



**hbsc**  
HEALTH BEHAVIOUR IN  
SCHOOL-AGED CHILDREN  
LËTZEBUERG / LUXEMBOURG

# Comportements à risque 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



# Comportements à risque 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)

Carolina Catunda  
Felipe G. Mendes  
Joana Lopes Ferreira

Références bibliographiques :

Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana (2024).  
Comportements à risque 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 ; Avril 2024

ISBN : 978-2-87971-210-9

Imprimé par : reka print+, Ehlerange, Luxembourg

# Contenu

<b>Contributeurs</b>	<b>VII</b>
Auteurs	VII
Équipe HBSC Luxembourg	VII
<b>Remerciements</b>	<b>IX</b>
<b>Résumé</b>	<b>XI</b>
<b>Comportements à risque</b>	<b>1</b>
<b>Consommation d'alcool et expérience de l'ivresse</b>	<b>4</b>
Consommation d'alcool	4
Ivresse	6
<b>Consommation de cigarettes et de cigarettes électroniques</b>	<b>8</b>
Consommation de cigarettes	8
Utilisation de cigarettes électroniques	10
<b>Consommation de cannabis et acceptabilité sociale</b>	<b>13</b>
Consommation de cannabis	13
Âge à la première consommation de cannabis	15
Acceptabilité du cannabis	16
<b>Rapports sexuels et contraception</b>	<b>19</b>
Rapports sexuels	19
Âge au premier rapport sexuel	20
Contraception	21
<b>Utilisation problématique des réseaux sociaux</b>	<b>23</b>
<b>Harcèlement et bagarres</b>	<b>25</b>
Harcèlement	25
Victimes de harcèlement	25
Participation au harcèlement	26
Bagarres	28
<b>Le harcèlement au sein de l'école à la loupe</b>	<b>30</b>
Introduction	30
Méthode	31
Résultats et analyse	31
<b>Conclusions et perspectives</b>	<b>37</b>
<b>Annexe</b>	<b>41</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>93</b>
<b>Liste des figures</b>	<b>103</b>
<b>Liste des tableaux</b>	<b>105</b>
<b>Abréviations</b>	<b>107</b>



# 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

## 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
Aurélie 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

Ce rapport présente les résultats de l'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) sur les comportements à risque en matière de santé des enfants et adolescents en âge scolaire menée au Luxembourg en 2022. Elle porte sur 7 893 jeunes âgés de 11 à 18 ans et fournit des informations détaillées sur les domaines suivants : consommation d'alcool et expérience de l'ivresse ; consommation de cigarettes et de cigarettes électroniques ; consommation de cannabis et son acceptabilité ; rapports sexuels et contraception ; utilisation problématique des réseaux sociaux ; harcèlement et bagarres.

## Consommation d'alcool et expérience de l'ivresse

Environ 60 % des adolescents interrogés ont déclaré n'avoir jamais bu d'alcool au cours de leur vie. La consommation d'alcool est positivement associée à l'âge et à l'aisance familiale : plus l'adolescent est âgé et plus le niveau d'aisance de sa famille est élevé, plus la probabilité qu'il ou elle ait déjà bu de l'alcool au cours de sa vie et des 30 derniers jours est élevée. La prévalence de la consommation d'alcool est plus élevée chez les adolescents vivant au sein d'une famille monoparentale ou recomposée, ainsi que chez ceux qui ne sont pas issus de l'immigration. Le genre n'est pas lié à la consommation d'alcool. La répartition sociale de l'expérience de l'ivresse présente des tendances similaires, avec environ 79 % des répondants ayant déclaré n'avoir jamais été ivres de leur vie. La prévalence de la consommation d'alcool et de l'expérience de l'ivresse a légèrement diminué depuis 2018.

## Consommation de cigarettes et de cigarettes électroniques

Environ 80 % des participants ont déclaré n'avoir jamais fumé de leur vie. Dans l'ensemble, la consommation de cigarette est liée à l'âge, à la structure familiale et à l'ordre d'enseignement. La prévalence des fumeurs est plus élevée chez les adolescents plus âgés et ceux qui suivent une formation professionnelle, et plus faible chez les répondants vivant avec leurs deux parents. On observe de légères différences liées au genre : la prévalence de la consommation de cigarettes au cours de la vie est plus élevée chez les filles, mais elle est plus élevée chez les garçons au cours des 30 derniers jours. Ces différences sont toutefois relativement faibles. L'aisance familiale et le profil migratoire n'ont pas d'incidence à cet égard. Par ailleurs, environ 75 % des répondants ont indiqué n'avoir jamais vapoté, la prévalence au cours de la vie étant positivement liée à l'âge. Ce lien se reflète dans l'association entre le vapotage et l'ordre d'enseignement. La prévalence au cours de la vie est plus élevée chez les jeunes issus de familles dont le niveau d'aisance est élevé que chez leurs pairs. Le fait de ne pas être issu de l'immigration et de vivre avec ses deux parents est lié à une prévalence au cours de la vie relativement faible. La distribution sociale de la prévalence au cours des 30 derniers jours suit une logique similaire, bien que cette prévalence soit légèrement plus élevée chez les filles que chez les garçons. La prévalence de la consommation de cigarettes a légèrement diminué depuis 2018.

## Consommation de cannabis et son acceptabilité

Environ 21 % des répondants ont indiqué avoir déjà consommé du cannabis. La prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie est positivement liée à l'âge. La relation entre l'ordre d'enseignement et la consommation de cannabis reflète en partie cet effet de l'âge. Le fait de vivre avec ses deux parents est lié à une plus faible probabilité d'avoir déjà consommé du cannabis. Le genre, l'aisance familiale et le profil migratoire ne sont pas liés à la consommation de cannabis. Les données relatives à la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours suivent une répartition similaire. La prévalence de la consommation de cannabis a légèrement augmenté depuis 2018.

Par ailleurs, environ 63 % des répondants ont rapporté rejeter la consommation de cannabis. Environ 54 % des répondants ont indiqué que leurs amis n'étaient pas favorables à la consommation de cannabis, et environ 88 %, que leurs parents n'y étaient pas favorables.

### **Rapports sexuels et contraception**

Environ 29 % des répondants ont indiqué avoir déjà eu un rapport sexuel. Cette prévalence est plus élevée chez les adolescents plus âgés, les garçons, les jeunes issus de la première génération d'immigrés, les participants vivant au sein d'une famille monoparentale ou recomposée et les élèves en formation professionnelle que chez leurs pairs. Par rapport à 2018, il convient de noter que l'aisance familiale n'est plus liée à la sexualité des jeunes en 2022. Par ailleurs, environ 41 % des adolescents interrogés ont déclaré que leur partenaire ou eux-mêmes prenaient la pilule contraceptive au moment de leur dernier rapport sexuel. Environ 59 % ont déclaré avoir utilisé un préservatif dans le même contexte. La répartition sociale de la prévalence de l'utilisation de la contraception est similaire en 2018 et en 2022.

### **Utilisation problématique des réseaux sociaux**

Environ 9 % des participants présentent une utilisation problématique des réseaux sociaux. Les adolescents âgés de 13 et 14 ans, les filles, les répondants dont le niveau d'aisance familiale est faible et les élèves de l'ESG sont plus susceptibles d'avoir une utilisation problématique des réseaux sociaux que leurs pairs. De plus, le fait de vivre avec ses deux parents et de ne pas être issu de l'immigration protège contre les dangers liés aux réseaux sociaux. La prévalence de l'utilisation problématique des réseaux sociaux a presque doublé depuis 2018.

### **Harcèlement, cyberharcèlement et bagarres**

La prévalence du harcèlement scolaire est moins élevée que celle du cyberharcèlement. Environ 7 % des jeunes ont déclaré avoir été harcelés à l'école au cours des derniers mois. Les adolescents les plus jeunes, les élèves de l'ESG et les filles sont plus susceptibles d'être harcelés que leurs pairs. Le fait de vivre avec ses deux parents constitue une protection. Environ 13 % des adolescents sont victimes de cyberharcèlement. Ce taux est plus élevé chez les participants âgés de 11 à 14 ans et les élèves de l'ESG que chez les autres jeunes. La prévalence des auteurs de harcèlement en ligne est plus élevée que celle des auteurs de harcèlement scolaire. Dans les deux cas, les harceleurs sont plus susceptibles d'être des garçons âgés de 13 et 14 ans, d'être des élèves de la voie de préparation, de vivre au sein d'une famille monoparentale ou recomposée et d'être issus de l'immigration. Dans l'ensemble, la prévalence des victimes et des auteurs de harcèlement en ligne et hors ligne est restée stable depuis 2018. La prévalence des victimes en ligne a cependant augmenté au cours des quatre dernières années. Par ailleurs, environ 30 % des jeunes interrogés ont déclaré avoir participé à au moins une bagarre au cours de la dernière année. La prévalence correspondante est plus élevée chez les jeunes adolescents, les garçons, les jeunes dont le niveau d'aisance familiale est faible, les jeunes issus de la première et deuxième génération d'immigrés, les participants vivant au sein d'une famille monoparentale ou recomposée, ainsi que chez les élèves des classes inférieures et de l'ESG. Depuis 2018, le taux de participants déclarant avoir participé à une bagarre a augmenté chez les garçons et est resté stable chez les filles.

### **Le harcèlement scolaire à la loupe**

Une personne est victime de harcèlement scolaire lorsqu'elle est exposée de façon répétée à des actions négatives d'une ou de plusieurs autres personnes. Au Luxembourg, bien que la prévalence des victimes de harcèlement scolaire ait diminué de manière significative depuis 2006, elle est restée stable entre 2018 et 2022. Le harcèlement étant associé à des conséquences néfastes sur la santé mentale et, au Luxembourg, à l'ordre d'enseignement fréquenté,

cette section vise à mieux comprendre les différences mentionnées précédemment et la relation de ces dernières avec la santé mentale des élèves. Les adolescents luxembourgeois qui n'ont pas été harcelés affichent un niveau de bien-être supérieur à ceux ayant été harcelés au cours des derniers mois. Toutefois, en analysant les résultats par ordre d'enseignement, on n'a observé aucune différence significative en la matière pour les élèves des classes inférieures de l'ESG et de la voie de préparation, qu'ils aient été victimes ou non de harcèlement. Dans tous les autres ordres d'enseignement, cette différence reste significative. Il convient de noter que les élèves des classes inférieures de l'ESG et de la voie de préparation présentent la prévalence la plus élevée de victimes de harcèlement. Les individus ayant tendance à évaluer leurs expériences par rapport aux autres, ces résultats suggèrent que le problème pourrait être minimisé dans un contexte où la prévalence du harcèlement est élevée. En d'autres termes, une forte prévalence du harcèlement dans l'environnement des élèves pourrait atténuer le lien entre harcèlement et bien-être.

### **Conclusions et perspectives**

La prévalence de la plupart des comportements à risque étudiés a légèrement diminué ou est restée stable depuis 2018. Il faut toutefois mentionner deux exceptions : la consommation de cannabis, dont la prévalence a légèrement augmenté, et l'utilisation problématique des réseaux sociaux, dont la prévalence a presque doublé depuis 2018. Par ailleurs, les analyses menées ont permis, dans la plupart des cas, de mettre en évidence un lien entre les comportements à risque et l'âge, la structure familiale ainsi que l'ordre d'enseignement. Le genre, l'aisance familiale et le profil migratoire présentent des liens moins systématiques et plus faibles avec les comportements à risque étudiés. La répartition sociale des comportements à risque n'a pas évolué de manière significative depuis 2018.



Comportements à risque





## Comportements à risque

L'adolescence est depuis longtemps considérée comme une période de transition caractérisée par la recherche d'une plus grande autonomie vis-à-vis de la famille et une augmentation de l'importance accordée aux relations avec les pairs (Giordano, 2003). Cette période charnière dans le développement de l'image de soi est couramment associée à l'apparition de comportements d'intériorisation (Pfeifer et Allen, 2021), à d'éventuels conflits générationnels (Warren-Adamson et Coleman, 1992) ainsi qu'à une propension à faire de nouvelles expériences, à remettre en question ou à transgresser les règles, et à adopter des comportements à risque (Jackson et al., 2012; Kelley et al., 2004; Leather, 2009).

Généralement définis comme « tout comportement contrôlé consciemment ou non, dont l'issue, les bénéfices ou les coûts éventuels sur le bien-être physique, économique ou psychosocial de l'individu concerné et/ou d'autrui sont perçus comme incertains » (Trimpop, 1994), les comportements à risque ont fait l'objet de caractérisations spécifiques dans différents domaines de recherche tels que l'économie et la santé publique. Dans le cadre de l'enquête HBSC, les comportements à risque sont définis en fonction des effets négatifs et/ou indésirables qu'ils peuvent avoir sur la santé. Plus précisément, ils renvoient à la consommation de substances (alcool, cannabis, cigarette, cigarette électronique), au non-emploi de moyens de contraception, au fait d'être victime ou auteur de harcèlement et de bagarres ainsi qu'à l'utilisation problématique des réseaux sociaux.

Ce rapport actualise et rend compte de la prévalence des comportements à risque chez les adolescents au Luxembourg. Il fait partie d'une série de rapports visant à fournir à la communauté une vue d'ensemble de la santé des adolescents et de leurs comportements en matière de santé en 2022, au Luxembourg. Il s'appuie sur des données recueillies au cours du premier semestre 2022, période durant laquelle 9 432 élèves luxembourgeois, répartis dans 688 classes et 152 établissements scolaires, ont répondu à un questionnaire anonyme sur papier pendant leurs heures de cours. Ce rapport porte sur l'étude d'un échantillon de 7 893 jeunes âgés de 11 à 18 ans inscrits dans des établissements scolaires qui suivent les programmes de l'enseignement public luxembourgeois<sup>1</sup>.

---

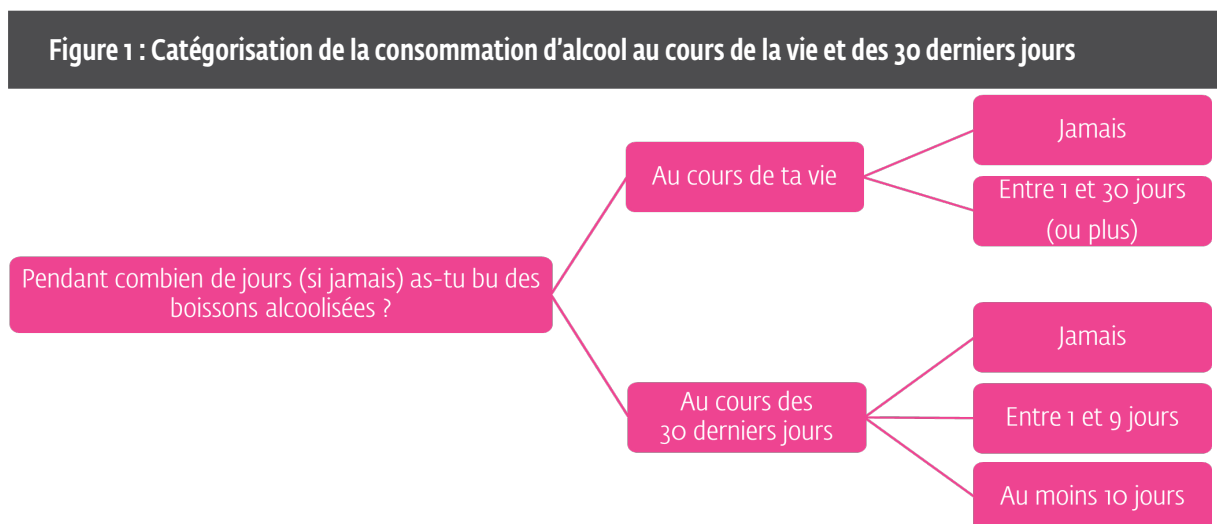
<sup>1</sup> Pour plus d'information sur la population, veuillez consulter le Catunda et al. (2023).

## Consommation d'alcool et expérience de l'ivresse

Malgré l'interdiction de la vente de boissons alcoolisées aux mineurs dans une majorité de pays, l'alcool reste la substance psychoactive la plus couramment consommée par les adolescents (Leung et al., 2014; Wu et Ringwalt, 2006). En 2016, la prévalence de la consommation d'alcool chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans était la plus élevée en Europe (43,2 %) et aux Amériques (38,2 %). À l'échelle mondiale, ce taux s'élevait à 26,5 % (World Health Organization, 2018). La consommation d'alcool pendant l'adolescence reste un sujet de préoccupation pour au moins deux raisons. Premièrement, elle a une incidence sur la consommation d'alcool à l'âge adulte : plus l'initiation est précoce, plus le risque de développer une dépendance à l'alcool et des troubles à l'âge adulte est élevé (Grant et al., 2001; Leung et al., 2014). Deuxièmement, la consommation d'alcool est associée à des troubles neuroanatomiques (par exemple, une diminution accélérée du volume de matière grise) et fonctionnels (par exemple, en matière de capacités d'apprentissage; Lees et al., 2020; Spear, 2018).

### Consommation d'alcool

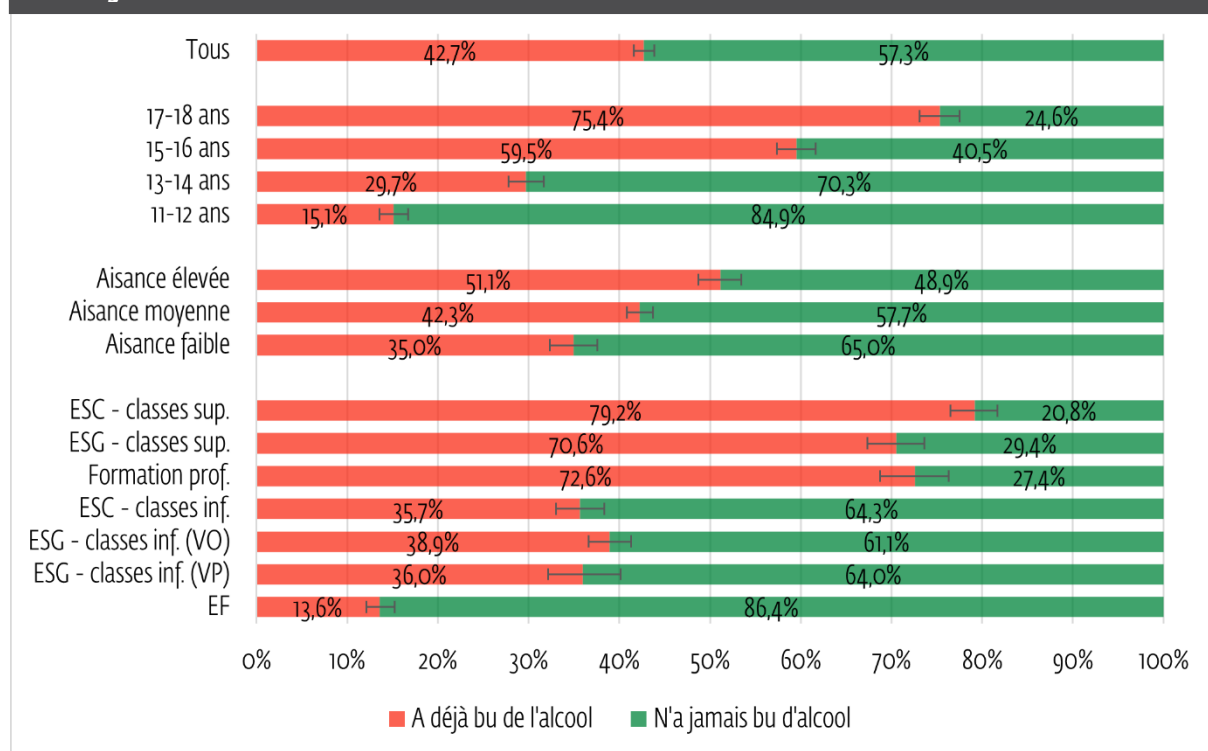
L'enquête HBSC comprend des items évaluant la consommation d'alcool et l'ivresse. Plus précisément, les participants ont été invités à reporter le nombre de jours durant lesquels ils avaient bu des boissons alcoolisées, au cours de leur vie et lors du mois écoulé. Dans les deux cas, les modalités de réponse allaient de 1 (« Jamais ») à 7 (« 30 jours ou plus »). Les réponses ont été recodées pour distinguer (1) les adolescents ayant déclaré n'avoir jamais bu d'alcool de leur vie de ceux ayant déclaré en avoir déjà bu, et (2) les adolescents ayant déclaré ne pas avoir bu d'alcool au cours des 30 derniers jours, ceux ayant déclaré en avoir bu entre un et neuf jours (buveurs occasionnels), et ceux ayant déclaré en avoir bu pendant au moins dix jours (buveurs réguliers). La Figure 1 représente l'organigramme des questions.



Comme le montre la Figure 2, 57,3 % des jeunes interrogés ont déclaré n'avoir jamais bu d'alcool au cours de leur vie. Cette prévalence était de 55,9 % en 2018. À cet égard, les différences les plus importantes sont dues à l'âge, à l'aisance familiale et à l'ordre d'enseignement. Ainsi, plus l'adolescent est âgé et plus le niveau d'aisance de sa famille est élevé,

plus la probabilité qu'il ou elle ait déjà bu de l'alcool est élevée. Si les différences dues à l'ordre d'enseignement reflètent en partie ces dynamiques liées à l'âge, la prévalence des adolescents déclarant n'avoir jamais consommé d'alcool de leur vie est plus élevée chez les élèves des classes supérieures de l'ESG (29,4 %) et en formation professionnelle (27,4 %) que chez ceux des classes supérieures de l'ESC (20,8 %). Il convient également de noter que la prévalence de la consommation d'alcool au cours de la vie est plus faible chez les adolescents vivant avec leurs deux parents et chez les jeunes issus de la première et deuxième génération d'immigrés que chez leurs pairs respectifs. Le genre n'a pas d'incidence ici (voir le Figure 27 et le Tableau 3 en annexe).

**Figure 2 : Prévalence de la consommation d'alcool au cours de la vie selon l'âge, l'aisance familiale et l'ordre d'enseignement**



En 2022, 72,5 % des participants ont indiqué ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 30 derniers jours, contre 71,1 % en 2018. La prévalence de la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours suit des schémas de répartition assez similaires à ceux décrits ci-dessus. Il sied toutefois de noter que la prévalence des buveurs réguliers est plus élevée dans la formation professionnelle que dans les autres ordres (pour en savoir plus, voir la Figure 28 et le Tableau 4 en annexe).

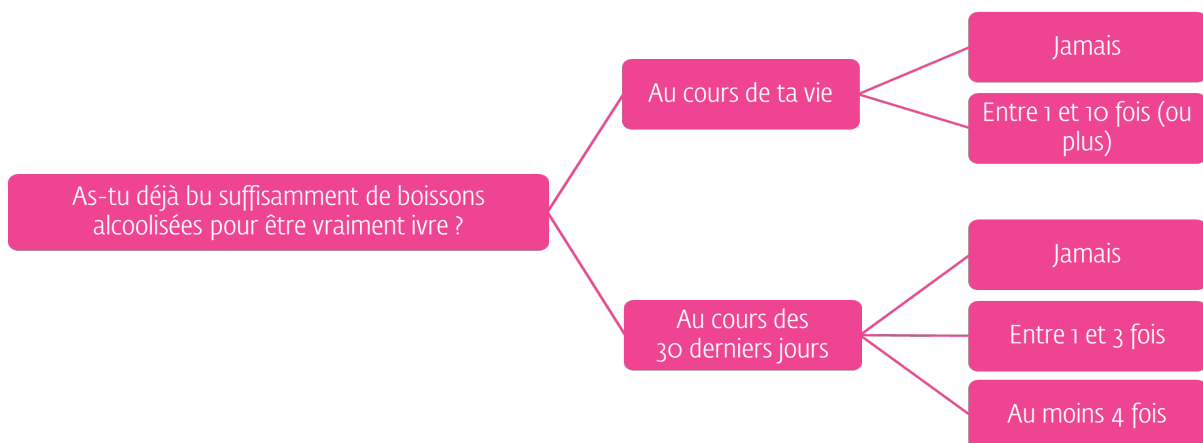
Au Luxembourg, les résultats des précédentes enquêtes HBSC ont montré une baisse significative de la consommation d'alcool et de l'expérience de l'ivresse chez les jeunes depuis 2010 (Heinz et al., 2020). Cependant, ce phénomène n'est pas propre au Luxembourg. Au cours des dernières décennies, la recherche a mis en évidence une baisse générale de la consommation d'alcool chez les adolescents dans la plupart des pays européens (Kraus et al., 2020). Plusieurs facteurs permettent d'expliquer en partie cette dynamique. Ils renvoient notamment aux mesures politiques mises en place (Lintonen et al., 2013), au ralentissement de l'économie (Pabilonia, 2017), aux phénomènes migratoires et aux interdits religieux (Monshouwer et al., 2007), ainsi qu'à la consommation d'autres substances

psychoactives, dont le cannabis (Gripe et al., 2018). Néanmoins, la mesure dans laquelle ces tendances s'appliquent à chaque sous-type de consommateurs (par exemple, les buveurs réguliers) reste peu étudiée (Loy et al., 2021).

## Ivresse

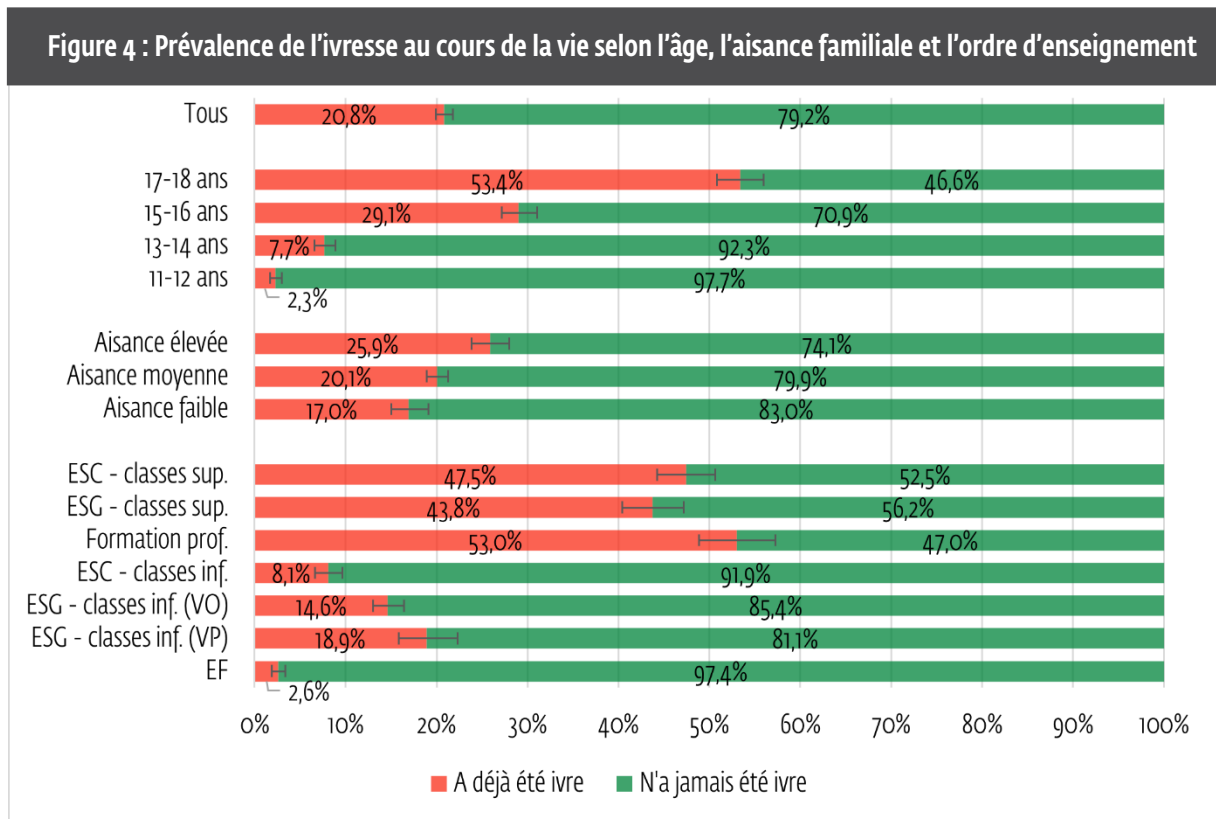
Comme pour la consommation d'alcool, les participants ont été invités à indiquer s'ils avaient, au cours de leur vie et lors du mois écoulé, bu tellement d'alcool qu'ils étaient vraiment ivres. Ici, les modalités de réponse allaient de 1 (« Non, jamais ») à 5 (« Oui, plus de 10 fois »). Les réponses ont été recodées pour distinguer (1) les adolescents ayant déclaré n'avoir jamais été ivres de leur vie de ceux ayant déclaré l'avoir déjà été, et (2) les adolescents ayant déclaré ne pas avoir été ivres au cours des 30 derniers jours, ceux ayant déclaré l'avoir été entre une et trois fois, et ceux ayant déclaré l'avoir été au moins quatre fois. La Figure 3 présente l'organigramme des questions.

Figure 3 : Catégorisation de l'ivresse au cours de la vie et des 30 derniers jours



En 2022, 20,8 % des participants ont déclaré avoir déjà été ivres au moins une fois dans leur vie (voir la Figure 4), contre 22,1 % en 2018. On a observé une nette diminution entre 2006 et 2018. Cependant, entre 2018 et 2022, cette baisse a persisté pour les garçons (Health Behaviour in School-aged Children Luxembourg Study, 2023), alors que la prévalence des filles ayant été ivres au cours des 30 derniers jours est restée stable. En 2022, on ne constate aucune différence significative liée au genre.

L'expérience de l'ivresse est liée à l'âge et à l'aisance familiale : les adolescents plus âgés et ceux vivant dans des familles au niveau d'aisance élevé sont plus nombreux à avoir déjà été ivres (voir la figure 4). Chez les adolescents plus âgés, la prévalence de cette expérience est plus élevée chez les élèves en formation professionnelle (53 %) que chez ceux des classes supérieures de l'ESC (47,5 %) et de l'ESG (43,8 %). Chez les adolescents fréquentant les classes inférieures, la prévalence correspondante est plus élevée dans la voie de préparation (18,9 %) que dans la voie d'orientation (14,6 %) et l'ESC (8,1 %). Les différences dues au profil migratoire et à la structure familiale sont moindres. Ici aussi, la prévalence de l'expérience de l'ivresse est plus faible chez les jeunes vivant avec leurs deux parents et chez les jeunes issus de la première et deuxième génération d'immigrés que chez leurs pairs (pour en savoir plus, voir la Figure 29 et le Tableau 5 en annexe).



Les résultats concernant l'expérience de l'ivresse au cours des 30 derniers jours suivent des tendances assez similaires, bien que l'ampleur des différences observées soit plus faible. De plus, le lien entre l'ivresse et l'aisance familiale est moins marqué ici, la prévalence correspondante étant similaire dans les familles ayant un niveau d'aisance moyen ou faible (pour en savoir plus, voir la Figure 30 et le Tableau 6 en annexe). Au total, 90,7 % des participants ont déclaré ne pas avoir été ivres au cours des 30 derniers jours, contre 91,1 % en 2018 (Heinz et al., 2021).

Dans l'ensemble, la répartition sociale de l'ivresse décrite ci-dessus est similaire à celle décrite sur la base des données de 2018 (Heinz et al., 2021). Les deux enquêtes ont notamment permis de mettre en évidence une association positive entre l'aisance familiale (ou le statut socioéconomique) et l'expérience de l'ivresse. Toutefois, la littérature fait état de résultats discordants à ce sujet : certaines études ont rapporté une association positive entre ces deux variables (Leal-López et al., 2020), d'autres, une association négative (Liu et al., 2018), et d'autres encore, l'absence d'association (Hanson et Chen, 2007). Des études qualitatives pourraient contribuer à clarifier la nature du lien entre l'ivresse et l'aisance familiale.

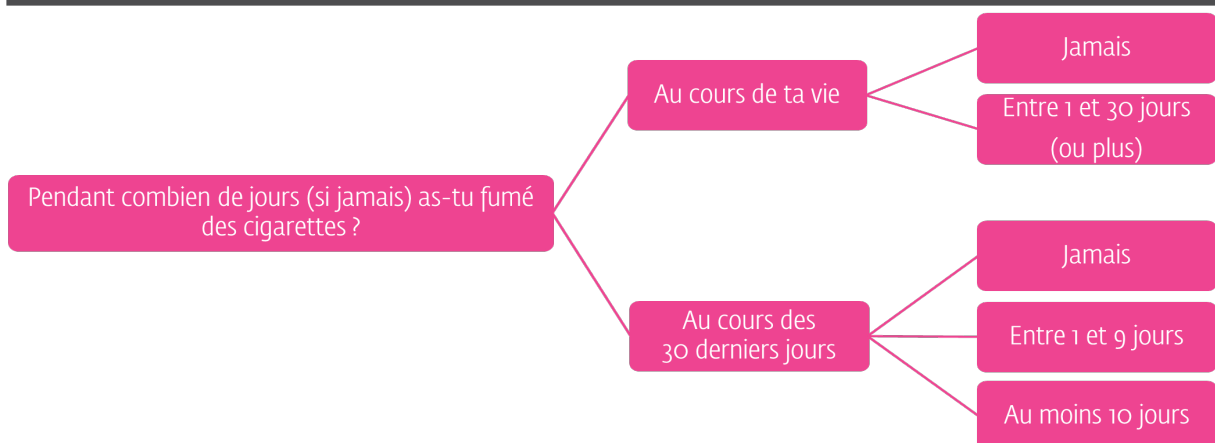
# Consommation de cigarettes et de cigarettes électroniques

## Consommation de cigarettes

En 2019, environ 1,1 milliard d'individus fumaient des cigarettes dans le monde (Reitsma et al., 2021). La même année, le tabagisme était lié à la mort de 7,7 millions de personnes et constituait le principal facteur de mortalité chez les hommes, malgré une diminution significative de la prévalence du tabagisme chez les hommes et les femmes depuis les années 1990 (Reitsma et al., 2021). Chez les adolescents, la recherche a mis en évidence une baisse similaire de la prévalence de la consommation de tabac, notamment dans les pays à revenus élevés (Warner, 2019). Étant donné que le tabagisme commence généralement à l'adolescence et que plus une personne commence tôt, plus les conséquences sur la santé sont graves (Le Foll et al., 2022), les maladies et la mortalité liées au tabagisme pourraient, toutes choses égales par ailleurs, diminuer à partir de 2050 (Jha, 2020; Jha et Peto, 2014).

L'enquête HBSC invitait les participants à indiquer le nombre de jours durant lesquels ils avaient fumé des cigarettes, au cours de leur vie et lors du mois écoulé. Dans les deux cas, les modalités de réponse allaient de 1 (« Jamais ») à 7 (« 30 jours [ou plus] »). Comme pour la consommation d'alcool, les réponses ont été recodées pour distinguer (1) les adolescents ayant déclaré n'avoir jamais fumé de cigarettes de leur vie de ceux ayant déclaré avoir déjà fumé, et (2) les adolescents ayant déclaré ne pas avoir fumé au cours des 30 derniers jours, ceux ayant déclaré avoir fumé entre un et neuf jours (fumeurs occasionnels), et ceux ayant déclaré avoir fumé pendant au moins dix jours (fumeurs réguliers). La Figure 5 présente l'organigramme des questions.

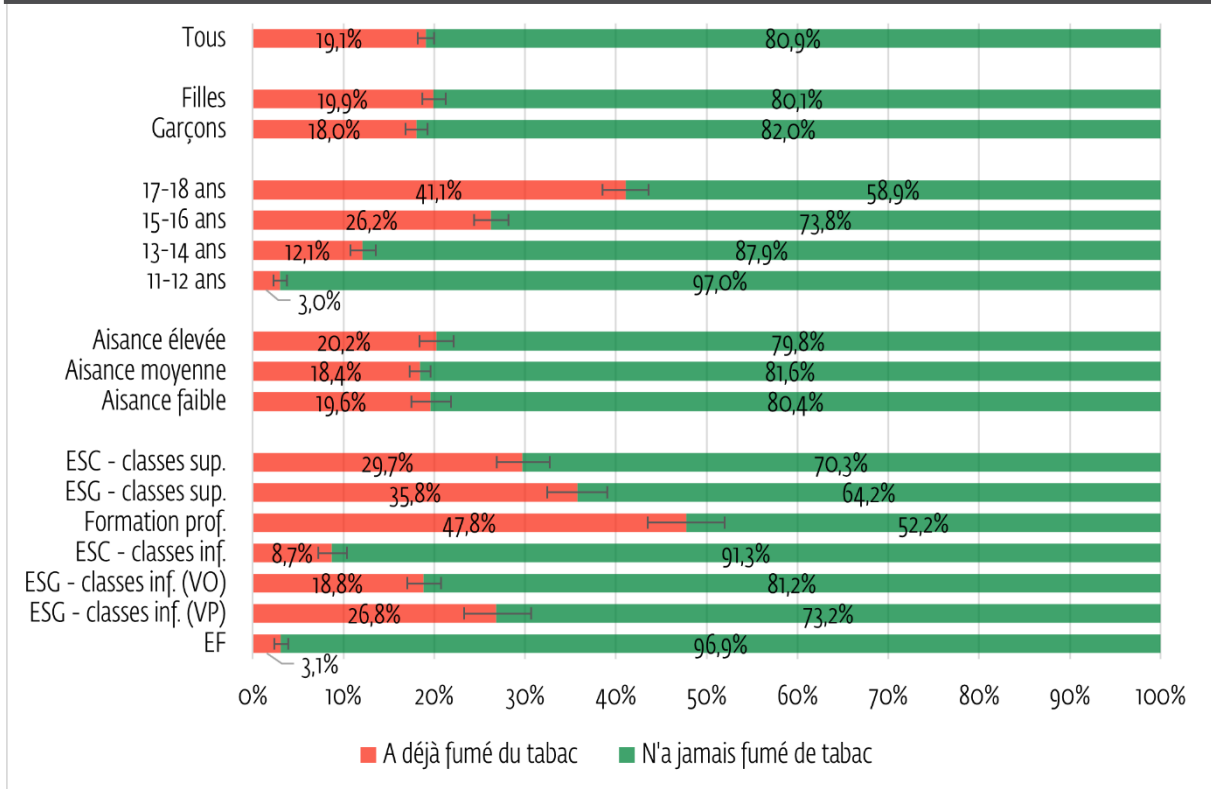
Figure 5 : Catégorisation de la consommation de tabac au cours de la vie et des 30 derniers jours



Les données des précédentes enquêtes HBSC menées au Luxembourg avaient déjà mis en évidence la diminution de la prévalence de la consommation de tabac mentionnée précédemment. La prévalence au cours de la vie a en effet diminué de moitié entre 2010 (45,7 %) et 2018 (22,5 %). En 2022, 19,1 % des participants ont indiqué avoir déjà fumé des cigarettes au cours de leur vie (Figure 6). Cette prévalence varie en fonction de l'âge, du genre, de la structure

familiale et de l'ordre d'enseignement. Les adolescents plus âgés, les filles, les jeunes vivant au sein d'une famille monoparentale ou recomposée, ainsi que les élèves de l'ESG et en formation professionnelle sont plus susceptibles d'avoir déjà fumé dans leur vie que leurs pairs respectifs. L'aisance familiale et le profil migratoire n'ont pas d'incidence à cet égard (pour en savoir plus, voir la Figure 31 et le Tableau 7 en annexe).

**Figure 6 : Prévalence de la consommation de tabac au cours de la vie selon l'âge, le genre, l'aisance familiale et l'ordre d'enseignement**



La prévalence des adolescents ayant fumé des cigarettes au cours des 30 derniers jours a également diminué, passant de 26,2 % en 2010 à 12,8 % en 2018 (Heinz et al., 2020). En 2022, 11,4 % des adolescents interrogés ont déclaré avoir fumé au cours des 30 derniers jours, avec une répartition plus ou moins équitable entre fumeurs occasionnels et fumeurs réguliers. L'âge, le genre, la structure familiale et l'ordre d'enseignement sont liés au fait d'avoir fumé au cours des 30 derniers jours, selon les schémas mentionnés ci-dessus (pour en savoir plus, voir la Figure 32 et le Tableau 8 en annexe). Il convient toutefois de noter que la prévalence des fumeurs réguliers est légèrement plus élevée chez les garçons (6,5 % contre 5,2 %) et que la prévalence des fumeurs occasionnels est légèrement plus élevée chez les filles (6,6 % contre 4,5 %). Là encore, l'aisance familiale et le profil migratoire n'ont pas d'incidence.

Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête sont conformes à la littérature. Un lien entre structure familiale et consommation de cigarettes a déjà été établi (Griesbach et al., 2003; Moor et al., 2015). De même, le lien entre la consommation de cigarettes et l'ordre d'enseignement fait écho à plusieurs études soulignant l'association négative entre le tabagisme et le capital culturel en général (c'est-à-dire l'ensemble des ressources culturelles, des connaissances et des compétences d'un individu) et la réussite scolaire en particulier (Gagné et al., 2015; Griesbach et al., 2003; Haines et al., 2009; Moor et al., 2015). Plus le capital culturel et la réussite scolaire sont élevés, plus la

sensibilisation aux questions de santé et la valorisation d'un mode de vie sain sont importantes. Les résultats de notre étude corroborent ce constat : la prévalence des fumeurs est plus faible dans les classes inférieures et supérieures de l'ESC, où sont scolarisés les meilleurs élèves (Lenz et Heinz, 2018), que dans l'ESG ou la formation professionnelle. L'étude de la relation entre l'aisance familiale et le tabagisme a généré des résultats contradictoires à ce jour : si certaines études ont mis en évidence une association négative entre ces deux variables (Doku et al., 2020; Moor et al., 2015), d'autres ont montré que la consommation de cigarettes était faiblement liée à l'aisance familiale (Richter et al., 2009), mais qu'elle dépendait en revanche de l'argent de poche (Moor et al., 2019). De nouvelles recherches seront nécessaires pour mieux comprendre si ces contradictions sont dues à des problèmes d'ordre méthodologique (par exemple, concernant l'opérationnalisation des variables cibles) ou à des changements sociaux.

### Utilisation de cigarettes électroniques

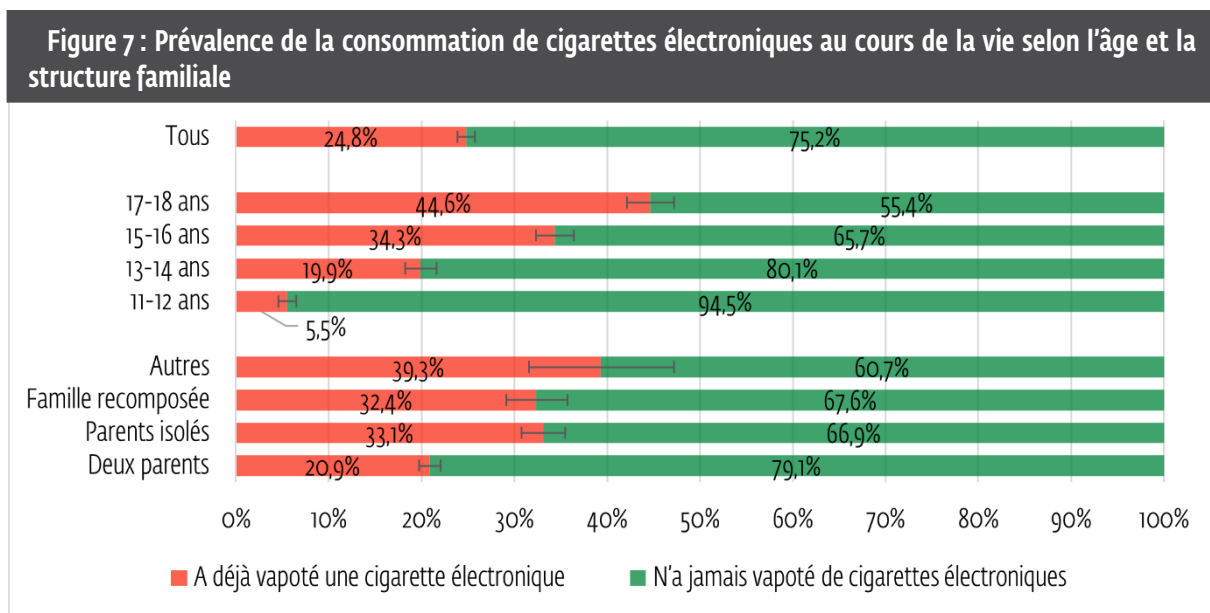
L'utilisation de cigarettes électroniques a connu une croissance rapide depuis leur commercialisation au début des années 2000 en Asie. En se fondant sur des données partielles, des chercheurs ont estimé à 68 millions le nombre d'utilisateurs de cigarettes électroniques dans le monde en 2020, dont 29 millions environ dans les seuls pays à revenus élevés (Jerzyński et al., 2021). Si les cigarettes électroniques ont été présentées comme une méthode de sevrage tabagique efficace et comme étant plus saines que les cigarettes classiques (Rom et al., 2015), leur degré d'innocuité et leurs risques pour la santé font toujours l'objet de controverses (Gaur et Agnihotri, 2019; Jones et Salzman, 2020; Marques et al., 2021; McCoy et al., 2019; Rom et al., 2015; Williams et al., 2013). L'émergence relativement récente de la cigarette électronique et des e-liquides ne permet pas d'évaluer rigoureusement les effets à long terme de ces produits (Becker et Rice, 2022). Cependant, plusieurs études ont soutenu que le vapotage avait des effets néfastes sur le système respiratoire (Faulcon et al., 2020; Hamberger et Halpern-Felsher, 2020) et qu'il existait un lien entre vapotage et crises d'épilepsie chez les adolescents (Faulcon et al., 2020).

Très populaire auprès des jeunes, la cigarette électronique a vu sa prévalence d'utilisation au cours du dernier mois croître de 1,5 % en 2011 à 27,5 % chez les élèves de l'enseignement secondaire aux États-Unis (Cullen et al., 2019). On observe des tendances similaires en Europe, en Asie et en Océanie (Becker et Rice, 2022; Tehrani et al., 2022). Plusieurs études ont analysé les raisons qui incitent les jeunes à vapoter. Parmi les motifs les plus fréquemment cités figurent la simple curiosité, l'utilisation par les pairs, les saveurs et l'arrêt de la cigarette (Eichler et al., 2016; Evans-Polce et al., 2018; Kinouani et al., 2020). Il est important de noter que l'idée selon laquelle la cigarette électronique aide les jeunes à arrêter de fumer est remise en cause, plusieurs études indiquant que son utilisation augmente la probabilité de fumer du tabac par la suite (Epstein et al., 2021; O'Brien et al., 2021; Soneji et al., 2017).

