674
Filles	75,9 (74,5 - 77,2)	24,1 (22,8 - 25,5)	p < 0,001
Garçons	88,0 (86,9 - 89,0)	12,0 (11,0 - 13,1)	Cramér's V. = 0,158
Aisance familiale			N = 7 510
Élevée	85,4 (83,6 - 87,0)	14,6 (13,0 - 16,4)	p < 0,001
Moyenne	81,9 (80,8 - 83,1)	18,1 (17,0 - 19,2)	γ = -0,163
Faible	76,6 (74,2 - 78,8)	23,4 (21,2 - 25,8)	
Origine migratoire			N = 7 427
Première génération	79,2 (77,2 - 81,1)	20,8 (18,9 - 22,8)	
Deuxième génération	81,1 (79,8 - 82,3)	18,9 (17,7 - 20,2)	p < 0,001
Pas de migration	84,7 (83,1 - 86,2)	15,3 (13,8 - 16,9)	Cramér's V. = 0,052
Structure familiale			N = 7 262
Autres	71,4 (64,0 - 78,3)	28,6 (21,7 - 36,0)	
Famille recomposée	78,8 (75,8 - 81,5)	21,2 (18,5 - 24,2)	p < 0,001
Parents isolés	77,6 (75,5 - 79,6)	22,4 (20,3 - 24,5)	Cramér's V. = 0,080
Deux parents	83,8 (82,8 - 84,8)	16,2 (15,2 - 17,2)	
Ordre d'enseignement			N = 7 725
ESC – classes sup.	78,6 (75,9 - 81,1)	21,4 (18,9 - 24,1)	
ESG – classes sup.	74,6 (71,6 - 77,5)	25,4 (22,5 - 28,4)	
Formation prof.	77,4 (73,6 - 80,6)	22,6 (19,3 - 26,2)	
ESC – classes inf.	83,5 (81,3 - 85,4)	16,5 (14,5 - 18,6)	p < 0,001
ESG – classes inf. (VO)	79,0 (77,0 - 80,9)	21,0 (19,1 - 23,0)	Cramér's V. = 0,131
ESG – classes inf. (VP)	80,8 (77,4 - 83,9)	19,2 (16,1 - 22,6)	
EF	89,8 (88,3 - 91,1)	10,2 (8,9 - 11,7)	

Il a été demandé aux répondants à quelle fréquence ils ont ressenti de la solitude au cours des 12 derniers mois. Les options de réponse allaient de « jamais » (1) à « toujours » (5). La solitude a été catégorisée de façon suivante : solitude rare (catégories 1 à 3) et solitude fréquente (catégories 4 à 5). La catégorie solitude fréquente représente les répondants qui ont rapporté ressentir de la solitude la plupart du temps ou toujours. Les résultats sont en % (intervalle de confiance de 95,0 %).

Auto-efficacité

Figure 28 : Prévalence de l'auto-efficacité selon les groupes sociodémographiques

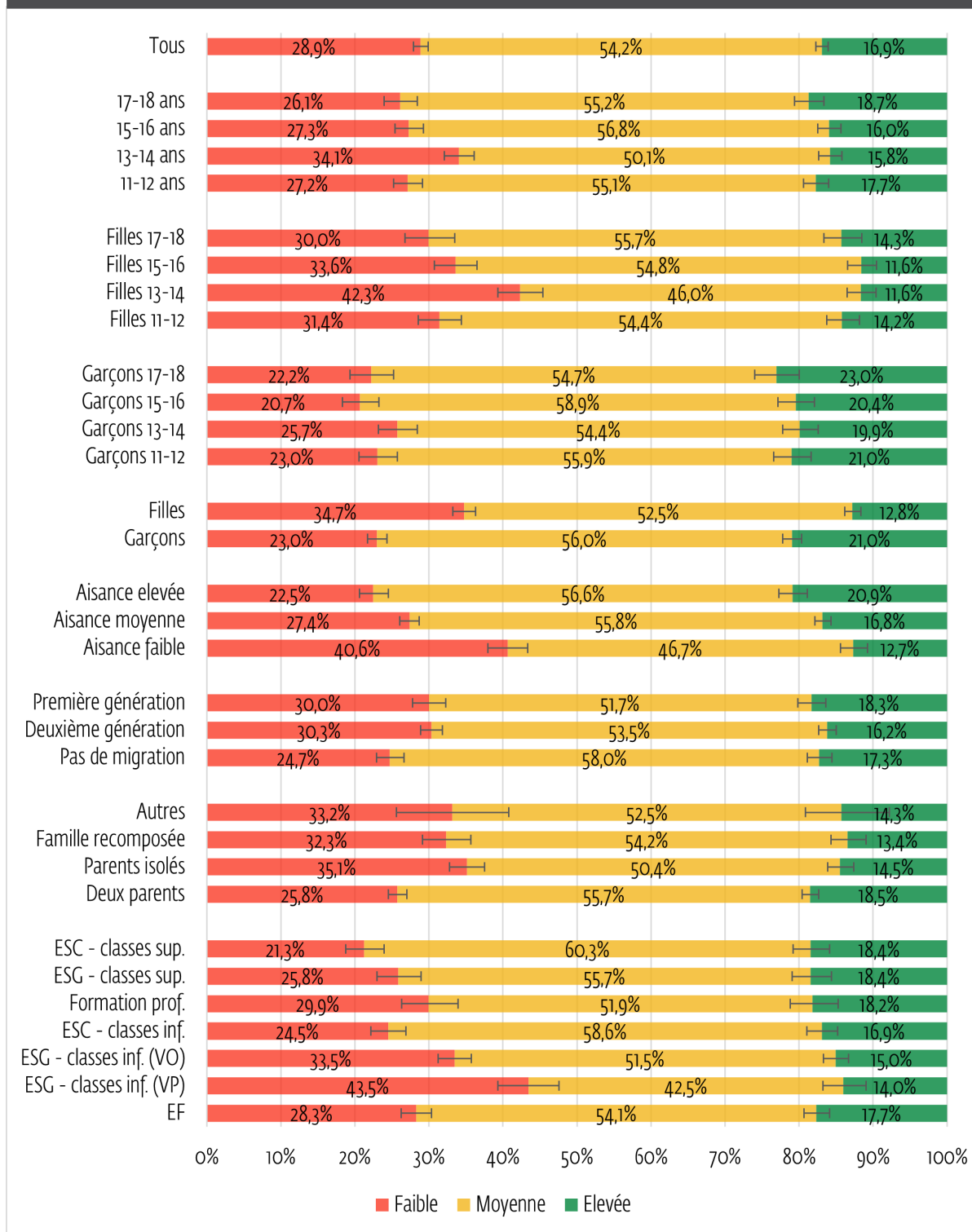


Tableau 12 : Prévalence de l'auto-efficacité selon les groupes sociodémographiques