L'enquête HBSC menée au Luxembourg a investi la question de l'usage de cigarettes électroniques pour la première fois en 2022. Basé sur deux items, le questionnaire invitait les participants à indiquer le nombre de jours au cours desquels ils avaient utilisé des cigarettes électroniques, au cours de leur vie et lors du mois écoulé. Dans les deux cas, les modalités de réponse allaient de 1 (« Jamais ») à 7 (« 30 jours [ou plus] »). Comme pour la consommation de tabac (Figure 5), les réponses ont été recodées pour distinguer [1] les adolescents ayant déclaré n'avoir jamais utilisé de cigarettes électroniques de leur vie de ceux ayant déclaré l'avoir déjà fait, et [2] les adolescents ayant déclaré ne pas avoir utilisé de cigarettes électroniques au cours des 30 derniers jours, ceux ayant déclaré avoir vapoté entre un et neuf jours [vapoteurs occasionnels], et ceux ayant déclaré l'avoir fait pendant au moins dix jours [vapoteurs réguliers].



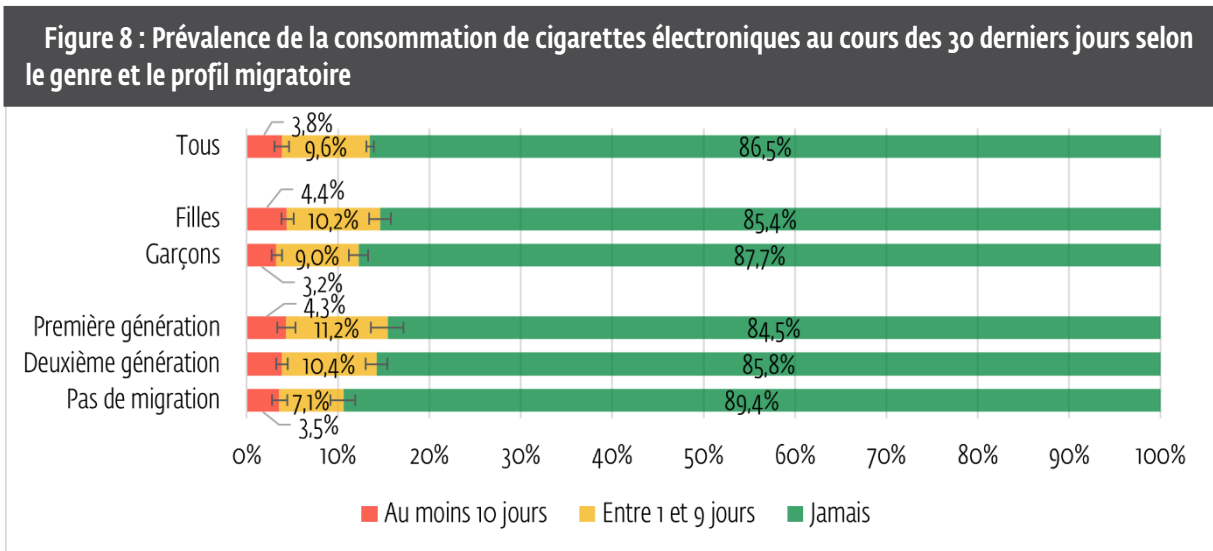
Comme le montre la Figure 7, 24,8 % des participants ont déclaré avoir déjà vapoté. La prévalence au cours de la vie varie en fonction de toutes les variables sociodémographiques étudiées, à l'exception du genre. L'expérience du vapotage au cours de la vie est positivement liée à l'âge. Ce lien se répercute dans les données relatives à l'ordre d'enseignement fréquenté. Tant dans les classes inférieures que dans les classes supérieures, la prévalence de la consommation de cigarettes électroniques est plus faible dans l'ESC. Cette prévalence est plus élevée chez les jeunes issus des familles à l'aisance élevée que chez ceux issus de familles dont le niveau d'aisance est moyen. Les jeunes non issus de l'immigration et vivant avec leurs deux parents sont moins susceptibles d'avoir déjà vapoté que leurs pairs (pour en savoir plus, voir la figure 33 et le Tableau 9 en annexe).



Par ailleurs, 13,4 % des adolescents ont déclaré avoir vapoté au cours des 30 derniers jours : 9,6 % sont des vapoteurs occasionnels et 3,8 %, des vapoteurs réguliers (Figure 8). Ces taux varient en fonction des variables sociodémographiques examinées, à l'exception de l'aisance familiale. Là encore, les adolescents plus âgés, les élèves de l'ESG et en formation professionnelle, les immigrés de première et deuxième générations, les participants vivant au sein d'une famille monoparentale ou recomposée sont plus susceptibles d'être des vapoteurs occasionnels ou réguliers que leurs pairs respectifs. Par ailleurs, les filles sont plus nombreuses que les garçons à déclarer avoir vapoté au cours des 30 derniers jours. Bien que cette différence entre les genres soit statistiquement significative, son ampleur est relativement faible (pour en savoir plus, voir la Figure 34 et le Tableau 10 en annexe).

Les présents résultats de l'enquête ne sont que partiellement conformes à la littérature. Par exemple, ils corroborent les résultats récents du *National Youth Tobacco Survey* (Azagba et al., 2023), qui n'a pas identifié de lien entre le fait d'avoir vapoté au cours des 30 derniers jours et l'aisance familiale. Les présents résultats font également écho à des études antérieures mettant en évidence que le fait de vivre avec ses deux parents est un facteur de protection contre le vapotage (Wills et al., 2015). Cependant, dans la mesure où l'état de l'art montre des résultats contradictoires concernant des différences liées au genre et à l'âge en matière de vapotage (Han et Son, 2022; Perikleous et al., 2018), il est difficile de comparer les présents résultats avec la littérature. Par exemple, Han et Son (2022) ont identifié 12 études mettant en évidence une association positive entre l'âge et le vapotage et 13 autres établissant l'absence de lien entre ces variables (Han et Son, 2022). En ce qui concerne le genre, la plupart des études montrent que le

risque de vapoter est plus élevé chez les garçons (Kong et al., 2017). La mesure dans laquelle ces résultats sont liés au contexte national n'est toutefois pas clairement établie. En résumé, des études supplémentaires sont nécessaires afin de mieux comprendre la répartition sociale de l'usage de la cigarette électronique chez les adolescents.



## Consommation de cannabis et acceptabilité sociale

La consommation de cannabis est associée, entre autres, à des changements d'humeur, à des troubles de la mémoire et de l'attention, à des problèmes de coordination perceptivo-motrice, à la dépression, à des attaques de panique, à des comportements suicidaires et à des symptômes psychotiques dits positifs (par exemple, des hallucinations) et dits négatifs (par exemple, l'apathie; Hall et Degenhardt, 2009; Hindley et al., 2020; Volkow et al., 2016). Il convient de noter que l'apparition de ces problèmes dépend en partie de la teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), la principale substance psychoactive du cannabis, et en cannabidiol (CBD), qui pourrait inhiber certains des effets néfastes du THC (Englund et al., 2013) et atténuer le risque de dépendance (Freeman et al., 2021).

Depuis des décennies, plusieurs pays soulèvent régulièrement la question de la dépénalisation et/ou de la légalisation de la consommation de cannabis (Hall et al., 2019; Hammond et al., 2020; Pisani, 1983; Volkow et al., 2016). Parmi les points critiques du débat figure la santé des adolescents (Hammond et al., 2020). Dans la mesure où la consommation de cannabis peut provoquer des troubles (neuro-)développementaux, elle pourrait causer davantage de dégâts chez les adolescents que chez les adultes (Volkow et al., 2016).

Les tendances de la consommation de cannabis chez les adolescents varient considérablement en fonction du contexte national étudié (Kraus et al., 2018). Il est intéressant de constater qu'au Luxembourg, chez les jeunes de 15 à 18 ans, alors que la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie a diminué - bien que de manière non statistiquement significative - en passant d'environ 30 % en 2006 à environ 27 % en 2018, la prévalence de consommation au cours du dernier mois a augmenté, passant d'environ 11 % en 2006 à 13 % en 2018 - dans ce cas précis, une différence statistiquement significative a été observée (Heinz et al., 2020).

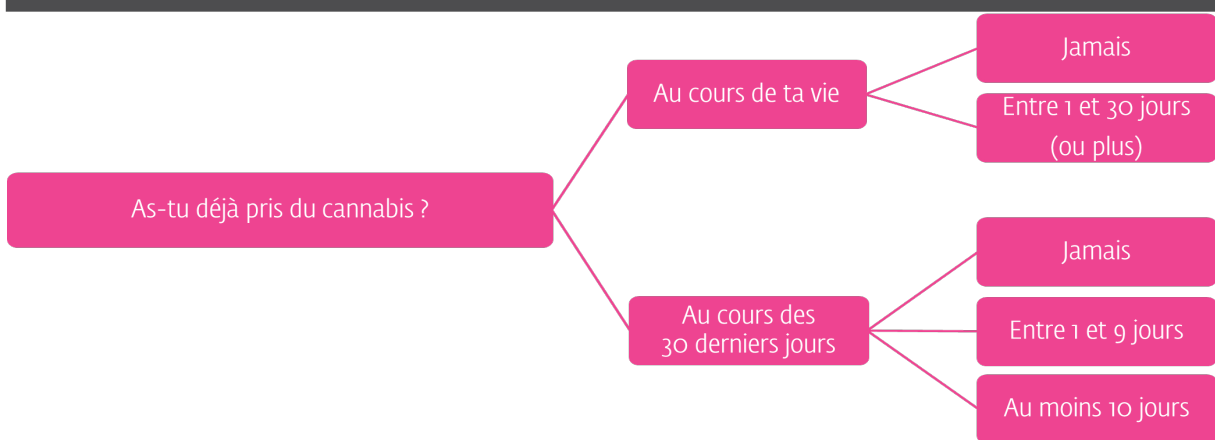
### Consommation de cannabis

L'enquête HBSC examine la consommation de cannabis avec deux items invitant uniquement les élèves de l'enseignement secondaire à indiquer s'ils ont consommé du cannabis au cours de leur vie et du mois écoulé. Dans les deux cas, les modalités de réponses allaient de 1 (« Jamais ») à 7 (« 30 jours [ou plus] »). Les réponses ont été recodées pour distinguer (1) les adolescents ayant déclaré n'avoir jamais consommé de cannabis de leur vie de ceux ayant déclaré en avoir déjà consommé, et (2) les adolescents ayant déclaré ne pas avoir consommé de cannabis au cours des 30 derniers jours, ceux ayant déclaré l'avoir fait entre un et neuf jours (usagers occasionnels), et ceux ayant déclaré en avoir consommé pendant au moins dix jours (usagers réguliers). La Figure 9 présente l'organigramme des questions. En raison du nombre relativement faible d'élèves de 11 et 12 ans dans l'enseignement secondaire, les analyses n'ont porté que sur les adolescents de 13 à 18 ans.

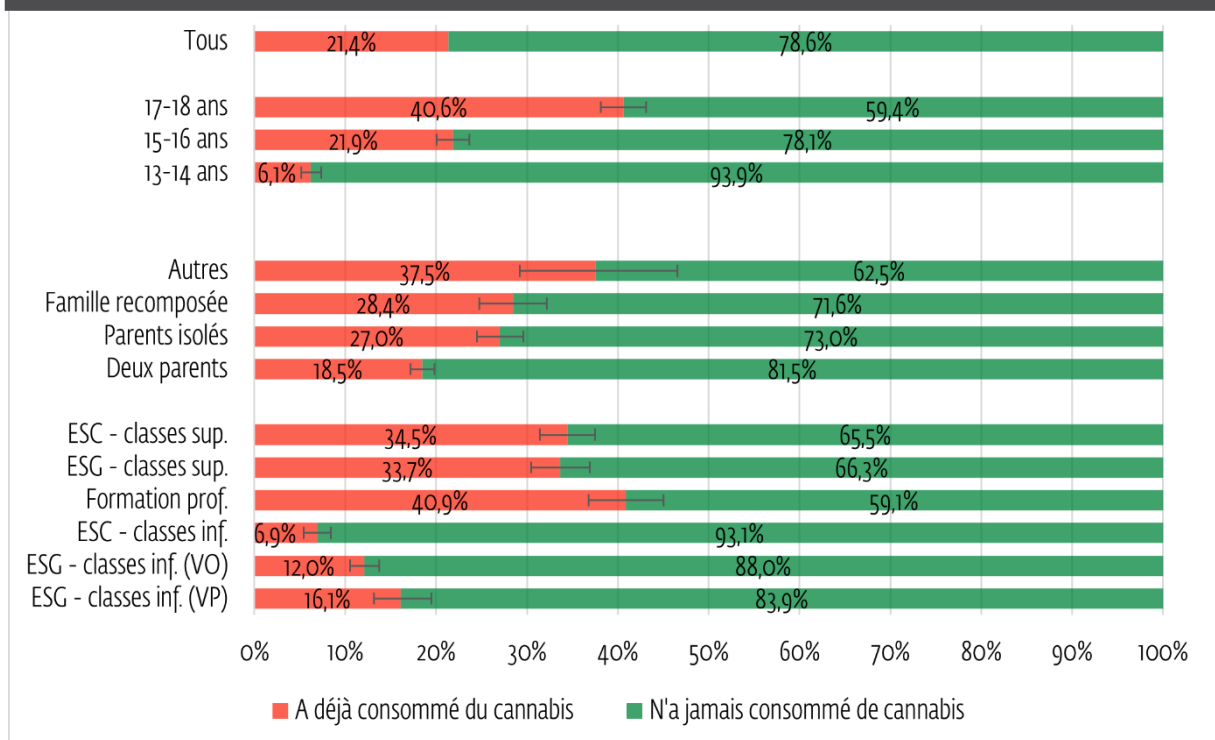
Comme le montre la Figure 10, 21,4 % des répondants ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis. Ce taux est positivement associé à l'âge et varie en fonction de la structure familiale et de l'ordre d'enseignement. De plus, il n'est lié ni au genre, ni à l'aisance familiale, ni au profil migratoire. La prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie est plus faible chez les adolescents vivant avec leurs deux parents (18,5 %) que chez ceux vivant au sein d'une famille recomposée (28,4 %) ou monoparentale (27 %). En revanche, elle est la plus élevée chez les adolescents vivant avec leurs grands-parents ou dans une famille d'accueil (37,5 %). Par ailleurs, la relation entre la consommation de cannabis et l'ordre d'enseignement reflète en partie un effet de l'âge. La prévalence correspondante de la consommation de cannabis est plus élevée chez les élèves des classes supérieures et en formation professionnelle

que chez les élèves des classes inférieures. Toutefois, l'analyse met en évidence des différences au sein des deux niveaux d'enseignement. Par exemple, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie est plus faible chez les élèves des classes inférieures de l'ESC (6,9 %) que chez ceux de la voie de préparation (16,1 %). Elle est aussi plus élevée chez les élèves en formation professionnelle (40,9 %) que chez les élèves de l'ESG (33,7 %; pour en savoir plus, voir la Figure 35 et le Tableau 11 en annexe). Les résultats relatifs à la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours présentent des caractéristiques similaires (pour en savoir plus, voir la figure 36 et le Tableau 12 en annexe).

**Figure 9 : Catégorisation de la consommation de cannabis au cours de la vie et des 30 derniers jours**



**Figure 10 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie selon l'âge, la structure familiale et l'ordre d'enseignement**



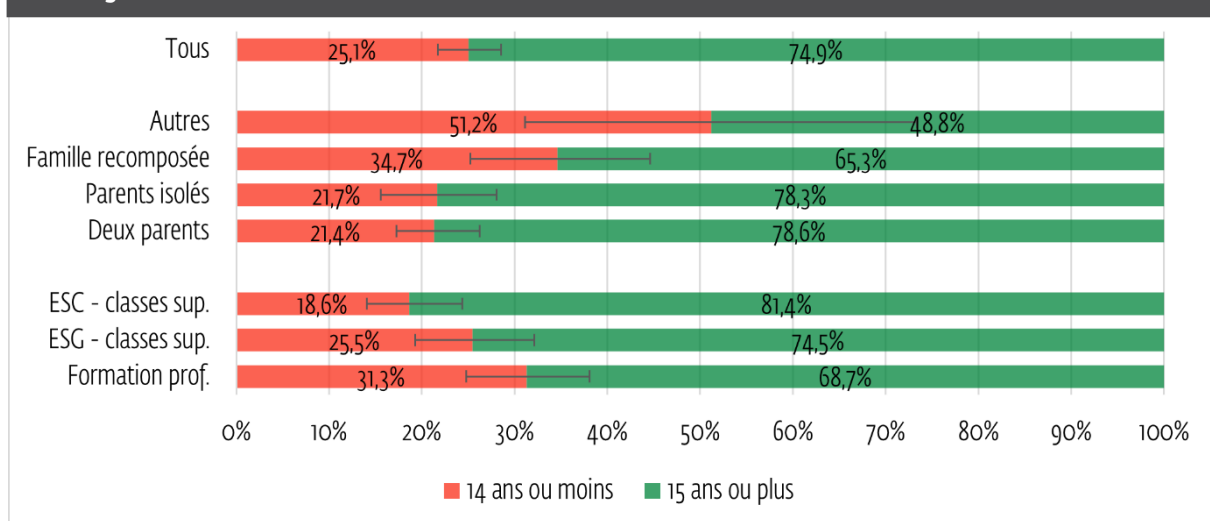
La répartition sociale de la consommation de cannabis a légèrement évolué entre 2018 et 2022. Alors que les garçons sont toujours plus susceptibles d'être des consommateurs réguliers que les filles, les différences entre les genres dans la prévalence des consommateurs occasionnels ont disparu au cours de cette période (Heinz et al., 2021). De même, le lien entre l'aisance familiale et la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours observé en 2018 n'est plus d'actualité en 2022 (Heinz et al., 2021). De plus, les résultats de l'enquête n'ont mis en évidence aucun lien entre la consommation de cannabis et l'aisance familiale. Ce résultat corrobore le point de vue selon lequel la consommation de cannabis n'est plus liée à un niveau d'aisance élevé (Belardinelli et al., 2022; Bogt et al., 2014). Toutefois, il convient de noter que la très forte prévalence de consommateurs réguliers chez les élèves de la voie de préparation et en formation professionnelle suggère qu'il pourrait y avoir une corrélation entre cet usage et le capital culturel.

### Âge à la première consommation de cannabis

Les participants ont également été invités à préciser l'âge auquel ils ont consommé du cannabis pour la première fois. L'échelle utilisée allait de 1 à 9, 1 correspondant à « Je n'ai jamais consommé de cannabis », 2 à « 11 ans ou moins » et 9 à « 18 ans ou plus ». Les réponses ont été recodées de manière dichotomique pour distinguer les consommateurs précoces de cannabis, en excluant ceux qui n'en ont jamais consommé. Une répartition par quartile a permis de définir l'âge de 14 ans comme valeur seuil. Les analyses suivantes n'ont porté que sur les 17-18 ans afin de ne pas surévaluer la consommation précoce.

Parmi les adolescents ayant déclaré avoir consommé du cannabis, 25,1 % ont déclaré avoir consommé du cannabis pour la première fois à 14 ans ou moins (Figure 11). Ce taux ne varie pas suivant le genre, l'aisance familiale et le profil migratoire. Cependant, ce taux est plus élevé chez les adolescents de la catégorie « Autres » (c'est-à-dire ceux vivant avec leurs grands-parents ou dans une famille d'accueil ; 51,2 %) et chez ceux vivant au sein d'une famille recomposée (34,7 %) que chez ceux vivant au sein d'une famille monoparentale (21,7 %) ou avec leurs deux parents (21,4 %). Cette prévalence est également plus élevée chez les élèves en formation professionnelle (31,3 %) et des classes supérieures de l'ESG (25,5 %) que chez les élèves des classes supérieures de l'ESC (18,6 %; pour en savoir plus, voir la Figure 37 et le Tableau 13 en annexe).

**Figure 11: Âge à la première consommation de cannabis selon la structure familiale et l'ordre d'enseignement**

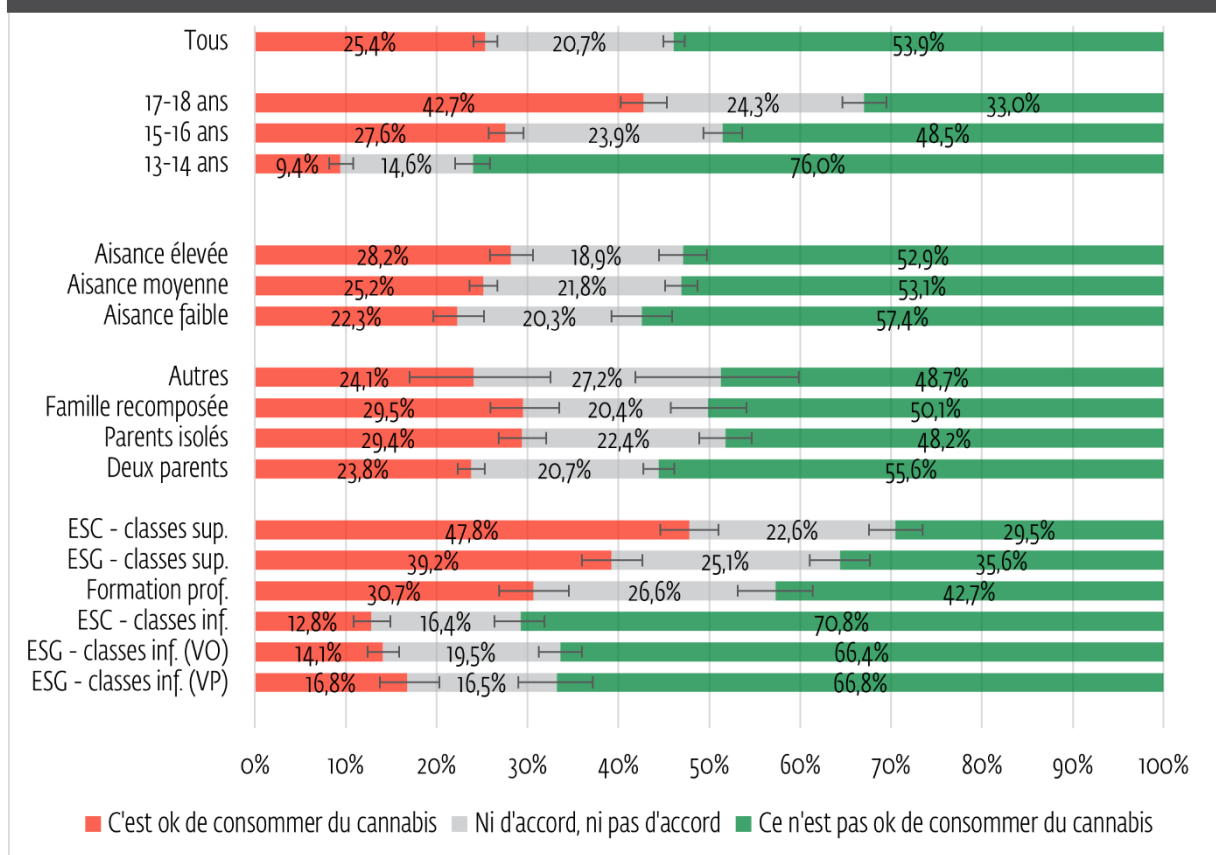


## Acceptabilité du cannabis

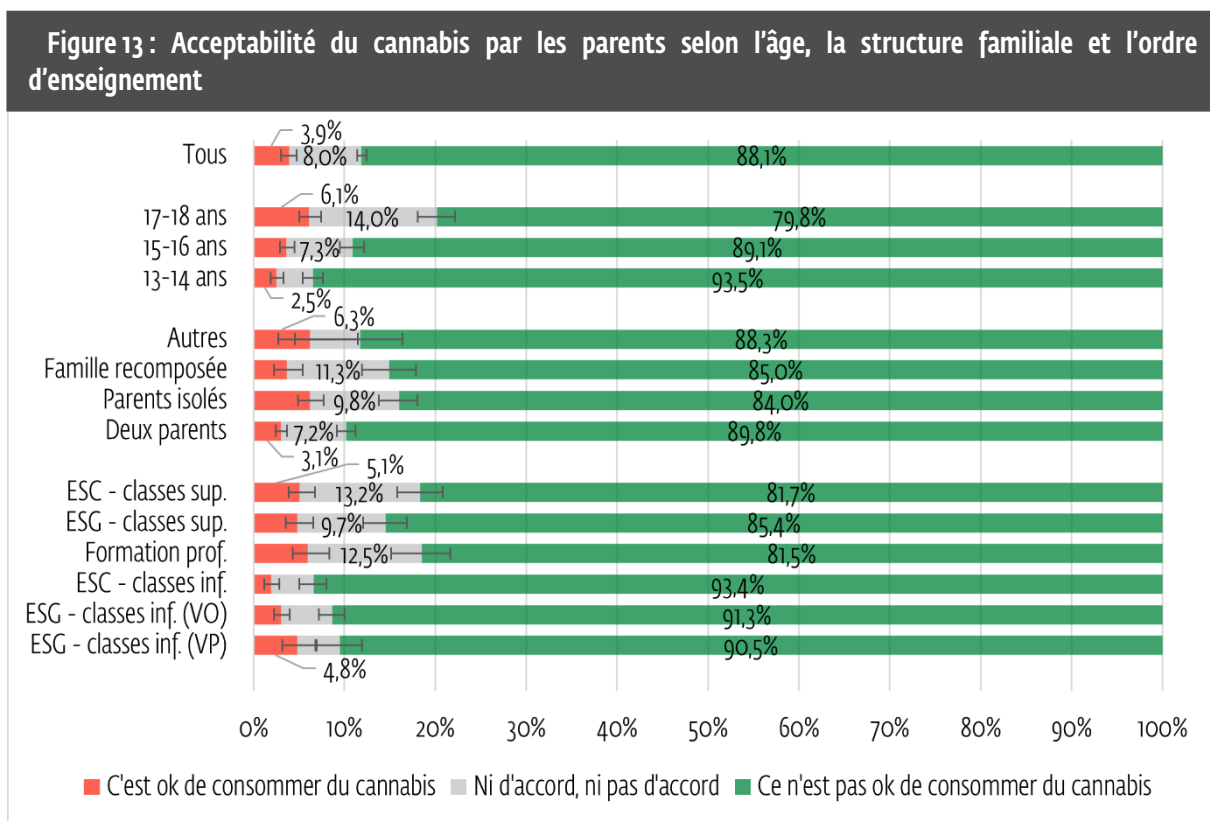
La partie de l'enquête HBSC consacrée à l'acceptabilité du cannabis proposait les trois items suivants : « Mes amis pensent que c'est ok de consommer du cannabis », « Mes parents pensent que c'est ok de consommer du cannabis » et « Je pense que c'est ok de consommer du cannabis ». Chaque item reposait sur une échelle allant de 1 « Tout à fait d'accord » à 5 « Pas du tout d'accord ». Les réponses ont été recodées en trois catégories : « Pas d'accord », « Ni d'accord, ni pas d'accord » et « D'accord ». Les analyses ont impliqué les élèves de l'enseignement secondaire âgés de 13 à 18 ans.

La majorité des répondants (53,9 %) ont indiqué que leurs amis n'approuvaient pas la consommation de cannabis ; 25,4 %, que leurs amis l'approuvaient (Figure 12). Bien que ces taux varient en fonction de toutes les variables sociodémographiques étudiées, l'âge, l'aisance familiale, la structure familiale et l'ordre d'enseignement présentent les associations les plus importantes. Les amis des adolescents les plus jeunes, ceux des adolescents dont le niveau d'aisance familiale est faible, ceux des adolescents vivant avec leurs deux parents et ceux des élèves des classes inférieures et de l'ESC sont plus susceptibles de rejeter la consommation du cannabis que les amis de leurs pairs respectifs (pour en savoir plus, voir la Figure 38 et le Tableau 14 en annexe).

**Figure 12 : Acceptabilité du cannabis par les amis selon l'âge, l'aisance familiale, la structure familiale et l'ordre d'enseignement**



L'item mesurant l'acceptabilité du cannabis par les parents a donné lieu à des réponses plus homogènes. En effet, la grande majorité des répondants (88,1 %) ont indiqué que leurs parents réprouvaient la consommation de cannabis et 3,9 %, que leurs parents considéraient sa consommation comme acceptable (Figure 13). Cette prévalence varie uniquement en fonction de l'âge, de la structure familiale et de l'ordre d'enseignement. Les parents des adolescents les plus jeunes, ceux des répondants vivant avec leurs deux parents et ceux des élèves des classes inférieures sont plus susceptibles d'avoir une vision négative de la consommation de cannabis que les parents de leurs pairs respectifs (pour en savoir plus, voir la Figure 39 et le Tableau 15 en annexe).

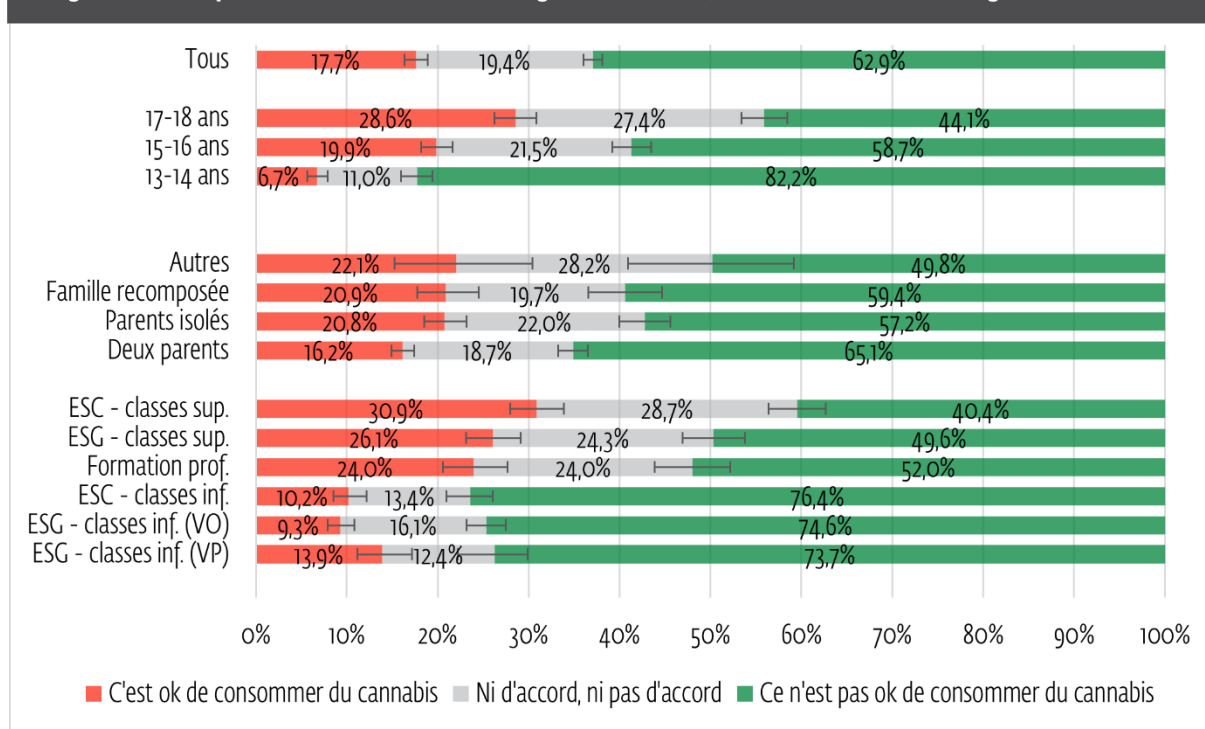


Comme le montre la Figure 14, 62,9 % des répondants ont déclaré réprouver la consommation de cannabis. Ce taux varie en fonction de toutes les variables sociodémographiques étudiées, à l'exception de l'aisance familiale. Une fois encore, l'âge, la structure familiale et l'ordre d'enseignement présentent les associations les plus importantes. Par exemple, 82,2 % des répondants âgés de 13 et 14 ans ont déclaré réprouver la consommation de cannabis, contre 44,1 % des répondants âgés de 17 et 18 ans. Parmi les élèves des classes supérieures, les élèves en formation professionnelle sont les plus enclins à rejeter le cannabis, alors qu'ils sont également les plus prompts à en consommer (pour en savoir plus, voir la Figure 40 et le Tableau 16 en annexe).

Enfin, il convient de noter que les séries de données relatives aux trois sources d'acceptabilité (participant, amis, parents) sont positivement intercorrélées. En se basant sur les variables initiales (c'est-à-dire celles reposant sur une échelle allant de 1 à 5) et sur le coefficient Ta de Kendall, l'indice de corrélation entre (a) l'acceptabilité des amis et des

répondants est de 0,673, (b) l'acceptabilité des parents et des répondants est de 0,493, et (c) l'acceptabilité des amis et des parents est de 0,418.

**Figure 14 : Acceptabilité du cannabis selon l'âge, la structure familiale et l'ordre d'enseignement**





## Rapports sexuels et contraception

Bien que les rapports sexuels ne représentent pas en tant que tels un comportement à risque, le fait qu'ils puissent être associés à des grossesses non désirées et à des infections sexuellement transmissibles (IST) invite à surveiller leur prévalence et à évaluer les méthodes de contraception utilisées par les adolescents. Les grossesses non désirées chez les adolescentes sont en effet associées à des risques obstétricaux (Kawakita et al., 2016; Kirbas et al., 2016), à la stigmatisation sociale (Moseson et al., 2019), au développement de problèmes de santé mentale (SmithBattle et Freed, 2016; van Lieshout et al., 2020) et à un risque plus élevé de négligence et de maltraitance envers les enfants (McCracken et Loveless, 2014; Paúl et Domenech, 2000; Riva Crugnola et al., 2019). Dans le monde, chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une IST, virale ou bactérienne, et chaque année, environ deux millions de personnes en meurent (World Health Organization, 2021). Il est établi que les adolescents et les jeunes adultes présentent un risque plus élevé de contracter des IST (Dehne et Riedner, 2001; World Health Organization, 2021), et l'augmentation récente de la prévalence des IST chez les jeunes dans plusieurs pays est extrêmement préoccupante (Shannon et Klausner, 2018).

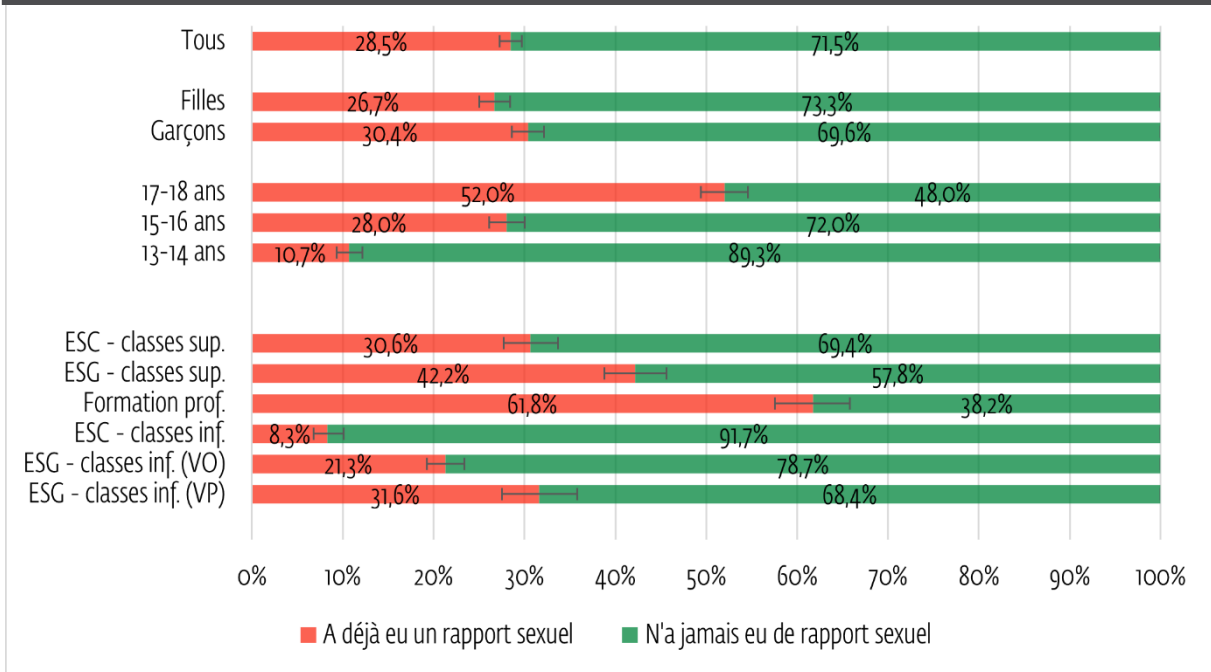
Par ailleurs, la recherche a établi des liens entre rapports sexuels précoces et différents problèmes de santé, tels que la dépression à court et moyen terme, notamment chez les filles (Vasilenko, 2017), et les IST (Vasilenko, 2022). Il convient toutefois de noter que l'âge seuil permettant de faire la distinction entre une sexualité « précoce », « dans la moyenne » et « tardive » ne fait pas consensus (Zhu et Bosma, 2019). Les études en la matière ont employé des seuils différents pour définir ces catégories. Par exemple, certains travaux ont fixé l'âge seuil de la sexualité précoce à 14 ans (Roman Lay et al., 2021), d'autres à 16 ans (Jovic et al., 2014) et d'autres encore à 18 ans (Turi et al., 2020).

### Rapports sexuels

Dans le cadre de l'enquête HBSC, on a demandé aux élèves de l'enseignement secondaire d'indiquer s'ils avaient déjà eu un rapport sexuel. Les analyses n'ont porté que sur les répondants âgés de 13 à 18 ans. Comme l'indique la Figure 15, la prévalence des adolescents déclarant avoir déjà eu un rapport sexuel est de 28,5 %. Elle est positivement associée à l'âge, une majorité de participants âgés de 17 et 18 ans ayant indiqué avoir déjà eu des rapports sexuels. Cette prévalence est également liée au genre, à la structure familiale, au profil migratoire et à l'ordre d'enseignement. Les garçons, les adolescents immigrés et ceux vivant au sein d'une famille recomposée ou monoparentale sont plus susceptibles d'avoir déjà eu des rapports sexuels que leurs pairs respectifs. Les rapports sexuels sont également associés à l'ordre d'enseignement fréquenté. Par exemple, la prévalence en question est la plus élevée chez les élèves en formation professionnelle (61,8 %) et la plus faible chez les élèves des classes inférieures de l'ESC (8,3 %). Elle est similaire chez les élèves de la voie de préparation (31,6 %) et chez ceux des classes supérieures de l'ESC (30,6 %). Enfin, le fait d'avoir des rapports sexuels est indépendant du niveau d'aisance familiale (pour en savoir plus, voir la Figure 41 et le Tableau 17 en annexe).

Par rapport à 2018, on relève deux différences dans la distribution sociale des adolescents rapportant avoir déjà eu des rapports sexuels. Premièrement, si, en 2018, la prévalence des élèves déclarant avoir eu des rapports sexuels était plus élevée chez les élèves dont le niveau d'aisance familiale était plus faible que chez leurs pairs, en 2022, l'aisance familiale n'est plus liée au fait d'avoir des rapports sexuels. Deuxièmement, la prévalence en question a augmenté chez les élèves de la voie de préparation entre 2018 (27,5 %) et 2022 (31,6 %), et elle est restée plutôt stable dans les autres ordres d'enseignement (Heinz et al., 2021).

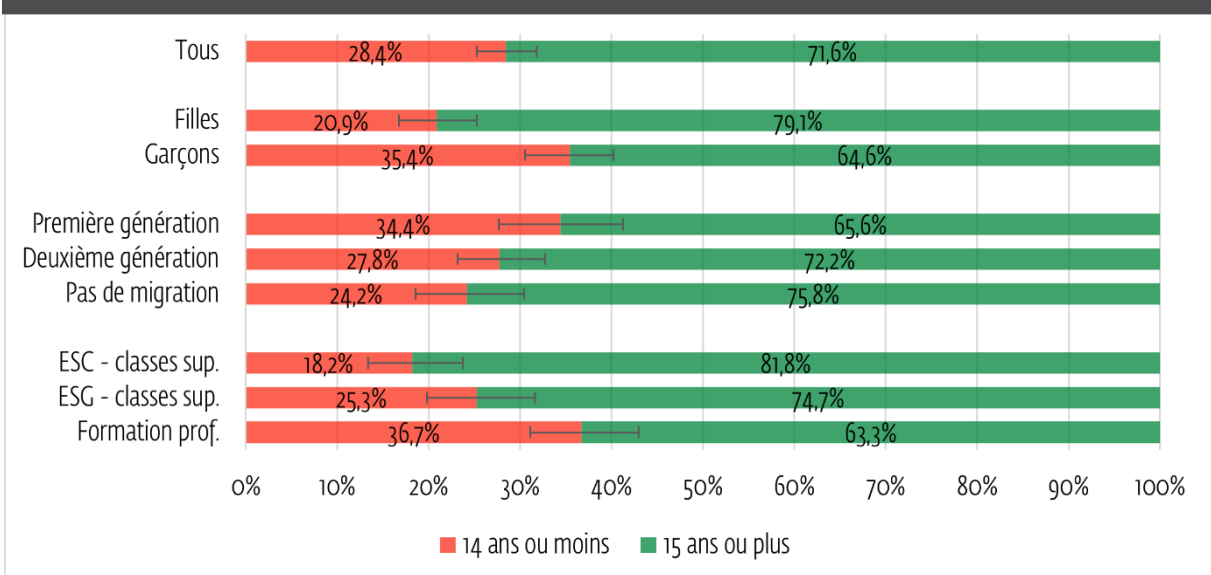
**Figure 15 : Prévalence des adolescents ayant eu un rapport sexuel selon le genre, l'âge et l'ordre d'enseignement**



### Âge au premier rapport sexuel

Les répondants ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels ont été invités à indiquer l'âge qu'ils avaient lors de leur premier rapport sur une échelle allant de 1 (« 11 ans ou moins ») à 6 (« 16 ans ou plus »). L'analyse n'a porté que sur les répondants âgés de 17 et 18 ans. Les rapports sexuels précoces ont été définis à l'aide d'une répartition par quartile. L'âge seuil a été établi à 14 ans. Cela signifie que tout rapport sexuel ayant eu lieu à l'âge de 14 ans ou avant a été considéré comme « précoce ».

**Figure 16 : Âge au premier rapport sexuel selon le genre, le profil migratoire et l'ordre d'enseignement**



Parmi les 17-18 ans ayant déjà eu des rapports sexuels, 28,4 % étaient âgés de 14 ans ou moins lors de leur premier rapport (Figure 16). Cette prévalence est plus élevée chez les garçons et les adolescents immigrés que chez leurs pairs. De plus, cette prévalence est plus élevée chez les élèves en formation professionnelle que chez ceux des classes supérieures de l'ECS et de l'ESG. L'aisance familiale et la structure familiale n'ont pas d'incidence à cet égard (pour en savoir plus, voir la Figure 42 et le Tableau 18 en annexe).

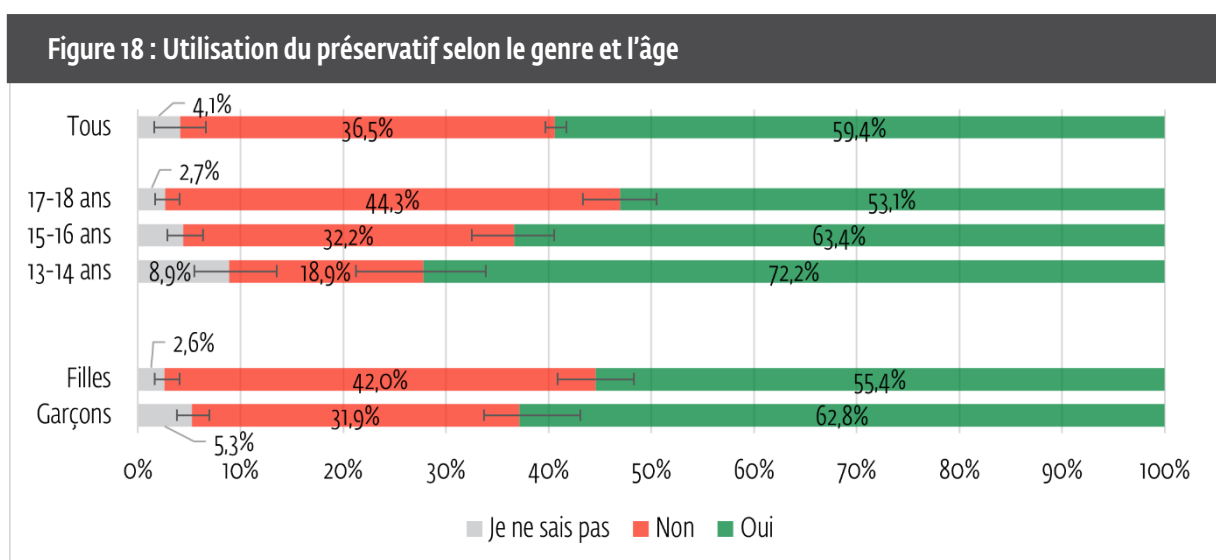
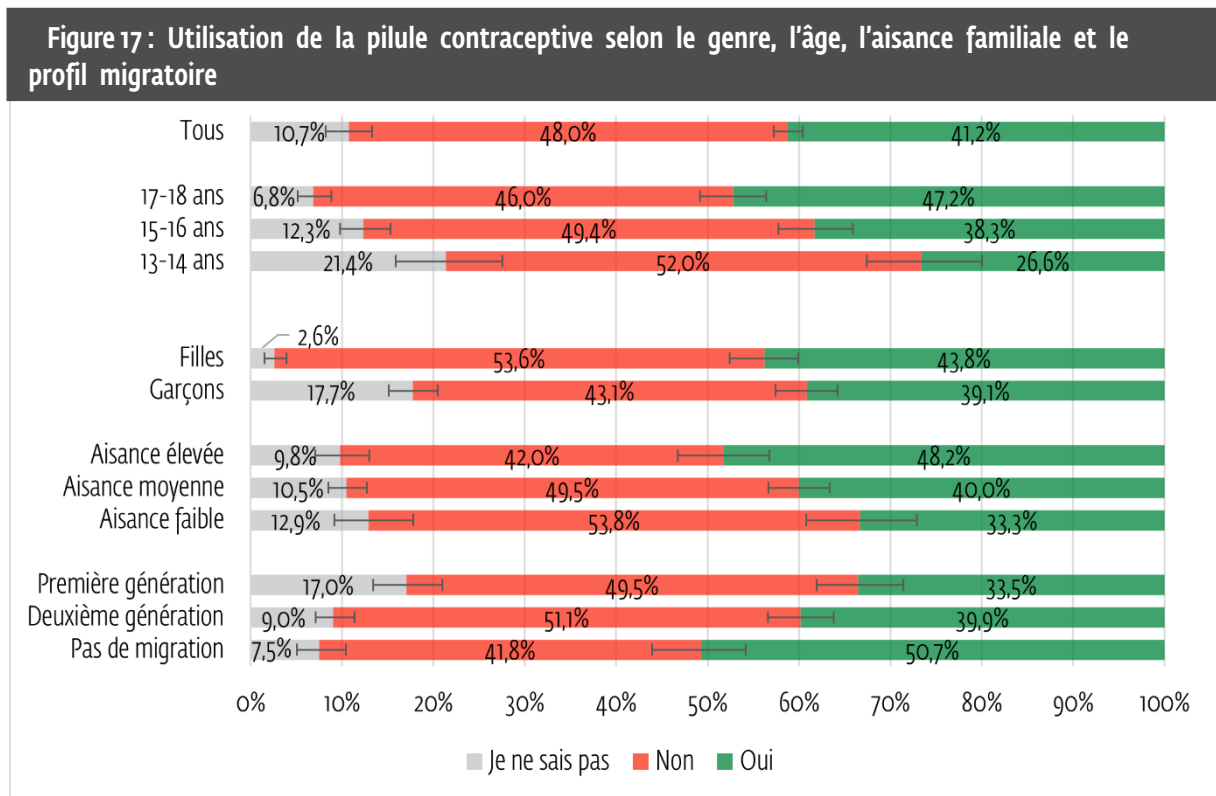
## Contraception

L'enquête a mesuré le recours à la contraception en invitant les participants ayant déjà eu des rapports sexuels à indiquer si leur partenaire ou eux-mêmes prenaient la pilule contraceptive et/ou avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport. Trois modalités de réponse étaient disponibles dans les deux cas : « Oui », « Non » et « Je ne sais pas ». Bien que ces questions excluent d'autres méthodes contraceptives (par exemple, le diaphragme), elles donnent une vue d'ensemble du recours à la contraception chez les jeunes. L'analyse ici a porté sur les participants âgés de 13 à 18 ans ayant déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels.