	Auto-efficacité faible (2-6)	Auto-efficacité moyenne (7-8)	Auto-efficacité élevée (9-10)	Test khi-carré
Tous				N = 7 639
	28,9 (27,9 - 29,9)	54,2 (53,1 - 55,3)	16,9 (16,1 - 17,8)	
Âge				N = 7 639
11-12 ans	27,2 (25,2 - 29,1)	55,1 (52,9 - 57,3)	17,7 (16,1 - 19,4)	
13-14 ans	34,1 (32,1 - 36,1)	50,1 (48,0 - 52,3)	15,8 (14,3 - 17,4)	p = 0,115
15-16 ans	27,3 (25,4 - 29,3)	56,8 (54,6 - 58,9)	16,0 (14,4 - 17,6)	γ = 0,023
17-18 ans	26,1 (23,9 - 28,4)	55,2 (52,6 - 57,7)	18,7 (16,8 - 20,7)	
Âge x genre				N = 3 721
Filles 11-12	31,4 (28,5 - 34,4)	54,4 (51,3 - 57,6)	14,2 (12,2 - 16,6)	
Filles 13-14	42,3 (39,3 - 45,4)	46,0 (42,9 - 49)	11,6 (9,7 - 13,7)	p < 0,001
Filles 15-16	33,6 (30,8 - 36,5)	54,8 (51,8 - 57,9)	11,6 (9,7 - 13,6)	γ = 0,023
Filles 17-18	30,0 (26,8 - 33,5)	55,7 (52,1 - 59,4)	14,3 (11,9 - 17,0)	
				N = 3 868
Garçons 11-12	23,0 (20,5 - 25,7)	55,9 (52,9 - 59,0)	21,0 (18,7 - 23,7)	
Garçons 13-14	25,7 (23,2 - 28,4)	54,4 (51,4 - 57,4)	19,9 (17,7 - 22,4)	p = 0,176
Garçons 15-16	20,7 (18,3 - 23,3)	58,9 (55,9 - 61,9)	20,4 (18,0 - 23,0)	γ = 0,029
Garçons 17-18	22,2 (19,3 - 25,3)	54,7 (51,1 - 58,2)	23,0 (20,1 - 26,1)	
Genre				N = 7 589
Filles	34,7 (33,2 - 36,3)	52,5 (50,9 - 54,1)	12,8 (11,7 - 13,9)	p < 0,001
Garçons	23,0 (21,7 - 24,4)	56,0 (54,5 - 57,6)	21,0 (19,7 - 22,3)	Cramér's V. = 0,150
Aisance familiale				N = 7 437
Élevée	22,5 (20,6 - 24,6)	56,6 (54,3 - 59,0)	20,9 (19,0 - 22,8)	p < 0,001
Moyenne	27,4 (26,1 - 28,7)	55,8 (54,3 - 57,2)	16,8 (15,7 - 17,9)	γ = 0,192
Faible	40,6 (38,0 - 43,4)	46,7 (44,0 - 49,4)	12,7 (11,0 - 14,6)	
Origine migratoire				N = 7 354
Première génération	30,0 (27,8 - 32,3)	51,7 (49,2 - 54,1)	18,3 (16,5 - 20,3)	p < 0,001
Deuxième génération	30,3 (28,9 - 31,8)	53,5 (51,8 - 55,1)	16,2 (15,1 - 17,4)	Cramér's V. = 0,042
Pas de migration	24,7 (22,9 - 26,6)	58,0 (55,8 - 60,1)	17,3 (15,7 - 19,0)	
Structure familiale				N = 7 200
Autres	33,2 (25,7 - 40,8)	52,5 (44,7 - 60,7)	14,3 (9,4 - 20,8)	
Famille recomposée	32,3 (29,2 - 35,7)	54,2 (50,8 - 57,7)	13,4 (11,1 - 15,9)	p < 0,001
Parents isolés	35,1 (32,8 - 37,6)	50,4 (47,9 - 52,9)	14,5 (12,8 - 16,3)	Cramér's V. = 0,068
Deux parents	25,8 (24,5 - 27,0)	55,7 (54,3 - 57,2)	18,5 (17,4 - 19,6)	
Ordre d'enseignement				N = 7 639
ESC – classes sup.	21,3 (18,8 - 24,0)	60,3 (57,2 - 63,4)	18,4 (16,0 - 21,0)	
ESG – classes sup.	25,8 (23,0 - 29,0)	55,7 (52,3 - 59,1)	18,4 (15,9 - 21,2)	
Formation prof.	29,9 (26,3 - 33,9)	51,9 (47,7 - 56,0)	18,2 (15,2 - 21,6)	
ESC – classes inf.	24,5 (22,1 - 26,9)	58,6 (55,8 - 61,3)	16,9 (14,9 - 19,1)	p < 0,001
ESG – classes inf. (VO)	33,5 (31,2 - 35,7)	51,5 (49,1 - 53,9)	15,0 (13,4 - 16,8)	Cramér's V. = 0,089
ESG – classes inf. (VP)	43,5 (39,3 - 47,6)	42,5 (38,4 - 46,7)	14,0 (11,3 - 17,1)	
EF	28,3 (26,3 - 30,4)	54,1 (51,8 - 56,3)	17,7 (16,0 - 19,4)	

Il a été demandé aux répondants à quelle fréquence ils trouvent une solution à un problème s'ils fournissent assez d'efforts et à quelle fréquence ils arrivent à faire ce qu'ils ont décidé de faire. Les options de réponse allaient de « jamais » (1) à « toujours » (5), avec un score total de 2 à 10. L'auto-efficacité était catégorisée de la façon suivante : auto-efficacité faible (catégories 2 à 6), auto-efficacité moyenne (catégories 7 ou 8) et auto-efficacité élevée (catégories 9 ou 10). Les résultats sont en % (intervalle de confiance de 95,0 %).

Tableau 13 : Moyennes de l'auto-efficacité selon les groupes sociodémographiques

	Auto-efficacité	N	ANOVA	pvalue
Tous				
	7,19 (7,16 - 7,22)	7 639		
Âge				
11 ans	7,36 (7,27 - 7,45)			
12 ans	7,10 (7,01 - 7,19)			
13 ans	7,01 (6,91 - 7,10)			
14 ans	7,11 (7,02 - 7,20)			
15 ans	7,18 (7,09 - 7,27)	8 105	7,64	< 0,001
16 ans	7,26 (7,17 - 7,34)			
17 ans	7,36 (7,27 - 7,45)			
18 ans	7,23 (7,11 - 7,34)			
Âge x genre				
Filles 11	7,20 (7,07 - 7,33)			
Filles 12	6,94 (6,81 - 7,07)			
Filles 13	6,69 (6,56 - 6,81)			
Filles 14	6,81 (6,67 - 6,95)			
Filles 15	6,94 (6,81 - 7,07)			
Filles 16	7,02 (6,90 - 7,14)			
Filles 17	7,19 (7,06 - 7,32)			
Filles 18	7,05 (6,87 - 7,23)			
		8 051	17,97	< 0,001
Garçons 11	7,50 (7,38 - 7,63)			
Garçons 12	7,27 (7,14 - 7,39)			
Garçons 13	7,35 (7,22 - 7,48)			
Garçons 14	7,38 (7,27 - 7,50)			
Garçons 15	7,43 (7,31 - 7,55)			
Garçons 16	7,51 (7,39 - 7,63)			
Garçons 17	7,53 (7,40 - 7,66)			
Garçons 18	7,41 (7,26 - 7,57)			
Genre				
Filles	6,96 (6,92 - 7,01)			
Garçons	7,42 (7,38 - 7,46)	8 051	201,37	< 0,001
Aisance familiale				
Élevée	7,45 (7,39 - 7,52)			
Moyenne	7,22 (7,18 - 7,27)	7 892	81,15	< 0,001
Faible	6,79 (6,71 - 6,88)			
Origine migratoire				
Première génération	7,19 (7,11 - 7,26)			
Deuxième génération	7,14 (7,10 - 7,19)	7 806	8,56	< 0,001
Pas de migration	7,30 (7,24 - 7,36)			
Structure familiale				
Autres	7,01 (6,76 - 7,26)			
Famille recomposée	7,05 (6,95 - 7,15)			
Parents isolés	7,01 (6,94 - 7,09)	7 645	18,19	< 0,001
Deux parents	7,29 (7,25 - 7,33)			

Tableau 13 : Moyennes de l'auto-efficacité selon les groupes sociodémographiques (suite)

	Auto-efficacité	N	ANOVA	pvalue
Ordre d'enseignement				
ESC – classes sup.	7,45 (7,37 - 7,54)			
ESG – classes sup.	7,29 (7,19 - 7,38)			
Formation prof.	7,20 (7,07 - 7,32)			
ESC – classes inf.	7,30 (7,22 - 7,38)	8 105	18,71	< 0,001
ESG – classes inf. (VO)	7,05 (6,98 - 7,12)			
ESG – classes inf. (VP)	6,77 (6,64 - 6,91)			
EF	7,20 (7,13 - 7,26)			

Il a été demandé aux répondants à quelle fréquence ils trouvent une solution à un problème s'ils fournissent assez d'efforts et à quelle fréquence ils arrivent à faire ce qu'ils ont décidé de faire. Les options de réponse allaient de « jamais » (1) à « toujours » (5), avec un score total de 2 à 10. Les résultats sont en moyennes (intervalle de confiance de 95,0 %).

Bibliographie

- Allgaier, A.-K., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glöckner, J. et Schulte-Körne, G. (2012). Depression in pediatric care: Is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry*, 34(3), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.01.007>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM 5* (5^e éd.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control / Albert Bandura*. W.H. Freeman.
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Renzaho, A. M. N., Rawal, L. B., Baxter, J. et Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. *EclinicalMedicine*, 24, 100395. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100395>
- Blom, E. H., Bech, P., Högberg, G., Larsson, J. O. et Serlachius, E. (2012). Screening for depressed mood in an adolescent psychiatric context by brief self-assessment scales--testing psychometric validity of WHO-5 and BDI-6 indices by latent trait analyses. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 149. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-149>
- Boer, M., van Dorsselaer, S. A. F. M., de Looze, M., de Roos, S. A., Brons, H., van den Eijnden, R., Monshouwer, K., Huijnk, W., ter Bogt, T., Vollebergh, W. et Stevens, G. (2022). *HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Universiteit Utrecht.
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J. et Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606–616. <https://doi.org/10.1177/0004867414533834>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. et Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press.
- Catunda, C., Mendes, F. G., & Lopes Ferreira, J. (2023). *HBSC Study Luxembourg Methods : Report on the Luxembourg HBSC Survey 2022 - Health Behaviour in School-aged Children. World Health Organization collaborative cross-national study*.
- Chen, X., Cai, Z., He, J et Fan, X. (2020). Gender Differences in Life Satisfaction Among Children and Adolescents: A Meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 21(6), 2279–2307. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00169-9>
- Coley, R. L., O'Brien, M. et Spielvogel, B. (2019). Secular Trends in Adolescent Depressive Symptoms: Growing Disparities between Advantaged and Disadvantaged Schools. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(11), 2087–2098. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01084-1>
- Cosma, A., Stevens, G., Martin, G., Duinhof, E. L., Walsh, S. D., Garcia-Moya, I., Költő, A., Gobina, I., Canale, N., Catunda, C., Inchley, J. et Looze, M. de (2020). Cross-National Time Trends in Adolescent Mental Well-Being From 2002 to 2018 and the Explanatory Role of Schoolwork Pressure. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(6S), S50–S58. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.010>