Comme le montre la Figure 17, 41,2 % des adolescents concernés ont indiqué que leur partenaire ou eux-mêmes prenaient la pilule contraceptive lors de leur dernier rapport ; 48 %, que leur partenaire ou eux-mêmes ne la prenaient pas ; 10,7 %, ne savaient pas. Ces taux varient en fonction de toutes les variables sociodémographiques étudiées. La prévalence de l'utilisation de la pilule contraceptive était plus faible dans les retours d'information provenant des adolescents les plus jeunes, des garçons, des adolescents dont le niveau d'aisance familiale est plus faible, des adolescents immigrés, des répondants vivant avec leurs deux parents et des élèves des classes inférieures que dans les retours d'information provenant de leurs pairs. Dans l'ensemble, il en va de même pour la répartition des participants ayant répondu « Je ne sais pas ». Par exemple, 2,6 % des filles concernées ont indiqué ne pas savoir ou ne pas s'en souvenir, contre 17,7 % des garçons concernés (pour en savoir plus, voir la Figure 43 et le Tableau 19 en annexe).

En ce qui concerne l'utilisation du préservatif, 59,4 % des répondants concernés ont indiqué que leur partenaire ou eux-mêmes en avaient utilisé un lors de leur dernier rapport sexuel ; 36,5 %, que leur partenaire ou eux-mêmes n'en avaient pas utilisé ; 4,1 %, ne savaient pas (Figure 18). La répartition sociale de l'utilisation du préservatif suit un schéma relativement similaire à celui de l'utilisation de la pilule contraceptive. Toutes les variables sociodémographiques sont liées à l'utilisation du préservatif. Toutefois, contrairement à l'utilisation de la pilule contraceptive, l'âge est négativement associé à l'utilisation du préservatif : les adolescents plus jeunes déclarent davantage utiliser des préservatifs que les adolescents plus âgés. Par exemple, la prévalence correspondante était de 72,2 % chez les 13-14 ans, contre 53,1 % chez les 17-18 ans. Il est intéressant de noter que cette prévalence est plus élevée chez les garçons (62,8 %) que chez les filles (55,4 %), un écart qui pourrait refléter un biais de désirabilité sociale et/ou indiquer qu'un certain nombre de partenaires sexuels des filles n'étaient pas des garçons, qu'ils ne fréquentaient pas l'enseignement secondaire ou que les filles plus âgées ont accès à la pilule contraceptive, ce qui entraîne une réduction de l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels. Étant donné que cet écart entre les genres est le plus élevé chez les 17-18 ans et le plus faible chez les 13-14 ans, cette dernière possibilité pourrait expliquer pourquoi la prévalence de l'utilisation du préservatif est plus faible chez les filles. Il convient également de noter que les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à ne pas savoir si un préservatif avait été utilisé lors de leur dernier rapport sexuel (5,3 % des garçons contre 2,6 % des filles). De plus, la prévalence de l'utilisation du préservatif est plus élevée chez les participants issus de familles dont le niveau d'aisance est plus élevé, les adolescents issus de la deuxième génération d'immigrés et ceux vivant avec leurs deux parents que chez leurs pairs. La prévalence de l'utilisation du préservatif

varie également en fonction de l'ordre d'enseignement, reflétant un effet de l'âge ainsi qu'une distinction entre les élèves de l'ESG et ceux de l'ESC. Dans l'ensemble, la répartition sociale de l'utilisation des méthodes contraceptives observée en 2022 est similaire à celle observée en 2018 (pour en savoir plus, voir la Figure 44 et le Tableau 20 en annexe).



## Utilisation problématique des réseaux sociaux

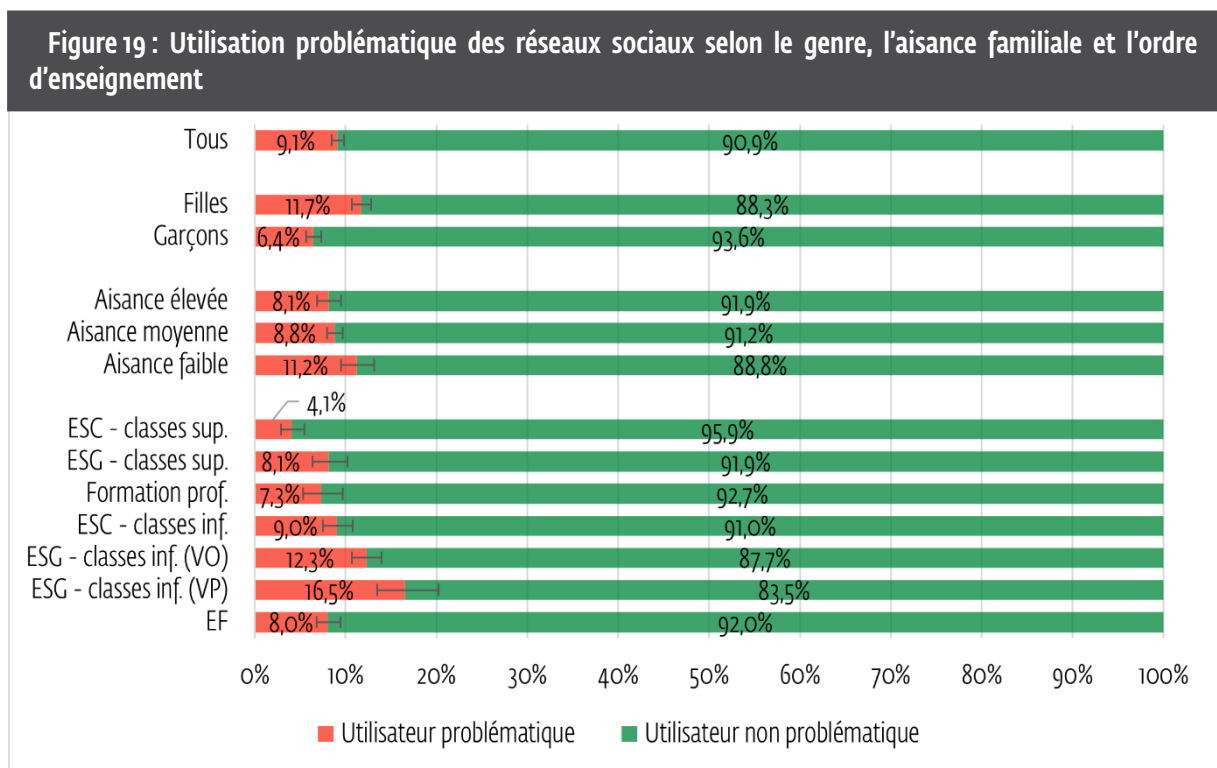
L'émergence de ladite « ère du numérique » a généré son lot de conséquences sur la santé en général, et sur l'insomnie, l'estime de soi, l'anxiété et la dépression en particulier (Keles et al., 2020; Riehm et al., 2019; Woods et Scott, 2016). La recherche s'est notamment intéressée au phénomène de l'addiction aux réseaux sociaux et a créé plusieurs outils pour l'évaluer, comme l'échelle de dépendance aux médias sociaux de Bergen (Andreassen et al., 2017).

Depuis 2018, l'enquête HBSC utilise l'échelle des troubles liés aux médias sociaux (van den Eijnden et al., 2016). Cet outil permet d'interroger les participants sur leur utilisation des réseaux sociaux au cours de l'année passée et inclut les neuf items suivants :

- « ... as-tu régulièrement remarqué que tu ne pouvais penser à rien d'autre qu'au moment où tu pourrais retourner sur les réseaux sociaux ? »
- « ...t'es-tu régulièrement senti(e) mécontent(e) car tu voulais passer plus de temps sur les réseaux sociaux ? »
- « ... t'es-tu souvent senti(e) mal quand tu ne pouvais pas utiliser les réseaux sociaux ? »
- « ... as-tu essayé de passer moins de temps sur les réseaux sociaux, mais sans réussir ? »
- « ... as-tu régulièrement négligé d'autres activités (p. ex. : loisirs, sport) car tu voulais aller sur les réseaux sociaux ? »
- « ... t'es-tu régulièrement disputé(e) avec d'autres personnes à cause de ton utilisation des réseaux sociaux ? »
- « ... as-tu régulièrement menti à tes parents ou à tes ami(e)s à propos du temps que tu passes sur les réseaux sociaux ? »
- « ... es-tu souvent allé(e) sur les réseaux sociaux pour échapper à des sentiments négatifs ? »
- « as-tu eu des conflits sérieux avec tes parents, frères ou sœurs à cause de ton utilisation des réseaux sociaux ? »

Les questions étant dichotomiques, elles appellent à deux choix de réponses : « Non » (codé 0) et « Oui » (codé 1). Sur cette base, on a établi un score total allant de 0 à 9. Les développeurs de l'échelle estimaient initialement qu'un score de 5 ou plus reflétait une « utilisation problématique des réseaux sociaux » (van den Eijnden et al., 2016). Toutefois, selon une étude plus récente, ce seuil devrait être de 6 ou plus (Boer et al., 2022). Il convient de noter que ces deux valeurs seuils n'ont pas de fondement clinique et que de futures études pourraient les remettre en question. Cela dit, conformément au protocole interne de l'enquête HBSC (Inchley et al., 2023) et pour les besoins de la présente analyse, une valeur-seuil de 6 a été retenue.

Comme l'indique la Figure 19, 9,1 % des participants ont une utilisation problématique des réseaux sociaux. Ce taux varie en fonction de toutes les variables sociodémographiques considérées. La prévalence d'un usage problématique est la plus élevée chez les 13-14 ans (12,5 %) et le plus faible chez les 17-18 ans (6,1 %). Cette tendance liée à l'âge se reflète dans le lien entre l'utilisation problématique des réseaux sociaux et l'ordre d'enseignement, avec une démarcation supplémentaire entre les élèves de l'ESG et ceux de l'ESC. La prévalence du mésusage des réseaux sociaux est en effet plus élevée dans l'ESG que dans l'ESC, aussi bien dans les classes inférieures que supérieures. Elle est également plus élevée chez les filles et chez les répondants dont le niveau d'aisance familiale est faible que chez leurs pairs respectifs. En outre, vivre avec ses deux parents et ne pas être issu de l'immigration constitue une protection contre l'utilisation problématique des réseaux sociaux (pour en savoir plus, voir la Figure 45 et le Tableau 21 en annexe).



La prévalence de l'utilisation problématique des réseaux sociaux a augmenté entre 2018 (5,9 %) et 2022 (9,1 %). Si cette hausse concerne chaque sous-groupe sociodémographique, elle est plus importante dans les sous-groupes présentant la prévalence de l'usage problématique la plus élevée (Heinz et al., 2021). Par exemple, on peut observer une augmentation de 5,2 et 1,6 points de pourcentage chez les filles et les garçons, respectivement. Ainsi, tous les écarts mentionnés ci-dessus se sont creusés au cours des quatre dernières années.

# Harcèlement et bagarres

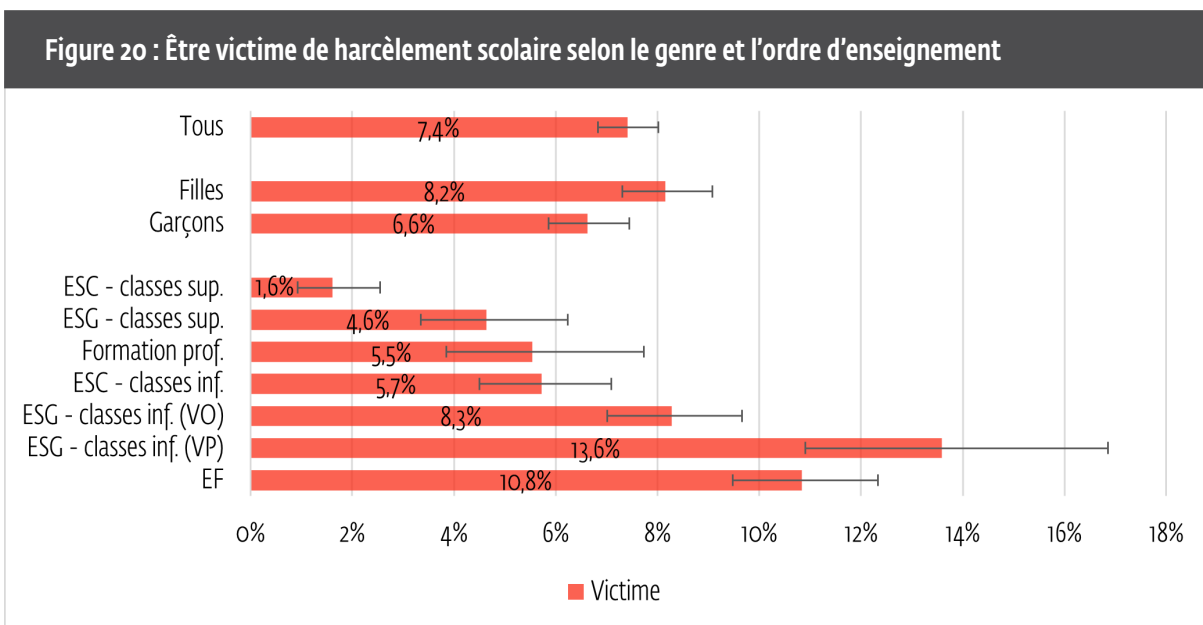
## Harcèlement

Le harcèlement est un phénomène mondial, dont la prévalence varie considérablement d'une région du monde à l'autre. Biswas et al. (2020) ont constaté qu'environ 43 % des adolescents africains âgés de 12 à 17 ans avaient été victimes de harcèlement au cours des 30 derniers jours, contre environ 8 % des adolescents européens. Cette prévalence relativement faible en Europe ne doit pas pour autant faire perdre de vue que le harcèlement est associé à de nombreuses conséquences négatives, notamment en matière psychopathologique, de suicide et de délinquance (Catone et al., 2015; Klomek et al., 2015).

L'enquête HBSC évalue le harcèlement (*bullying* en anglais et dans la version source du questionnaire) à partir de quatre items distincts portant sur le fait d'être victime ou auteur de harcèlement au sein de l'école ou en ligne. Le terme « bullying » n'étant pas aisément traduisible dans toutes les langues, le questionnaire comporte une définition du harcèlement ainsi que quelques exemples concrets. Les adolescents sont ensuite invités à indiquer combien de fois ils avaient été victimes de harcèlement et combien de fois ils avaient harcelé quelqu'un, à l'école ou en ligne, au cours des derniers mois. Les quatre items reposent sur une échelle allant de 1 (« Jamais ») à 5 (« Plusieurs fois par semaine »). Les réponses ont été recodées pour distinguer les victimes des non-victimes et les harceleurs des non-harceleurs. Conformément au protocole interne de l'enquête HBSC (Inchley et al., 2023), les réponses ont été recodées différemment selon le type de harcèlement. Dans le cas du harcèlement scolaire, les modalités de réponse « Jamais » et « une ou deux fois » ont été recodées 0 ; les modalités « 2 ou 3 fois par mois », « Environ une fois par semaine » et « Plusieurs fois par semaine » ont été recodées 1. Dans le cas du cyberharcèlement, seule la modalité « Jamais » a été codée 0.

## Victimes de harcèlement

La prévalence des victimes de cyberharcèlement est plus large que celle des victimes de harcèlement scolaire (13,1 % contre 7,4 %). La part des élèves victimes de harcèlement scolaire varie en fonction de l'ordre d'enseignement fréquenté (voir la Figure 20). Toutes variables sociodémographiques confondues, la prévalence des victimes de harcèlement scolaire atteint son plus haut niveau dans la voie de préparation de l'ESG (13,6 %) et son plus bas niveau dans les classes supérieures de l'ESC (1,6 %). Bien que ces résultats reflètent en grande partie un effet d'âge (Cook et al., 2010), ils peuvent également refléter la dynamique et les caractéristiques propres à chaque établissement scolaire. Par ailleurs, la prévalence des victimes de harcèlement au sein de l'école est (légèrement) plus élevée chez les filles que chez les garçons. Il s'agit d'une première depuis la mise en œuvre de l'enquête HBSC au Luxembourg. En 2006 et en 2010, les garçons étaient davantage victimes de harcèlement que les filles, et le nombre de victimes chez les filles et les garçons était relativement similaire en 2014 et en 2018 (Heinz et al., 2020). Ce résultat peut en partie faire écho aux tendances observées ailleurs (Kennedy, 2021), qui ont mis en évidence une diminution du harcèlement au sein de l'école chez les garçons et une augmentation chez les filles entre 1998 et 2017 aux États-Unis. Par ailleurs, l'analyse révèle un lien entre le harcèlement au sein de l'école et la structure familiale, le fait de vivre avec ses deux parents constituant une protection à cet égard. L'aisance familiale et le profil migratoire ne sont pas liés au fait d'être victime de harcèlement à l'école (pour en savoir plus, voir la Figure 46 et le Tableau 22 en annexe). La répartition sociale des victimes de harcèlement à l'école n'a pas changé entre 2018 et 2022 (Heinz et al., 2021) et fait écho à des résultats antérieurs (Inchley et al., 2020).



Pour ce qui est du cyberharcèlement, 13,1 % des participants ont déclaré en avoir déjà été victimes au cours des derniers mois. Cette prévalence varie en fonction de l'âge, de la structure familiale et de l'ordre d'enseignement, selon des schémas similaires à ceux décrits ci-dessus, à une exception près : la prévalence du cyberharcèlement est plus élevée chez les adolescents âgés de 11 à 14 ans que ceux âgés de 15 à 18 ans (pour en savoir plus, voir la Figure 47 et le Tableau 23 en annexe).

### Participation au harcèlement

Comme le montre la Figure 21, 3,6 % des participants ont déclaré avoir déjà participé à des actes de harcèlement à l'école au cours des derniers mois. Ce taux varie en fonction de toutes les variables sociodémographiques étudiées, à l'exception de l'âge. Les différences les plus importantes sont liées à l'ordre d'enseignement, au genre et au profil migratoire. La prévalence des harceleurs est de 8,2 % dans la voie de préparation de l'ESG et de 1,9 % dans les classes supérieures de l'ESG. En sus, 5,2 % des garçons et 2 % des filles ont déclaré avoir été auteurs de harcèlement. Les adolescents issus de l'immigration sont plus susceptibles d'être auteurs de harcèlement (4,7 % et 3,9 %, respectivement) que les participants qui ne sont pas issus de l'immigration (2,1 %). Les différences liées aux deux autres variables sociodémographiques sont moindres. Le lien entre l'aisance familiale et la participation au harcèlement au sein de l'école est principalement lié à la différence entre les familles peu (4,6 %) et moyennement (3,2 %) aisées. De même, le lien entre la participation au harcèlement au sein de l'école et la structure familiale reflète principalement la prévalence relativement élevée de harceleurs chez les participants vivant au sein d'une famille monoparentale (5 %), par rapport au taux de harcèlement chez ceux vivant avec leurs deux parents (2,8 %) ou au sein d'une famille recomposée (2,9 %; pour en savoir plus, voir la Figure 48 et le Tableau 24 en annexe). La distribution sociale des auteurs de harcèlement à l'école était similaire en 2018 et en 2022 (Heinz et al., 2021) et correspond à celle observée dans des recherches antérieures (Inchley et al., 2020).

La prévalence des cyberharceleurs est plus élevée que celle des auteurs de harcèlement à l'école (9,9 % contre 3,6 %). Tout comme pour le harcèlement scolaire, les auteurs de cyberharcèlement prédominent dans la voie de préparation



de l'ESG (18,7 %), chez les garçons (12,5 %) et chez les adolescents immigrés (11,7 %; voir la Figure 22, et pour en savoir plus, voir la Figure 49 et le Tableau 25 en annexe). Le fait de vivre avec ses deux parents est associé à une probabilité plus faible de participer à des actes de cyberharcèlement (8,7 %) que le fait de vivre au sein d'une famille monoparentale (11,6 %) ou recomposée (11,7 %). Il est intéressant de noter que l'analyse fait ressortir des différences liées à l'âge, les participants âgés de 13 et 14 ans présentant la prévalence la plus forte de harceleurs (12,2 % contre 8,2 % chez les 11-12 ans). L'aisance familiale n'a pas d'incidence à cet égard (pour en savoir plus, voir la Figure 49 et le Tableau 25 en annexe).

Figure 21 : Participation au harcèlement selon le genre, le profil migratoire et l'ordre d'enseignement

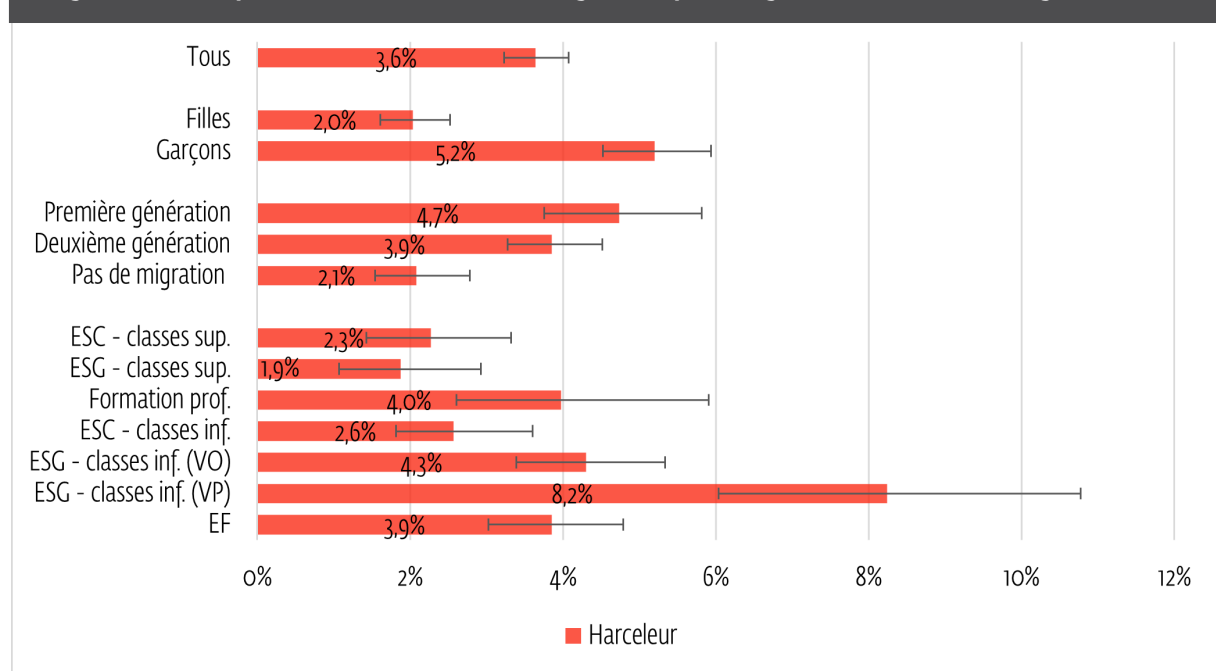
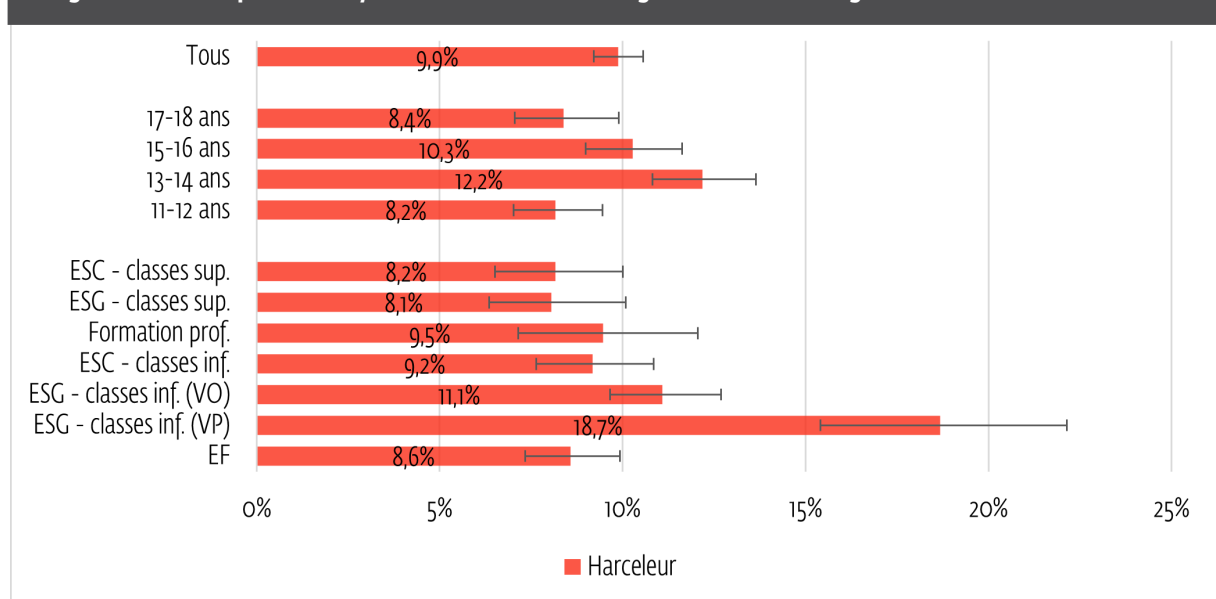


Figure 22 : Participation au cyberharcèlement selon l'âge et l'ordre d'enseignement

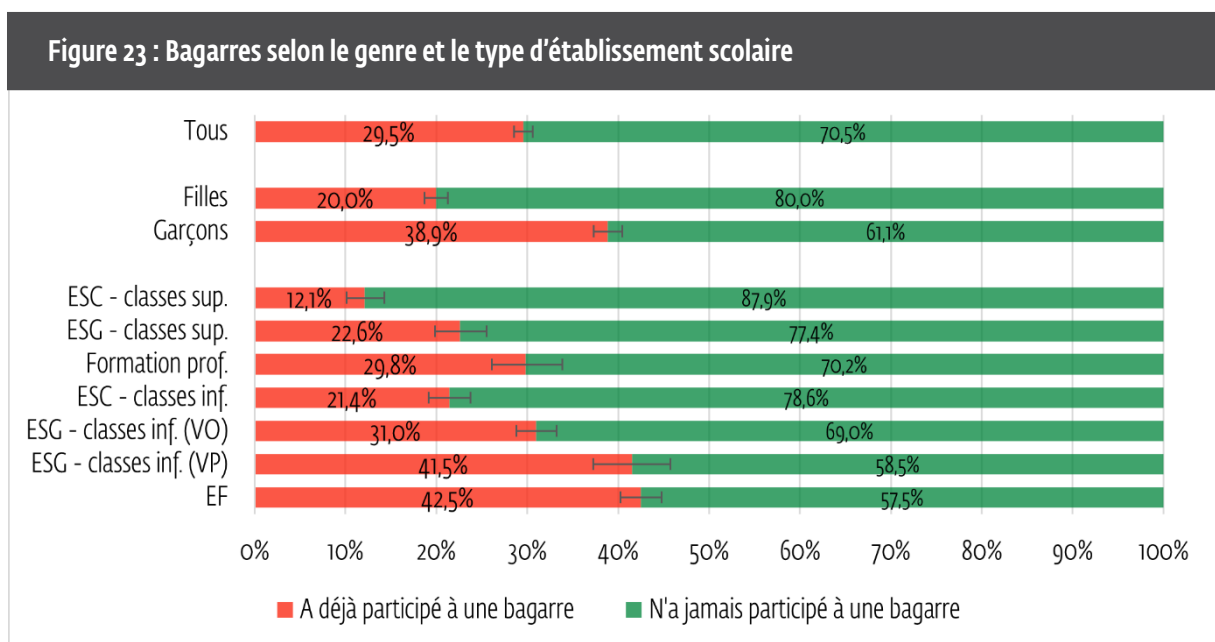


## Bagarres

Le harcèlement est un phénomène qui peut revêtir plusieurs formes : harcèlement verbal (par exemple, les injures), physique (par exemple, les bousculades) et moral (par exemple, la propagation de rumeurs; Olweus, 1993; Rivers et Smith, 1994). L'enquête HBSC ne permet pas de les distinguer. Elle comporte cependant un item évaluant la participation à des bagarres. Ces dernières ne doivent pas être confondues avec la forme physique du harcèlement, car elles n'impliquent pas nécessairement un déséquilibre de pouvoir, une caractéristique clé du harcèlement. Cela explique en partie pourquoi la participation à des bagarres n'est que faiblement corrélée au fait d'être victime ( $\tau = 0,146$ ) ou auteur de harcèlement ( $\tau = 0,202$ ).

L'enquête HBSC a mesuré la participation à des bagarres en invitant les participants à indiquer combien de fois ils avaient participé à des bagarres au cours des 12 derniers mois. L'item repose sur une échelle allant de 1 (« Aucune ») à 5 (« 4 fois ou plus »). Pour différencier les adolescents n'ayant jamais participé à une bagarre des autres, la réponse « Aucune » a été recodée en 0 et les autres réponses en 1.

Comme le montre la Figure 23, 29,5 % des répondants ont déclaré avoir participé à une bagarre au cours des 12 derniers mois. Ce taux varie en fonction de chaque variable sociodémographique étudiée. Les adolescents les plus jeunes, les garçons, les adolescents dont le niveau d'aisance familiale est faible, les adolescents immigrés ou dont les parents le sont ainsi que les participants ne vivant pas avec leurs deux parents sont plus susceptibles de participer à une bagarre que leurs pairs respectifs. Par ailleurs, l'analyse révèle au moins deux niveaux dans le lien entre bagarres et l'ordre d'enseignement. Le premier niveau est lié à l'âge : la prévalence des bagarres est en effet plus élevée dans l'enseignement fondamental et dans les classes inférieures que dans les classes supérieures. Le deuxième niveau reflète une distinction entre l'ESG et l'ESC : la prévalence des bagarres est plus faible dans l'ESC que dans l'ESG (pour en savoir plus, voir la Figure 50 et le Tableau 26 en annexe).



La répartition sociale de la prévalence des bagarres n'a pas évolué de manière significative depuis 2018. La principale différence concerne l'aisance familiale. En 2018, les élèves dont le niveau d'aisance familiale était élevé étaient moins susceptibles de participer à des bagarres que leurs pairs (Heinz et al., 2021). En 2022, la participation à des bagarres ne dépend pas de l'aisance familiale.

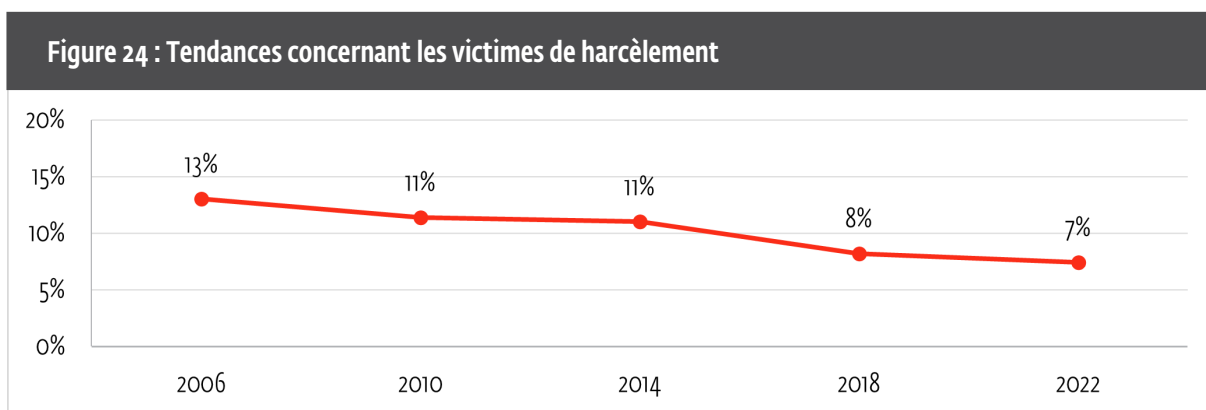
# Le harcèlement au sein de l'école à la loupe

## Introduction

Le fait d'être fréquemment victime de harcèlement entraîne des conséquences psychosociales négatives chez les adolescents, telles que des niveaux plus élevés de symptômes psychologiques et psychopathologiques, notamment la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires, à la fois à court terme et à l'âge adulte (Catone et al., 2015; Cosma et al., 2017; Halliday et al., 2021; Klomek et al., 2015).

Dans l'enquête HBSC, parmi les questions relatives au harcèlement, les adolescents ont été spécifiquement interrogés sur la fréquence à laquelle ils avaient été victimes de harcèlement au sein de l'école. Une personne est victime de harcèlement à l'école lorsqu'elle est exposée, de façon répétée, à des actions négatives d'une ou de plusieurs autres personnes (Olweus, 1996). On entend par « actions négatives » toute action créant intentionnellement un préjudice ou une gêne à autrui et, dans le cas du harcèlement, la situation doit être caractérisée par un rapport de force très inégal. En d'autres termes, cela signifie que la personne harcelée doit être dans une certaine mesure impuissante face à son harceleur.

Au Luxembourg, bien que la prévalence des victimes de harcèlement ait diminué de manière significative depuis 2006, elle est restée stable entre 2018 et 2022 (13 % en 2006, 8 % en 2018 et 7 % en 2022; Figure 24).



Comme indiqué précédemment dans ce rapport, la prévalence des victimes de harcèlement varie considérablement selon l'ordre d'enseignement. Bien que le fait d'être victime de harcèlement et l'ordre d'enseignement soient tous deux associés à l'âge, il est probable que ce dernier n'explique que partiellement la variance de la prévalence dans les différents ordres d'enseignement. Par exemple, c'est dans la voie de préparation que la prévalence des élèves déclarant avoir été victimes de harcèlement est la plus haute, avec 13,6 %, alors qu'elle est de 5,7 % dans les classes inférieures de l'ESC.

Cette section a un double objectif. Premièrement, mieux comprendre comment les caractéristiques individuelles et contextuelles sont associées au harcèlement. Deuxièmement, comparer les niveaux moyens de bien-être des personnes victimes de harcèlement et de celles qui ne le sont pas.

## Méthode

### *Variables dépendantes*

Bien-être – Le WHO-5 *Well-being Index* est une mesure en cinq items du bien-être subjectif. Chaque item repose sur une échelle de 0 à 5. Dans le cas présent, nous utilisons un score total allant de 0 à 25.

Être victime de harcèlement à l'école – Cet item permet de savoir combien de fois les personnes ont été harcelées à l'école au cours des derniers mois. Les réponses reposent sur une échelle allant de 1 (« Jamais ») à 5 (« Plusieurs fois par semaine »).

### *Variables indépendantes*

Caractéristiques individuelles : âge, aisance familiale, structure familiale, genre et profil migratoire.

Caractéristiques contextuelles : ordre d'enseignement, classe et établissement scolaire.

### *Analyses statistiques*

Nous avons effectué une analyse de régression logistique binomiale hiérarchique en deux étapes. Dans un premier temps (étape 1), nous avons inclus des facteurs liés aux caractéristiques individuelles (âge, genre, structure familiale, aisance familiale et profil migratoire) en tant que prédicteurs pour évaluer leurs effets sur la variable dépendante (être victime de harcèlement). Dans un second temps (étape 2), nous avons ajouté la variable d'ordre d'enseignement au modèle pour comprendre son effet spécifique sur la variable dépendante, après contrôle des facteurs liés aux caractéristiques individuelles incluses dans l'étape 1.

De plus, nous avons utilisé un modèle multiniveau pour étudier la variation du fait d'être victime de harcèlement. Nous avons utilisé le coefficient de corrélation intraclasse pour comprendre comment la structure hiérarchique explique la variation du fait d'être victime de harcèlement. Le premier niveau (niveau 1) s'intéresse à la variation du coefficient de corrélation intraclasse entre les classes et au sein d'une même classe. Le deuxième niveau (niveau 2) contrôle les caractéristiques individuelles suivantes : âge, genre, aisance familiale, structure familiale et profil migratoire. Les troisième et quatrième niveaux, en plus des variables contrôlées à l'étape précédente, incluent la variation entre les ordres d'enseignement (niveau 3) et les établissements scolaires eux-mêmes (niveau 4).

Ensuite, une analyse de variance à un facteur (ANOVA) a été réalisée afin d'évaluer les différences entre les valeurs moyennes de bien-être selon la fréquence du harcèlement. Enfin, des tests *t* indépendants ont été réalisés pour comparer les valeurs moyennes de bien-être des personnes victimes de harcèlement et de celles qui ne le sont pas dans chaque ordre d'enseignement. Le niveau de signification statistique pour tous les tests était de 0,05.

## Résultats et analyse

Le premier objectif de cette section est de mieux comprendre comment les caractéristiques individuelles et contextuelles sont associées au harcèlement. Précédemment, nous avons observé que le harcèlement est lié à l'ordre

d'enseignement, ainsi qu'à d'autres indicateurs individuels, tels que l'âge, le genre et la structure familiale (pour en savoir plus, voir le Tableau 22 en annexe). Dans ce qui suit, ces associations prennent en considération le fait que les ordres d'enseignement ne sont pas hétérogènes (par exemple, les élèves de l'enseignement fondamental sont plus jeunes que ceux d'autres ordres), en incluant simultanément dans le modèle les caractéristiques individuelles et contextuelles mentionnées précédemment.

Dans le premier modèle, la plupart des variables sociodémographiques étaient associées de manière significative au harcèlement, à l'exception de l'aisance familiale (Tableau 1). Cependant, une fois l'ordre d'enseignement introduit à l'étape 2, l'âge et le profil migratoire perdent leur pouvoir prédictif et ne sont plus associés de manière significative au harcèlement. Ce résultat suggère que l'association entre l'âge et le profil migratoire, d'une part, et le harcèlement, d'autre part, pourrait être due à l'ordre d'enseignement.

**Tableau 1 : Analyse de régression logistique binomiale prédisant le harcèlement**

	Étape 1			Étape 2		
	Beta	ET	p	B	ET	p
Âge	0,226	0,045	,000	0,101	0,073	,165
Aisance familiale	0,035	0,76	,644	0,136	0,078	,081
Structure familiale	0,227	0,056	,000	0,184	0,056	,001
Genre	0,226	0,093	,015	0,278	0,094	,003
Migration	0,138	0,067	,040	0,076	0,068	,260
Ordre d'enseignement				-2,850	0,266	,000

Pour continuer à appréhender le harcèlement dans le contexte social des élèves, et afin de compléter les résultats précédents, il convient de mieux comprendre comment ce comportement varie au sein des classes. Dans le cadre de l'enquête HBSC, les élèves sont échantillonnés par classe (ou cluster). Le coefficient de corrélation intraclasse présenté est un indicateur de la part de la variance individuelle due à l'appartenance à ce cluster. En d'autres termes, il s'agit de déterminer dans quelle mesure un certain comportement peut être expliqué par le fait d'appartenir à cette classe spécifique.

**Tableau 2 : Coefficient de corrélation intraclasse**

	Niveau -1	Niveau -2	Niveau -3	Niveau -4
Victimes de harcèlement	6,3 %	4,1 %	3,1 %	2,6 %

*Remarque* : le niveau 1 s'intéresse à la variation au sein d'une même classe sans aucune variable de contrôle ; le niveau 2 contrôle l'âge, le genre, l'aisance familiale, la structure familiale et le profil migratoire ; le niveau 3 contrôle en plus l'ordre d'enseignement ; le niveau 4 contrôle en plus l'établissement scolaire

Dans le Tableau 2, il est possible d'observer la variance partagée du harcèlement. Le fait d'appartenir à une classe donnée explique 6,3 % du comportement de harcèlement d'un individu. Dans la littérature, on utilise un seuil allant jusqu'à 5 % pour considérer la variance du cluster comme négligeable.

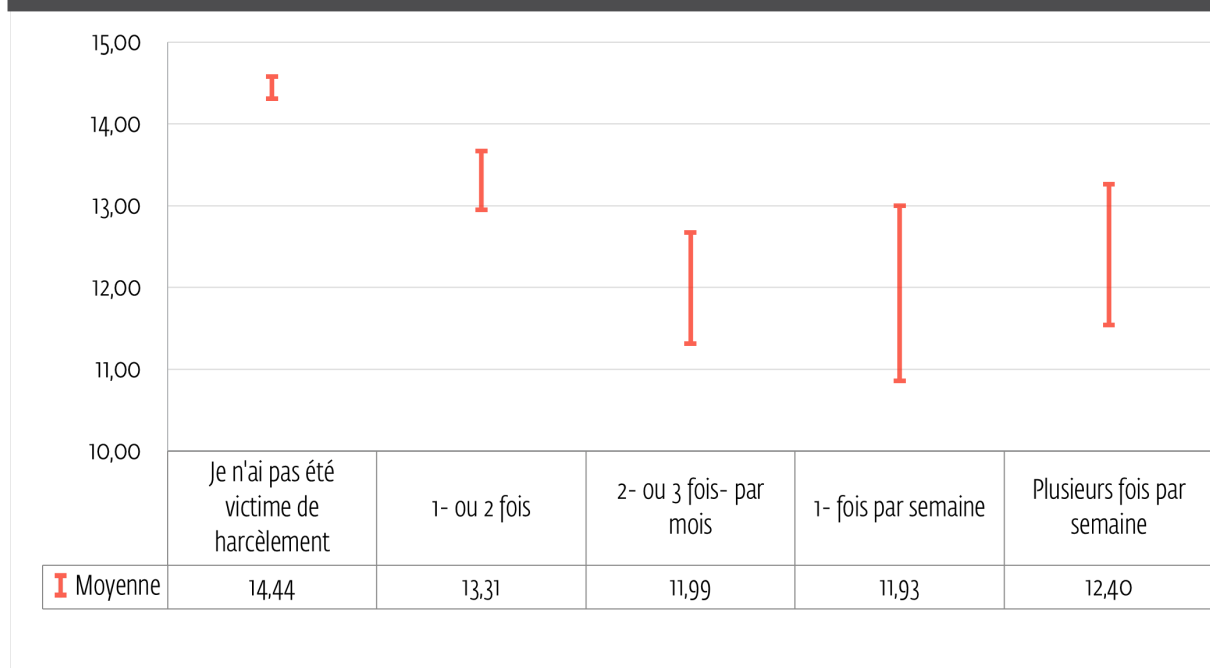
Comme indiqué précédemment, les classes ne sont toutefois pas hétérogènes, même si les élèves d'une classe donnée sont susceptibles de partager certaines caractéristiques individuelles, l'âge étant l'exemple le plus clair. C'est pourquoi il est important de contrôler les facteurs sociodémographiques. Une fois l'âge, le genre, l'aisance familiale, la structure familiale et le profil migratoire pris en considération dans le modèle, seuls 4,1 % du comportement individuel a pu être expliqué par le fait d'appartenir à une classe donnée.

De plus, les classes font partie d'un ordre d'enseignement et d'un établissement scolaire donnés dans lesquels elles peuvent parfois être regroupées pour certains enseignements. C'est la raison pour laquelle cette analyse intègre un troisième niveau qui inclut l'ordre d'enseignement et un quatrième niveau qui inclut l'établissement scolaire lui-même. Une fois ces facteurs ajoutés au modèle, seuls 2,6 % du comportement individuel a pu être expliqué par le fait d'appartenir à une classe donnée.

En résumé, la variance du harcèlement ne s'explique pas par le fait d'appartenir à une classe donnée, mais plutôt par les facteurs explorés dans les analyses précédentes (Tableau 1).

La deuxième partie de cette section consiste à comparer les niveaux moyens de bien-être en fonction de la fréquence du harcèlement.