- Costa, P. T., Terracciano, A. et McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322–331.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.322>
- Daly, M. (2022). Prevalence of Depression Among Adolescents in the U.S. From 2009 to 2019: Analysis of Trends by Sex, Race/Ethnicity, and Income. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 70(3), 496–499. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.08.026>
- Danielsen, A. G., Samdal, O., Hetland, J. et WOLD, B. (2009). School-Related Social Support and Students' Perceived Life Satisfaction. *The Journal of Educational Research*, 102(4), 303–320.
<https://doi.org/10.3200/JOER.102.4.303-320>
- DeSalvo, K. B., Blosner, N., Reynolds, K., He, J t Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267–275.
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *The American Psychologist*, 67(8), 590–597. <https://doi.org/10.1037/a0029541>
- Eccles, A. M., Qualter, P., Madsen, K. R et Holstein, B. E. (2020). Loneliness in the lives of Danish adolescents: Associations with health and sleep. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(8), 877–887.
<https://doi.org/10.1177/1403494819865429>
- Eriksen, H. et Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 445–448. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00629-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00629-9)
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Lim, J. X., Ho, M.-H. R. et Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of Affective Disorders*, 228, 248–253.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.014>
- Farrell, A. H., Vitoroulis, I., Eriksson, M et Vaillancourt, T. (2023). Loneliness and Well-Being in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 10(2).
<https://doi.org/10.3390/children10020279>
- Favotto, L., Michaelson, V., Pickett, W. et Davison, C. (2019). The role of family and computer-mediated communication in adolescent loneliness. *PLoS ONE*, 14(6), e0214617.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214617>
- Ferrer, R. et Klein, W. M. (2015). Risk perceptions and health behavior. *Current Opinion in Psychology*, 5, 85–89.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.012>
- Gaspar, T., Botelho Guedes, F., Cerqueira, A., Gaspar de Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2022). *A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia – Dados nacionais do estudo HBSC 2022*.
- Gruppo HBSC-Italia 2022. (2023). *HBSC 2022 Principali risultati*.
- Guimond, S., Branscombe, N. R., Brunot, S., Buunk, A. P., Chatard, A., Désert, M., Garcia, D. M., Haque, S., Martinot, D. et Yzerbyt, V. (2007). Culture, gender, and the self: Variations and impact of social comparison processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(6), 1118–1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.6.1118>
- Guo, J., Basarkod, G., Perales, F., Parker, P. D., Marsh, H. W., Donald, J., Dicke, T., Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Hu, X., Lonsdale, C., Sanders, T. et Del Pozo Cruz, B. (2022). The Equality Paradox: Gender Equality Intensifies Male

- Advantages in Adolescent Subjective Well-Being. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 1461672221125619. <https://doi.org/10.1177/01461672221125619>
- Heinz, A., Catunda, C., van Duin, C., Torsheim, T. et Willems, H. (2020). Patterns of Health-Related Gender Inequalities-A Cluster Analysis of 45 Countries. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(6S), S29-S39. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.011>
- Heinz, A., Kern, M. R., van Duin, C., Catunda, C. et Willems, H. (2021). *Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Luxemburg : Bericht zur luxemburgischen HBSC-Befragung 2018 - Health behaviour in school-aged children. World Health Organization collaborative cross-national study.* https://orbilu.uni.lu/bitstream/10993/46653/1/HBSC_Endbericht_2018_Web.pdf
- Heinz, A., van Duin, C., Kern, M. R., Catunda, C., & Willems, H. (2020). *Trends from 2006 - 2018 in Health Behaviour, Health Outcomes and Social Context of Adolescents in Luxembourg : HBSC Luxembourg Trends Report.* <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/42571>
- Hetlevik, Ø., Meland, E., Hufthammer, K. O., Bredablik, H. J., Jahanlu, D. et Vie, T. L. (2020). Self-rated health in adolescence as a predictor of 'multi-illness' in early adulthood: A prospective registry-based Norwegian HUNT study. *SSM - Population Health*, 11, 100604. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100604>
- Högberg, B. (2021). Educational stressors and secular trends in school stress and mental health problems in adolescents. *Social Science & Medicine* (1982), 270, 113616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113616>
- Huebner, E. S., Drane, W. et Valois, R. F. (2000). Levels and Demographic Correlates of Adolescent Life Satisfaction Reports. *School Psychology International*, 21(3), 281-292. <https://doi.org/10.1177/01430343000213005>
- Idler, E. L. et Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C. et Arnarsson, Á. M. (dir.). (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being : Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada.* International report. Volume 1. Key findings. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf?ua=1>
- Jackson, L. T. B., van de Vijver, F. J. R. et Fouché, R. (2014). Psychological strengths and subjective well-being in South African white students. *1433-0237*, 24(4), 299-307. <https://doi.org/10.1080/14330237.2014.980617>
- Jerusalem, M. et Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. Dans R. Schwarzer (dir.), *Self-efficacy : Thought control of action* (p. 195-213). Taylor & Francis.
- Keyes, K. M., Gary, D., O'Malley, P. M., Hamilton, A. et Schulenberg, J. (2019). Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: Trends from 1991 to 2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 987-996. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01697-8>
- Kirsch, C., Vaiouli, P., Bebić-Crestany, D., Andreoli, F. D., Peluso, E. et Hauffels, I. (2022). *The impact of the Covid-19 pandemic in Luxembourg in 2021: Children aged 6-16 share their subjective well-being and experiences : First findings of the project COVID-Kids I.* University of Luxembourg.
- Krieger, N., Kiang, M. V., Kosheleva, A., Waterman, P. D., Chen, J. T. et Beckfield, J. (2015). Age at menarche: 50-year socioeconomic trends among US-born black and white women. *American Journal of Public Health*, 105(2), 388-397. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301936>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O. et Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>

- La Fuente, J. de, Malpica-Chavarria, E. A., Garzón-Umerenkova, A. et Pachón-Basallo, M. (2021). Effect of Personal and Contextual Factors of Regulation on Academic Achievement during Adolescence: The Role of Gender and Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18178944>
- Laursen, B. et Hartl, A. C. (2013). Understanding loneliness during adolescence: Developmental changes that increase the risk of perceived social isolation. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1261–1268.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.06.003>
- Looze, M. E. de, Huijts, T., Stevens, G. W. J. M., Torsheim, T. et Vollebergh, W. A. M. (2018). The Happiest Kids on Earth. Gender Equality and Adolescent Life Satisfaction in Europe and North America. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(5), 1073–1085. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0756-7>
- Lyyra, N., Thorsteinsson, E. B., Eriksson, C., Madsen, K. R., Tolvanen, A., Löfstedt, P. et Välimaa, R. (2021). The Association between Loneliness, Mental Well-Being, and Self-Esteem among Adolescents in Four Nordic Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18147405>
- Lyyra, N., Välimaa, R. et Tynjälä, J. (2018). Loneliness and subjective health complaints among school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(20_suppl), 87–93. <https://doi.org/10.1177/1403494817743901>
- Madsen, K. R., Damsgaard, M. T., Rubin, M., Jervelund, S. S., Lasgaard, M., Walsh, S., Stevens, G. G. W. J. M. et Holstein, B. E. (2016). Loneliness and Ethnic Composition of the School Class: A Nationally Random Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(7), 1350–1365. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0432-3>
- Mazur, J., Szkultecka-Dębek, M., Dzielska, A., Drozd, M. et Małkowska-Szcutnik, A. (2018). What does the Cantril Ladder measure in adolescence? *Archives of Medical Science : AMS*, 14(1), 182–189.
<https://doi.org/10.5114/aoms.2016.60718>
- Mojtabai, R., Olfson, M. et Han, B. (2016). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*, 138(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- Moksnes, U. K. et Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents-gender and age as potential moderators. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 22(10), 2921–2928. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0427-4>
- Moreno-Agostino, D., Wu, Y.-T., Daskalopoulou, C., Hasan, M. T., Huisman, M. et Prina, M. (2021). Global trends in the prevalence and incidence of depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.035>
- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S. et Hennessy, E. (2020). Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
- Orben, A., Lucas, R. E., Fuhrmann, D. et Kievit, R. A. (2022). Trajectories of adolescent life satisfaction. *Royal Society Open Science*, 9(8), 211808. <https://doi.org/10.1098/rsos.211808>
- Parodi, K. B., Holt, M. K., Green, J. G., Porche, M. V., Koenig, B. et Xuan, Z. (2022). Time trends and disparities in anxiety among adolescents, 2012–2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(1), 127–137.
<https://doi.org/10.1007/s00127-021-02122-9>
- Pavot, W. et Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>