Figure 25 : Score moyen du niveau de bien-être en fonction du harcèlement

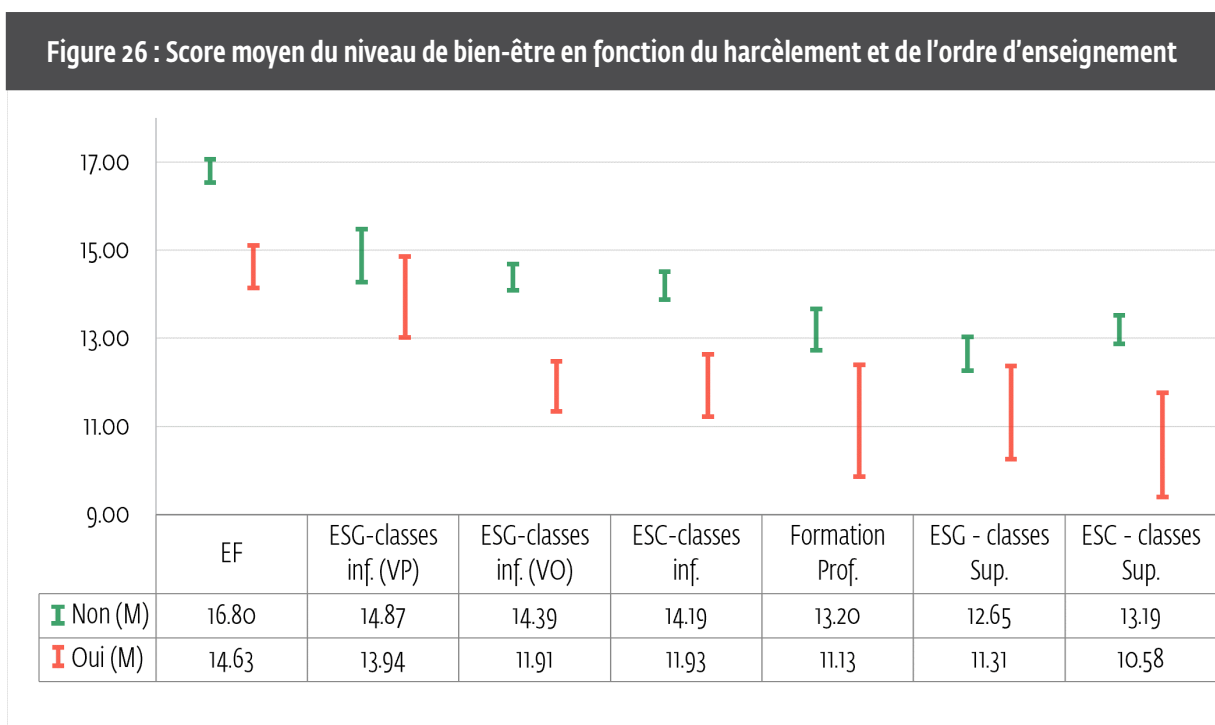


Les adolescents qui n'ont pas été harcelés affichent un niveau moyen de bien-être plus élevé que ceux l'ayant été au cours des derniers mois (95 % IC [14.31 - 14.57]). Entre les autres groupes, cependant, la plupart des différences ne sont pas significatives (voir la Figure 25, et pour en savoir plus, voir le Tableau 27 en annexe). La seule différence significative concerne les personnes ayant déclaré avoir été victimes de harcèlement 1 ou 2 fois par rapport à celles ayant déclaré l'avoir été 2 ou 3 fois par mois. Ces résultats sont plutôt surprenants, car on pourrait penser que plus la fréquence du

harcèlement est élevée, plus le bien-être diminue. Or, ils pourraient indiquer une réponse adaptative, telle qu'un processus d'accommodation (Inhelder et Piaget, 1958). Au cours de leur développement, les individus passent naturellement par différents processus d'adaptation, à savoir l'assimilation et l'accommodation. Il s'agit de processus complémentaires, qui contribuent au bien-être de tout individu. Dans le cas de l'accommodation, l'évaluation de la situation personnelle est adaptée aux conditions environnementales.

Bien que la définition du harcèlement à l'école mentionnée précédemment renvoie spécifiquement à la notion de répétition, au Luxembourg, les élèves dont l'état de santé mentale est le plus dégradé sont ceux ayant déclaré avoir été harcelés une ou deux fois, en comparaison avec ceux qui n'ont pas été harcelés. Ainsi, dans les analyses suivantes, l'objectif étant de comparer les niveaux de bien-être au sein des différents ordres d'enseignement, on utilisera un seuil adapté à notre contexte. Les résultats du paragraphe précédent indiquent que ce seuil, uniquement fondé sur le bien-être, devrait distinguer les élèves « victimes de harcèlement » des élèves « non-victimes de harcèlement » (indépendamment du nombre de fois). Cette catégorisation sera celle utilisée par la suite.

La Figure 26 présente la comparaison entre les victimes et les non-victimes de harcèlement par ordre d'enseignement (pour en savoir plus, voir le Tableau 28 en annexe). Pour la plupart des ordres d'enseignement, on observe des différences significatives ( $p \geq 0,05$ ) entre les groupes victimes et non victimes de harcèlement. Ces derniers présentent un bien-être significativement meilleur que leurs pairs qui ont déclaré avoir été victime de harcèlement (par exemple, les élèves de l'enseignement fondamental ;  $t[1754] = 8,21, p < 0,001$ ).



Il convient toutefois de noter que ce n'est pas le cas pour les classes inférieures de l'ESG (voie de préparation). Dans cet ordre d'enseignement où la prévalence des élèves déclarant avoir été victimes de harcèlement est la plus élevée (13,6 %), on n'observe aucune différence significative entre les élèves victimes et les élèves non-victimes de harcèlement ( $t[482] = 1,63 ; p = 0,104$ ).



Arnarsson et Bjarnason (2018) ont rapporté des résultats similaires. Dans leur enquête menée au sein de 35 pays, dont le Luxembourg, ces auteurs indiquent que la prévalence du harcèlement dans l'environnement des élèves joue un rôle dans l'association entre harcèlement et satisfaction de vie. En d'autres termes, les effets du harcèlement sur la satisfaction de vie sont plus marqués dans les établissements scolaires et les pays où le harcèlement est moins fréquent.

Ce résultat pourrait s'expliquer par un effet de comparaison sociale (Festinger, 1954). On sait que les individus évaluent leurs propres expériences par rapport aux autres. Lorsqu'un(e) élève est victime de harcèlement dans un contexte où de nombreuses autres personnes vivent la même situation, ce problème est relativisé. En revanche, dans un contexte où le harcèlement est peu fréquent, les conséquences sur le bien-être de l'élève pourraient être plus importantes.

Cela ne signifie pas pour autant que l'augmentation de la fréquence du harcèlement soit un facteur de protection pour le bien-être des élèves. La Figure 25 montre que seuls les élèves n'ayant pas été victimes de harcèlement ( $M = 14,44$  ; 95 % IC [14,31 - 14,57]) ont conservé un niveau de bien-être normal à élevé (score >13). Pour protéger réellement le bien-être des adolescents, l'absence de harcèlement reste la seule option possible.



## Conclusions et perspectives

La conjonction de caractéristiques biologiques et sociales fait de l'adolescence une période propice à la transgression des règles et aux comportements à risque. Elle implique en effet des changements physiologiques majeurs dans le corps en général et les systèmes endocrinien et neuronal en particulier (Blakemore, 2012). Ces processus se traduisent notamment par une réactivité émotionnelle et une impulsivité accrues (Casey et al., 2019; Chambers et al., 2003; Spear, 2010; Steinberg, 2005). Les caractéristiques de l'adolescence sont également socialement conditionnées, puisqu'elles varient dans l'espace et le temps (Schlegel et Barry, 1991). La structure sociale (par exemple, l'enseignement obligatoire, l'urbanisation, la ségrégation sociale, les médias) contribue à façonner les rôles sociaux, les trajectoires et les réseaux de pairs des adolescents (Schlegel et Barry, 1991; Worthman et Trang, 2018).

Ce rapport vise à informer la communauté de la prévalence des comportements à risque chez les adolescents au Luxembourg en 2022. Dans l'ensemble, la plupart des résultats ne montrent pas d'évolution significative par rapport à 2018 (Heinz et al., 2021). Les précédentes enquêtes HBSC menées au Luxembourg ont révélé une diminution de la prévalence de la consommation (excessive) d'alcool, de la consommation de cigarettes et du fait d'être victime ou auteur de harcèlement entre 2006 et 2018. La prévalence de la participation à des bagarres et de la consommation de cannabis sont quant à elles restées relativement stables au cours de cette même période (Heinz et al., 2020).

En résumé, en 2022, la consommation d'alcool et de cigarettes ainsi que l'expérience de l'ivresse ont légèrement diminué par rapport à 2018. Cette tendance est légèrement plus marquée chez les garçons que chez les filles. En revanche, la consommation de cannabis a légèrement augmenté chez les adolescents. Cette augmentation est plus forte chez les filles, qui semblent également plus exposées au risque d'utiliser la cigarette électronique que les garçons. Bien que le nombre de victimes et d'auteurs de harcèlement soit similaire à celui observé en 2018 (Heinz et al., 2021), si l'on excepte la hausse des cas des victimes de cyberharcèlement, la prévalence de la participation dans des bagarres a diminué depuis 2018, même si cela reflète une diminution de la prévalence uniquement chez les garçons, puisqu'elle est restée stable chez les filles. Les tendances récentes concernant les rapports sexuels ont montré une diminution de la prévalence chez les garçons et une légère augmentation chez les filles qui ont déjà eu des rapports sexuels (Health Behaviour in School-aged Children Luxembourg Study, 2023). Il convient toutefois de noter que la principale évolution depuis 2018 concerne la prévalence de l'utilisation problématique des réseaux sociaux, qui a presque doublé entre 2018 et 2022.

Dans l'ensemble, les comportements à risque sont apparus presque systématiquement liés à l'âge, à l'ordre d'enseignement et à la structure familiale. La consommation de substances est positivement liée à l'âge, c'est-à-dire que plus un(e) adolescent(e) est âgé(e), plus il ou elle est susceptible de boire, de fumer du tabac, de vapoter et de consommer du cannabis. Le harcèlement en milieu scolaire et les bagarres sont négativement associés à l'âge. La prévalence des victimes et des auteurs de cyberharcèlement et de l'utilisation problématique des réseaux sociaux est plus élevée chez les participants âgés de 13 et 14 ans que dans les autres groupes d'âge. Alors que les rapports sexuels et l'utilisation de la pilule contraceptive sont positivement associés à l'âge, l'utilisation du préservatif l'est négativement. Les résultats ont également mis en évidence le rôle protecteur joué par la famille nucléaire. Vivre avec ses deux parents est lié à une prévalence relativement faible dans une très grande majorité de cas. Le lien entre les comportements à risque et l'ordre d'enseignement reflète, dans la plupart des cas, un effet d'âge. Toutefois, l'analyse a montré que, dans l'enseignement secondaire, la prévalence des comportements à risque est généralement la plus faible dans l'ESC. Quelques exceptions sont toutefois notables (par exemple, la prévalence de la consommation

d'alcool au cours de la vie). Inversement, fréquenter la voie de préparation et la formation professionnelle est lié à un risque plus élevé de consommation régulière de substances. L'acceptabilité du cannabis est plus élevée chez les élèves de la voie de préparation, qui, en outre, sont également plus enclins à être auteurs de (cyber)harcèlement et à être cyberharcelés que leurs pairs. Il convient de noter que le lien entre les comportements à risque et l'ordre d'enseignement fréquenté pourrait être dû aux différents niveaux de mixité sociale au sein de ces ordres. Il semble notamment que la prévalence des garçons, des adolescents issus de familles dont le niveau d'aisance est relativement faible, des adolescents immigrés ou dont les parents le sont et des participants ne vivant pas avec leurs deux parents soit nettement plus élevée dans les voies de préparation et dans la formation professionnelle que dans les autres ordres d'enseignement. Cela explique en partie pourquoi ces participants, qui présentent davantage de facteurs de risque sociodémographiques, ont déclaré davantage de comportements à risque que leurs pairs. Par ailleurs, le fait qu'un grand nombre d'élèves de la voie de préparation poursuivent leurs études en formation professionnelle peut contribuer au renforcement de certains comportements à risque.

En ce qui concerne plus particulièrement le harcèlement à l'école, l'hétérogénéité des ordres d'enseignement mentionnée précédemment est prise en considération dans les analyses. L'ordre d'enseignement est associé de manière significative au harcèlement, après contrôle de l'âge, de l'aisance familiale, de la structure familiale, du genre et du profil migratoire. De plus, une fois l'ordre d'enseignement intégré dans les analyses, seuls le genre et la structure familiale restent associés au harcèlement. En outre, on a analysé la variance du harcèlement due au fait d'être dans une classe donnée. Une fois les facteurs mentionnés précédemment intégrés dans le modèle, la prévalence du harcèlement expliquée par le fait d'être dans une classe donnée devient négligeable. Ensuite, on s'est penché sur l'association entre le fait d'être victime de harcèlement et le bien-être. Les adolescents au Luxembourg qui n'ont pas été harcelés affichent un niveau de bien-être plus élevé que ceux l'ayant été, et ce dans tous les ordres d'enseignement, à l'exception des classes inférieures de l'ESG (voie de préparation). Qu'ils soient victimes ou non de harcèlement, les élèves de ces classes ne présentent en effet aucune différence significative dans leurs niveaux de bien-être. Il convient de noter que c'est dans cet ordre d'enseignement que la prévalence du harcèlement est la plus élevée, ce qui suggère que dans un contexte où d'autres personnes vivent la même situation, l'incidence du problème sur leur bien-être est réduite.

Le milieu scolaire est un lieu propice à la promotion de la santé (Langford et al., 2015). Plus les adolescents sont en bonne santé, meilleurs sont leurs résultats scolaires, ce qui semble aller de pair avec une bonne santé à l'âge adulte. Les interventions en milieu scolaire offrent également la possibilité d'un effet de contagion sociale. En d'autres termes, ces comportements pourraient se propager à d'autres personnes (Ali et al., 2011). Le rapport de l'enquête HBSC précédent (Heinz et al., 2021) suggère également que les adolescents qui adoptent un comportement à risque sont plus susceptibles d'en adopter d'autres. La prise en considération de la cooccurrence des comportements à risque dans la conception des programmes d'intervention est importante dans la mesure où les actions ciblant plusieurs comportements à risque sont plus susceptibles de les réduire (Rocca et al., 2019; World Health Organization, 2016).

L'initiative de l'OMS visant à promouvoir la santé en milieu scolaire souligne l'importance de la relation réciproque entre santé et éducation (World Health Organization et United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2021). Les établissements scolaires sont des lieux essentiels pour promouvoir la santé et le bien-être des élèves, de leurs parents, des personnes qui s'occupent d'eux, du personnel enseignant ainsi que de la communauté au sens large. Cependant, cette mise en œuvre nécessite une approche globale dont les actions se renforcent mutuellement à plusieurs niveaux au sein des établissements scolaires (environnements matériel et socioaffectif,

politiques, programmes scolaires), et intègrent les différents partenaires éducatifs, tels que la famille, les parties prenantes de la collectivité et les organisations de promotion de la santé.

Le fait d'associer les familles et d'encourager les parents à communiquer constitue également un aspect important de l'action préventive. Il convient de mettre en évidence les perceptions et les attentes des adolescents quant aux conséquences négatives et positives de ces comportements, ainsi que de promouvoir d'autres activités saines (Vashishtha et al., 2020). Il est important de préciser que ces interventions doivent être compatibles avec l'agenda des parents qui travaillent, être abordables pour chaque famille, garantir la supervision des autres enfants pendant l'intervention et apporter un soutien en cas de problématique lié au transport (Newton et al., 2017).



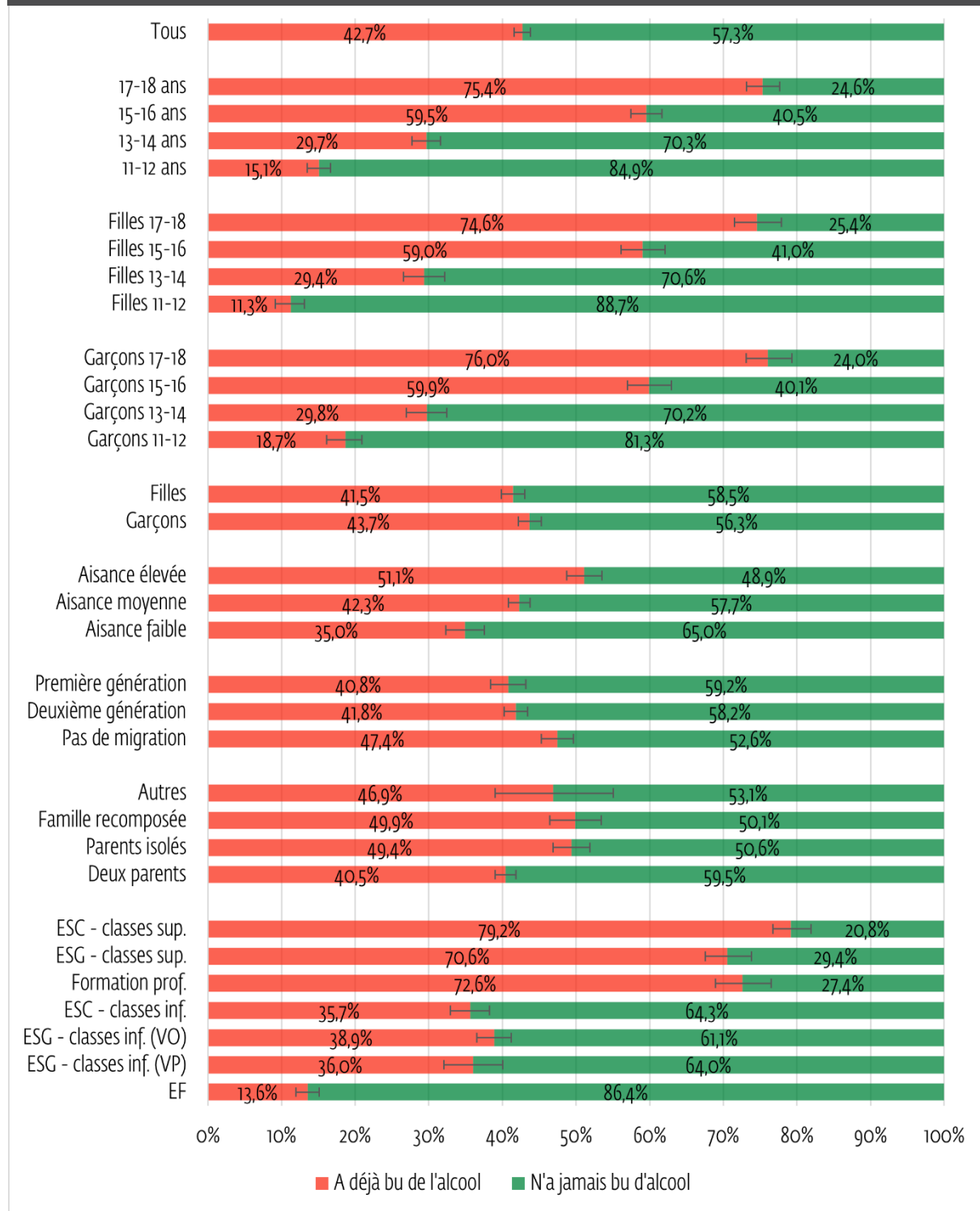
Annexe





Consommation d'alcool

Figure 27: Prévalence de la consommation d'alcool au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques

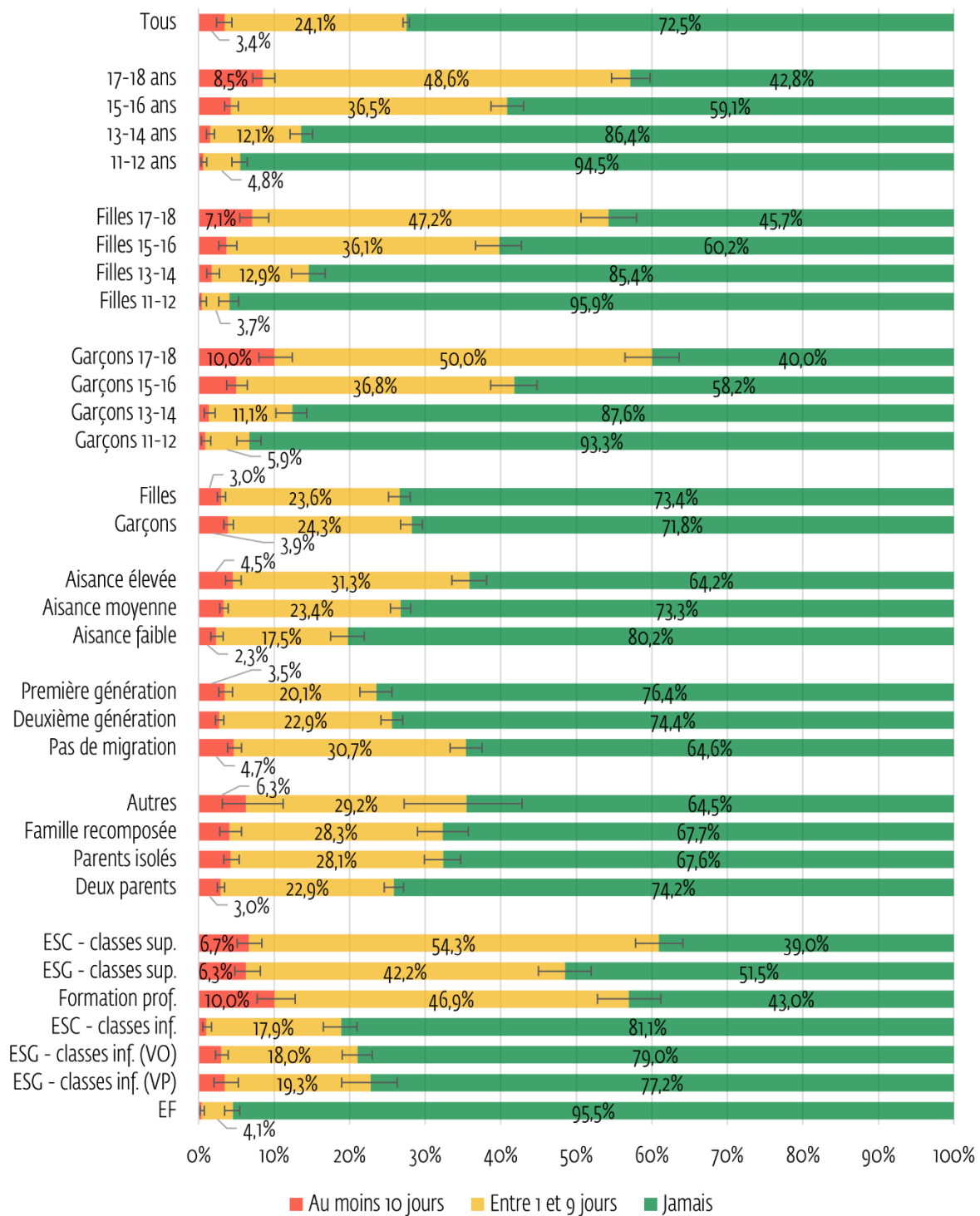


**Tableau 3 : Prévalence de la consommation d'alcool au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques**

	A bu de l'alcool (2-7)	N'a jamais bu d'alcool (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 7 586</b>
	42,7 (41,6 - 43,8)	57,3 (56,2 - 58,4)	
<b>Âge</b>			<b>N = 7 586</b>
11-12 ans	15,1 (13,6 - 16,7)	84,9 (83,3 - 86,4)	
13-14 ans	29,7 (27,8 - 31,7)	70,3 (68,3 - 72,2)	$p < 0,001$
15-16 ans	59,5 (57,4 - 61,6)	40,5 (38,4 - 42,6)	$\gamma = 0,649$
17-18 ans	75,4 (73,1 - 77,5)	24,6 (22,5 - 26,9)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 3 695</b>
Filles 11-12	11,3 (9,4 - 13,4)	88,7 (86,6 - 90,6)	
Filles 13-14	29,4 (26,6 - 32,2)	70,6 (67,8 - 73,4)	$p < 0,001$
Filles 15-16	59,0 (56,0 - 62,0)	41,0 (38,0 - 44,0)	$\gamma = 0,680$
Filles 17-18	74,6 (71,3 - 77,7)	25,4 (22,3 - 28,7)	
			<b>N = 3 842</b>
Garçons 11-12	18,7 (16,4 - 21,1)	81,3 (78,8 - 83,6)	
Garçons 13-14	29,8 (27,1 - 32,6)	70,2 (67,4 - 72,9)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	59,9 (56,9 - 62,9)	40,1 (37,1 - 43,1)	$\gamma = 0,621$
Garçons 17-18	76,0 (72,9 - 79,1)	24,0 (21,1 - 27,2)	
<b>genre</b>			<b>N = 7 537</b>
Filles	41,5 (39,9 - 43,1)	58,5 (56,9 - 60,1)	$p = 0,051$
Garçons	43,7 (42,1 - 45,3)	56,3 (54,8 - 57,9)	Cramér's V. = 0,022
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 7 373</b>
Élevée	51,1 (48,7 - 53,5)	48,9 (46,5 - 51,3)	$p < 0,001$
Moyenne	42,3 (40,8 - 43,7)	57,7 (56,3 - 59,2)	$\gamma = 0,189$
Faible	35,0 (32,4 - 37,6)	65,0 (62,4 - 67,6)	
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 7 307</b>
Première génération	40,8 (38,4 - 43,2)	59,2 (56,7 - 61,5)	$p < 0,001$
Deuxième génération	41,8 (40,2 - 43,4)	58,2 (56,5 - 59,7)	Cramér's V. = 0,054
Pas de migration	47,4 (45,3 - 49,6)	52,6 (50,4 - 54,7)	
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 7 155</b>
Autres	46,9 (38,6 - 54,7)	53,1 (45,3 - 61,4)	
Famille recomposée	49,9 (46,4 - 53,4)	50,1 (46,7 - 53,7)	$p < 0,001$
Parents isolés	49,4 (46,9 - 51,9)	50,6 (48,1 - 53,2)	Cramér's V. = 0,086
Deux parents	40,5 (39,1 - 41,9)	59,5 (58,1 - 60,9)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 7 586</b>
ESC-classes sup.	79,2 (76,5 - 81,7)	20,8 (18,3 - 23,5)	
ESG-classes sup.	70,6 (67,3 - 73,6)	29,4 (26,4 - 32,7)	
Formation prof.	72,6 (68,7 - 76,3)	27,4 (23,7 - 31,3)	
ESC-classes inf.	35,7 (33,0 - 38,4)	64,3 (61,6 - 67,0)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	38,9 (36,6 - 41,3)	61,1 (58,7 - 63,4)	Cramér's V. = 0,466
ESG-classes inf. (VP)	36,0 (32,1 - 40,1)	64,0 (60,1 - 68,0)	
EF	13,6 (12,1 - 15,2)	86,4 (84,8 - 88,0)	

Il a été demandé aux répondants combien de jours ils avaient bu de l'alcool au cours de leur vie. Les réponses possibles allaient de « jamais » (1) à « 30 jours ou plus » (7). La consommation d'alcool au cours de la vie a été classée en deux catégories : ceux qui ont bu de l'alcool (catégories 2 à 7) et ceux n'ont jamais bu d'alcool (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %)

Figure 28 : Prévalence de la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques



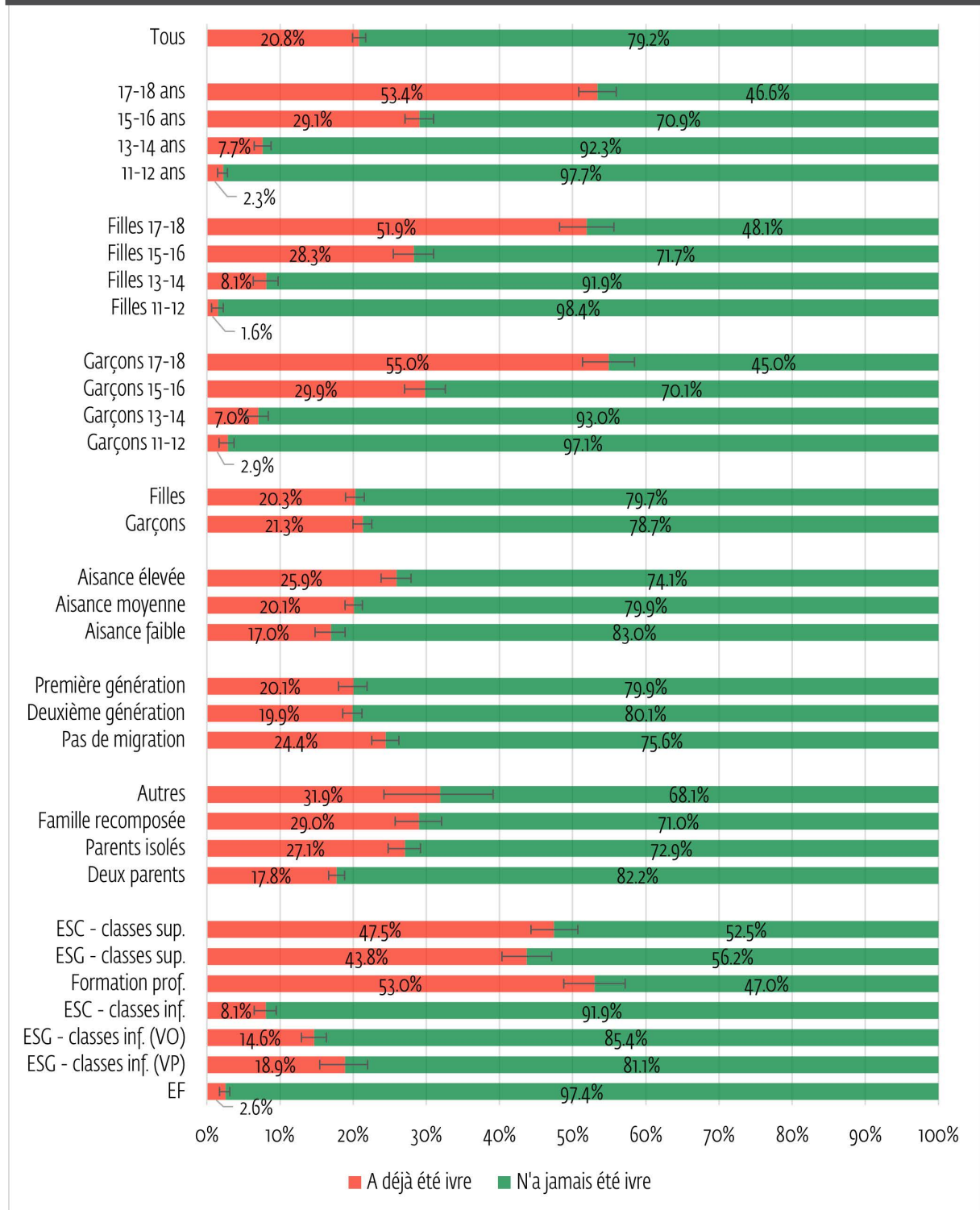
**Tableau 4 : Prévalence de la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques**

	Au moins 10 jours (5-7)	Entre 1 et 9 jours (2-4)	Jamais (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>				<b>N = 7 287</b>
	3,4 (3,0 - 3,9)	24,1 (23,1 - 25,1)	72,5 (71,5 - 73,5)	
<b>Âge</b>				<b>N = 7 287</b>
11-12 ans	0,7 (0,3 - 1,1)	4,8 (3,9 - 5,9)	94,5 (93,4 - 95,5)	
13-14 ans	1,5 (1,0 - 2,1)	12,1 (10,7 - 13,6)	86,4 (84,9 - 87,9)	$p < 0,001$
15-16 ans	4,3 (3,5 - 5,3)	36,5 (34,4 - 38,7)	59,1 (57,0 - 61,3)	$\chi = 0,665$
17-18 ans	8,5 (7,2 - 10,1)	48,6 (46,0 - 51,2)	42,8 (40,3 - 45,5)	
<b>Âge x genre</b>				<b>N = 3 579</b>
Filles 11-12	0,4 (0,1 - 1,0)	3,7 (2,6 - 5,0)	95,9 (94,5 - 97,0)	
Filles 13-14	1,7 (1,1 - 2,7)	12,9 (10,9 - 15,2)	85,4 (83,1 - 87,5)	$p < 0,001$
Filles 15-16	3,7 (2,7 - 5,0)	36,1 (33,1 - 39,1)	60,2 (57,1 - 63,2)	$\chi = 0,661$
Filles 17-18	7,1 (5,4 - 9,3)	47,2 (43,6 - 51,0)	45,7 (42,0 - 49,4)	
				<b>N = 3 658</b>
Garçons 11-12	0,9 (0,4 - 1,6)	5,9 (4,5 - 7,5)	93,3 (91,6 - 94,8)	
Garçons 13-14	1,3 (0,7 - 2,2)	11,1 (9,2 - 13,1)	87,6 (85,4 - 89,5)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	5,0 (3,7 - 6,4)	36,8 (33,9 - 39,9)	58,2 (55,1 - 61,2)	$\chi = 0,672$
Garçons 17-18	10,0 (8,0 - 12,4)	50,0 (46,3 - 53,6)	40,0 (36,4 - 43,5)	
<b>Genre</b>				<b>N = 7 237</b>
Filles	3,0 (2,5 - 3,6)	23,6 (22,2 - 25,0)	73,4 (71,9 - 74,8)	$p = 0,067$
Garçons	3,9 (3,3 - 4,6)	24,3 (22,9 - 25,7)	71,8 (70,3 - 73,3)	Cramér's V. = 0,027
<b>Aisance familiale</b>				<b>N = 7 093</b>
Élevée	4,5 (3,6 - 5,6)	31,3 (29,1 - 33,6)	64,2 (61,8 - 66,5)	$p < 0,001$
Moyenne	3,3 (2,8 - 3,9)	23,4 (22,1 - 24,7)	73,3 (71,9 - 74,6)	$\chi = 0,221$
Faible	2,3 (1,6 - 3,3)	17,5 (15,4 - 19,7)	80,2 (77,9 - 82,4)	
<b>Profil migratoire</b>				<b>N = 7 031</b>
Première génération	3,5 (2,7 - 4,5)	20,1 (18,1 - 22,1)	76,4 (74,3 - 78,5)	$p < 0,001$
Deuxième génération	2,8 (2,2 - 3,3)	22,9 (21,5 - 24,3)	74,4 (72,9 - 75,8)	Cramér's V. = 0,077
Pas de migration	4,7 (3,8 - 5,7)	30,7 (28,7 - 32,8)	64,6 (62,4 - 66,7)	
<b>Structure familiale</b>				<b>N = 6 876</b>
Autres	6,3 (3,2 - 11,2)	29,2 (22,4 - 37,2)	64,5 (56,3 - 71,8)	
Famille recomposée	4,1 (2,8 - 5,7)	28,3 (25,1 - 31,6)	67,7 (64,3 - 71,1)	$p < 0,001$
Parents isolés	4,2 (3,3 - 5,4)	28,1 (25,9 - 30,5)	67,6 (65,2 - 70,0)	Cramér's V. = 0,052
Deux parents	3,0 (2,5 - 3,5)	22,9 (21,7 - 24,1)	74,2 (72,9 - 75,4)	
<b>Ordre d'enseignement</b>				<b>N = 7 287</b>
ESC-classes sup.	6,7 (5,1 - 8,4)	54,3 (51,1 - 57,5)	39,0 (35,9 - 42,2)	
ESG-classes sup	6,3 (4,8 - 8,2)	42,2 (38,8 - 45,6)	51,5 (48,0 - 55,0)	
Formation prof.	10,0 (7,7 - 12,8)	46,9 (42,7 - 51,2)	43,0 (38,9 - 47,2)	
ESC-classes inf.	1,0 (0,6 - 1,7)	17,9 (15,7 - 20,1)	81,1 (78,7 - 83,2)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	3,0 (2,3 - 3,9)	18,0 (16,2 - 19,9)	79,0 (76,9 - 80,9)	Cramér's V. = 0,321
ESG-classes inf. (VP)	3,5 (2,1 - 5,3)	19,3 (16,1 - 23,0)	77,2 (73,4 - 80,7)	
EF	0,4 (0,2 - 0,8)	4,1 (3,3 - 5,1)	95,5 (94,4 - 96,4)	

Il a été demandé aux répondants combien de jours ils avaient bu de l'alcool au cours des 30 derniers jours. Les réponses possibles allaient de « jamais » (1) à « 30 jours ou plus » (7). La consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours a été classée en deux catégories : au moins 10 jours (catégories 5 à 7), entre 1 et 9 jours (catégories 2 à 4) et jamais (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en %(intervalle de confiance de 95 %).

Ivresse

Figure 29 : Prévalence de l'ivresse au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques

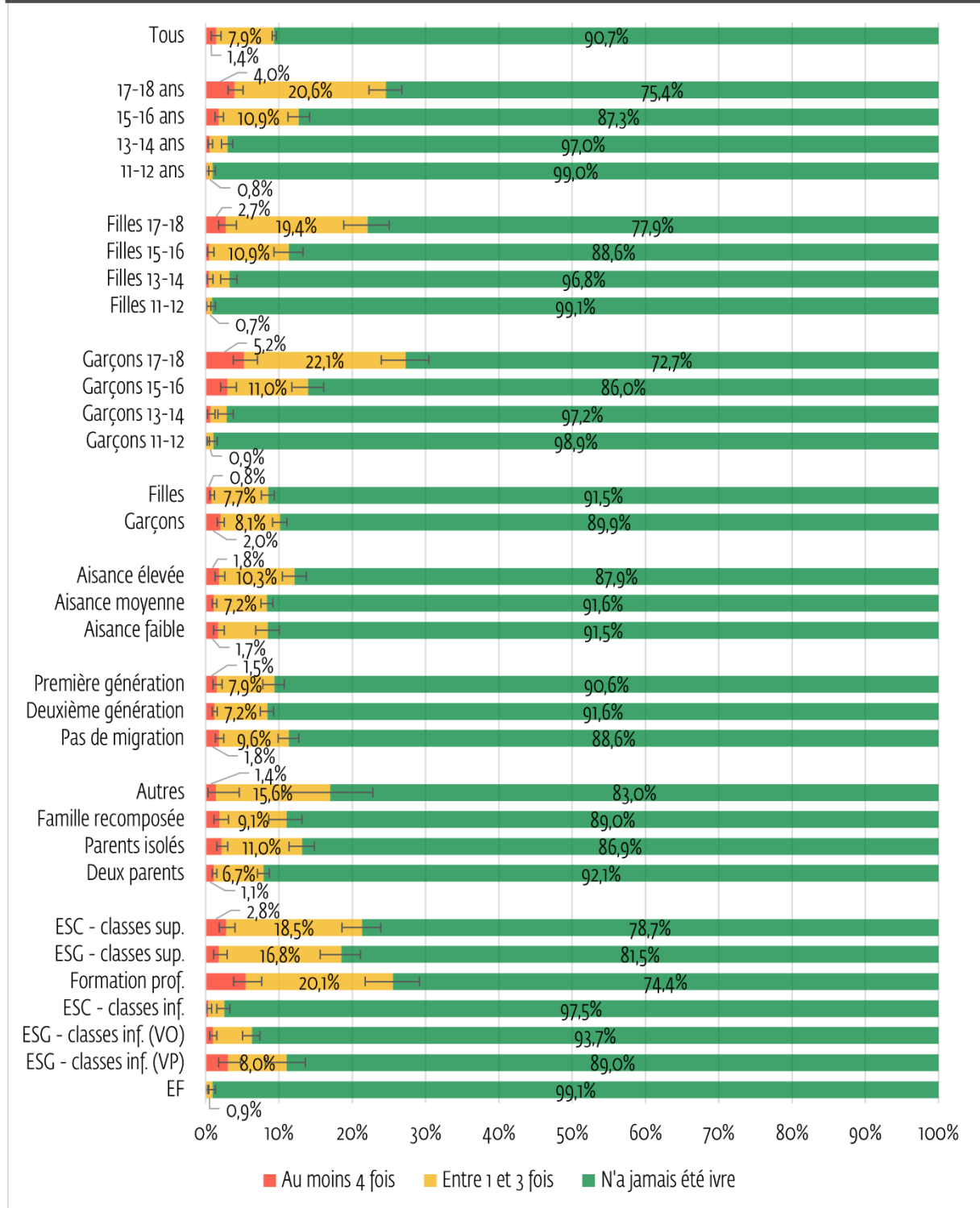


**Tableau 5 : Prévalence de l'ivresse au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques**

	A déjà été ivre (2-5)	N'a jamais été ivre (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 7 623</b>
	20,8 (19,9 - 21,8)	79,2 (78,2 - 80,1)	
<b>Âge</b>			<b>N = 7 623</b>
11-12 ans	2,3 (1,7 - 3,0)	97,7 (97,0 - 98,3)	
13-14 ans	7,7 (6,6 - 8,9)	92,3 (91,2 - 93,5)	$p < 0,001$
15-16 ans	29,1 (27,2 - 31,1)	70,9 (69,0 - 72,9)	$\chi = 0,758$
17-18 ans	53,4 (50,9 - 56,0)	46,6 (44,0 - 49,1)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 3 709</b>
Filles 11-12	1,6 (0,9 - 2,5)	98,4 (97,5 - 99,1)	
Filles 13-14	8,1 (6,5 - 9,9)	91,9 (90,1 - 93,5)	$p < 0,001$
Filles 15-16	28,3 (25,6 - 31,1)	71,7 (69,0 - 74,5)	$\chi = 0,758$
Filles 17-18	51,9 (48,2 - 55,6)	48,1 (44,4 - 51,8)	
			<b>N = 3 864</b>
Garçons 11-12	2,9 (2,0 - 4,0)	97,1 (95,9 - 98,0)	
Garçons 13-14	7,0 (5,6 - 8,7)	93,0 (91,2 - 94,3)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	29,9 (27,1 - 32,7)	70,1 (67,3 - 72,9)	$\chi = 0,761$
Garçons 17-18	55,0 (51,3 - 58,4)	45,0 (41,4 - 48,6)	
<b>Genre</b>			<b>N = 7 572</b>
Filles	20,3 (19,0 - 21,6)	79,7 (78,4 - 81,0)	$p = 0,277$
Garçons	21,3 (20,0 - 22,6)	78,7 (77,4 - 80,0)	Cramér's V. = 0,012
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 7 415</b>
Élevée	25,9 (23,9 - 28,0)	74,1 (72,0 - 76,1)	
Moyenne	20,1 (18,9 - 21,3)	79,9 (78,7 - 81,1)	$p < 0,001$
Faible	17,0 (15,0 - 19,1)	83,0 (80,9 - 85)	$\chi = 0,158$
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 7 427</b>
Première génération	20,1 (18,1 - 22,0)	79,9 (77,9 - 81,8)	
Deuxième génération	19,9 (18,7 - 21,2)	80,1 (78,7 - 81,3)	$p < 0,001$
Pas de migration	24,4 (22,6 - 26,3)	75,6 (73,7 - 77,4)	Cramér's V. = 0,052
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 7 192</b>
Autres	31,9 (24,7 - 39,6)	68,1 (60,4 - 75,3)	
Famille recomposée	29,0 (25,9 - 32,2)	71,0 (67,8 - 74,1)	$p < 0,001$
Parents isolés	27,1 (24,9 - 29,3)	72,9 (70,7 - 75,1)	Cramér's V. = 0,120
Deux parents	17,8 (16,7 - 18,9)	82,2 (81,1 - 83,3)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 7 623</b>
ESC-classes sup.	47,5 (44,3 - 50,6)	52,5 (49,4 - 55,7)	
ESG-classes sup	43,8 (40,4 - 47,2)	56,2 (52,8 - 59,6)	
Formation prof.	53,0 (48,8 - 57,2)	47,0 (42,8 - 51,2)	
ESC-classes inf.	8,1 (6,6 - 9,7)	91,9 (90,3 - 93,4)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	14,6 (13,0 - 16,4)	85,4 (83,6 - 87)	Cramér's V. = 0,449
ESG-classes inf. (VP)	18,9 (15,8 - 22,3)	81,1 (77,7 - 84,2)	
EF	2,6 (1,9 - 3,3)	97,4 (96,6 - 98,1)	

Il a été demandé aux répondants dans quelle mesure ils avaient consommé de l'alcool au point d'être vraiment ivres au cours de leur vie. Les réponses possibles allaient de non, jamais » (1) à « oui, plus de 10 fois » (5). L'ivresse au cours de la vie a été classée en deux catégories : avoir été ivre (catégories 2 à 5) et n'avoir jamais été ivre (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Figure 30 : Prévalence de l'ivresse au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques



**Tableau 6 : Prévalence de l'ivresse au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques**

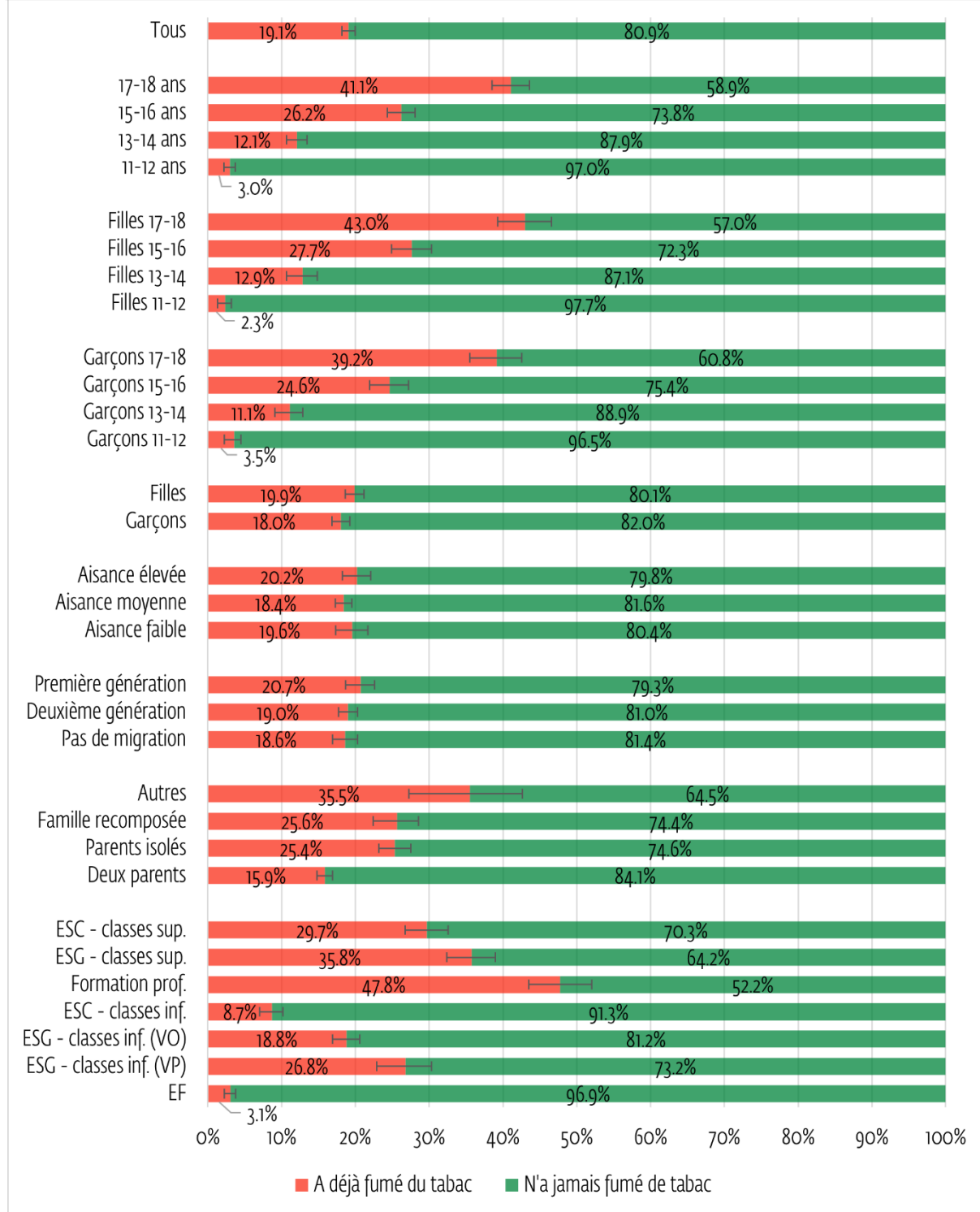
	Au moins 4 fois (4-5)	Entre 1 et 3 fois (2-3)	N'a jamais été ivre (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>				<b>N = 7 220</b>
	1,4 (1,2 - 1,7)	7,9 (7,3 - 8,5)	90,7 (90,0 - 91,3)	
<b>Âge</b>				<b>N = 7 220</b>
11-12 ans	0,1 (0,0 - 0,4)	0,8 (0,5 - 1,3)	99,0 (98,5 - 99,4)	
13-14 ans	0,5 (0,3 - 0,9)	2,5 (1,9 - 3,3)	97,0 (96,2 - 97,7)	$p < 0,001$
15-16 ans	1,8 (1,3 - 2,4)	10,9 (9,6 - 12,4)	87,3 (85,8 - 88,7)	$\chi = 0,697$
17-18 ans	4,0 (3,1 - 5,1)	20,6 (18,6 - 22,8)	75,4 (73,1 - 77,6)	
<b>Âge x genre</b>				<b>N = 3 542</b>
Filles 11-12	0,2 (0,0 - 0,7)	0,7 (0,3 - 1,3)	99,1 (98,4 - 99,6)	
Filles 13-14	0,4 (0,1 - 1,0)	2,8 (1,9 - 4,0)	96,8 (95,6 - 97,8)	$p < 0,001$
Filles 15-16	0,5 (0,2 - 1,1)	10,9 (9,0 - 12,9)	88,6 (86,6 - 90,5)	$\chi = 0,680$
Filles 17-18	2,7 (1,7 - 4,2)	19,4 (16,6 - 22,5)	77,9 (74,6 - 80,8)	
				<b>N = 3 630</b>
Garçons 11-12	0,1 (0,0 - 0,5)	0,9 (0,5 - 1,7)	98,9 (98,1 - 99,5)	
Garçons 13-14	0,6 (0,3 - 1,2)	2,2 (1,4 - 3,3)	97,2 (96,0 - 98,1)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	2,9 (2,0 - 4,2)	11,0 (9,2 - 13,1)	86,0 (83,8 - 88,2)	$\chi = 0,713$
Garçons 17-18	5,2 (3,8 - 7,1)	22,1 (19,1 - 25,2)	72,7 (69,4 - 75,9)	
<b>Genre</b>				<b>N = 7 172</b>
Filles	0,8 (0,6 - 1,2)	7,7 (6,8 - 8,6)	91,5 (90,5 - 92,4)	$p < 0,001$
Garçons	2,0 (1,6 - 2,5)	8,1 (7,3 - 9,0)	89,9 (88,8 - 90,8)	Cramér's V. = 0,051
<b>Aisance familiale</b>				<b>N = 7 024</b>
Élevée	1,8 (1,2 - 2,6)	10,3 (8,9 - 11,9)	87,9 (86,2 - 89,4)	$p < 0,001$
Moyenne	1,1 (0,8 - 1,5)	7,2 (6,5 - 8,0)	91,6 (90,8 - 92,4)	$\chi = 0,131$
Faible	1,7 (1,1 - 2,5)	6,8 (5,4 - 8,3)	91,5 (89,9 - 93,0)	
<b>Profil migratoire</b>				<b>N = 6 973</b>
Première génération	1,5 (1,0 - 2,2)	7,9 (6,6 - 9,3)	90,6 (89,1 - 92,0)	$p = 0,009$
Deuxième génération	1,2 (0,9 - 1,6)	7,2 (6,4 - 8,1)	91,6 (90,6 - 92,5)	Cramér's V. = 0,031
Pas de migration	1,8 (1,3 - 2,5)	9,6 (8,3 - 10,9)	88,6 (87,1 - 90,0)	
<b>Structure familiale</b>				<b>N = 6 811</b>
Autres	1,4 (0,3 - 4,6)	15,6 (10,6 - 22,7)	83,0 (76,5 - 88,8)	
Famille recomposée	1,9 (1,1 - 3,1)	9,1 (7,2 - 11,4)	89,0 (86,5 - 91,1)	$p < ,001$
Parents isolés	2,1 (1,5 - 3,0)	11,0 (9,5 - 12,7)	86,9 (85,1 - 88,6)	Cramér's V. = ,060
Deux parents	1,1 (0,9 - 1,5)	6,7 (6,0 - 7,5)	92,1 (91,3 - 92,9)	
<b>Ordre d'enseignement</b>				<b>N = 7 220</b>
ESC-classes sup.	2,8 (1,8 - 4,0)	18,5 (16,2 - 21,2)	78,7 (75,9 - 81,2)	
ESG-classes sup.	1,7 (1,0 - 2,9)	16,8 (14,3 - 19,5)	81,5 (78,6 - 84,1)	
Formation prof.	5,4 (3,8 - 7,7)	20,1 (16,8 - 23,6)	74,4 (70,6 - 78,1)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	0,3 (0,1 - 0,8)	2,1 (1,4 - 3,1)	97,5 (96,5 - 98,3)	Cramér's V. = 0,213
ESG-classes inf. (VO)	1,0 (0,6 - 1,5)	5,3 (4,3 - 6,5)	93,7 (92,4 - 94,8)	
ESG-classes inf. (VP)	3,1 (1,8 - 4,8)	8,0 (5,9 - 10,6)	89,0 (86,1 - 91,5)	
EF	0,1 (0,0 - 0,3)	0,9 (0,5 - 1,4)	99,1 (98,6 - 99,5)	

Il a été demandé aux répondants dans quelle mesure elles avaient consommé de l'alcool au point d'être vraiment ivres au cours des 30 derniers jours. Les réponses possibles allaient de « non, jamais » (1) à « oui, plus de 10 fois » (5). L'ivresse au cours des 30 derniers jours a été classée comme suit : au moins 4 fois (catégories 4 à 5), 1 à 3 fois (catégories 2 à 3) et jamais (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).



Consommation de cigarettes

Figure 31: Prévalence de la consommation de tabac au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques

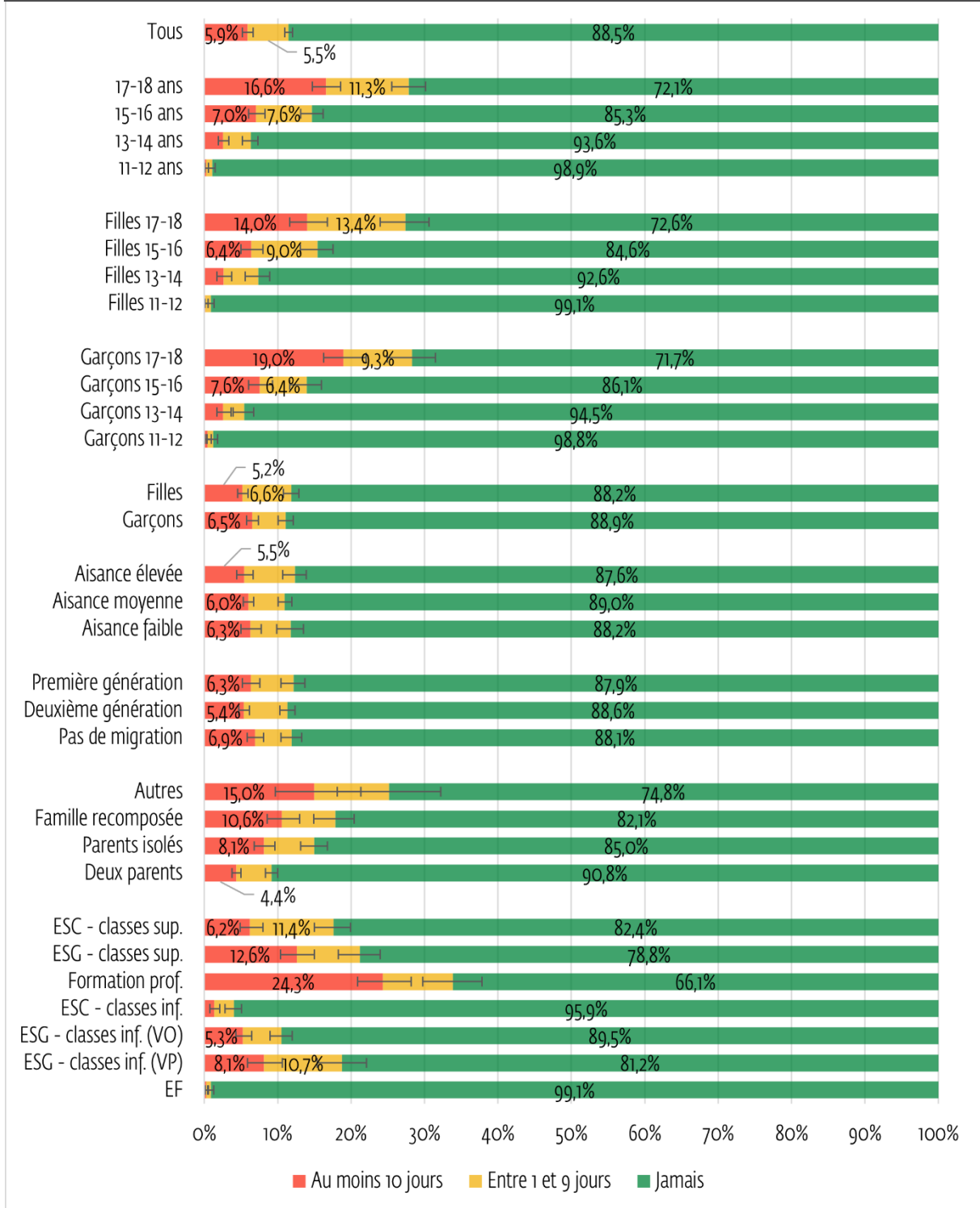


**Tableau 7 : Prévalence de la consommation au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques**

	A déjà fumé du tabac (2-7)	N'a jamais fumé de tabac (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 7 628</b>
	19,1 (18,2 - 20,0)	80,9 (80,0 - 81,8)	
<b>Âge</b>			<b>N = 7 628</b>
11-12 ans	3,0 (2,3 - 3,8)	97,0 (96,2 - 97,7)	
13-14 ans	12,1 (10,8 - 13,6)	87,9 (86,4 - 89,2)	$p < 0,001$
15-16 ans	26,2 (24,4 - 28,2)	73,8 (71,8 - 75,6)	$\chi = 0,624$
17-18 ans	41,1 (38,5 - 43,6)	58,9 (56,3 - 61,4)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 3 708</b>
Filles 11-12	2,3 (1,6 - 3,5)	97,7 (96,6 - 98,5)	
Filles 13-14	12,9 (10,9 - 15,0)	87,1 (85,0 - 89,1)	$p < 0,001$
Filles 15-16	27,7 (25,0 - 30,4)	72,3 (69,6 - 75,0)	$\chi = 0,643$
Filles 17-18	43,0 (39,4 - 46,7)	57,0 (53,3 - 60,6)	
			<b>N = 3 869</b>
Garçons 11-12	3,5 (2,5 - 4,8)	96,5 (95,1 - 97,4)	
Garçons 13-14	11,1 (9,3 - 13,1)	88,9 (86,9 - 90,7)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	24,6 (22,1 - 27,3)	75,4 (72,7 - 77,9)	$\chi = 0,610$
Garçons 17-18	39,2 (35,6 - 42,7)	60,8 (57,2 - 64,2)	
<b>Genre</b>			<b>N = 7 577</b>
Filles	19,9 (18,7 - 21,2)	80,1 (78,8 - 81,3)	$p = 0,038$
Garçons	18,0 (16,9 - 19,3)	82,0 (80,7 - 83,1)	Cramér's V. = 0,024
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 7 416</b>
Élevée	20,2 (18,4 - 22,2)	79,8 (77,8 - 81,6)	$p = 0,517$
Moyenne	18,4 (17,3 - 19,6)	81,6 (80,4 - 82,7)	$\chi = 0,017$
Faible	19,6 (17,5 - 21,8)	80,4 (78,2 - 82,5)	
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 7 338</b>
Première génération	20,7 (18,8 - 22,7)	79,3 (77,3 - 81,2)	$p = 0,241$
Deuxième génération	19,0 (17,8 - 20,3)	81,0 (79,7 - 82,2)	Cramér's V. = 0,020
Pas de migration	18,6 (17,0 - 20,4)	81,4 (79,6 - 83,0)	
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 7 187</b>
Autres	35,5 (27,8 - 43,1)	64,5 (56,3 - 71,6)	
Famille recomposée	25,6 (22,6 - 28,7)	74,4 (71,2 - 77,3)	$p < 0,001$
Parents isolés	25,4 (23,2 - 27,6)	74,6 (72,4 - 76,8)	Cramér's V. = 0,128
Deux parents	15,9 (14,8 - 16,9)	84,1 (83,1 - 85,2)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 7 628</b>
ESC-classes sup.	29,7 (26,9 - 32,7)	70,3 (67,3 - 73,1)	
ESG-classes sup.	35,8 (32,5 - 39,1)	64,2 (60,8 - 67,4)	
Formation prof.	47,8 (43,5 - 52,0)	52,2 (48,0 - 56,5)	
ESC-classes inf.	8,7 (7,2 - 10,4)	91,3 (89,6 - 92,8)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	18,8 (17,0 - 20,7)	81,2 (79,3 - 83,0)	Cramér's V. = 0,346
ESG-classes inf. (VP)	26,8 (23,3 - 30,7)	73,2 (69,3 - 76,7)	
EF	3,1 (2,4 - 3,9)	96,9 (96,1 - 97,6)	

Il a été demandé aux répondants combien de jours ils avaient fumé des cigarettes au cours de leur vie. Les réponses possibles allaient de « jamais » (1) à « 30 jours ou plus » (7). La consommation de cigarettes au cours de la vie a été classée en deux catégories : avoir fumé du tabac (catégories 2 à 7) et n'avoir jamais fumé de tabac (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Figure 32 : Prévalence de la consommation de tabac au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques



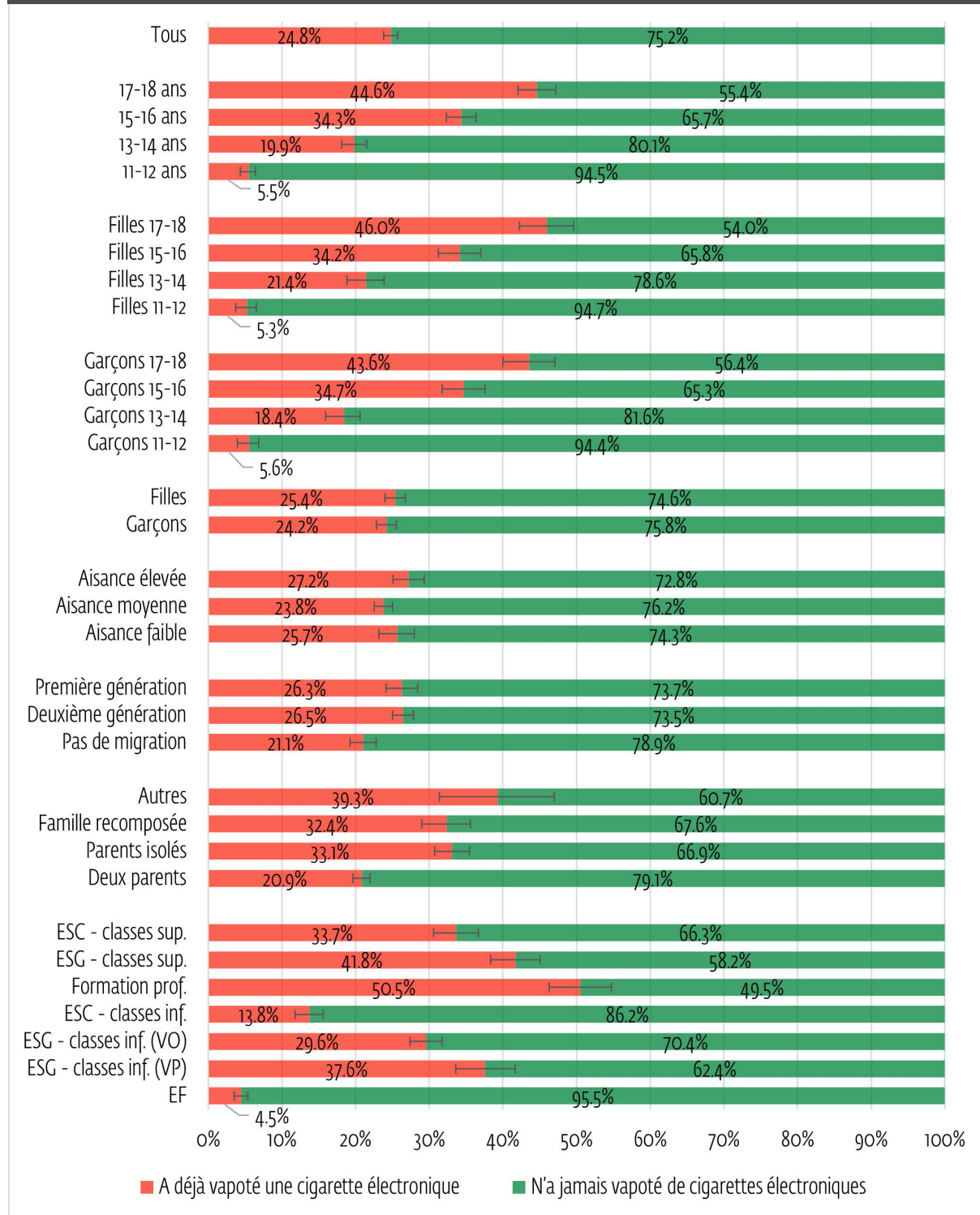
**Tableau 8 : Prévalence de la consommation de tabac au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociaux démographiques**

	Au moins 10 jours (5-7)	Entre 1 et 9 jours (2-4)	Jamais (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>				<b>N = 7 339</b>
	5,9 (5,4 - 6,5)	5,5 (5,0 - 6,1)	88,5 (87,8 - 89,3)	
<b>Âge</b>				<b>N = 7 339</b>
11-12 ans	0,3 (0,1 - 0,6)	0,8 (0,5 - 1,3)	98,9 (98,4 - 99,3)	
13-14 ans	2,6 (1,9 - 3,3)	3,8 (3,0 - 4,7)	93,6 (92,5 - 94,6)	$p < 0,001$
15-16 ans	7,0 (6,0 - 8,2)	7,6 (6,6 - 8,9)	85,3 (83,7 - 86,8)	$\gamma = 0,640$
17-18 ans	16,6 (14,7 - 18,6)	11,3 (9,7 - 13,0)	72,1 (69,8 - 74,4)	
<b>Âge x genre</b>				<b>N = 3 598</b>
Filles 11-12	0,1 (0,0 - 0,5)	0,8 (0,4 - 1,6)	99,1 (98,2 - 99,5)	
Filles 13-14	2,6 (1,7 - 3,7)	4,8 (3,5 - 6,2)	92,6 (90,8 - 94,1)	$p < 0,001$
Filles 15-16	6,4 (5,0 - 8,0)	9,0 (7,4 - 11,0)	84,6 (82,2 - 86,7)	$\gamma = 0,620$
Filles 17-18	14,0 (11,6 - 16,8)	13,4 (11,0 - 16,0)	72,6 (69,2 - 75,8)	
				<b>N = 3 694</b>
Garçons 11-12	0,4 (0,1 - 1,0)	0,8 (0,4 - 1,6)	98,8 (97,9 - 99,3)	
Garçons 13-14	2,5 (1,7 - 3,7)	2,9 (2,0 - 4,1)	94,5 (92,9 - 95,8)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	7,6 (6,0 - 9,3)	6,4 (4,9 - 8,0)	86,1 (83,8 - 88,1)	$\gamma = 0,660$
Garçons 17-18	19,0 (16,3 - 22,0)	9,3 (7,3 - 11,6)	71,7 (68,3 - 74,9)	
<b>Genre</b>				<b>N = 7 293</b>
Filles	5,2 (4,5 - 6,0)	6,6 (5,8 - 7,5)	88,2 (87,1 - 89,2)	$p < 0,001$
Garçons	6,5 (5,8 - 7,4)	4,5 (3,9 - 5,3)	88,9 (87,9 - 89,9)	Cramér's V. = 0,052
<b>Aisance familiale</b>				<b>N = 7 135</b>
Élevée	5,5 (4,4 - 6,7)	6,9 (5,7 - 8,2)	87,6 (86,0 - 89,2)	$p = 0,588$
Moyenne	6,0 (5,3 - 6,7)	5,0 (4,4 - 5,7)	89,0 (88,1 - 89,9)	$\gamma = 0,018$
Faible	6,3 (5,0 - 7,8)	5,5 (4,3 - 6,8)	88,2 (86,3 - 89,9)	
<b>Profil migratoire</b>				<b>N = 7 077</b>
Première génération	6,3 (5,2 - 7,6)	5,8 (4,8 - 7,1)	87,9 (86,2 - 89,4)	$p = 0,104$
Deuxième génération	5,4 (4,7 - 6,2)	6,0 (5,2 - 6,8)	88,6 (87,6 - 89,7)	Cramér's V. = 0,023
Pas de migration	6,9 (5,9 - 8,1)	5,0 (4,1 - 6,0)	88,1 (86,6 - 89,5)	
<b>Structure familiale</b>				<b>N = 6 922</b>
Autres	15,0 (9,7 - 21,3)	10,2 (5,8 - 15,6)	74,8 (67,8 - 81,9)	
Famille recomposée	10,6 (8,6 - 13,0)	7,3 (5,6 - 9,3)	82,1 (79,2 - 84,7)	$p < 0,001$
Parents isolés	8,1 (6,8 - 9,6)	6,9 (5,7 - 8,3)	85,0 (83,1 - 86,8)	Cramér's V. = 0,087
Deux parents	4,4 (3,8 - 5,0)	4,8 (4,2 - 5,4)	90,8 (90,0 - 91,6)	
<b>Ordre d'enseignement</b>				<b>N = 7 339</b>
ESC-classes sup.	6,2 (4,9 - 8,0)	11,4 (9,5 - 13,6)	82,4 (79,8 - 84,7)	
ESG-classes sup	12,6 (10,4 - 15,0)	8,6 (6,9 - 10,8)	78,8 (75,9 - 81,5)	
Formation prof.	24,3 (20,9 - 28,2)	9,5 (7,2 - 12,2)	66,1 (62,1 - 70,1)	
ESC-classes inf.	1,3 (0,8 - 2,1)	2,7 (1,9 - 3,8)	95,9 (94,7 - 97,0)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	5,3 (4,3 - 6,5)	5,2 (4,2 - 6,4)	89,5 (88,0 - 91,0)	Cramér's V. = 0,231
ESG-classes inf. (VP)	8,1 (5,9 - 10,7)	10,7 (8,2 - 13,5)	81,2 (77,8 - 84,5)	
EF	0,3 (0,1 - 0,6)	0,6 (0,3 - 1,1)	99,1 (98,6 - 99,5)	

Il a été demandé aux répondants combien de jours ils avaient fumé des cigarettes au cours des 30 derniers jours. Les réponses possibles allaient de « jamais » (1) à « 30 jours ou plus » (7). La consommation de cigarettes au cours des 30 derniers jours a été classée comme suit : au moins 10 jours (catégories 5 à 7), entre 1 à 9 jours (catégories 2 à 4) et jamais (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

## Utilisation de cigarettes électroniques

**Figure 33 : Prévalence de l'utilisation de cigarettes électroniques au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques**

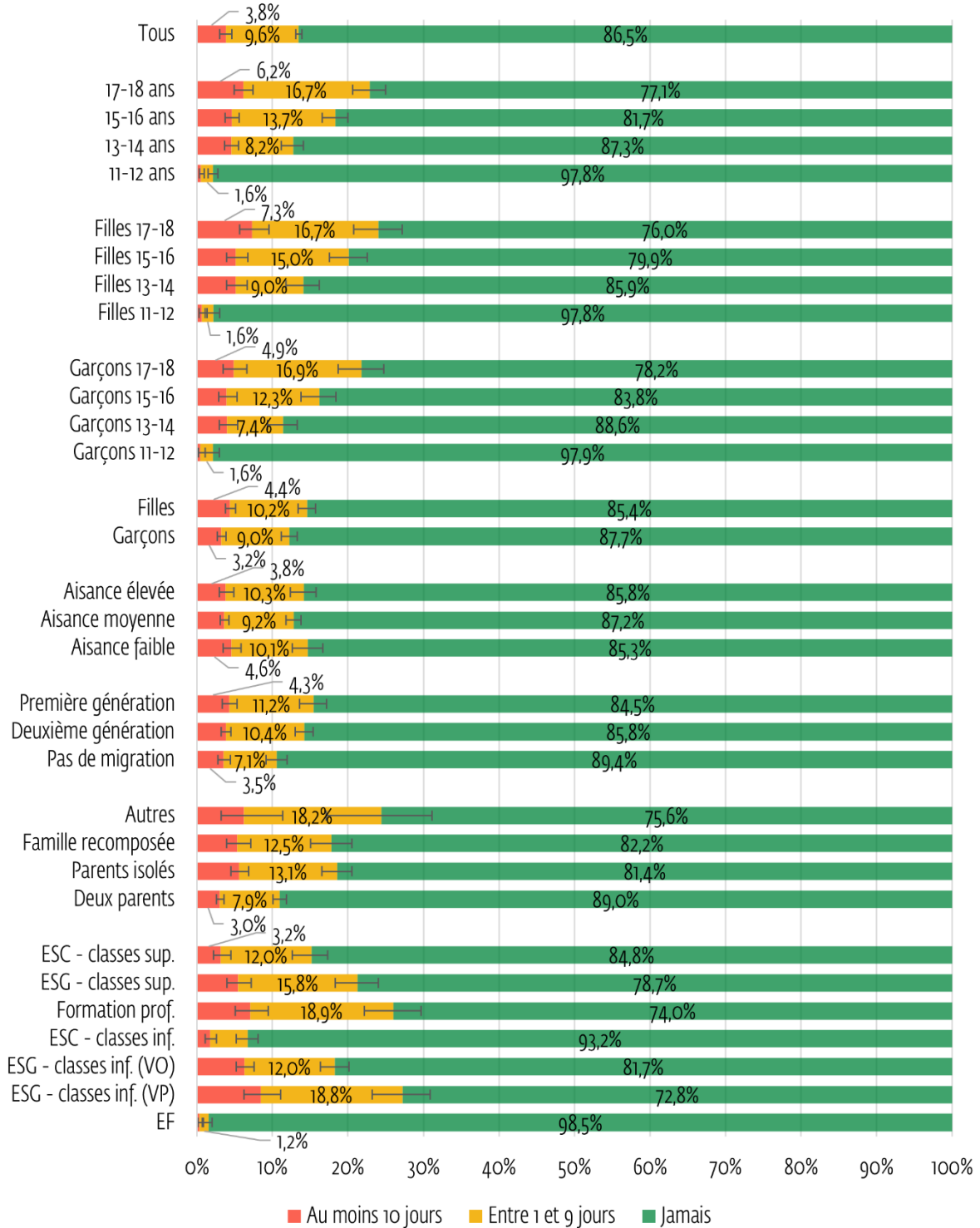


**Tableau 9 : Prévalence de l'utilisation de cigarettes électroniques au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques**

	A déjà vapoté une cigarette électronique (2-7)	N'a jamais vapoté de cigarette électronique (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 7 625</b>
	24,8 (23,8 - 25,8)	75,2 (74,2 - 76,1)	
<b>Âge</b>			<b>N = 7 625</b>
11-12 ans	5,5 (4,5 - 6,5)	94,5 (93,4 - 95,4)	
13-14 ans	19,9 (18,2 - 21,6)	80,1 (78,4 - 81,8)	$p < 0,001$
15-16 ans	34,3 (32,3 - 36,4)	65,7 (63,6 - 67,7)	$\gamma = 0,550$
17-18 ans	44,6 (42,1 - 47,2)	55,4 (52,8 - 57,9)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 3 708</b>
Filles 11-12	5,3 (4,0 - 6,8)	94,7 (93,2 - 96,0)	
Filles 13-14	21,4 (19,0 - 24,0)	78,6 (76,0 - 81,0)	$p < 0,001$
Filles 15-16	34,2 (31,3 - 37,1)	65,8 (62,9 - 68,7)	$\gamma = 0,550$
Filles 17-18	46,0 (42,4 - 49,7)	54,0 (50,3 - 57,6)	
			<b>N = 3 867</b>
Garçons 11-12	5,6 (4,3 - 7,1)	94,4 (92,8 - 95,6)	
Garçons 13-14	18,4 (16,2 - 20,9)	81,6 (79,1 - 83,8)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	34,7 (31,8 - 37,6)	65,3 (62,4 - 68,2)	$\gamma = 0,554$
Garçons 17-18	43,6 (40,1 - 47,2)	56,4 (52,8 - 59,9)	
<b>Genre</b>			<b>N = 7 575</b>
Filles	25,4 (24,0 - 26,8)	74,6 (73,2 - 76,0)	$p = 0,234$ Cramér's V. = 0,014
Garçons	24,2 (22,9 - 25,6)	75,8 (74,4 - 77,1)	
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 7 416</b>
Élevée	27,2 (25,1 - 29,3)	72,8 (70,7 - 74,9)	$p = 0,193$
Moyenne	23,8 (22,6 - 25,1)	76,2 (74,9 - 77,4)	$\gamma = 0,032$
Faible	25,7 (23,3 - 28,1)	74,3 (71,9 - 76,7)	
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 7 343</b>
Première génération	26,3 (24,2 - 28,5)	73,7 (71,5 - 75,8)	$p < 0,001$
Deuxième génération	26,5 (25,0 - 27,9)	73,5 (72,1 - 75,0)	Cramér's V. = 0,055
Pas de migration	21,1 (19,3 - 22,9)	78,9 (77,1 - 80,7)	
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 7 190</b>
Autres	39,3 (31,6 - 47,2)	60,7 (52,8 - 68,4)	
Famille recomposée	32,4 (29,1 - 35,7)	67,6 (64,3 - 70,9)	$p < 0,001$
Parents isolés	33,1 (30,8 - 35,5)	66,9 (64,5 - 69,2)	Cramér's V. = 0,137
Deux parents	20,9 (19,7 - 22,0)	79,1 (78,0 - 80,3)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 7 625</b>
ESC-classes sup.	33,7 (30,7 - 36,7)	66,3 (63,3 - 69,3)	
ESG-classes sup	41,8 (38,4 - 45,2)	58,2 (54,8 - 61,6)	
Formation prof.	50,5 (46,2 - 54,7)	49,5 (45,3 - 53,8)	
ESC-classes inf.	13,8 (11,9 - 15,8)	86,2 (84,2 - 88,1)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	29,6 (27,4 - 31,8)	70,4 (68,2 - 72,6)	Cramér's V. = 0,346
ESG-classes inf. (VP)	37,6 (33,7 - 41,8)	62,4 (58,4 - 66,5)	
EF	4,5 (3,6 - 5,5)	95,5 (94,6 - 96,4)	

Il a été demandé aux répondants combien de jours ils avaient vapoté des cigarettes électroniques au cours de leur vie. Les réponses possibles allaient de « jamais » (1) à « 30 jours ou plus » (7). L'utilisation de la cigarette électronique au cours de la vie a été classée en deux catégories : ceux qui ont vapoté une cigarette électronique (catégories 2 à 7) et ceux qui n'ont jamais vapoté de cigarette électrique (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Figure 34 : Prévalence de l'utilisation de la cigarette électronique au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques



**Tableau 10 : Prévalence de l'utilisation de la cigarette électronique au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques**

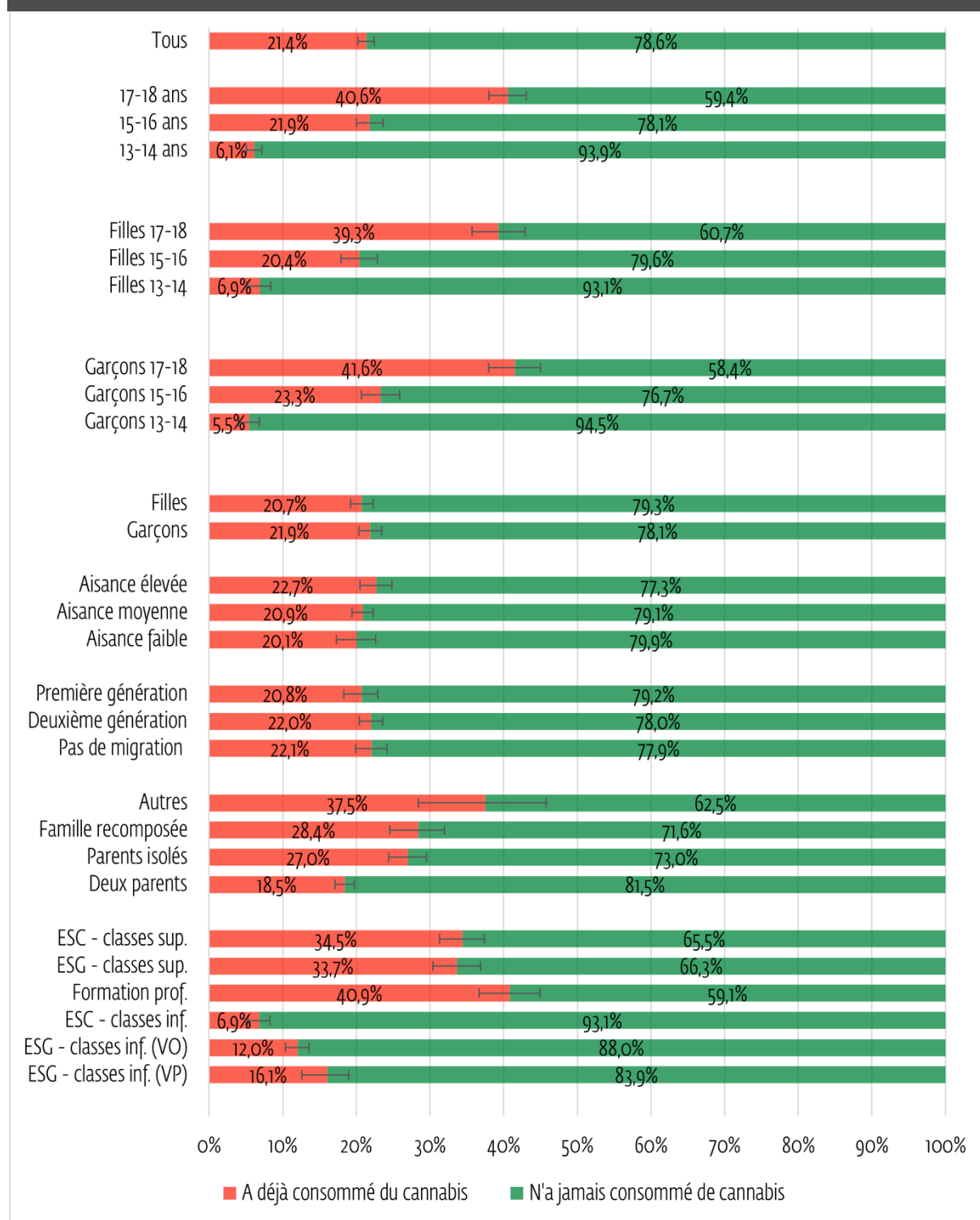
	Au moins 10 jours (5-7) <sup>1</sup>	Entre 1 et 9 jours (2-4) <sup>1</sup>	Jamais (1) <sup>1</sup>	Test Khi-carré
<b>Tous</b>				<b>N = 7 286</b>
	3.8 (3.4 - 4.3)	9.6 (9.0 - 10.3)	86.5 (85.7 - 87.3)	
<b>Âge</b>				<b>N = 7 286</b>
11-12 ans	0.6 (0.3 - 1.0)	1.6 (1.1 - 2.2)	97.8 (97.2 - 98.5)	
13-14 ans	4.6 (3.7 - 5.5)	8.2 (7.0 - 9.4)	87.3 (85.7 - 88.7)	$p < 0.001$
15-16 ans	4.6 (3.8 - 5.6)	13.7 (12.3 - 15.3)	81.7 (79.9 - 83.3)	$\gamma = 0.449$
17-18 ans	6.2 (5.0 - 7.5)	16.7 (14.8 - 18.7)	77.1 (74.9 - 79.3)	
<b>Âge x genre</b>				<b>N = 3 581</b>
Filles 11-12	0.6 (0.3 - 1.3)	1.6 (0.9 - 2.5)	97.8 (96.7 - 98.6)	
Filles 13-14	5.1 (3.9 - 6.7)	9.0 (7.3 - 10.9)	85.9 (83.7 - 88.0)	$p < 0.001$
Filles 15-16	5.2 (4.0 - 6.7)	15.0 (12.9 - 17.3)	79.9 (77.3 - 82.3)	$\gamma = 0.445$
Filles 17-18	7.3 (5.6 - 9.5)	16.7 (14.0 - 19.6)	76.0 (72.8 - 79.1)	
				<b>N = 3 657</b>
Garçons 11-12	0.5 (0.2 - 1.1)	1.6 (1.0 - 2.6)	97.9 (96.9 - 98.7)	
Garçons 13-14	4.0 (2.9 - 5.4)	7.4 (5.9 - 9.2)	88.6 (86.5 - 90.5)	$p < 0.001$
Garçons 15-16	4.0 (2.9 - 5.4)	12.3 (10.3 - 14.4)	83.8 (81.3 - 86.0)	$\gamma = 0.456$
Garçons 17-18	4.9 (3.5 - 6.6)	16.9 (14.3 - 19.7)	78.2 (75.1 - 81.1)	
<b>Genre</b>				<b>N = 7 238</b>
Filles	4.4 (3.8 - 5.1)	10.2 (9.2 - 11.2)	85.4 (84.2 - 86.5)	$p = 0.006$
Garçons	3.2 (2.7 - 3.8)	9.0 (8.1 - 10.0)	87.7 (86.6 - 88.8)	Cramér's V. = 0.038
<b>Aisance familiale</b>				<b>N = 7 090</b>
Élevée	3.8 (3.0 - 4.9)	10.3 (8.9 - 11.9)	85.8 (84.0 - 87.4)	$p = 0.846$
Moyenne	3.6 (3.1 - 4.2)	9.2 (8.3 - 10.1)	87.2 (86.2 - 88.2)	$\gamma = -0.006$
Faible	4.6 (3.5 - 5.8)	10.1 (8.5 - 11.9)	85.3 (83.3 - 87.2)	
<b>Profil migratoire</b>				<b>N = 7 023</b>
Première génération	4.3 (3.3 - 5.3)	11.2 (9.7 - 12.8)	84.5 (82.7 - 86.3)	$p < 0.001$
Deuxième génération	3.9 (3.2 - 4.5)	10.4 (9.4 - 11.4)	85.8 (84.6 - 86.9)	Cramér's V. = 0.041
Pas de migration	3.5 (2.8 - 4.4)	7.1 (6.0 - 8.2)	89.4 (88.0 - 90.7)	
<b>Structure familiale</b>				<b>N = 6 873</b>
Autres	6.2 (3.2 - 11.3)	18.2 (12.7 - 25.4)	75.6 (68.3 - 82.4)	
Famille recomposée	5.3 (3.9 - 7.1)	12.5 (10.3 - 15.1)	82.2 (79.4 - 84.8)	$p < 0.001$
Parents isolés	5.6 (4.5 - 6.9)	13.1 (11.4 - 14.9)	81.4 (79.3 - 83.3)	Cramér's V. = 0.078
Deux parents	3.0 (2.6 - 3.6)	7.9 (7.2 - 8.8)	89.0 (88.1 - 89.9)	
<b>Ordre d'enseignement</b>				<b>N = 7 286</b>
ESC-classes sup.	3.2 (2.2 - 4.5)	12.0 (10.0 - 14.2)	84.8 (82.3 - 87.0)	
ESG-classes sup	5.5 (4.0 - 7.2)	15.8 (13.4 - 18.5)	78.7 (75.8 - 81.5)	
Formation prof.	7.1 (5.1 - 9.4)	18.9 (15.8 - 22.5)	74.0 (70.1 - 77.6)	
ESC-classes inf.	1.7 (1.1 - 2.6)	5.0 (3.9 - 6.4)	93.2 (91.7 - 94.6)	$p < 0.001$
ESG-classes inf. (VO)	6.3 (5.2 - 7.6)	12.0 (10.4 - 13.6)	81.7 (79.8 - 83.6)	Cramér's V. = 0.186
ESG-classes inf. (VP)	8.4 (6.3 - 11.1)	18.8 (15.6 - 22.4)	72.8 (68.8 - 76.5)	
EF	0.4 (0.1 - 0.7)	1.2 (0.8 - 1.8)	98.5 (97.8 - 98.9)	

Il a été demandé aux répondants combien de jours ils avaient vapoté des cigarettes électroniques au cours des 30 derniers jours. Les réponses possibles allaient de « jamais » (1) à « 30 jours ou plus » (7). La consommation de cigarettes électroniques au cours des 30 derniers jours a été classée comme suit : au moins 10 jours (catégories 5 à 7), entre 1 à 9 jours (catégories 2 à 4) et jamais (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).