- Plummer, F., Manea, L., Trepel, D. et McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: A systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.11.005>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. et Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Qualter, P., Hennessey, A., Yang, K., Chester, K. L., Klemmer, E. et Brooks, F. (2021). Prevalence and Social Inequality in Youth Loneliness in the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910420>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J. et Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142–1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D. et Snell, G. (2022). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 173–189. <https://doi.org/10.1111/camh.12501>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., . . . Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Schwarzer, R. et Luszczynska, A. (2006). Self-Efficacy, Adolescents' Risk-Taking Behaviour, And Health. Dans F. Pajares et T. Urdan (dir.), *Adolescence and education. Self-efficacy beliefs of adolescents* (p. 139–159). IAP - Information Age Pub.
- Sheeran, P. et Webb, T. L. (2016). The Intention-Behavior Gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 503–518. <https://doi.org/10.1111/spc3.12265>
- Steffen, A., Thom, J., Jacobi, F., Holstiege, J. et Bätzing, J. (2020). Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *Journal of Affective Disorders*, 271, 239–247. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.082>
- Svedberg, P., Eriksson, M. et Boman, E. (2013). Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 176. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-176>
- United Nations. (2016). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>
- Vingilis, E. R., Wade, T. J. et Seeley, J. S. (2002). Predictors of Adolescent Self-rated Health: Analysis of the National Population Health Survey. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 93(3), 193–197. <https://doi.org/10.1007/BF03404999>
- Wade, T. J., Cairney, J. et Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 190–198. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00013>

- Wesselhoeft, R., Sørensen, M. J., Heiervang, E. R. et Bilenberg, N. (2013). Subthreshold depression in children and adolescents - a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 7–22.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.010>
- WHO. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*.
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- World Health Organization. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011854>
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>
- Zaborskis, A., Kavaliauskienė, A., Dimitrova, E. et Eriksson, C. (2022). Pathways of Adolescent Life Satisfaction Association with Family Support, Structure and Affluence: A Cross-National Comparative Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(7). <https://doi.org/10.3390/medicina58070970>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. et Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des réponses concernant la satisfaction de vie (échelle de Cantril).....	4
Figure 2 : Score moyen de la satisfaction de vie selon l'âge et le genre.....	5
Figure 3 : Score moyen de la satisfaction de vie selon l'aisance familiale et le profil migratoire.....	6
Figure 4 : Score moyen de la satisfaction de vie selon la structure familiale.....	7
Figure 5 : Score moyen de la satisfaction de vie selon l'ordre d'enseignement.....	7
Figure 6 : Répartition des réponses concernant les symptômes psychosomatiques.....	8
Figure 7 : Prévalence de symptômes psychosomatiques multiples selon l'âge et le genre.....	9
Figure 8 : Répartition des réponses concernant l'état de santé perçu.....	11
Figure 9 : État de santé « excellent » selon l'âge et le genre.....	12
Figure 10 : Répartition des réponses concernant le bien-être.....	13
Figure 11 : Score moyen du bien-être selon l'âge et le genre.....	14
Figure 12 : Prévalence du risque de dépression selon l'âge et le genre.....	15
Figure 13 : Répartition des réponses de la GAD-2.....	16
Figure 14 : Prévalence de la symptomatologie anxieuse (GAD-2).....	17
Figure 15 : Symptomatologie anxieuse selon l'âge et le genre.....	17
Figure 16 : Répartition des réponses concernant la solitude.....	18
Figure 17 : Prévalence de la solitude selon l'âge et le genre.....	19
Figure 18 : Répartition des réponses concernant l'auto-efficacité.....	20
Figure 19 : Auto-efficacité selon l'âge et le genre.....	21
Figure 20 : Auto-efficacité selon l'ordre d'enseignement.....	21
Figure 21 : Tendance dans la satisfaction de vie.....	23
Figure 22 : Prévalence de la satisfaction de vie selon les groupes sociodémographiques.....	33
Figure 23 : Prévalence de symptômes psychosomatiques multiples selon les groupes sociodémographiques.....	37
Figure 24 : Prévalence de l'état de santé perçue selon les groupes sociodémographiques.....	41
Figure 25 : Prévalence du bien-être et du risque de dépression selon les groupes sociodémographiques.....	43
Figure 26 : Prévalence de la symptomatologie anxieuse selon les groupes sociodémographiques.....	48
Figure 27 : Prévalence de la solitude selon les groupes sociodémographiques.....	50
Figure 28 : Prévalence de l'auto-efficacité selon les groupes sociodémographiques.....	52

Liste des tableaux

Tableau 1 : Sommaire de l'analyse de régression linéaire prédisant la satisfaction de vie.....	25
Tableau 2 : Sommaire de l'analyse de la régression linéaire prédisant la satisfaction de vie, ventilée par genre.....	26
Tableau 3 : Prévalence de la satisfaction de vie selon les groupes sociodémographiques.....	34
Tableau 4 : Moyennes de la satisfaction de vie selon les groupes sociodémographiques.....	35
Tableau 5 : Prévalence de symptômes psychosomatiques multiples selon les groupes sociodémographiques.....	38
Tableau 6 : Moyennes des symptômes psychosomatiques multiples selon les groupes sociodémographiques.....	39
Tableau 7 : Prévalence de l'état de santé perçue selon les groupes sociodémographiques.....	42
Tableau 8 : Prévalence du bien-être et du risque de dépression selon les groupes sociodémographiques.....	44
Tableau 9 : Moyennes du bien-être selon les groupes sociodémographiques.....	46
Tableau 10 : Prévalence de la symptomatologie anxieuse selon les groupes sociodémographiques.....	49
Tableau 11 : Prévalence de la solitude selon les groupes sociodémographiques.....	51
Tableau 12 : Prévalence de l'auto-efficacité selon les groupes sociodémographiques.....	53
Tableau 13 : Moyennes de l'auto-efficacité selon les groupes sociodémographiques.....	54

Abréviations

EF	Enseignement Fondamental
ESC	Enseignement Secondaire Classique
ESG	Enseignement Secondaire Général
FAS	<i>Family Affluence Scale</i>
FP	Formation Professionnelle
HBSC	(Étude / enquête) <i>Health Behaviour in School-aged Children</i>
SCRIPT	Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques
VO	Voie d'orientation
VP	Voie de préparation
OMS	Organisation mondiale de la santé

Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

Ce rapport fournit des informations concernant la santé mentale et le bien-être d'adolescents âgés de 11 ans à 18 ans fréquentant les écoles publiques et privées au Luxembourg dont l'enseignement est basé sur le programme national en 2022.

On constate des différences entre les genres dans tous les domaines de la santé mentale et du bien-être. Comparées aux garçons, les filles rapportent une satisfaction de vie et un niveau de bien-être plus faible, souffrent plus fréquemment de symptômes psychosomatiques et se jugent moins souvent en excellente santé. De plus, elles présentent une prévalence plus élevée de symptômes de dépression et d'anxiété, se sentent plus souvent seules et déclarent des niveaux d'auto-efficacité plus faibles que les garçons. Ce rapport inclut également d'autres caractéristiques sociodémographiques tels que l'âge, l'aisance familiale, l'origine migratoire, la structure familiale et l'ordre d'enseignement. Bien que des différences aient été rapportées, elles sont moins prononcées.

De plus, ce rapport examine l'écart entre les genres en matière de satisfaction de vie en tenant compte des facteurs aussi bien sociodémographiques que psychosociaux. Les analyses menées montrent que les différences entre les genres en matière de satisfaction de vie reflètent les différences entre les genres dans d'autres facteurs psychosociaux et de soutien social comme l'anxiété, la solitude et le soutien familial.

Université du Luxembourg

Campus Belval

Maison de Sciences Humaines

11, Porte des Sciences

L-4366 Esch-sur-Alzette

www.hbsc.lu