Consommation de cannabis

Figure 35 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques

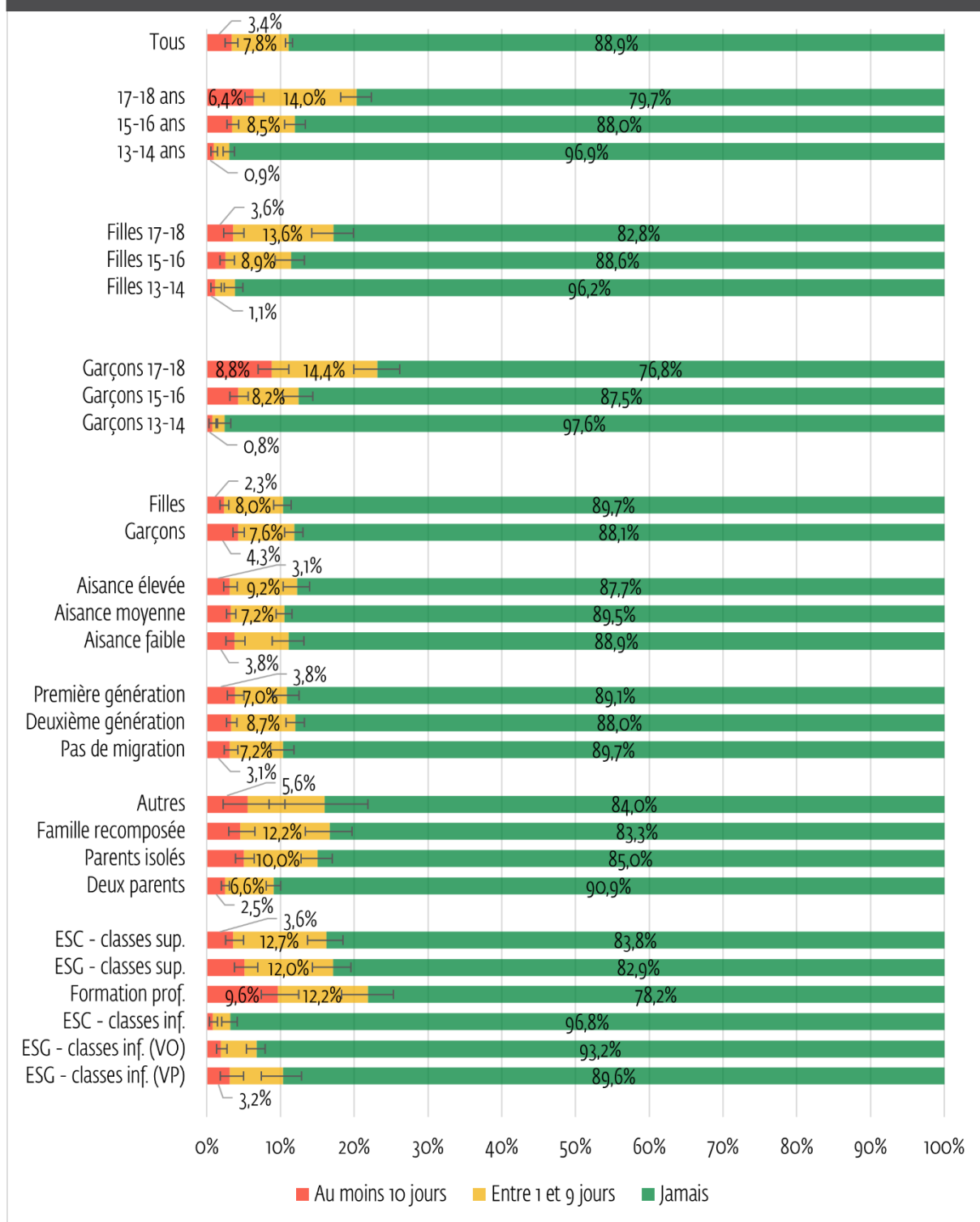


**Tableau 11: Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques**

	A déjà consommé du cannabis (2-7)	N'a jamais consommé de cannabis (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 5 478</b>
	21,4 (20,3 - 22,5)	78,6 (77,5 - 79,7)	
<b>Âge</b>			<b>N = 5 478</b>
13-14 ans	6,1 (5,2 - 7,3)	93,9 (92,7 - 94,9)	$p < 0,001$ $\gamma = 0,611$
15-16 ans	21,9 (20,1 - 23,7)	78,1 (76,3 - 79,9)	
17-18 ans	40,6 (38,1 - 43,1)	59,4 (56,9 - 61,9)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 2 672</b>
Filles 13-14	6,9 (5,5 - 8,7)	93,1 (91,3 - 94,5)	$p < 0,001$ $\gamma = 0,584$
Filles 15-16	20,4 (18,1 - 23,0)	79,6 (77,1 - 82,0)	
Filles 17-18	39,3 (35,8 - 42,9)	60,7 (57,1 - 64,2)	
			<b>N = 2 763</b>
Garçons 13-14	5,5 (4,2 - 7,1)	94,5 (93,1 - 95,9)	$p < 0,001$ $\gamma = 0,632$
Garçons 15-16	23,3 (20,8 - 26,0)	76,7 (74,1 - 79,3)	
Garçons 17-18	41,6 (38,1 - 45,2)	58,4 (54,8 - 61,9)	
<b>Genre</b>			<b>N = 5 435</b>
Filles	20,7 (19,2 - 22,3)	79,3 (77,7 - 80,8)	$p = 0,296$ Cramér's V. = 0,014
Garçons	21,9 (20,4 - 23,5)	78,1 (76,5 - 79,6)	
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 5 339</b>
Élevée	22,7 (20,5 - 24,9)	77,3 (75,1 - 79,5)	$p = 0,105$ $\gamma = 0,049$
Moyenne	20,9 (19,4 - 22,3)	79,1 (77,7 - 80,6)	
Faible	20,1 (17,5 - 22,8)	79,9 (77,2 - 82,5)	
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 5 274</b>
Première génération	20,8 (18,5 - 23,1)	79,2 (76,8 - 81,4)	$p = 0,635$ Cramér's V. = 0,013
Deuxième génération	22,0 (20,5 - 23,6)	78,0 (76,3 - 79,5)	
Pas de migration	22,1 (20,0 - 24,2)	77,9 (75,8 - 80,0)	
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 5 183</b>
Autres	37,5 (29,2 - 46,6)	62,5 (53,4 - 70,8)	$p < 0,001$ Cramér's V. = 0,118
Famille recomposée	28,4 (24,8 - 32,2)	71,6 (67,6 - 75,1)	
Parents isolés	27,0 (24,5 - 29,6)	73,0 (70,4 - 75,5)	
Deux parents	18,5 (17,2 - 19,8)	81,5 (80,2 - 82,8)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 5 478</b>
ESC-classes sup.	34,5 (31,4 - 37,5)	65,5 (62,4 - 68,5)	$p < 0,001$ Cramér's V. = 0,307
ESG-classes sup	33,7 (30,5 - 36,9)	66,3 (63,1 - 69,5)	
Formation prof.	40,9 (36,8 - 45,1)	59,1 (54,9 - 63,2)	
ESC-classes inf.	6,9 (5,4 - 8,5)	93,1 (91,5 - 94,6)	
ESG-classes inf. (VO)	12,0 (10,5 - 13,7)	88,0 (86,3 - 89,5)	
ESG-classes inf. (VP)	16,1 (13,2 - 19,5)	83,9 (80,5 - 86,8)	

Il a été demandé aux répondants âgés de 13 à 18 ans et scolarisés dans le secondaire uniquement combien de jours ils avaient consommé du cannabis au cours de leur vie. Les réponses possibles allaient de « jamais » (1) à « 30 jours ou plus » (7). La consommation de cannabis au cours de la vie a été classée en deux catégories : ceux qui ont consommé du cannabis (catégories 2 à 7) et ceux qui n'en ont jamais consommé (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

**Figure 36 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques**

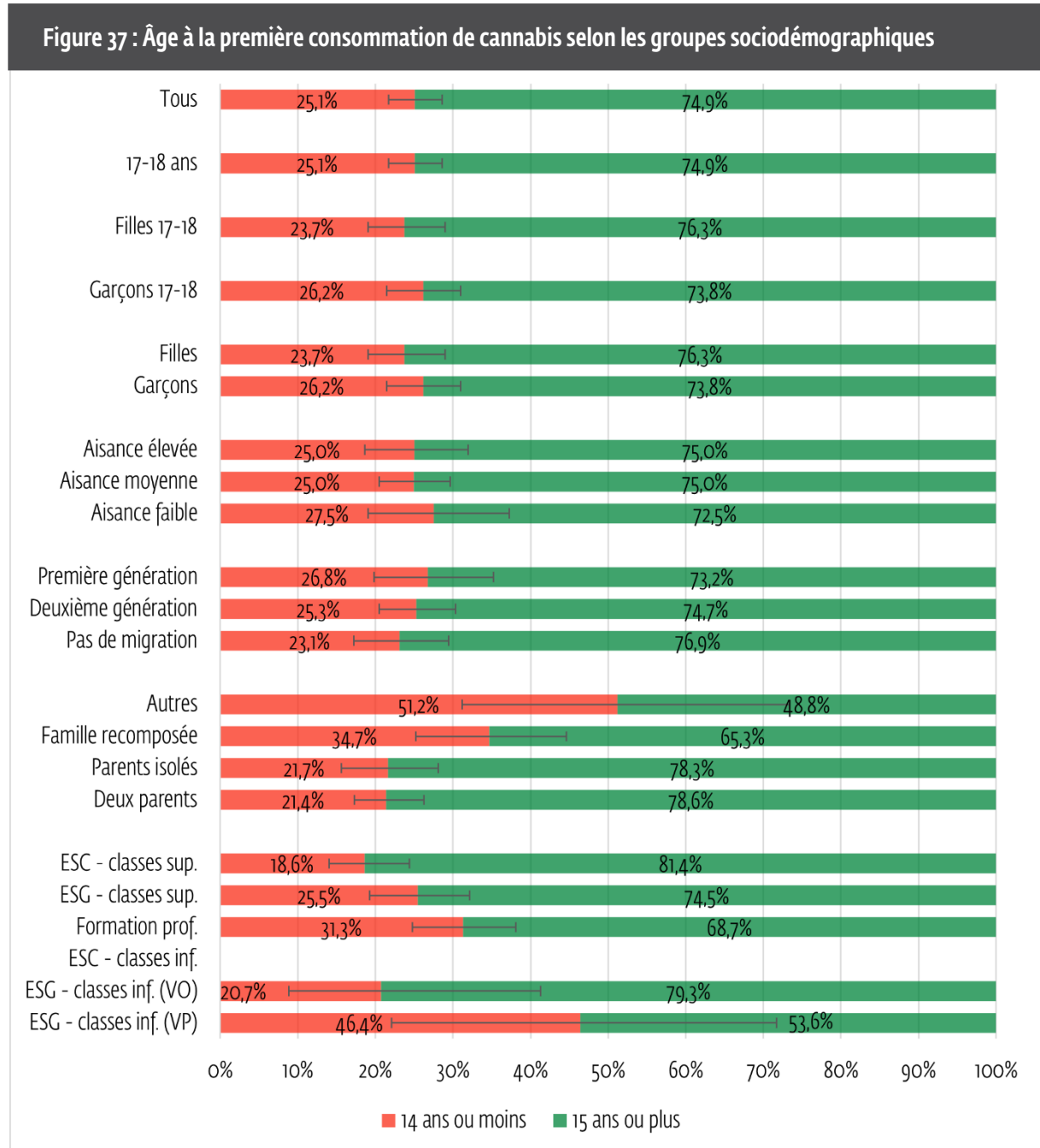


**Tableau 12 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques**

	Au moins 10 jours (5-7)	Entre 1 et 9 jours (2-4)	Jamais (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>				<b>N = 5 228</b>
	3,4 (2,9 - 3,9)	7,8 (7,1 - 8,5)	88,9 (88,0 - 89,7)	
<b>Âge</b>				<b>N = 5 228</b>
13-14 ans	0,9 (0,6 - 1,5)	2,1 (1,6 - 2,9)	96,9 (96,0 - 97,6)	$p < 0,001$ $\chi^2 = 0,527$
15-16 ans	3,5 (2,7 - 4,3)	8,5 (7,3 - 9,8)	88,0 (86,6 - 89,4)	
17-18 ans	6,4 (5,2 - 7,7)	14 (12,2 - 15,8)	79,7 (77,5 - 81,7)	
<b>Âge x genre</b>				<b>N = 2 571</b>
Filles 13-14	1,1 (0,6 - 2,0)	2,7 (1,8 - 3,9)	96,2 (94,8 - 97,3)	$p < 0,001$ $\chi^2 = 0,443$
Filles 15-16	2,6 (1,8 - 3,8)	8,9 (7,2 - 10,7)	88,6 (86,4 - 90,4)	
Filles 17-18	3,6 (2,3 - 5,1)	13,6 (11,3 - 16,4)	82,8 (79,9 - 85,5)	
				<b>N = 2 616</b>
Garçons 13-14	0,8 (0,3 - 1,5)	1,6 (1,0 - 2,6)	97,6 (96,4 - 98,4)	$p < 0,001$ $\chi^2 = 0,592$
Garçons 15-16	4,3 (3,1 - 5,6)	8,2 (6,6 - 10,0)	87,5 (85,3 - 89,4)	
Garçons 17-18	8,8 (6,9 - 11,1)	14,4 (11,9 - 17,1)	76,8 (73,6 - 79,8)	
<b>Genre</b>				<b>N = 5 186</b>
Filles	2,3 (1,8 - 3,0)	8,0 (7,0 - 9,1)	89,7 (88,4 - 90,8)	$p < 0,001$ Cramér's V. = 0,054
Garçons	4,3 (3,6 - 5,1)	7,6 (6,6 - 8,7)	88,1 (86,8 - 89,3)	
<b>Aisance familiale</b>				<b>N = 5 102</b>
Élevée	3,1 (2,3 - 4,1)	9,2 (7,7 - 10,8)	87,7 (85,8 - 89,4)	$p = 0,311$ $\chi^2 = 0,040$
Moyenne	3,3 (2,7 - 4,0)	7,2 (6,4 - 8,2)	89,5 (88,3 - 90,5)	
Faible	3,8 (2,6 - 5,2)	7,3 (5,7 - 9,3)	88,9 (86,6 - 90,9)	
<b>Profil migratoire</b>				<b>N = 5 046</b>
Première génération	3,8 (2,8 - 5,0)	7,0 (5,7 - 8,7)	89,1 (87,2 - 90,8)	$p = 0,268$ Cramér's V. = 0,023
Deuxième génération	3,3 (2,7 - 4,1)	8,7 (7,6 - 9,8)	88,0 (86,7 - 89,2)	
Pas de migration	3,1 (2,3 - 4,2)	7,2 (5,9 - 8,6)	89,7 (88,0 - 91,2)	
<b>Structure familiale</b>				<b>N = 4 946</b>
Autres	5,6 (2,2 - 10,6)	10,4 (5,9 - 17,3)	84,0 (76,5 - 89,9)	$p < 0,001$ Cramér's V. = 0,072
Famille recomposée	4,6 (3,0 - 6,5)	12,2 (9,6 - 15,2)	83,3 (79,9 - 86,3)	
Parents isolés	5,0 (3,9 - 6,5)	10,0 (8,3 - 11,9)	85,0 (82,8 - 87,0)	
Deux parents	2,5 (2,0 - 3,1)	6,6 (5,7 - 7,4)	90,9 (89,9 - 91,9)	
<b>Ordre d'enseignement</b>				<b>N = 5 228</b>
ESC-classes sup.	3,6 (2,6 - 5,0)	12,7 (10,6 - 14,9)	83,8 (81,2 - 86,0)	$p < 0,001$ Cramér's V. = 0,150
ESG-classes sup	5,1 (3,8 - 6,9)	12,0 (9,9 - 14,4)	82,9 (80,1 - 85,3)	
Formation prof.	9,6 (7,4 - 12,5)	12,2 (9,6 - 15,2)	78,2 (74,6 - 81,7)	
ESC-classes inf.	0,8 (0,4 - 1,5)	2,4 (1,6 - 3,4)	96,8 (95,7 - 97,8)	
ESG-classes inf. (VO)	1,9 (1,3 - 2,7)	4,8 (3,9 - 6,0)	93,2 (91,8 - 94,4)	
ESG-classes inf. (VP)	3,2 (1,8 - 5,0)	7,2 (5,2 - 9,9)	89,6 (86,6 - 92,1)	

Les répondants âgés de 13 à 18 ans et scolarisés dans le secondaire uniquement ont été interrogés sur le nombre de jours où ils ont consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours. Les réponses possibles allaient de « jamais » (1) à « 30 jours ou plus » (7). La consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours a été classée comme suit : au moins 10 jours (catégories 5 à 7), entre 1 à 9 jours (catégories 2 à 4) et jamais (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

## Âge à la première consommation de cannabis



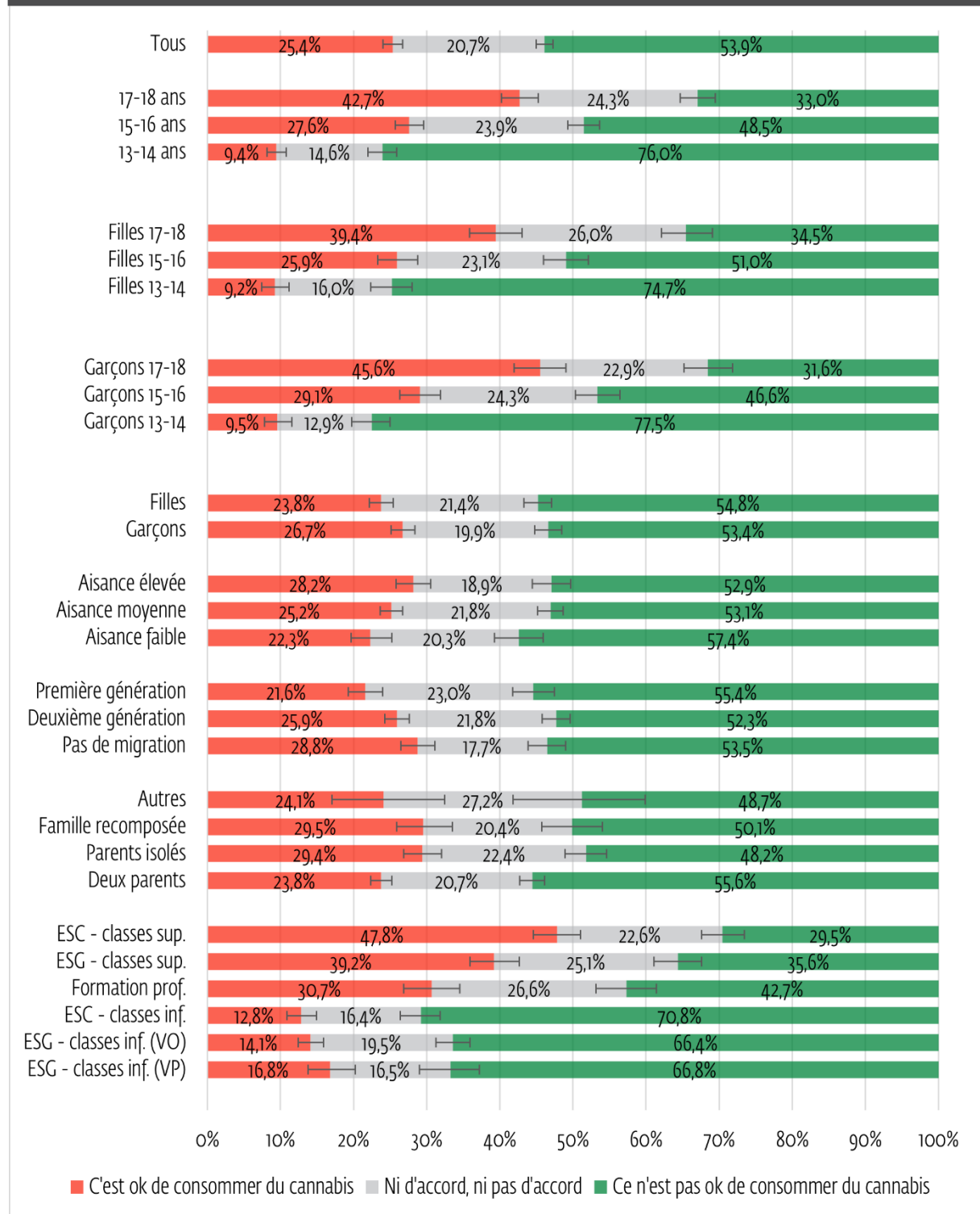
**Tableau 13 : Âge à la première consommation de cannabis selon les groupes sociodémographiques**

	14 ans ou moins	15 ans ou plus	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 611</b>
	25,1 (21,7 - 28,6)	74,9 (71,4 - 78,3)	
<b>Âge</b>			<b>N = 611</b>
17-18 ans	25,1 (21,7 - 28,6)	74,9 (71,4 - 78,3)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 282</b>
Filles 17-18	23,7 (19,1 - 29,0)	76,3 (71,0 - 80,9)	
			<b>N = 323</b>
Garçons 17-18	26,2 (21,5 - 31,0)	73,8 (68,7 - 78,3)	
<b>Genre</b>			<b>N = 605</b>
Filles	23,7 (19,1 - 29,0)	76,3 (71,0 - 80,9)	$p = 0,486$
Garçons	26,2 (21,5 - 31,0)	73,8 (68,7 - 78,3)	Cramér's V. = 0,028
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 593</b>
Élevée	25,0 (18,7 - 31,9)	75,0 (67,4 - 80,8)	
Moyenne	25,0 (20,5 - 29,6)	75,0 (70,1 - 79,2)	$p = 0,729$
Faible	27,5 (19,1 - 37,2)	72,5 (62,8 - 80,9)	$\gamma = 0,029$
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 603</b>
Première génération	26,8 (19,8 - 35,2)	73,2 (64,8 - 80,2)	
Deuxième génération	25,3 (20,5 - 30,3)	74,7 (69,7 - 79,5)	$p = 0,751$
Pas de migration	23,1 (17,2 - 29,5)	76,9 (70,5 - 82,8)	Cramér's V. = 0,031
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 594</b>
Autres	51,2 (31,2 - 73,4)	48,8 (26,6 - 68,8)	
Famille recomposée	34,7 (25,2 - 44,6)	65,3 (55,4 - 74,8)	$p = 0,002$
Parents isolés	21,7 (15,6 - 28,1)	78,3 (71,3 - 83,9)	Cramér's V. = 0,158
Deux parents	21,4 (17,3 - 26,2)	78,6 (74,1 - 83,0)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 611</b>
ESC-classes sup.	18,6 (14 - 24,4)	81,4 (76,1 - 86,4)	
ESG-classes sup.	25,5 (19,3 - 32,1)	74,5 (67,9 - 80,7)	
Formation prof.	31,3 (24,8 - 38,1)	68,7 (61,9 - 75,2)	$p = 0,017$
ESC-classes inf.	0,0 (0,0 - 0,0)	0,0 (0,0 - 0,0)	Cramér's V. = 0,140
ESG-classes inf. (VO)	20,7 (8,8 - 41,3)	79,3 (58,7 - 91,2)	
ESG-classes inf. (VP)	46,4 (22,1 - 71,7)	53,6 (28,3 - 77,9)	

Il a été demandé aux répondants âgés de 17 à 18 ans et scolarisés dans le secondaire uniquement d'indiquer l'âge auquel ils ont consommé du cannabis pour la première fois. Les réponses possibles allaient de « jamais » (1) à « 18 ans ou plus » (9). L'âge à la première consommation de cannabis a été classé en fonction de la répartition des quartiles (14 ans étant le seuil) : 14 ans ou moins et 15 ans ou plus. Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

## Acceptabilité du cannabis

Figure 38 : Acceptabilité du cannabis par les amis selon les groupes sociodémographiques



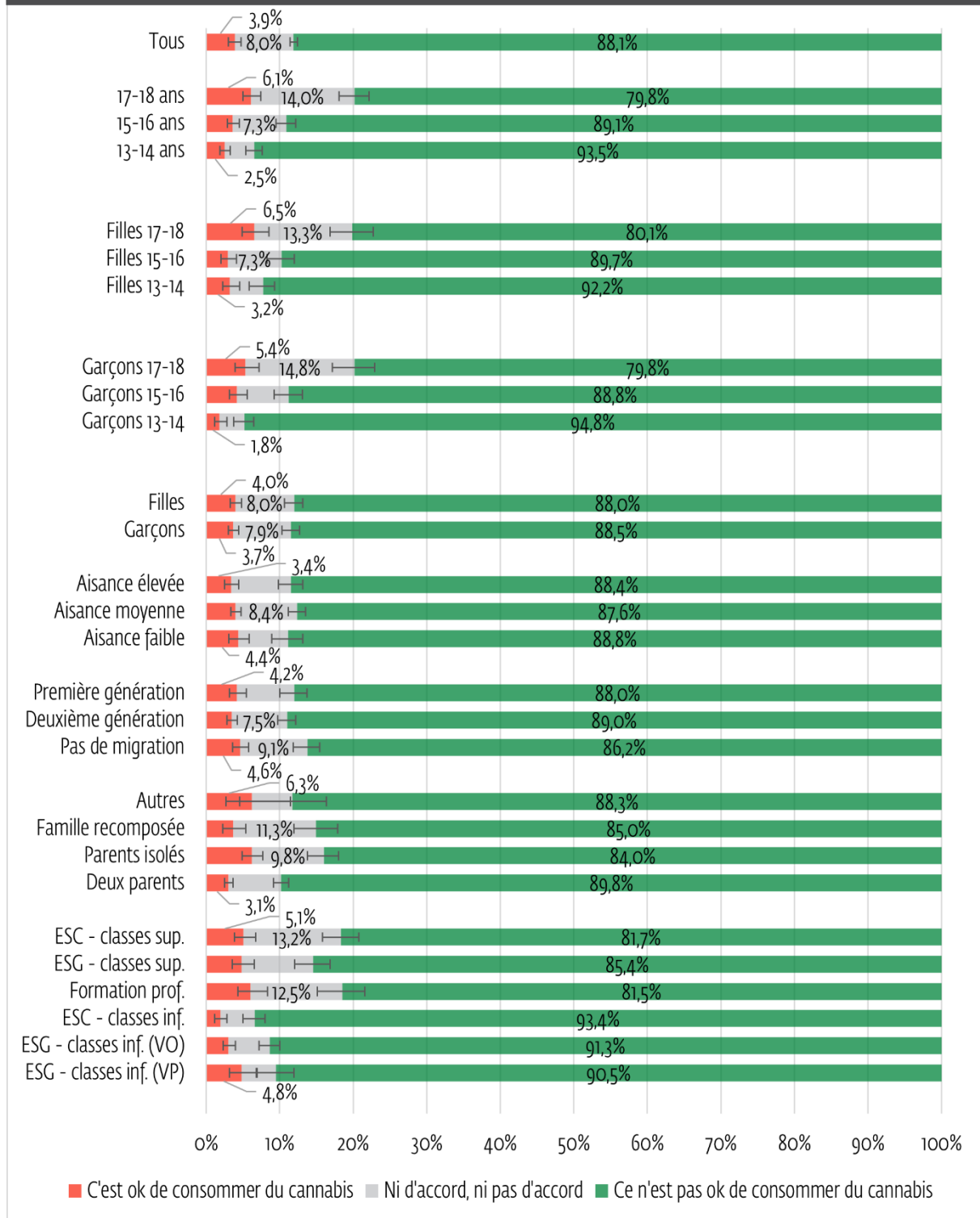
**Tableau 14 : Acceptabilité du cannabis par les amis selon les groupes sociodémographiques**

	C'est ok de consommer du cannabis (1-2)	Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	Ce n'est pas ok de consommer du cannabis (4-5)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>				<b>N = 5 410</b>
	25,4 (24,2 - 26,6)	20,7 (19,7 - 21,8)	53,9 (52,6 - 55,2)	
<b>Âge</b>				<b>N = 5 410</b>
13-14 ans	9,4 (8,2 - 10,8)	14,6 (13,0 - 16,2)	76,0 (74,0 - 77,9)	$p < 0,001$
15-16 ans	27,6 (25,7 - 29,6)	23,9 (22,1 - 25,7)	48,5 (46,4 - 50,7)	$\chi^2 = 0,495$
17-18 ans	42,7 (40,2 - 45,3)	24,3 (22,2 - 26,5)	33,0 (30,6 - 35,5)	
<b>Âge x genre</b>				<b>N = 2 638</b>
Filles 13-14	9,2 (7,4 - 11,2)	16,0 (13,8 - 18,6)	74,7 (71,8 - 77,5)	$p < 0,001$
Filles 15-16	25,9 (23,4 - 28,7)	23,1 (20,6 - 25,8)	51,0 (47,9 - 54,1)	$\chi^2 = 0,464$
Filles 17-18	39,4 (35,9 - 43,0)	26,0 (22,9 - 29,3)	34,5 (31,2 - 38,2)	
				<b>N = 2 728</b>
Garçons 13-14	9,5 (7,8 - 11,6)	12,9 (10,9 - 15,1)	77,5 (74,8 - 80,1)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	29,1 (26,3 - 31,9)	24,3 (21,7 - 27,0)	46,6 (43,6 - 49,7)	$\chi^2 = 0,525$
Garçons 17-18	45,6 (41,9 - 49,0)	22,9 (19,9 - 25,9)	31,6 (28,3 - 35,0)	
<b>Genre</b>				<b>N = 5 366</b>
Filles	23,8 (22,2 - 25,4)	21,4 (19,9 - 23,1)	54,8 (52,9 - 56,7)	$p = 0,035$
Garçons	26,7 (25,1 - 28,4)	19,9 (18,4 - 21,4)	53,4 (51,5 - 55,2)	Cramér's V. = 0,035
<b>Aisance familiale</b>				<b>N = 5 277</b>
Élevée	28,2 (25,8 - 30,6)	18,9 (16,9 - 21,0)	52,9 (50,3 - 55,6)	$p = 0,014$
Moyenne	25,2 (23,6 - 26,7)	21,8 (20,3 - 23,3)	53,1 (51,3 - 54,8)	$\chi^2 = 0,053$
Faible	22,3 (19,6 - 25,2)	20,3 (17,6 - 23,0)	57,4 (54,1 - 60,7)	
<b>Profil migratoire</b>				<b>N = 5 212</b>
Première génération	21,6 (19,3 - 24,0)	23,0 (20,7 - 25,5)	55,4 (52,6 - 58,3)	$p < 0,001$
Deuxième génération	25,9 (24,3 - 27,6)	21,8 (20,2 - 23,4)	52,3 (50,4 - 54,2)	Cramér's V. = 0,049
Pas de migration	28,8 (26,5 - 31,2)	17,7 (15,8 - 19,8)	53,5 (50,9 - 56,1)	
<b>Structure familiale</b>				<b>N = 5 128</b>
Autres	24,1 (17,1 - 32,5)	27,2 (20,1 - 36,2)	48,7 (39,3 - 57,3)	$p < 0,001$
Famille recomposée	29,5 (25,9 - 33,5)	20,4 (17,2 - 23,9)	50,1 (46,0 - 54,3)	Cramér's V. = 0,052
Parents isolés	29,4 (26,8 - 32,0)	22,4 (20,1 - 24,9)	48,2 (45,4 - 51,1)	
Deux parents	23,8 (22,4 - 25,3)	20,7 (19,3 - 22,1)	55,6 (53,9 - 57,3)	
<b>Ordre d'enseignement</b>				<b>N = 5 410</b>
ESC-classes sup.	47,8 (44,6 - 51,0)	22,6 (20,0 - 25,4)	29,5 (26,7 - 32,6)	$p < ,001$
ESG-classes sup	39,2 (36,0 - 42,6)	25,1 (22,3 - 28,2)	35,6 (32,4 - 38,9)	Cramér's V. = 0,259
Formation prof.	30,7 (26,9 - 34,6)	26,6 (23,0 - 30,4)	42,7 (38,5 - 46,8)	
ESC-classes inf.	12,8 (10,9 - 14,9)	16,4 (14,3 - 18,7)	70,8 (67,9 - 73,4)	
ESG-classes inf. (VO)	14,1 (12,4 - 15,9)	19,5 (17,6 - 21,5)	66,4 (64,1 - 68,8)	
ESG-classes inf. (VP)	16,8 (13,8 - 20,3)	16,5 (13,4 - 19,9)	66,8 (62,5 - 70,7)	

Il a été demandé aux répondants âgés de 13 à 18 ans et scolarisés dans le secondaire uniquement si leurs amis pensaient qu'il était acceptable de consommer du cannabis. Les réponses possibles allaient de « Je suis tout à fait d'accord » (1) à « Je ne suis pas du tout d'accord » (5). L'acceptabilité du cannabis par les amis a été classée en trois catégories : le cannabis est acceptable (catégories 1 à 2), neutre (catégorie 3) et le cannabis n'est pas acceptable (catégories 4 à 5). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).



Figure 39 : Acceptabilité du cannabis par les parents selon les groupes sociodémographiques

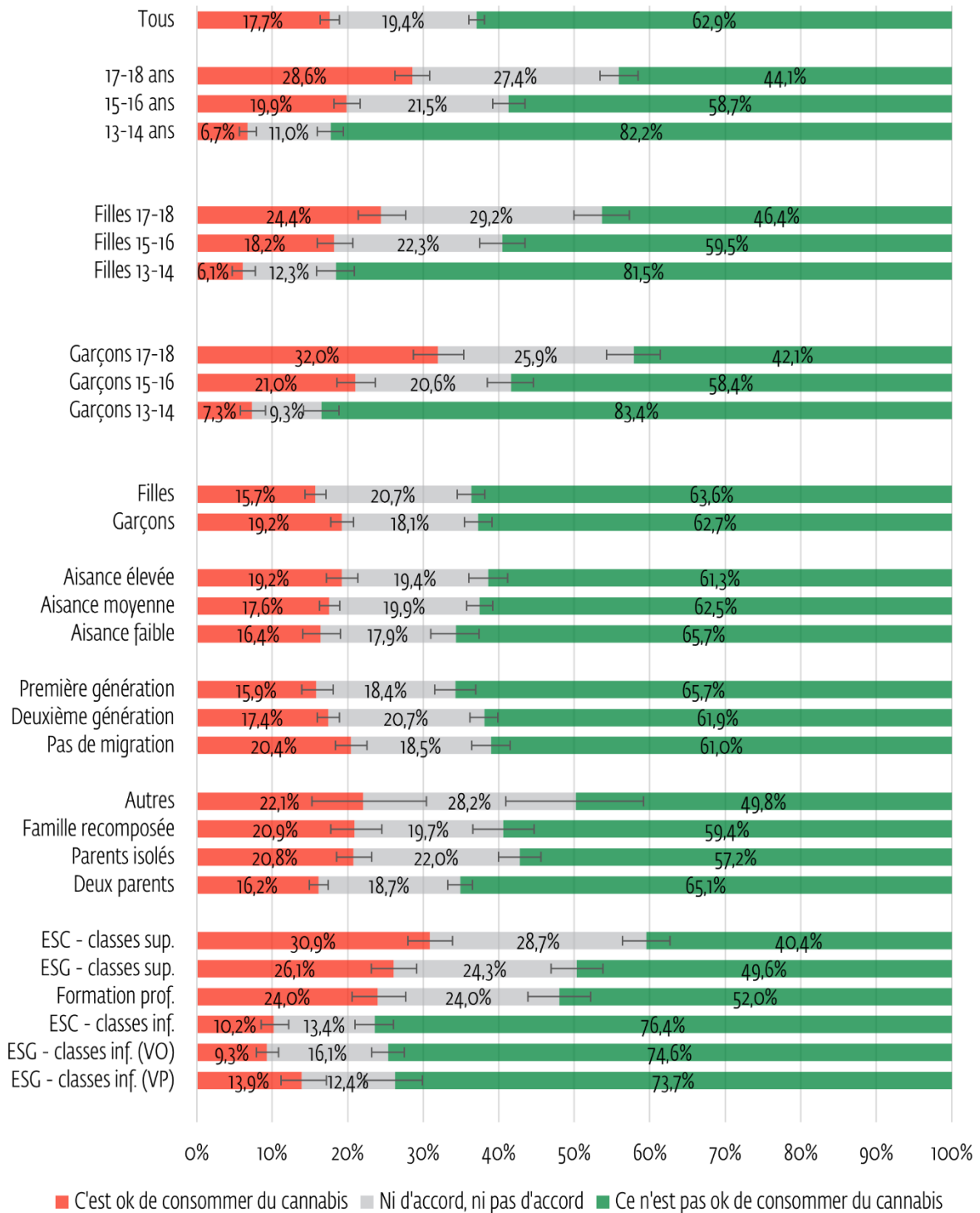


**Tableau 15 : Acceptabilité du cannabis par les parents selon les groupes sociodémographiques**

	C'est ok de consommer du cannabis (1-2)	Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	Ce n'est pas ok de consommer du cannabis (4-5)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>				<b>N = 5 412</b>
	3.9 (3.4 - 4.5)	8.0 (7.3 - 8.7)	88.1 (87.2 - 89.0)	
<b>Âge</b>				<b>N = 5 412</b>
13-14 ans	2.5 (1.9 - 3.3)	4.0 (3.2 - 5.0)	93.5 (92.3 - 94.6)	$p < 0.001$
15-16 ans	3.6 (2.9 - 4.5)	7.3 (6.2 - 8.5)	89.1 (87.6 - 90.3)	$\chi^2 = 0.382$
17-18 ans	6.1 (5.0 - 7.5)	14.0 (12.3 - 15.9)	79.8 (77.7 - 81.8)	
<b>Âge x genre</b>				<b>N = 2 648</b>
Filles 13-14	3.2 (2.3 - 4.6)	4.5 (3.4 - 6.1)	92.2 (90.3 - 93.8)	$p < 0.001$
Filles 15-16	2.9 (2.0 - 4.1)	7.3 (5.9 - 9.1)	89.7 (87.7 - 91.5)	$\chi^2 = 0.329$
Filles 17-18	6.5 (4.9 - 8.5)	13.3 (11.0 - 16.0)	80.1 (77.1 - 83.0)	
				<b>N = 2 720</b>
Garçons 13-14	1.8 (1.2 - 2.9)	3.4 (2.3 - 4.6)	94.8 (93.3 - 96.1)	$p < 0.001$
Garçons 15-16	4.2 (3.1 - 5.6)	7.0 (5.6 - 8.7)	88.8 (86.8 - 90.7)	$\chi^2 = 0.434$
Garçons 17-18	5.4 (3.9 - 7.2)	14.8 (12.4 - 17.5)	79.8 (76.8 - 82.6)	
<b>Genre</b>				<b>N = 5 368</b>
Filles	4.0 (3.3 - 4.8)	8.0 (7.0 - 9.0)	88.0 (86.8 - 89.2)	$p = 0.820$
Garçons	3.7 (3.0 - 4.4)	7.9 (6.9 - 8.9)	88.5 (87.3 - 89.7)	Cramér's V. = 0.009
<b>Aisance familiale</b>				<b>N = 5 283</b>
Élevée	3.4 (2.5 - 4.5)	8.2 (6.8 - 9.7)	88.4 (86.6 - 90.0)	$p = 0.962$
Moyenne	4.0 (3.3 - 4.7)	8.4 (7.4 - 9.4)	87.6 (86.4 - 88.8)	$\chi^2 = -0.002$
Faible	4.4 (3.1 - 5.9)	6.8 (5.3 - 8.7)	88.8 (86.6 - 90.8)	
<b>Profil migratoire</b>				<b>N = 5 212</b>
Première génération	4.2 (3.2 - 5.5)	7.8 (6.4 - 9.4)	88.0 (86.0 - 89.8)	$p = 0.125$
Deuxième génération	3.5 (2.8 - 4.2)	7.5 (6.6 - 8.6)	89.0 (87.7 - 90.1)	Cramér's V. = 0.026
Pas de migration	4.6 (3.6 - 5.8)	9.1 (7.7 - 10.7)	86.2 (84.3 - 87.9)	
<b>Structure familiale</b>				<b>N = 5 124</b>
Autres	6.3 (2.7 - 11.5)	5.5 (2.2 - 10.3)	88.3 (81.1 - 92.9)	
Famille recomposée	3.7 (2.3 - 5.4)	11.3 (8.8 - 14.0)	85.0 (82.0 - 87.9)	$p < .001$
Parents isolés	6.2 (4.9 - 7.7)	9.8 (8.2 - 11.6)	84.0 (81.7 - 86.0)	Cramér's V. = 0.065
Deux parents	3.1 (2.5 - 3.7)	7.2 (6.3 - 8.1)	89.8 (88.7 - 90.8)	
<b>Ordre d'enseignement</b>				<b>N = 5 412</b>
ESC-classes sup.	5.1 (3.9 - 6.7)	13.2 (11.2 - 15.5)	81.7 (79.2 - 84.1)	
ESG-classes sup	4.8 (3.6 - 6.5)	9.7 (7.9 - 12.0)	85.4 (82.9 - 87.7)	
Formation prof.	6.0 (4.3 - 8.3)	12.5 (10.0 - 15.5)	81.5 (78.1 - 84.6)	$p < 0.001$
ESC-classes inf.	1.9 (1.2 - 2.8)	4.7 (3.6 - 6.1)	93.4 (91.8 - 94.8)	Cramér's V. = 0.105
ESG-classes inf. (VO)	3.0 (2.3 - 4.0)	5.6 (4.6 - 6.9)	91.3 (89.9 - 92.7)	
ESG-classes inf. (VP)	4.8 (3.2 - 7.0)	4.7 (3.0 - 6.7)	90.5 (87.8 - 92.9)	

Il a été demandé aux répondants âgés de 13 à 18 ans et scolarisés dans le secondaire uniquement si leurs parents pensaient qu'il était acceptable de consommer du cannabis. Les réponses possibles allaient de « Je suis tout à fait d'accord » (1) à « Je ne suis pas du tout d'accord » (5). L'acceptabilité du cannabis par les parents a été classée en trois catégories : le cannabis est acceptable (catégories 1 à 2), neutre (catégorie 3) et le cannabis n'est pas acceptable (catégories 4 à 5). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Figure 40 : Acceptabilité du cannabis selon les groupes sociodémographiques



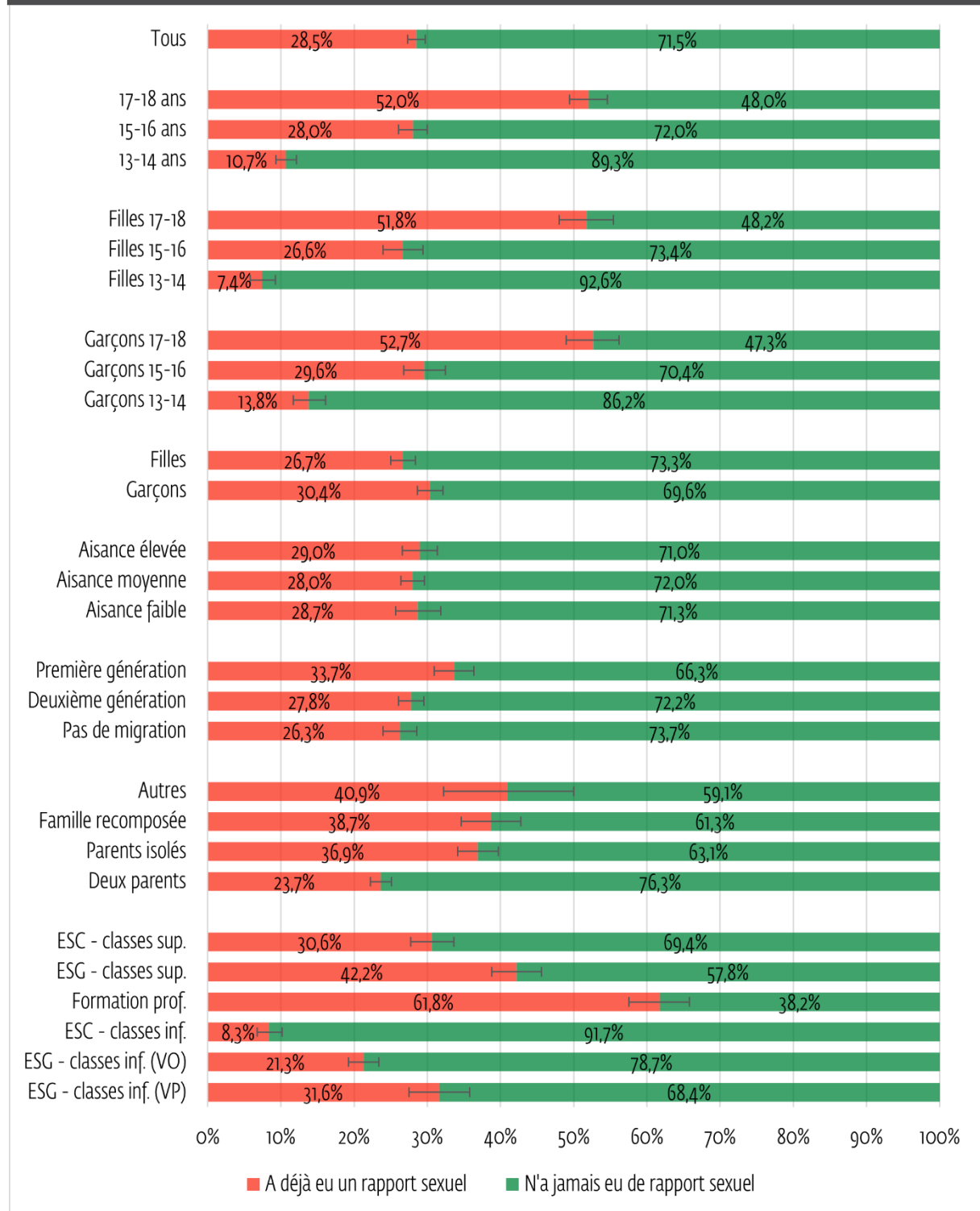
**Tableau 16 : Acceptabilité du cannabis selon les groupes sociodémographiques**

	C'est ok de consommer du cannabis (1-2)	Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	Ce n'est pas ok de consommer du cannabis (4-5)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>				<b>N = 5 414</b>
	17,7 (16,7 - 18,7)	19,4 (18,4 - 20,5)	62,9 (61,6 - 64,2)	
<b>Âge</b>				<b>N = 5 414</b>
13-14 ans	6,7 (5,7 - 7,9)	11,0 (9,7 - 12,5)	82,2 (80,5 - 83,9)	$p < 0,001$
15-16 ans	19,9 (18,2 - 21,7)	21,5 (19,7 - 23,3)	58,7 (56,5 - 60,8)	$\chi^2 = 0,464$
17-18 ans	28,6 (26,3 - 30,9)	27,4 (25,2 - 29,7)	44,1 (41,5 - 46,6)	
<b>Âge x genre</b>				<b>N = 2 645</b>
Filles 13-14	6,1 (4,7 - 7,8)	12,3 (10,3 - 14,6)	81,5 (78,9 - 84,0)	$p < 0,001$
Filles 15-16	18,2 (16,0 - 20,7)	22,3 (19,8 - 24,9)	59,5 (56,5 - 62,5)	$\chi^2 = 0,433$
Filles 17-18	24,4 (21,4 - 27,7)	29,2 (26,0 - 32,7)	46,4 (42,7 - 50,0)	
				<b>N = 2 725</b>
Garçons 13-14	7,3 (5,8 - 9,1)	9,3 (7,6 - 11,3)	83,4 (81,0 - 85,7)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	21,0 (18,6 - 23,6)	20,6 (18,2 - 23,1)	58,4 (55,3 - 61,3)	$\chi^2 = 0,496$
Garçons 17-18	32,0 (28,7 - 35,4)	25,9 (22,9 - 29,2)	42,1 (38,6 - 45,6)	
<b>Genre</b>				<b>N = 5 370</b>
Filles	15,7 (14,3 - 17,1)	20,7 (19,2 - 22,3)	63,6 (61,7 - 65,4)	$p < 0,001$
Garçons	19,2 (17,8 - 20,7)	18,1 (16,7 - 19,6)	62,7 (60,9 - 64,5)	Cramér's V. = 0,052
<b>Aisance familiale</b>				<b>N = 5 286</b>
Élevée	19,2 (17,2 - 21,3)	19,4 (17,4 - 21,6)	61,3 (58,7 - 63,9)	$p = 0,040$
Moyenne	17,6 (16,3 - 19,0)	19,9 (18,5 - 21,3)	62,5 (60,8 - 64,2)	$\chi^2 = 0,047$
Faible	16,4 (14,0 - 19,0)	17,9 (15,5 - 20,6)	65,7 (62,4 - 68,8)	
<b>Profil migratoire</b>				<b>N = 5 217</b>
Première génération	15,9 (13,9 - 18,1)	18,4 (16,3 - 20,7)	65,7 (63,0 - 68,5)	$p = 0,007$
Deuxième génération	17,4 (16,0 - 18,9)	20,7 (19,1 - 22,2)	61,9 (60,0 - 63,7)	Cramér's V. = 0,037
Pas de migration	20,4 (18,4 - 22,6)	18,5 (16,6 - 20,6)	61,0 (58,5 - 63,5)	
<b>Structure familiale</b>				<b>N = 5 131</b>
Autres	22,1 (15,2 - 30,4)	28,2 (20,6 - 37,1)	49,8 (40,4 - 58,7)	$p < 0,001$
Famille recomposée	20,9 (17,7 - 24,5)	19,7 (16,6 - 23,2)	59,4 (55,4 - 63,5)	Cramér's V. = 0,059
Parents isolés	20,8 (18,5 - 23,2)	22,0 (19,8 - 24,5)	57,2 (54,4 - 60,0)	
Deux parents	16,2 (14,9 - 17,5)	18,7 (17,4 - 20,1)	65,1 (63,5 - 66,7)	
<b>Ordre d'enseignement</b>				<b>N = 5 414</b>
ESC-classes sup.	30,9 (28,0 - 33,9)	28,7 (25,8 - 31,6)	40,4 (37,3 - 43,6)	$p < 0,001$
ESG-classes sup.	26,1 (23,1 - 29,1)	24,3 (21,5 - 27,4)	49,6 (46,2 - 53,1)	Cramér's V. = 0,219
Formation prof.	24,0 (20,6 - 27,7)	24,0 (20,6 - 27,7)	52,0 (47,8 - 56,2)	
ESC-classes inf.	10,2 (8,5 - 12,2)	13,4 (11,4 - 15,5)	76,4 (73,7 - 78,9)	
ESG-classes inf. (VO)	9,3 (7,9 - 10,8)	16,1 (14,3 - 18,0)	74,6 (72,4 - 76,7)	
ESG-classes inf. (VP)	13,9 (11,1 - 17,2)	12,4 (9,7 - 15,5)	73,7 (69,7 - 77,4)	

Il a été demandé aux répondants âgés de 13 à 18 ans et scolarisés dans le secondaire uniquement s'ils pensaient qu'il était acceptable de consommer du cannabis. Les réponses possibles allaient de « Je suis tout à fait d'accord » (1) à « Je ne suis pas du tout d'accord » (5). L'acceptabilité du cannabis a été classée en trois catégories : le cannabis est acceptable (catégories 1 à 2), neutre (catégorie 3) et le cannabis n'est pas acceptable (catégories 4 à 5). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Rapports sexuels

Figure 41 : Prévalence des adolescents ayant eu un rapport sexuel selon les groupes sociodémographiques



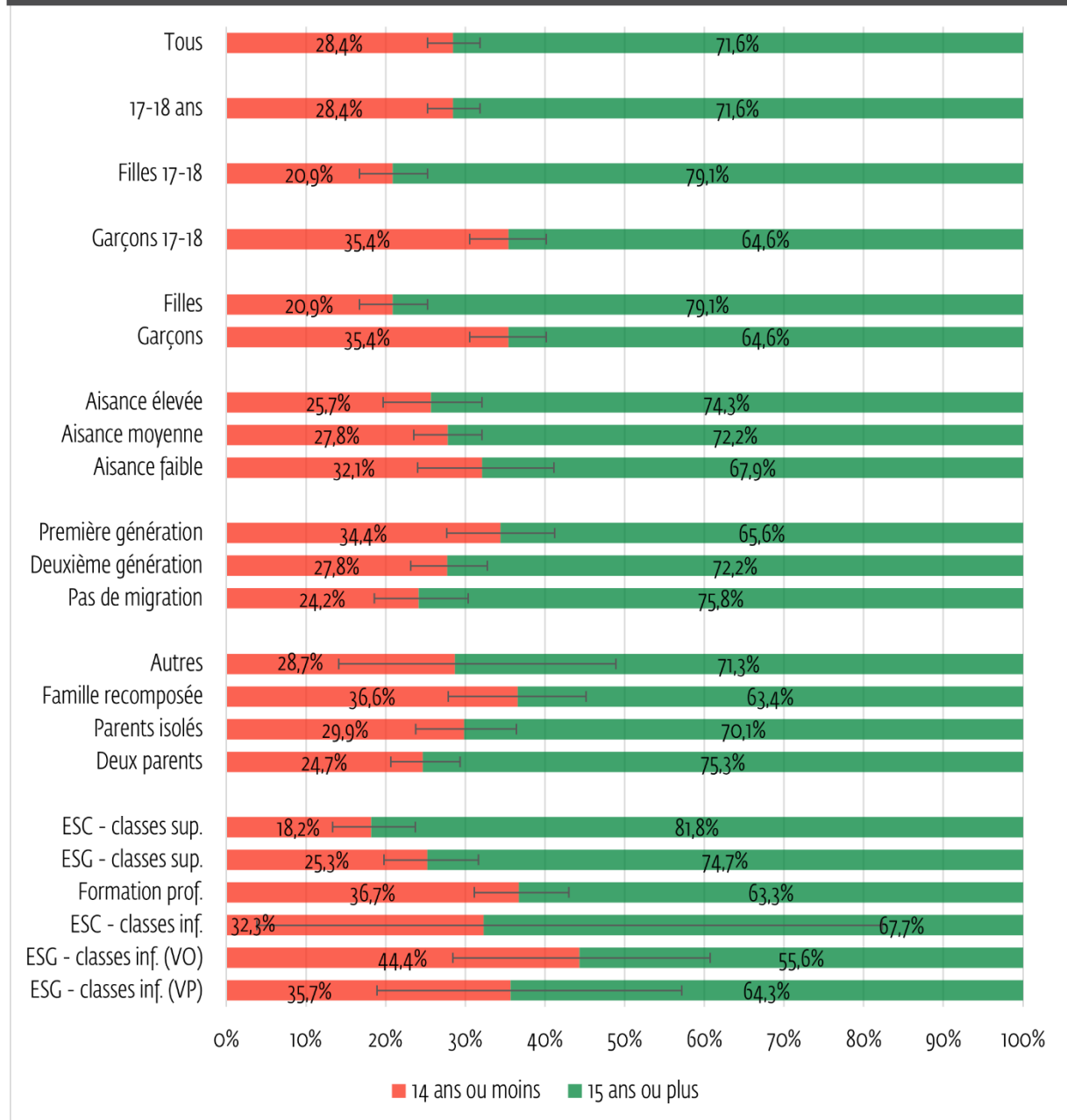
**Tableau 17 : Prévalence des adolescents ayant eu un rapport sexuel selon les groupes sociodémographiques**

	Oui (1)	Non (2) <sup>1</sup>	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 5 318</b>
	28,5 (27,3 - 29,7)	71,5 (70,3 - 72,7)	
<b>Âge</b>			<b>N = 5 318</b>
13-14 ans	10,7 (9,3 - 12,1)	89,3 (87,9 - 90,7)	$p < 0,001$
15-16 ans	28,0 (26,1 - 30,0)	72,0 (70,0 - 73,9)	$\chi^2 = -0,600$
17-18 ans	52,0 (49,4 - 54,6)	48,0 (45,4 - 50,6)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 2 612</b>
Filles 13-14	7,4 (5,8 - 9,3)	92,6 (90,7 - 94,2)	$p < 0,001$
Filles 15-16	26,6 (24,0 - 29,4)	73,4 (70,6 - 76,0)	$\chi^2 = -0,660$
Filles 17-18	51,8 (48,0 - 55,4)	48,2 (44,4 - 51,8)	
			<b>N = 2 661</b>
Garçons 13-14	13,8 (11,7 - 16,1)	86,2 (83,9 - 88,3)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	29,6 (26,8 - 32,5)	70,4 (67,5 - 73,2)	$\chi^2 = -0,551$
Garçons 17-18	52,7 (49,0 - 56,2)	47,3 (43,7 - 50,9)	
<b>Genre</b>			<b>N = 5 273</b>
Filles	26,7 (25,0 - 28,4)	73,3 (71,6 - 75,0)	$p = 0,003$
Garçons	30,4 (28,6 - 32,1)	69,6 (67,8 - 71,3)	Cramér's V. = 0,041
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 5 193</b>
Élevée	29,0 (26,6 - 31,4)	71,0 (68,5 - 73,4)	$p = 0,768$
Moyenne	28,0 (26,4 - 29,6)	72,0 (70,4 - 73,6)	$\chi^2 = -0,008$
Faible	28,7 (25,7 - 31,9)	71,3 (68,1 - 74,3)	
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 5 215</b>
Première génération	33,7 (31,0 - 36,4)	66,3 (63,6 - 69,0)	$p < 0,001$
Deuxième génération	27,8 (26,1 - 29,5)	72,2 (70,5 - 73,9)	Cramér's V. = 0,061
Pas de migration	26,3 (24,0 - 28,6)	73,7 (71,4 - 76,0)	
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 5 130</b>
Autres	40,9 (32,2 - 50,0)	59,1 (50,0 - 67,8)	
Famille recomposée	38,7 (34,7 - 42,8)	61,3 (57,2 - 65,3)	$p < 0,001$
Parents isolés	36,9 (34,2 - 39,7)	63,1 (60,3 - 65,8)	Cramér's V. = 0,149
Deux parents	23,7 (22,3 - 25,2)	76,3 (74,8 - 77,7)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 5 318</b>
ESC-classes sup.	30,6 (27,7 - 33,7)	69,4 (66,3 - 72,3)	
ESG-classes sup	42,2 (38,8 - 45,6)	57,8 (54,4 - 61,2)	
Formation prof.	61,8 (57,5 - 65,8)	38,2 (34,2 - 42,5)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	8,3 (6,8 - 10,1)	91,7 (89,9 - 93,2)	Cramér's V. = 0,340
ESG-classes inf. (VO)	21,3 (19,3 - 23,4)	78,7 (76,6 - 80,7)	
ESG-classes inf. (VP)	31,6 (27,5 - 35,8)	68,4 (64,0 - 72,3)	

Il a été demandé aux répondants âgés de 13 à 18 ans et scolarisés dans le secondaire uniquement s'ils avaient déjà eu des rapports sexuels. Les réponses possibles étaient « oui » (1) et « non » (5). Les rapports sexuels ont été classés en deux catégories : ceux qui ont eu des rapports sexuels (catégorie 1) et ceux qui n'ont jamais eu de rapports sexuels (catégorie 2). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

## Âge au premier rapport sexuel

Figure 42 : Âge au premier rapport sexuel selon les groupes sociodémographiques



**Tableau 18 : Âge au premier rapport sexuel selon les groupes sociodémographiques**

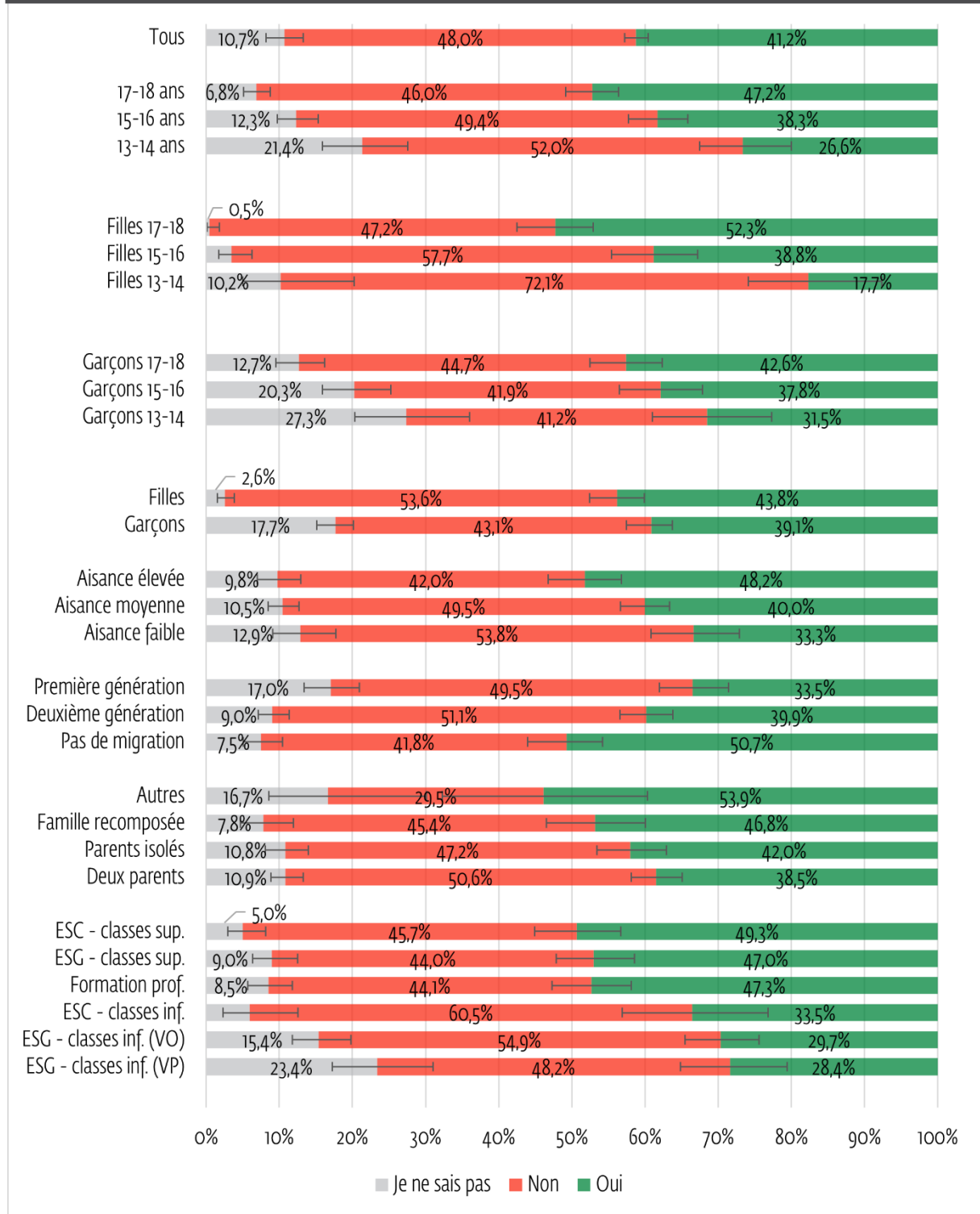
	14 ans ou moins	15 ans ou plus	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 727</b>
	28,4 (25,3 - 31,8)	71,6 (68,2 - 74,7)	
<b>Âge</b>			<b>N = 727</b>
17-18 ans	28,4 (25,3 - 31,8)	71,6 (68,2 - 74,7)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 347</b>
Filles 17-18	20,9 (16,7 - 25,2)	79,1 (74,4 - 83,0)	
			<b>N = 377</b>
Garçons 17-18	35,4 (30,6 - 40,2)	64,6 (59,5 - 69,2)	
<b>Genre</b>			<b>N = 723</b>
Filles	20,9 (16,7 - 25,2)	79,1 (74,4 - 83,0)	$p < 0,001$
Garçons	35,4 (30,6 - 40,2)	64,6 (59,5 - 69,2)	Cramér's V. = 0,161
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 712</b>
Élevée	25,7 (19,7 - 32,1)	74,3 (67,9 - 80,3)	
Moyenne	27,8 (23,5 - 32,1)	72,2 (67,6 - 76,3)	$p = 0,253$
Faible	32,1 (24,0 - 41,2)	67,9 (58,8 - 76,0)	$\gamma = 0,086$
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 722</b>
Première génération	34,4 (27,7 - 41,2)	65,6 (58,8 - 72,3)	
Deuxième génération	27,8 (23,2 - 32,7)	72,2 (67,3 - 76,8)	$p = 0,077$
Pas de migration	24,2 (18,6 - 30,4)	75,8 (69,6 - 81,4)	Cramér's V. = 0,084
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 712</b>
Autres	28,7 (14,1 - 48,9)	71,3 (51,1 - 85,9)	
Famille recomposée	36,6 (27,9 - 45,2)	63,4 (54,8 - 72,1)	$p = 0,086$
Parents isolés	29,9 (23,8 - 36,4)	70,1 (63,6 - 76,2)	Cramér's V. = 0,096
Deux parents	24,7 (20,6 - 29,4)	75,3 (70,6 - 79,4)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 727</b>
ESC-classes sup.	18,2 (13,3 - 23,7)	81,8 (76,3 - 86,7)	
ESG-classes sup	25,3 (19,8 - 31,6)	74,7 (68,4 - 80,2)	
Formation prof.	36,7 (31,1 - 43,0)	63,3 (57,4 - 69,3)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	32,3 (3,9 - 82,3)	67,7 (17,7 - 96,1)	Cramér's V. = 0,186
ESG-classes inf. (VO)	44,4 (28,5 - 60,7)	55,6 (39,3 - 71,5)	
ESG-classes inf. (VP)	35,7 (18,9 - 57,1)	64,3 (42,9 - 81,1)	

Il a été demandé aux répondants âgés de 17-18 ans scolarisés dans le secondaire uniquement et ayant déjà eu des rapports sexuels l'âge de leur premier rapport sexuel. Les réponses possibles allaient de « 11 ans ou moins » (1) à « 16 ans ou plus » (6). L'âge au moment du premier rapport sexuel a été classé en fonction de la division du quartile (14 ans étant le seuil) : 14 ans ou moins et 15 ans ou plus. Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).



Contraception

Figure 43 : Utilisation de la pilule contraceptive selon les groupes sociodémographiques

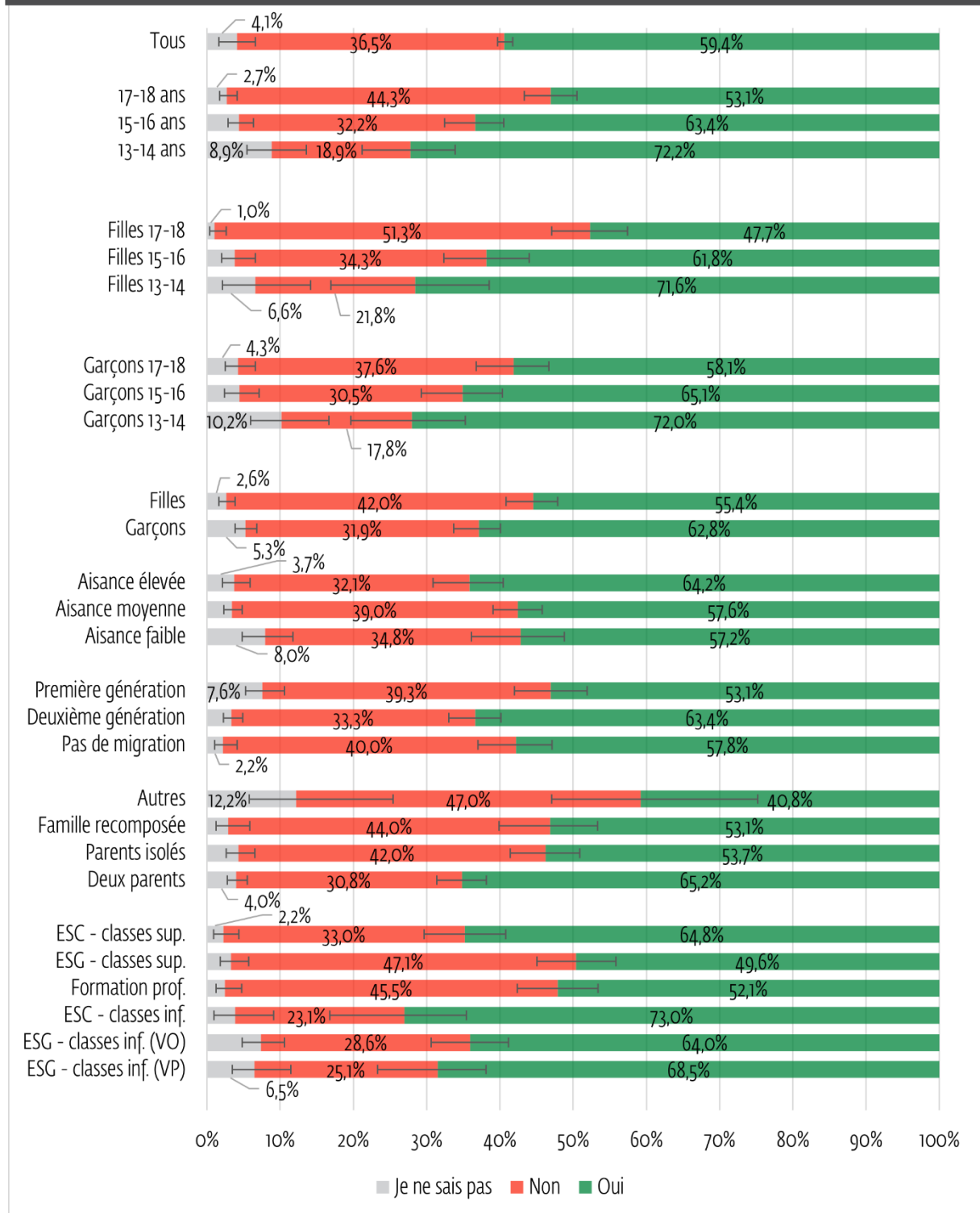


**Tableau 19 : Utilisation de la pilule contraceptive selon les groupes sociodémographiques**

	Je ne sais pas (3)	Non (2)	Oui (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>				<b>N = 1 465</b>
	10,7 (9,2 - 12,4)	48,0 (45,4 - 50,5)	41,2 (38,7 - 43,8)	
<b>Âge</b>				<b>N = 1 465</b>
13-14 ans	21,4 (15,9 - 27,5)	52,0 (45,0 - 59,2)	26,6 (20,7 - 33,2)	$p < 0,001$
15-16 ans	12,3 (9,8 - 15,3)	49,4 (45,2 - 53,6)	38,3 (34,3 - 42,4)	$\chi^2 = -0,256$
17-18 ans	6,8 (5,2 - 8,8)	46,0 (42,3 - 49,5)	47,2 (43,5 - 50,8)	
<b>Âge x genre</b>				<b>N = 672</b>
Filles 13-14	10,2 (5,0 - 20,3)	72,1 (60,1 - 81,7)	17,7 (9,5 - 27,8)	$p < 0,001$
Filles 15-16	3,5 (1,7 - 6,3)	57,7 (51,7 - 63,7)	38,8 (33,0 - 44,8)	$\chi^2 = -0,383$
Filles 17-18	0,5 (0,1 - 1,8)	47,2 (42,0 - 52,4)	52,3 (47,1 - 57,5)	
				<b>N = 785</b>
Garçons 13-14	27,3 (20,3 - 36,0)	41,2 (33,0 - 50,3)	31,5 (24,0 - 40,3)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	20,3 (15,9 - 25,3)	41,9 (36,3 - 47,8)	37,8 (32,2 - 43,5)	$\chi^2 = -0,174$
Garçons 17-18	12,7 (9,6 - 16,2)	44,7 (39,7 - 49,6)	42,6 (37,6 - 47,5)	
<b>Genre</b>				<b>N = 1 457</b>
Filles	2,6 (1,5 - 3,9)	53,6 (49,9 - 57,5)	43,8 (40,0 - 47,5)	$p < 0,001$
Garçons	17,7 (15,2 - 20,5)	43,1 (39,6 - 46,5)	39,1 (35,7 - 42,6)	Cramér's V. = 0,245
<b>Aisance familiale</b>				<b>N = 1 426</b>
Élevée	9,8 (7,0 - 13,0)	42,0 (37,0 - 46,9)	48,2 (43,2 - 53,2)	$p < 0,001$
Moyenne	10,5 (8,5 - 12,7)	49,5 (46,1 - 53,0)	40,0 (36,6 - 43,4)	$\chi^2 = -0,148$
Faible	12,9 (9,1 - 17,8)	53,8 (47,2 - 60,0)	33,3 (27,5 - 39,6)	
<b>Profil migratoire</b>				<b>N = 1 447</b>
Première génération	17,0 (13,4 - 21,0)	49,5 (44,5 - 54,5)	33,5 (29,0 - 38,5)	$p < 0,001$
Deuxième génération	9,0 (7,1 - 11,4)	51,1 (47,5 - 54,9)	39,9 (36,3 - 43,5)	Cramér's V. = 0,114
Pas de migration	7,5 (5,1 - 10,5)	41,8 (36,8 - 46,9)	50,7 (45,4 - 55,7)	
<b>Structure familiale</b>				<b>N = 1 424</b>
Autres	16,7 (8,6 - 30,2)	29,5 (18,6 - 44,6)	53,9 (40,1 - 68,1)	$p = 0,048$
Famille recomposée	7,8 (4,7 - 12,0)	45,4 (38,7 - 52,2)	46,8 (40,1 - 53,7)	Cramér's V. = 0,067
Parents isolés	10,8 (8,1 - 14,0)	47,2 (42,4 - 51,9)	42,0 (37,4 - 46,9)	
Deux parents	10,9 (8,8 - 13,3)	50,6 (47,1 - 54,2)	38,5 (35,1 - 42,1)	
<b>Ordre d'enseignement</b>				<b>N = 1 465</b>
ESC-classes sup.	5,0 (2,9 - 8,2)	45,7 (40,0 - 51,7)	49,3 (43,6 - 55,3)	$p < 0,001$
ESG-classes sup.	9,0 (6,3 - 12,5)	44,0 (38,8 - 49,5)	47,0 (41,8 - 52,5)	Cramér's V. = 0,160
Formation prof.	8,5 (5,7 - 11,8)	44,1 (38,9 - 49,7)	47,3 (41,9 - 52,8)	
ESC-classes inf.	6,0 (2,3 - 12,6)	60,5 (50,1 - 70,7)	33,5 (23,9 - 43,8)	
ESG-classes inf. (VO)	15,4 (11,8 - 19,8)	54,9 (49,3 - 60,3)	29,7 (24,8 - 34,9)	
ESG-classes inf. (VP)	23,4 (17,2 - 31,0)	48,2 (39,9 - 56,0)	28,4 (21,6 - 36,2)	

Il a été demandé aux répondants âgés de 13 à 18 ans scolarisés dans le secondaire uniquement si leur partenaire ou eux-mêmes utilisaient la pilule contraceptive lors du dernier rapport sexuel. Les réponses possibles étaient « oui » (1), « non » (2) et « ne sait pas » (3). L'utilisation de la pilule contraceptive a été classée dans les catégories suivantes : ne sait pas (catégorie 3), non (catégorie 2), et oui (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Figure 44 : Utilisation du préservatif selon les groupes sociodémographiques



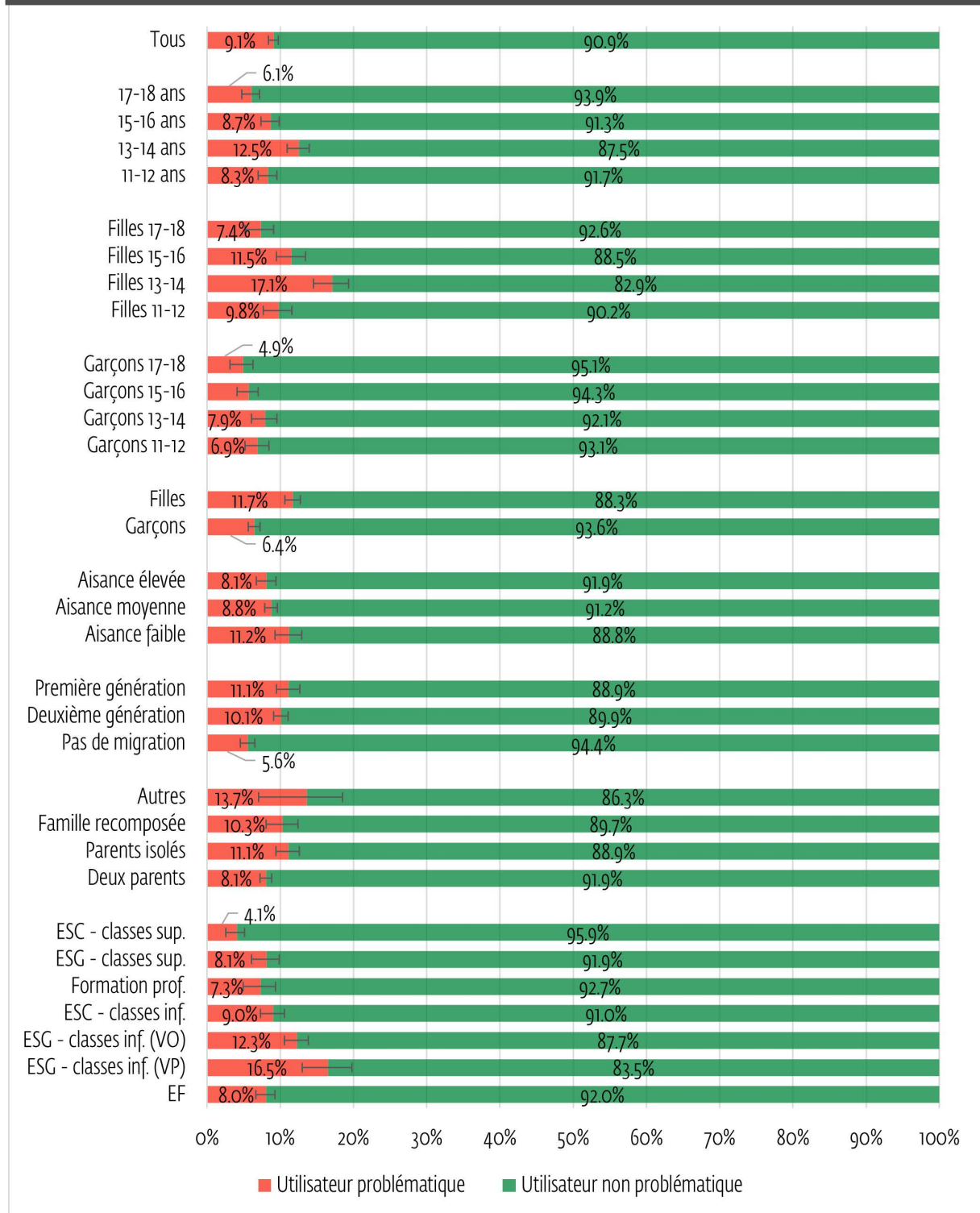
**Tableau 20 : Utilisation du préservatif selon les groupes sociodémographiques**

	Je ne sais pas (3)	Non (2)	Oui (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>				<b>N = 1 475</b>
	4,1 (3,2 - 5,2)	36,5 (34,0 - 39,0)	59,4 (56,9 - 61,9)	
<b>Âge</b>				<b>N = 1 475</b>
13-14 ans	8,9 (5,5 - 13,6)	18,9 (13,8 - 24,8)	72,2 (65,6 - 78,2)	$p < 0,001$
15-16 ans	4,4 (2,9 - 6,3)	32,2 (28,5 - 36,3)	63,4 (59,2 - 67,3)	$\chi = 0,199$
17-18 ans	2,7 (1,7 - 4,1)	44,3 (40,7 - 47,8)	53,1 (49,4 - 56,7)	
<b>Âge x genre</b>				<b>N = 680</b>
Filles 13-14	6,6 (2,1 - 14,2)	21,8 (13,1 - 33,1)	71,6 (60,1 - 81,7)	$p < 0,001$
Filles 15-16	3,8 (2,0 - 6,6)	34,3 (28,7 - 40,1)	61,8 (56,0 - 67,7)	$\chi = 0,255$
Filles 17-18	1,0 (0,4 - 2,7)	51,3 (46,1 - 56,5)	47,7 (42,4 - 52,8)	
				<b>N = 785</b>
Garçons 13-14	10,2 (6,0 - 16,6)	17,8 (11,7 - 25,0)	72,0 (63,7 - 79,3)	$p = 0,017$
Garçons 15-16	4,4 (2,4 - 7,1)	30,5 (25,4 - 36,2)	65,1 (59,4 - 70,5)	$\chi = 0,145$
Garçons 17-18	4,3 (2,5 - 6,6)	37,6 (33,0 - 42,7)	58,1 (53,0 - 62,9)	
<b>Genre</b>				<b>N = 1 465</b>
Filles	2,6 (1,6 - 4,1)	42,0 (38,2 - 45,6)	55,4 (51,7 - 59,1)	$p < 0,001$
Garçons	5,3 (3,8 - 6,9)	31,9 (28,7 - 35,2)	62,8 (59,4 - 66,1)	Cramér's V. = 0,116
<b>Aisance familiale</b>				<b>N = 1 437</b>
Élevée	3,7 (2,1 - 5,9)	32,1 (27,5 - 36,8)	64,2 (59,2 - 68,7)	$p = 0,026$
Moyenne	3,4 (2,3 - 4,8)	39,0 (35,7 - 42,3)	57,6 (54,2 - 61,0)	$\chi = -0,102$
Faible	8,0 (4,8 - 11,7)	34,8 (29,0 - 41,2)	57,2 (50,5 - 63,2)	
<b>Profil migratoire</b>				<b>N = 1 458</b>
Première génération	7,6 (5,3 - 10,6)	39,3 (34,5 - 44,2)	53,1 (48,1 - 58,1)	$p < 0,001$
Deuxième génération	3,4 (2,2 - 4,9)	33,3 (29,8 - 36,7)	63,4 (59,8 - 66,9)	Cramér's V. = 0,091
Pas de migration	2,2 (1,0 - 4,1)	40,0 (35,1 - 45,1)	57,8 (52,7 - 62,8)	
<b>Structure familiale</b>				<b>N = 1 433</b>
Autres	12,2 (5,8 - 25,4)	47,0 (32,7 - 61,1)	40,8 (28,6 - 56,8)	
Famille recomposée	2,9 (1,2 - 5,8)	44,0 (37,1 - 50,5)	53,1 (46,1 - 59,6)	$p < 0,001$
Parents isolés	4,3 (2,6 - 6,5)	42,0 (37,4 - 46,8)	53,7 (48,9 - 58,4)	Cramér's V. = 0,108
Deux parents	4,0 (2,7 - 5,5)	30,8 (27,6 - 34,2)	65,2 (61,8 - 68,5)	
<b>Ordre d'enseignement</b>				<b>N = 1 475</b>
ESC-classes sup.	2,2 (0,9 - 4,4)	33,0 (27,6 - 38,5)	64,8 (59,3 - 70,4)	
ESG-classes sup	3,3 (1,8 - 5,7)	47,1 (41,9 - 52,7)	49,6 (44,3 - 55,1)	
Formation prof.	2,4 (1,2 - 4,7)	45,5 (40,0 - 50,9)	52,1 (46,5 - 57,5)	$p < 0,001$
ESC-classes inf.	3,8 (1,0 - 9,1)	23,1 (15,5 - 33,3)	73,0 (62,8 - 81,5)	Cramér's V. = 0,147
ESG-classes inf. (VO)	7,4 (4,8 - 10,6)	28,6 (23,8 - 33,7)	64,0 (58,7 - 69,3)	
ESG-classes inf. (VP)	6,5 (3,5 - 11,5)	25,1 (18,3 - 32,0)	68,5 (60,2 - 75,1)	

Il a été demandé aux répondants âgés de 13 à 18 ans scolarisés dans le secondaire uniquement si leur partenaire ou eux-mêmes avait utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. Les réponses possibles étaient « oui » (1), « non » (2) et « ne sait pas » (3). L'utilisation du préservatif a été classée dans les catégories suivantes : ne sait pas (catégorie 3), non (catégorie 2), et oui (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Utilisation problématique des réseaux sociaux

Figure 45 : Utilisation problématique des réseaux sociaux selon les groupes sociodémographiques



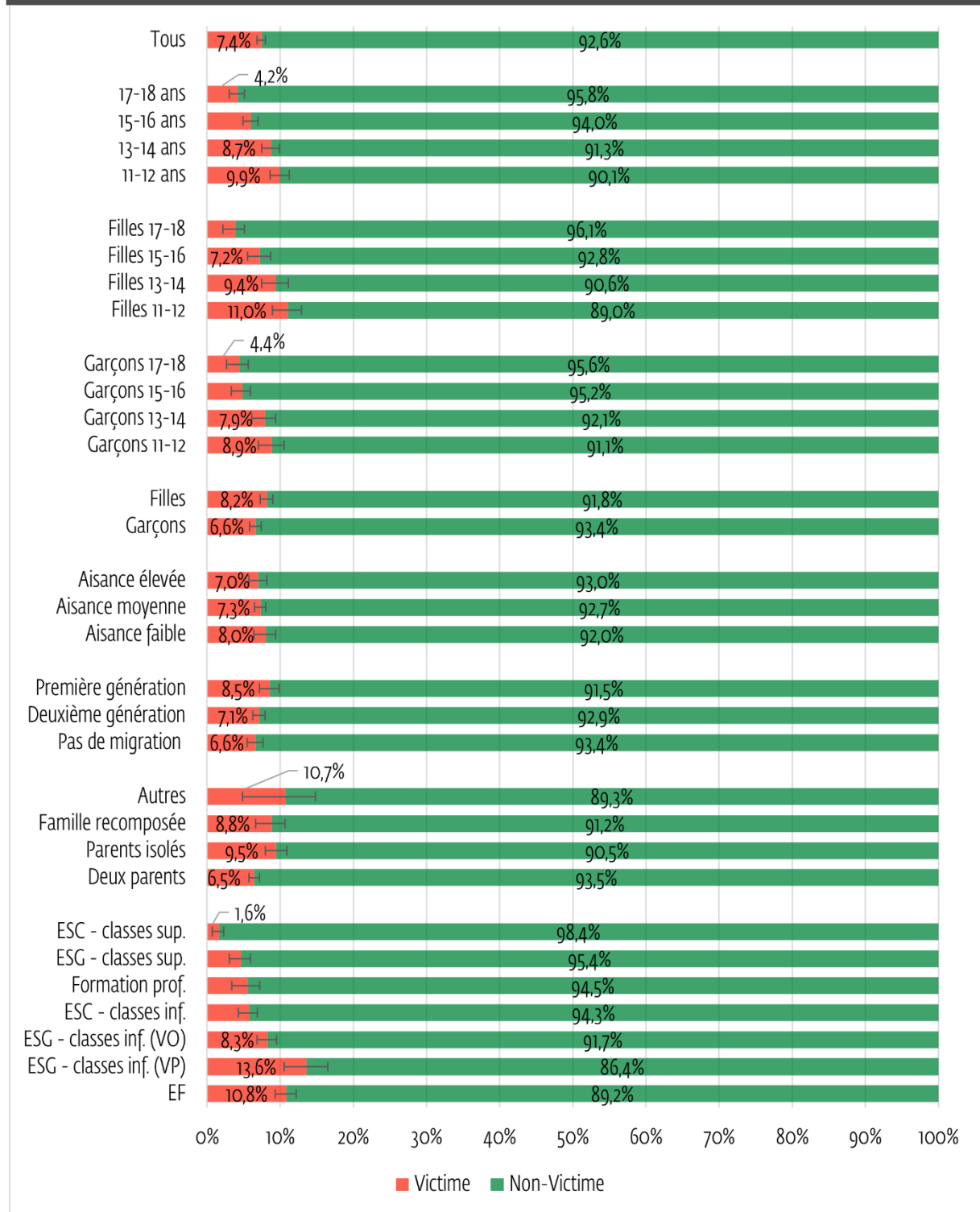
**Tableau 21 : Utilisation problématique des réseaux sociaux selon les groupes sociodémographiques**

	Utilisateur problématique (6-9)	Utilisateur non problématique (1-5)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 7 130</b>
	9,1 (8,5 - 9,8)	90,9 (90,2 - 91,5)	
<b>Âge</b>			<b>N = 7 130</b>
11-12 ans	8,3 (7,1 - 9,7)	91,7 (90,3 - 92,9)	
13-14 ans	12,5 (11,1 - 14,1)	87,5 (85,9 - 88,9)	$p < 0,001$
15-16 ans	8,7 (7,5 - 10,0)	91,3 (90,0 - 92,5)	$\chi = -0,097$
17-18 ans	6,1 (4,9 - 7,4)	93,9 (92,6 - 95,1)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 3 528</b>
Filles 11-12	9,8 (7,9 - 11,8)	90,2 (88,2 - 92,1)	
Filles 13-14	17,1 (14,8 - 19,6)	82,9 (80,4 - 85,2)	$p = 0,013$
Filles 15-16	11,5 (9,7 - 13,6)	88,5 (86,5 - 90,4)	$\chi = -0,088$
Filles 17-18	7,4 (5,6 - 9,5)	92,6 (90,5 - 94,4)	
			<b>N = 3 553</b>
Garçons 11-12	6,9 (5,4 - 8,7)	93,1 (91,4 - 94,7)	
Garçons 13-14	7,9 (6,3 - 9,8)	92,1 (90,2 - 93,7)	$p = 0,027$
Garçons 15-16	5,7 (4,4 - 7,3)	94,3 (92,7 - 95,6)	$\chi = -0,110$
Garçons 17-18	4,9 (3,5 - 6,6)	95,1 (93,4 - 96,5)	
<b>Genre</b>			<b>N = 7 082</b>
Filles	11,7 (10,7 - 12,8)	88,3 (87,2 - 89,3)	$p < 0,001$
Garçons	6,4 (5,7 - 7,3)	93,6 (92,7 - 94,4)	Cramér's V. = 0,092
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 6 957</b>
Élevée	8,1 (6,9 - 9,5)	91,9 (90,5 - 93,1)	
Moyenne	8,8 (8,0 - 9,7)	91,2 (90,3 - 92,0)	$p = 0,010$
Faible	11,2 (9,5 - 13,1)	88,8 (86,9 - 90,5)	$\chi = -0,098$
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 7 021</b>
Première génération	11,1 (9,6 - 12,8)	88,9 (87,2 - 90,4)	
Deuxième génération	10,1 (9,2 - 11,2)	89,9 (88,8 - 90,8)	$p < 0,001$
Pas de migration	5,6 (4,6 - 6,6)	94,4 (93,4 - 95,4)	Cramér's V. = 0,078
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 6 912</b>
Autres	13,7 (8,8 - 20,2)	86,3 (79,8 - 91,2)	
Famille recomposée	10,3 (8,3 - 12,7)	89,7 (87,5 - 91,8)	$p < 0,001$
Parents isolés	11,1 (9,6 - 12,8)	88,9 (87,2 - 90,4)	Cramér's V. = 0,051
Deux parents	8,1 (7,3 - 8,9)	91,9 (91,1 - 92,7)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 7 130</b>
ESC-classes sup.	4,1 (2,9 - 5,5)	95,9 (94,4 - 97,0)	
ESG-classes sup.	8,1 (6,4 - 10,2)	91,9 (89,8 - 93,6)	
Formation prof.	7,3 (5,3 - 9,7)	92,7 (90,3 - 94,7)	
ESC-classes inf.	9,0 (7,5 - 10,8)	91,0 (89,2 - 92,5)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	12,3 (10,7 - 14,0)	87,7 (86,0 - 89,3)	Cramér's V. = 0,108
ESG-classes inf. (VP)	16,5 (13,4 - 20,2)	83,5 (80,0 - 86,8)	
EF	8,0 (6,8 - 9,4)	92,0 (90,6 - 93,2)	

Il a été demandé aux répondants d'indiquer leur expérience des réseaux sociaux au cours de l'année passée via 9 questions dont les réponses possibles étaient « non » (0) et « oui » (1). L'utilisation problématique des réseaux sociaux a été classée en deux catégories : utilisation problématique (score total de l'échelle de 6 à 9) et utilisation non problématique (score total de l'échelle de 0 à 5). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

**Victimes de harcèlement**

**Figure 46 : Victimes de harcèlement à l'école selon les groupes sociodémographiques**



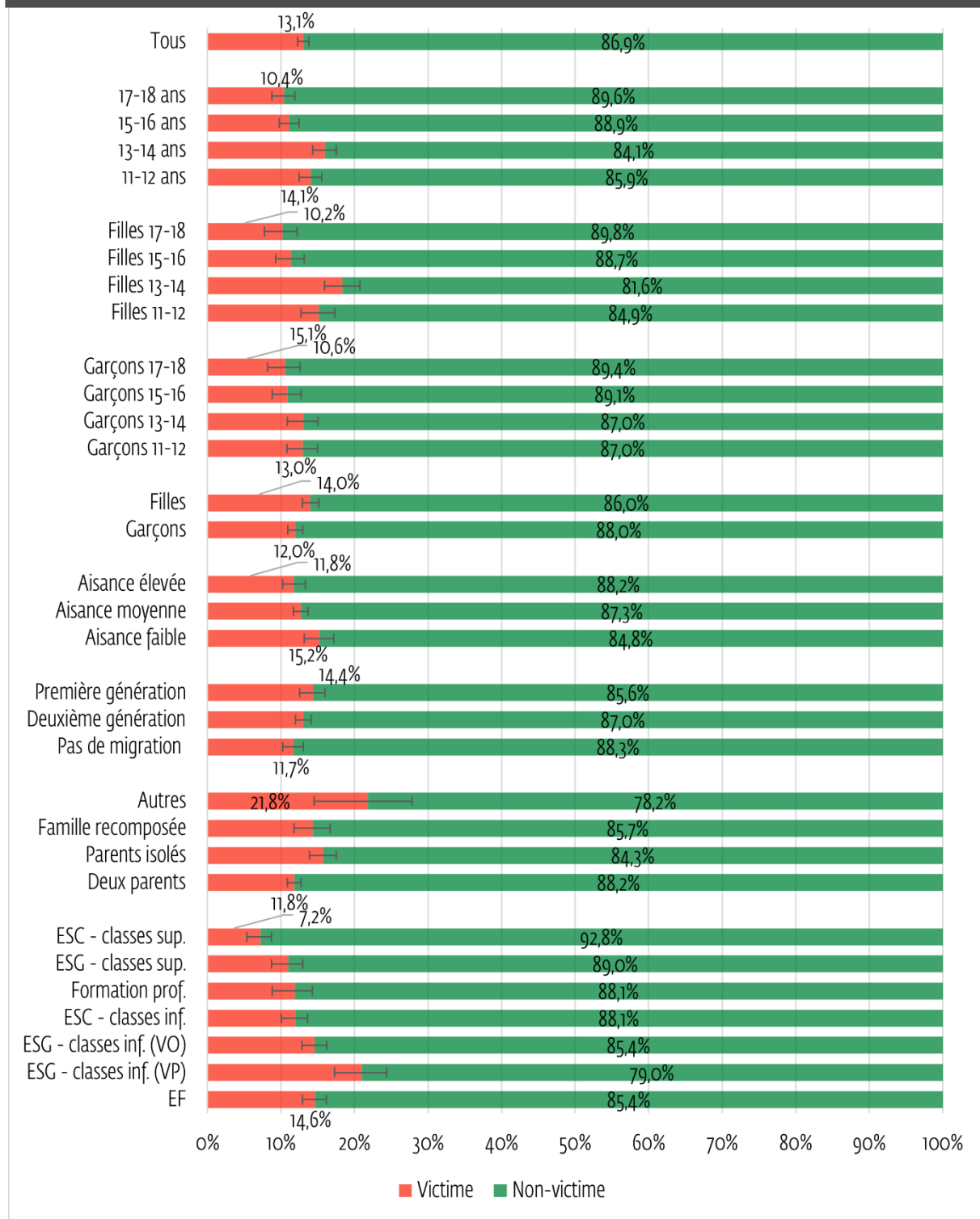
**Tableau 22 : Être victime de harcèlement à l'école selon les groupes sociodémographiques**

	<b>Victime (3-5)</b>	<b>Non-victime (1-2)</b>	<b>Test Khi-carré</b>
<b>Tous</b>			<b>N = 7 518</b>
	7,4 (6,8 - 8,0)	92,6 (92,0 - 93,2)	
<b>Âge</b>			<b>N = 7 518</b>
11-12 ans	9,9 (8,7 - 11,4)	90,1 (88,7 - 91,3)	
13-14 ans	8,7 (7,6 - 10,0)	91,3 (90,0 - 92,4)	$p < 0,001$
15-16 ans	6,0 (5,1 - 7,1)	94,0 (92,9 - 94,9)	$\gamma = -0,236$
17-18 ans	4,2 (3,2 - 5,3)	95,8 (94,7 - 96,8)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 3 675</b>
Filles 11-12	11,0 (9,1 - 13,1)	89,0 (86,9 - 90,9)	
Filles 13-14	9,4 (7,7 - 11,3)	90,6 (88,7 - 92,3)	$p < 0,001$
Filles 15-16	7,2 (5,7 - 8,9)	92,8 (91,1 - 94,3)	$\gamma = -0,247$
Filles 17-18	3,9 (2,6 - 5,5)	96,1 (94,4 - 97,3)	
			<b>N = 3 792</b>
Garçons 11-12	8,9 (7,3 - 10,8)	91,1 (89,3 - 92,8)	
Garçons 13-14	7,9 (6,4 - 9,7)	92,1 (90,3 - 93,6)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	4,8 (3,6 - 6,3)	95,2 (93,7 - 96,4)	$\gamma = -0,223$
Garçons 17-18	4,4 (3,1 - 6,1)	95,6 (93,9 - 96,9)	
<b>Genre</b>			<b>N = 7 468</b>
Filles	8,2 (7,3 - 9,1)	91,8 (90,9 - 92,7)	$p = 0,012$
Garçons	6,6 (5,9 - 7,4)	93,4 (92,6 - 94,1)	Cramér's V. = 0,029
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 7 320</b>
Élevée	7,0 (5,8 - 8,3)	93,0 (91,7 - 94,2)	$p = 0,314$
Moyenne	7,3 (6,6 - 8,1)	92,7 (91,9 - 93,4)	$\gamma = -0,041$
Faible	8,0 (6,6 - 9,6)	92,0 (90,4 - 93,4)	
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 7 336</b>
Première génération	8,5 (7,2 - 10,0)	91,5 (90,0 - 92,8)	$p = 0,074$
Deuxième génération	7,1 (6,3 - 8,0)	92,9 (92,0 - 93,6)	Cramér's V. = 0,027
Pas de migration	6,6 (5,6 - 7,7)	93,4 (92,3 - 94,4)	
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 7 195</b>
Autres	10,7 (6,6 - 16,6)	89,3 (83,4 - 93,4)	
Famille recomposée	8,8 (7,0 - 11,0)	91,2 (89,0 - 93,0)	$p < 0,001$
Parents isolés	9,5 (8,1 - 11,0)	90,5 (89,1 - 92,0)	Cramér's V. = 0,053
Deux parents	6,5 (5,8 - 7,2)	93,5 (92,8 - 94,2)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 7 518</b>
ESC-classes sup.	1,6 (0,9 - 2,5)	98,4 (97,5 - 99,1)	
ESG-classes sup.	4,6 (3,4 - 6,2)	95,4 (93,8 - 96,6)	
Formation prof.	5,5 (3,9 - 7,7)	94,5 (92,3 - 96,1)	
ESC-classes inf.	5,7 (4,5 - 7,1)	94,3 (92,8 - 95,4)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	8,3 (7,0 - 9,7)	91,7 (90,3 - 92,9)	Cramér's V. = 0,129
ESG-classes inf. (VP)	13,6 (10,9 - 16,8)	86,4 (83,4 - 89,3)	
EF	10,8 (9,5 - 12,3)	89,2 (87,7 - 90,5)	

Il a été demandé aux répondants à quelle fréquence ils ont été victimes de harcèlement à l'école au cours des derniers mois. Les réponses possibles allaient de « Je n'ai pas été harcelé (e) à l'école au cours des derniers mois » (1) à « plusieurs fois par semaine » (5). Les victimes de harcèlement ont été classées en deux catégories : les victimes (catégories 3 à 5) et les non-victimes (catégories 1 à 2). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).



Figure 47 : Victimes de cyberharcèlement selon les groupes sociodémographiques

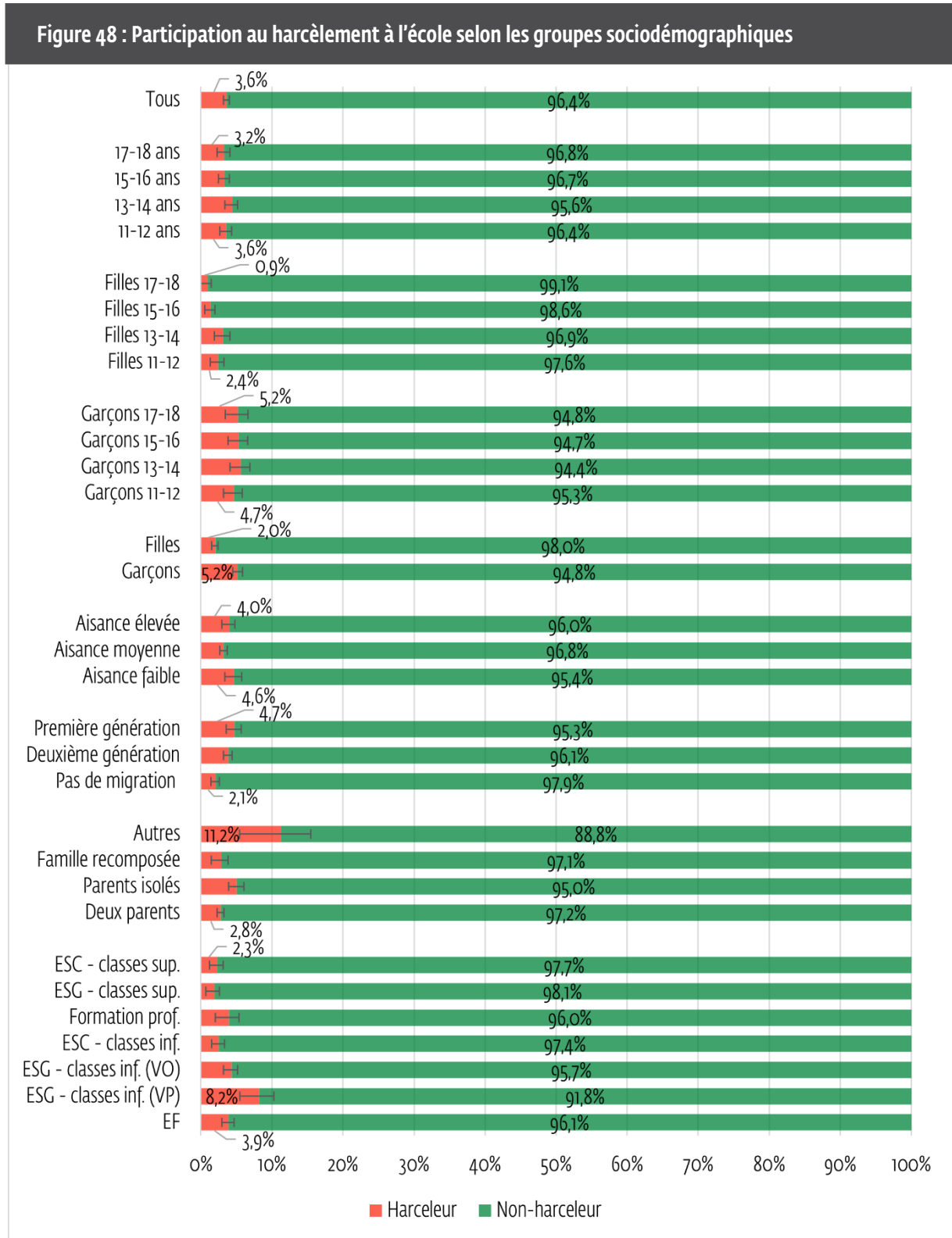


**Tableau 23 : Être victime de cyberharcèlement selon les groupes sociodémographiques**

	<b>Victime (2-5)</b>	<b>Non-victime (1)</b>	<b>Test Khi-carré</b>
<b>Tous</b>			<b>N = 7 490</b>
	13,1 (12,3 - 13,8)	86,9 (86,2 - 87,7)	
<b>Âge</b>			<b>N = 7 490</b>
11-12 ans	14,1 (12,6 - 15,7)	85,9 (84,3 - 87,4)	
13-14 ans	15,9 (14,4 - 17,6)	84,1 (82,4 - 85,6)	$p < 0,001$
15-16 ans	11,1 (9,8 - 12,6)	88,9 (87,5 - 90,2)	$\gamma = -0,113$
17-18 ans	10,4 (8,9 - 12,0)	89,6 (88,0 - 91,1)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 3 669</b>
Filles 11-12	15,1 (13,0 - 17,6)	84,9 (82,4 - 87,0)	
Filles 13-14	18,4 (16 - 20,8)	81,6 (79,2 - 84,0)	$p < 0,001$
Filles 15-16	11,3 (9,5 - 13,4)	88,7 (86,6 - 90,5)	$\gamma = -0,146$
Filles 17-18	10,2 (8,1 - 12,6)	89,8 (87,3 - 91,8)	
			<b>N = 3 769</b>
Garçons 11-12	13,0 (11,0 - 15,1)	87,0 (84,9 - 89,0)	
Garçons 13-14	13,0 (11,1 - 15,2)	87,0 (84,8 - 88,9)	$p = 0,051$
Garçons 15-16	10,9 (9,0 - 12,9)	89,1 (87,1 - 91,0)	$\gamma = -0,073$
Garçons 17-18	10,6 (8,6 - 13,0)	89,4 (87,0 - 91,4)	
<b>Genre</b>			<b>N = 7 439</b>
Filles	14,0 (12,9 - 15,2)	86,0 (84,9 - 87,1)	$p = 0,009$
Garçons	12,0 (11,0 - 13,0)	88,0 (87,0 - 89,0)	Cramér's V. = 0,030
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 7 292</b>
Élevée	11,8 (10,3 - 13,4)	88,2 (86,6 - 89,7)	$p = 0,010$
Moyenne	12,7 (11,8 - 13,7)	87,3 (86,3 - 88,2)	$\gamma = -0,082$
Faible	15,2 (13,3 - 17,3)	84,8 (82,7 - 86,7)	
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 7 315</b>
Première génération	14,4 (12,7 - 16,1)	85,6 (83,8 - 87,2)	$p = 0,051$
Deuxième génération	13,0 (12,0 - 14,1)	87,0 (85,9 - 88,0)	Cramér's V. = 0,029
Pas de migration	11,7 (10,3 - 13,1)	88,3 (86,9 - 89,7)	
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 7 172</b>
Autres	21,8 (15,8 - 29,1)	78,2 (70,9 - 84,2)	
Famille recomposée	14,3 (12,0 - 16,9)	85,7 (83,2 - 88,1)	$p < 0,001$
Parents isolés	15,7 (14,0 - 17,6)	84,3 (82,4 - 86,0)	Cramér's V. = 0,062
Deux parents	11,8 (10,9 - 12,8)	88,2 (87,2 - 89,1)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 7 490</b>
ESC-classes sup.	7,2 (5,7 - 9,0)	92,8 (91,0 - 94,3)	
ESG-classes sup.	11,0 (8,9 - 13,2)	89,0 (86,8 - 91,1)	
Formation prof.	11,9 (9,3 - 14,7)	88,1 (85,1 - 90,6)	
ESC-classes inf.	11,9 (10,2 - 13,8)	88,1 (86,2 - 89,8)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	14,6 (12,9 - 16,3)	85,4 (83,7 - 87,1)	Cramér's V. = 0,096
ESG-classes inf. (VP)	21,0 (17,6 - 24,7)	79,0 (75,3 - 82,4)	
EF	14,6 (13,1 - 16,3)	85,4 (83,7 - 86,9)	

Il a été demandé aux répondants à quelle fréquence ils avaient été victimes de cyberharcèlement au cours des derniers mois. Les réponses possibles allaient de « Je n'ai pas été cyberharcélé (e) au cours des derniers mois » (1) à « plusieurs fois par semaine » (5). Les victimes de cyberharcèlement ont été classées en deux catégories : les victimes (catégories 2 à 5) et les non-victimes (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Participation au harcèlement

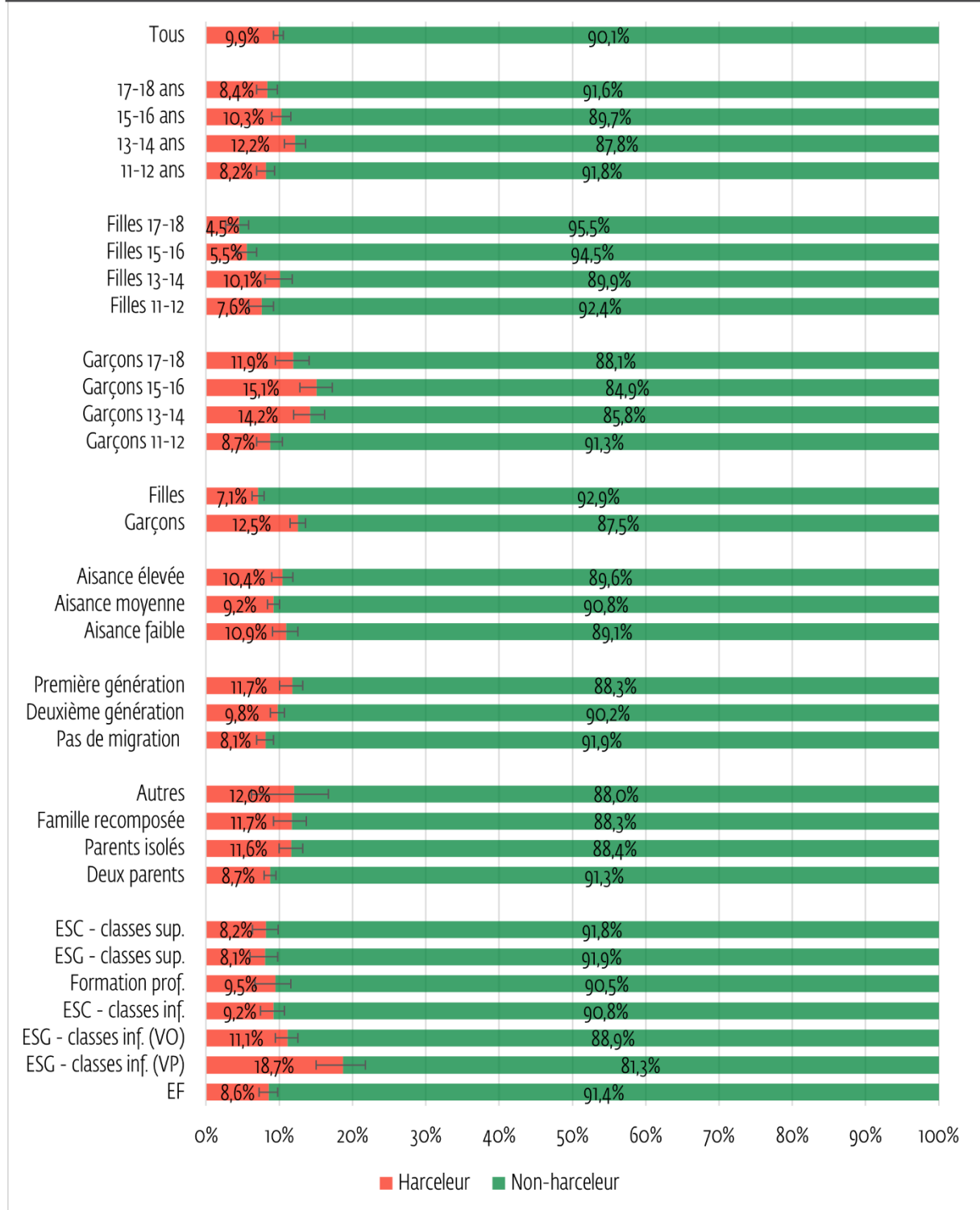


**Tableau 24 : Participation au harcèlement à l'école selon les groupes sociodémographiques**

	Harceleur (3-5)	Non-harceleur (1-2)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 7 538</b>
	3,6 (3,2 - 4,1)	96,4 (95,9 - 96,8)	
<b>Âge</b>			<b>N = 7 538</b>
11-12 ans	3,6 (2,8 - 4,4)	96,4 (95,6 - 97,2)	
13-14 ans	4,4 (3,5 - 5,3)	95,6 (94,7 - 96,5)	$p = 0,293$
15-16 ans	3,3 (2,6 - 4,1)	96,7 (95,9 - 97,5)	$\chi = -0,047$
17-18 ans	3,2 (2,4 - 4,3)	96,8 (95,8 - 97,6)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 3 693</b>
Filles 11-12	2,4 (1,6 - 3,5)	97,6 (96,5 - 98,4)	
Filles 13-14	3,1 (2,2 - 4,3)	96,9 (95,7 - 97,8)	$p = 0,002$
Filles 15-16	1,4 (0,8 - 2,2)	98,6 (97,8 - 99,2)	$\chi = -0,249$
Filles 17-18	0,9 (0,4 - 1,9)	99,1 (98,1 - 99,6)	
			<b>N = 3 793</b>
Garçons 11-12	4,7 (3,5 - 6,1)	95,3 (93,9 - 96,5)	
Garçons 13-14	5,6 (4,4 - 7,2)	94,4 (92,8 - 95,6)	$p = 0,643$
Garçons 15-16	5,3 (4,0 - 6,7)	94,7 (93,3 - 96,0)	$\chi = 0,025$
Garçons 17-18	5,2 (3,8 - 7,0)	94,8 (93,0 - 96,2)	
<b>Genre</b>			<b>N = 7 486</b>
Filles	2,0 (1,6 - 2,5)	98,0 (97,4 - 98,4)	$p < 0,001$
Garçons	5,2 (4,5 - 5,9)	94,8 (94,1 - 95,5)	Cramér's V. = 0,084
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 7 329</b>
Élevée	4,0 (3,1 - 5,0)	96,0 (95,0 - 96,8)	
Moyenne	3,2 (2,7 - 3,8)	96,8 (96,3 - 97,3)	$p = 0,606$
Faible	4,6 (3,5 - 5,9)	95,4 (94,1 - 96,5)	$\chi = -0,030$
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 7 353</b>
Première génération	4,7 (3,8 - 5,8)	95,3 (94,1 - 96,2)	
Deuxième génération	3,9 (3,3 - 4,5)	96,1 (95,5 - 96,7)	$p < 0,001$
Pas de migration	2,1 (1,5 - 2,8)	97,9 (97,2 - 98,5)	Cramér's V. = 0,053
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 7 216</b>
Autres	11,2 (7,0 - 17)	88,8 (83,0 - 93,0)	
Famille recomposée	2,9 (1,9 - 4,3)	97,1 (95,7 - 98,1)	$p < 0,001$
Parents isolés	5,0 (4,0 - 6,2)	95,0 (93,8 - 96,0)	Cramér's V. = 0,079
Deux parents	2,8 (2,4 - 3,3)	97,2 (96,7 - 97,6)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 7 538</b>
ESC-classes sup.	2,3 (1,4 - 3,3)	97,7 (96,7 - 98,6)	
ESG-classes sup.	1,9 (1,1 - 2,9)	98,1 (96,9 - 98,8)	
Formation prof.	4,0 (2,6 - 5,9)	96,0 (94,1 - 97,4)	
ESC-classes inf.	2,6 (1,8 - 3,6)	97,4 (96,4 - 98,2)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	4,3 (3,4 - 5,3)	95,7 (94,6 - 96,6)	Cramér's V. = 0,081
ESG-classes inf. (VP)	8,2 (6,0 - 10,8)	91,8 (89,0 - 93,8)	
EF	3,9 (3,0 - 4,8)	96,1 (95,2 - 97,0)	

Il a été demandé aux répondants à quelle fréquence ils ont participé à harceler une autre personne à l'école au cours des derniers mois. Les réponses possibles allaient de « Je n'ai harcelé personne à l'école au cours des derniers mois » (1) à « plusieurs fois par semaine » (5). Le harcèlement a été classé en deux catégories : les harceleurs (catégories 3 à 5) et les non-harceleur (catégories 1 à 2). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Figure 49 : Participation au cyberharcèlement selon les groupes sociodémographiques



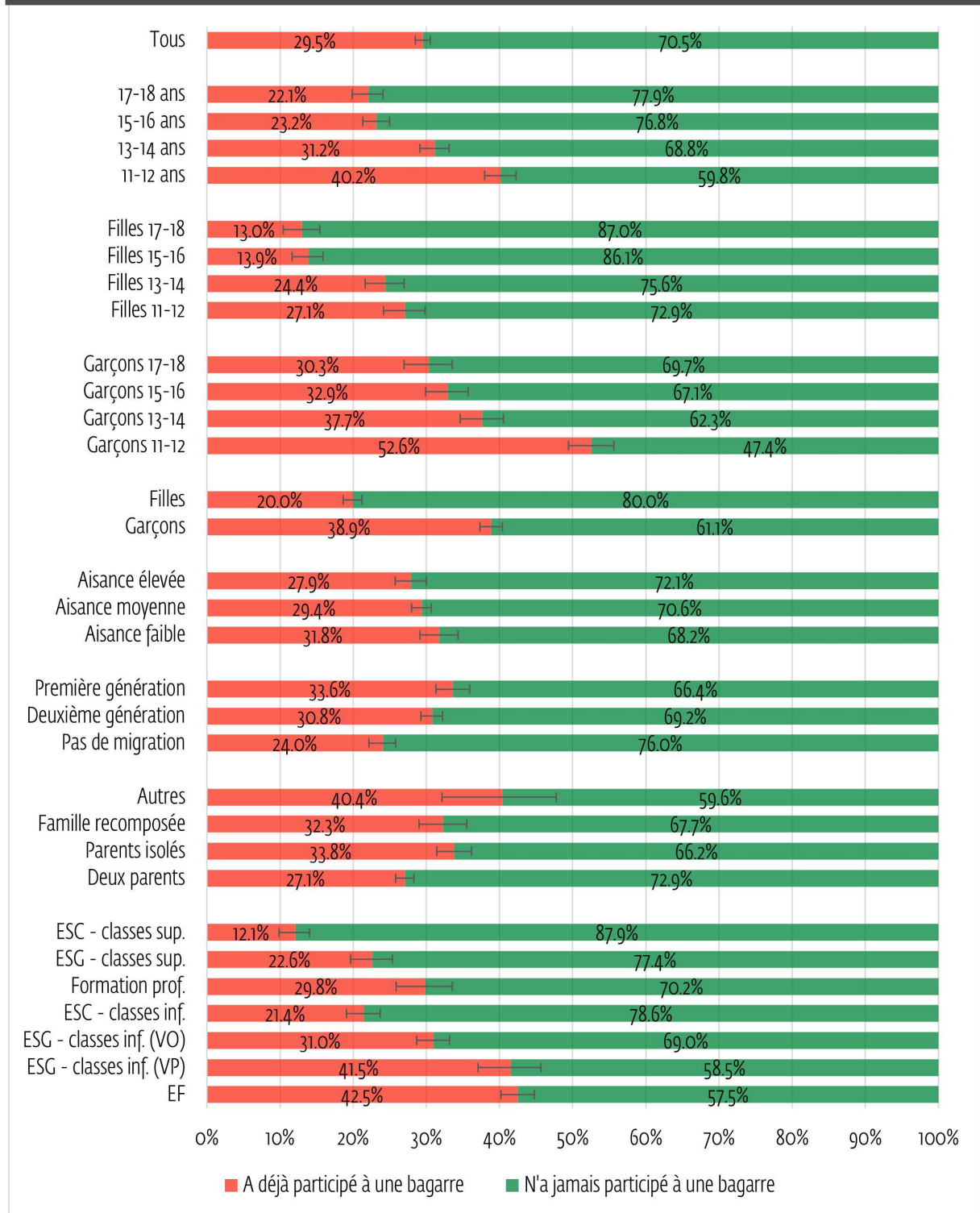
**Tableau 25 : Participation au cyberharcèlement selon les groupes sociodémographiques**

	Harceleur (2-5)	Non-harceleur (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 7 497</b>
	9,9 (9,2 - 10,6)	90,1 (89,4 - 90,8)	
<b>Âge</b>			<b>N = 7 497</b>
11-12 ans	8,2 (7,0 - 9,4)	91,8 (90,6 - 93,0)	
13-14 ans	12,2 (10,8 - 13,6)	87,8 (86,4 - 89,2)	$p = 0,991$
15-16 ans	10,3 (9 - 11,6)	89,7 (88,4 - 91,0)	$\chi = 0,000$
17-18 ans	8,4 (7,1 - 9,9)	91,6 (90,1 - 92,9)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 3 682</b>
Filles 11-12	7,6 (6,0 - 9,4)	92,4 (90,6 - 94,0)	
Filles 13-14	10,1 (8,3 - 12,0)	89,9 (87,9 - 91,6)	$p < 0,001$
Filles 15-16	5,5 (4,3 - 7,1)	94,5 (93,0 - 95,8)	$\chi = -0,086$
Filles 17-18	4,5 (3,2 - 6,2)	95,5 (93,6 - 96,7)	
			<b>N = 3 763</b>
Garçons 11-12	8,7 (7,1 - 10,6)	91,3 (89,4 - 92,9)	
Garçons 13-14	14,2 (12,2 - 16,5)	85,8 (83,5 - 87,8)	$p = 0,007$
Garçons 15-16	15,1 (12,9 - 17,4)	84,9 (82,6 - 87,1)	$\chi = 0,094$
Garçons 17-18	11,9 (9,7 - 14,4)	88,1 (85,6 - 90,3)	
<b>Genre</b>			<b>N = 7 446</b>
Filles	7,1 (6,3 - 8,0)	92,9 (92,0 - 93,7)	$p < 0,001$
Garçons	12,5 (11,5 - 13,6)	87,5 (86,4 - 88,5)	Cramér's V. = 0,091
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 7 296</b>
Élevée	10,4 (9,0 - 11,9)	89,6 (88,1 - 91,0)	
Moyenne	9,2 (8,4 - 10,1)	90,8 (89,9 - 91,6)	$p = 0,883$
Faible	10,9 (9,3 - 12,8)	89,1 (87,2 - 90,7)	$\chi = -0,005$
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 7 317</b>
Première génération	11,7 (10,2 - 13,3)	88,3 (86,6 - 89,7)	
Deuxième génération	9,8 (8,8 - 10,8)	90,2 (89,2 - 91,2)	$p = 0,001$
Pas de migration	8,1 (7,0 - 9,4)	91,9 (90,7 - 93,1)	Cramér's V. = 0,043
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 7 175</b>
Autres	12,0 (7,3 - 17,8)	88,0 (82,2 - 92,7)	
Famille recomposée	11,7 (9,5 - 14,0)	88,3 (85,8 - 90,4)	$p = 0,001$
Parents isolés	11,6 (10,1 - 13,3)	88,4 (86,7 - 89,9)	Cramér's V. = 0,047
Deux parents	8,7 (8,0 - 9,6)	91,3 (90,4 - 92,0)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 7 497</b>
ESC-classes sup.	8,2 (6,5 - 10,0)	91,8 (90,0 - 93,5)	
ESG-classes sup.	8,1 (6,3 - 10,1)	91,9 (89,9 - 93,7)	
Formation prof.	9,5 (7,2 - 12,1)	90,5 (87,7 - 92,7)	
ESC-classes inf.	9,2 (7,6 - 10,9)	90,8 (89,1 - 92,3)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	11,1 (9,7 - 12,7)	88,9 (87,3 - 90,3)	Cramér's V. = 0,088
ESG-classes inf. (VP)	18,7 (15,4 - 22,1)	81,3 (77,7 - 84,4)	
EF	8,6 (7,3 - 9,9)	91,4 (90,1 - 92,7)	

Il a été demandé aux répondants à quelle fréquence elles avaient participé à des actes de cyberharcèlement au cours des derniers mois. Les réponses possibles allaient de « Je n'ai cyberharcélé personne durant les derniers mois » (1) à « plusieurs fois par semaine » (5). Les victimes de cyberharcèlement ont été classées en deux catégories : les victimes (catégories 2 à 5) et les non-victimes (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).

Bagarres

Figure 50 : Bagarres selon les groupes sociodémographiques



**Tableau 26 : Bagarres selon les groupes sociodémographiques**

	A déjà participé à une bagarre (2-5)	N'a jamais participé à une bagarre (1)	Test Khi-carré
<b>Tous</b>			<b>N = 7 505</b>
	29,5 (28,5 - 30,6)	70,5 (69,4 - 71,5)	
<b>Âge</b>			<b>N = 7 505</b>
11-12 ans	40,2 (38,0 - 42,4)	59,8 (57,6 - 62,0)	
13-14 ans	31,2 (29,2 - 33,2)	68,8 (66,8 - 70,8)	$p < 0,001$
15-16 ans	23,2 (21,4 - 25,0)	76,8 (75,0 - 78,6)	$\gamma = -0,249$
17-18 ans	22,1 (20,0 - 24,3)	77,9 (75,7 - 79,9)	
<b>Âge x genre</b>			<b>N = 3 666</b>
Filles 11-12	27,1 (24,3 - 29,9)	72,9 (70,1 - 75,7)	
Filles 13-14	24,4 (21,8 - 27,1)	75,6 (72,9 - 78,2)	$p < 0,001$
Filles 15-16	13,9 (11,9 - 16,1)	86,1 (83,9 - 88,1)	$\gamma = -0,273$
Filles 17-18	13,0 (10,7 - 15,7)	87 (84,5 - 89,4)	
			<b>N = 3 789</b>
Garçons 11-12	52,6 (49,5 - 55,7)	47,4 (44,3 - 50,5)	
Garçons 13-14	37,7 (34,7 - 40,6)	62,3 (59,3 - 65,2)	$p < 0,001$
Garçons 15-16	32,9 (30,1 - 35,9)	67,1 (64,1 - 69,9)	$\gamma = -0,251$
Garçons 17-18	30,3 (27,1 - 33,7)	69,7 (66,3 - 72,9)	
<b>Genre</b>			<b>N = 7 455</b>
Filles	20,0 (18,7 - 21,3)	80,0 (78,7 - 81,3)	$p < 0,001$
Garçons	38,9 (37,3 - 40,4)	61,1 (59,6 - 62,7)	Cramér's V. = 0,207
<b>Aisance familiale</b>			<b>N = 7 307</b>
Élevée	27,9 (25,8 - 30,1)	72,1 (69,9 - 74,2)	$p = 0,027$
Moyenne	29,4 (28,0 - 30,7)	70,6 (69,3 - 72,0)	$\gamma = -0,051$
Faible	31,8 (29,2 - 34,4)	68,2 (65,6 - 70,8)	
<b>Profil migratoire</b>			<b>N = 7 327</b>
Première génération	33,6 (31,4 - 36,0)	66,4 (64,0 - 68,6)	$p < 0,001$
Deuxième génération	30,8 (29,3 - 32,3)	69,2 (67,7 - 70,7)	Cramér's V. = 0,079
Pas de migration	24,0 (22,3 - 25,9)	76,0 (74,1 - 77,7)	
<b>Structure familiale</b>			<b>N = 7 187</b>
Autres	40,4 (33,0 - 48,6)	59,6 (51,4 - 67,0)	
Famille recomposée	32,3 (29,1 - 35,6)	67,7 (64,4 - 70,9)	$p < 0,001$
Parents isolés	33,8 (31,5 - 36,2)	66,2 (63,8 - 68,5)	Cramér's V. = 0,074
Deux parents	27,1 (25,8 - 28,4)	72,9 (71,6 - 74,2)	
<b>Ordre d'enseignement</b>			<b>N = 7 505</b>
ESC-classes sup.	12,1 (10,1 - 14,3)	87,9 (85,7 - 89,9)	
ESG-classes sup.	22,6 (19,9 - 25,6)	77,4 (74,4 - 80,1)	
Formation prof.	29,8 (26,2 - 33,8)	70,2 (66,2 - 73,8)	
ESC-classes inf.	21,4 (19,2 - 23,8)	78,6 (76,2 - 80,8)	$p < 0,001$
ESG-classes inf. (VO)	31,0 (28,8 - 33,3)	69,0 (66,7 - 71,2)	Cramér's V. = 0,225
ESG-classes inf. (VP)	41,5 (37,2 - 45,8)	58,5 (54,0 - 62,6)	
EF	42,5 (40,2 - 44,8)	57,5 (55,2 - 59,7)	

Il a été demandé aux répondants combien de fois elles avaient-elles participé à une bagarre au cours des 12 derniers mois. Les réponses possibles allaient de « Je n'ai participé à aucune bagarre au cours des 12 derniers mois » (1) à « 4 fois ou plus » (5). Les bagarres physiques ont été classées en deux catégories : avoir participé à une bagarre (catégories 2 à 5) et n'avoir jamais participé à une bagarre (catégorie 1). Les résultats sont exprimés en % (intervalle de confiance de 95 %).



## Harcèlement au sein de l'école à la loupe

**Tableau 27 : Moyenne du score du WHO-5 *Well-being Index* en fonction du harcèlement subi**

		Bien-être
Victime de harcèlement	Jamais	14,44 (14,31 - 14,57)
	1 ou 2 fois	13,31 (12,95 - 13,66)
	2 à 3 fois par mois	11,99 (11,32 - 12,67)
	1 fois par semaine	11,93 (10,86 - 13,00)
	Plusieurs fois par semaine	12,40 (11,54 - 13,26)

**Tableau 28 : Comparaison de la moyenne du score du WHO-5 *Well-being Index* selon l'ordre d'enseignement**

		Victime de harcèlement		Test t
		Non	Oui	
Ordre d'enseignement	Enseignement fondamental	16,80 (16,54 - 17,06)	14,63 (14,14 - 15,11)	t(1754) = 8,21, p < 0,001
	Classes inf. de l'ESG (VP)	14,87 (14,27 - 15,47)	13,94 (13,02 - 14,86)	t(482) = 1,63, p < 0,104
	Classes inf. de l'ESG (VO)	14,39 (14,09 - 14,68)	11,91 (11,34 - 12,48)	t(1584) = 7,79, p < 0,001
	Classes inf. de l'ESC	14,19 (13,88 - 14,51)	11,93 (11,22 - 12,64)	t(1211) = 5,73, p < 0,001
	Formation professionnelle	13,20 (12,73 - 13,67)	11,13 (9,86 - 12,40)	t(518) = 3,28, p < 0,001
	Classes sup. de l'ESG	12,65 (12,26 - 13,03)	11,31 (10,26 - 12,37)	t(793) = 2,27, p < 0,024
	Classes sup. de l'ESC	13,19 (12,87 - 13,52)	10,58 (9,40 - 11,76)	t(918) = 4,62, p < 0,001



# Bibliographie

- Ali, M. M., Amialchuk, A. et Dwyer, D. S. (2011). The social contagion effect of marijuana use among adolescents. *PLOS ONE*, 6(1), e16183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016183>
- Andreassen, C. S., Pallesen, S. et Griffiths, M. D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, 64, 287–293. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.006>
- Arnarsson, A. et Bjarnason, T. (2018). The Problem with Low-Prevalence of Bullying. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1535. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071535>
- Azagba, S., Ebling, T. et Shan, L. (2023). Is socioeconomic status related to youth e-cigarette use? Examining family affluence and sexual identity. *Addictive Behaviors*, 141, 107636. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107636>
- Becker, T. D. et Rice, T. R. (2022). Youth vaping: A review and update on global epidemiology, physical and behavioral health risks, and clinical considerations. *European Journal of Pediatrics*, 181(2), 453–462. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04220-x>
- Belardinelli, P., Torbica, A. et Fattore, G. (2022). Longitudinal associations between different measures of socioeconomic status and health behavior among adolescents. Data from a wealthy Italian region. *Preventive Medicine*, 160, 107092. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107092>
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Thomas, H. J., Huda, M. M., Hasan, M. M., David de Vries, T., Baxter, J. et Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine*, 20, 100276. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100276>
- Blakemore, S.-J. (2012). Development of the social brain in adolescence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(3), 111–116. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110221>
- Boer, M., Stevens, G. W. J. M., Finkenauer, C., Koning, I. M. et van den Eijnden, R. J. J. M. (2022). Validation of the Social Media Disorder Scale in Adolescents: Findings From a Large-Scale Nationally Representative Sample. *Assessment*, 29(8), 1658–1675. <https://doi.org/10.1177/10731911211027232>
- Bogt, T. F. M. ter, Looze, M. de, Molcho, M., Godeau, E., Hublet, A., Kokkevi, A., Kuntsche, E., Nic Gabhainn, S., Franelic, I. P., Simons-Morton, B., Sznitman, S., Vieno, A., Vollebergh, W. et Pickett, W. (2014). Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. *Addiction*, 109(2), 273–283. <https://doi.org/10.1111/add.12373>
- Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G. et Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience Letters*, 693, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055>
- Catone, G., Marwaha, S., Kuipers, E., Lennox, B., Freeman, D., Bebbington, P. et Broome, M. (2015). Bullying victimisation and risk of psychotic phenomena: Analyses of British national survey data. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 618–624. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00055-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00055-3)
- Catunda, C., Mendes, F. G., & Lopes Ferreira, J. (2023). *HBSC Study Luxembourg Methods: Report on the Luxembourg HBSC Survey 2022*. University of Luxembourg. <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/58979>

- Chambers, R. A., Taylor, J. R. et Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041–1052.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1041>
- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E. et Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25(2), 65–83.  
<https://doi.org/10.1037/a0020149>
- Cosma, A., Neville, F., Currie, D. et Inchley, J. (2017). Trends in bullying victimization in Scottish adolescents 1994-2014: Changing associations with mental well-being. *International Journal of Public Health*, 62(6), 639–646.  
<https://doi.org/10.1007/s00038-017-0965-6>
- Cullen, K. A., Gentzke, A. S., Sawdey, M. D., Chang, J. T., Anic, G. M., Wang, T. W., Creamer, M. R., Jamal, A., Ambrose, B. K. et King, B. A. (2019). E-Cigarette Use Among Youth in the United States, 2019. *JAMA*, 322(21), 2095–2103. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.18387>
- Dehne, K. L. et Riedner, G. (2001). Sexually transmitted infections among adolescents: The need for adequate health services. *Reproductive Health Matters*, 9(17), 170–183. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(01\)90021-7](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(01)90021-7)
- Doku, D. T., Acacio-Claro, P. J., Koivusilta, L. et Rimpelä, A. (2020). Social determinants of adolescent smoking over three generations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(6), 646–656.  
<https://doi.org/10.1177/1403494819839854>
- Eichler, M., Blettner, M. et Singer, S. (2016). The Use of E-Cigarettes. *Deutsches Arzteblatt International*, 113(50), 847–854. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0847>
- Englund, A., Morrison, P. D., Nottage, J., Hague, D., Kane, F., Bonaccorso, S., Stone, J. M., Reichenberg, A., Brenneisen, R., Holt, D., Feilding, A., Walker, L., Murray, R. M. et Kapur, S. (2013). Cannabidiol inhibits THC-elicited paranoid symptoms and hippocampal-dependent memory impairment. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 27(1), 19–27. <https://doi.org/10.1177/0269881112460109>
- Epstein, M., Bailey, J. A., Kosterman, R., Rhew, I. C., Furlong, M., Oesterle, S. et McCabe, S. E. (2021). E-cigarette use is associated with subsequent cigarette use among young adult non-smokers, over and above a range of antecedent risk factors: A propensity score analysis. *Addiction*, 116(5), 1224–1232.  
<https://doi.org/10.1111/add.15317>
- Evans-Polce, R. J., Patrick, M. E., Lanza, S. T., Miech, R. A., O'Malley, P. M. et Johnston, L. D. (2018). Reasons for Vaping Among U.S. 12th Graders. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 62(4), 457–462. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.10.009>
- Faulcon, L. M., Rudy, S., Limpert, J., Wang, B. et Murphy, I. (2020). Adverse Experience Reports of Seizures in Youth and Young Adult Electronic Nicotine Delivery Systems Users. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(1), 15–17. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.10.002>
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117–140.  
<https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Freeman, T. P., Craft, S., Wilson, J., Stylianou, S., ElSohly, M., Di Forti, M. et Lynskey, M. T. (2021). Changes in delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) concentrations in cannabis over time: Systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 116(5), 1000–1010. <https://doi.org/10.1111/add.15253>
- Gagné, T., Frohlich, K. L. et Abel, T. (2015). Cultural capital and smoking in young adults: Applying new indicators to explore social inequalities in health behaviour. *European Journal of Public Health*, 25(5), 818–823.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv069>

- Gaur, S. et Agnihotri, R. (2019). Health Effects of Trace Metals in Electronic Cigarette Aerosols—a Systematic Review. *Biological Trace Element Research*, 188(2), 295–315. <https://doi.org/10.1007/s12011-018-1423-x>
- Giordano, P. C. (2003). Relationships in Adolescence. *Annual Review of Sociology*, 29(1), 257–281. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.29.010202.100047>
- Grant, B. F., Stinson, F. S. et Harford, T. C. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: A 12-year follow-up. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 493–504. [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(01\)00096-7](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(01)00096-7)
- Griesbach, D., Amos, A. et Currie, C. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science & Medicine*, 56(1), 41–52. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00014-X)
- Gripe, I., Danielsson, A.-K. et Ramstedt, M. (2018). Are changes in drinking related to changes in cannabis use among Swedish adolescents? A time-series analysis for the period 1989–2016. *Addiction*, 113(9), 1643–1650. <https://doi.org/10.1111/add.14244>
- Haines, R. J., Poland, B. D. et Johnson, J. L. (2009). Becoming a 'real' smoker: Cultural capital in young women's accounts of smoking and other substance use. *Sociology of Health & Illness*, 31(1), 66–80. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01119.x>
- Hall, W. et Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374(9698), 1383–1391. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61037-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61037-0)
- Hall, W., Stjepanović, D., Caulkins, J., Lynskey, M., Leung, J., Campbell, G. et Degenhardt, L. (2019). Public health implications of legalising the production and sale of cannabis for medicinal and recreational use. *Lancet (London, England)*, 394(10208), 1580–1590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31789-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31789-1)
- Halliday, S., Gregory, T., Taylor, A., Digenis, C. et Turnbull, D. (2021). The Impact of Bullying Victimization in Early Adolescence on Subsequent Psychosocial and Academic Outcomes across the Adolescent Period: A Systematic Review. *Journal of School Violence*, 20(3), 351–373. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1913598>
- Hamberger, E. S. et Halpern-Felsher, B. (2020). Vaping in adolescents: Epidemiology and respiratory harm. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(3), 378–383. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000896>
- Hammond, D., Goodman, S., Wadsworth, E., Rynard, V., Boudreau, C. et Hall, W. (2020). Evaluating the impacts of cannabis legalization: The International Cannabis Policy Study. *The International Journal on Drug Policy*, 77, 102698. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102698>
- Han, G. et Son, H. (2022). A systematic review of socio-ecological factors influencing current e-cigarette use among adolescents and young adults. *Addictive Behaviors*, 135, 107425. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107425>
- Hanson, M. D. et Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 263–285. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9098-3>
- Health Behaviour in School-aged Children Luxembourg Study. (2023). *Data visualization of the findings from Luxembourg HBSC surveys*. <https://hbsc.uni.lu/en/dashboard/>
- Heinz, A., Kern, M. R., van Duin, C., Catunda, C., & Willems, H. E. (2021). *Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Luxemburg - Bericht zur luxemburgischen HBSC-Befragung 2018 (978-2-87971-837-8)*. <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/46653>
- Heinz, A., van Duin, C., Kern, M. R., Catunda, C. et Willems, H. (2020). *Trends from 2006–2018 in Health, Health Behaviour, Health Outcomes and Social Context of Adolescents in Luxembourg* (University of Luxembourg 978-2-87971-836-1). University of Luxembourg; Luxembourg. <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/42571>

- Hindley, G., Beck, K., Borgan, F., Ginestet, C. E., McCutcheon, R., Kleinloog, D., Ganesh, S., Radhakrishnan, R., D'Souza, D. C. et Howes, O. D. (2020). Psychiatric symptoms caused by cannabis constituents: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 344–353. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30074-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30074-2)
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C. et Arnarsson, Á. (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>
- Inchley, J., Currie, D., Samdal, O., Jåstad, A., Cosma, A. et Nic Gabhainn, S. (2023). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2021/22 survey*. (MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow).
- Inhelder, B. et Piaget, J. (1958). *The growth of logical thinking: From childhood to adolescence*. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/10034-000>
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W. et Haw, S. J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*, 34 Suppl 1(suppl\_1), i31-40. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr113>
- Jerzyński, T., Stimson, G. V., Shapiro, H. et Król, G. (2021). Estimation of the global number of e-cigarette users in 2020. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00556-7>
- Jha, P. (2020). The hazards of smoking and the benefits of cessation: A critical summation of the epidemiological evidence in high-income countries. *ELife Sciences Publications, Ltd.* <https://elifesciences.org/articles/49979>
- Jha, P. et Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *The New England Journal of Medicine*, 370(1), 60–68. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1308383>
- Jones, K. et Salzman, G. A. (2020). The Vaping Epidemic in Adolescents. *Missouri Medicine*, 117(1), 56–58. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7023954/>
- Jovic, S., Delpierre, C., Ehlinger, V., Sentenac, M., Young, H., Arnaud, C. et Godeau, E. (2014). Associations between life contexts and early sexual initiation among young women in France. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(1), 31–39. <https://doi.org/10.1363/46e0214>
- Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C.-C. et Gomez-Lobo, V. (2016). Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.08.006>
- Keles, B., McCrae, N. et Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79–93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Kelley, A. E., Schochet, T. et Landry, C. F. (2004). Risk taking and novelty seeking in adolescence: Introduction to part I. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 27–32. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.003>
- Kennedy, R. S. (2021). Bullying Trends in the United States: A Meta-Regression. *Trauma, Violence & Abuse*, 22(4), 914–927. <https://doi.org/10.1177/1524838019888555>
- Kinouani, S., Leflot, C., Vanderkam, P., Auriacombe, M., Langlois, E. et Tzourio, C. (2020). Motivations for using electronic cigarettes in young adults: A systematic review. *Substance Abuse*, 41(3), 315–322. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671937>

- Kirbas, A., Gulerman, H. C. et Daglar, K. (2016). Pregnancy in Adolescence: Is It an Obstetrical Risk? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(4), 367–371. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.010>
- Klomek, A. B., Sourander, A. et Elonheimo, H. (2015). Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 930–941. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00223-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00223-0)
- Kong, G., Kuguru, K. E. et Krishnan-Sarin, S. (2017). Gender Differences in U.S. Adolescent E-Cigarette Use. *Current Addiction Reports*, 4(4), 422–430. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0176-5>
- Kraus, L., Room, R., Livingston, M., Pennay, A., Holmes, J. et Törrönen, J. (2020). Long waves of consumption or a unique social generation? Exploring recent declines in youth drinking. *Addiction Research & Theory*, 28(3), 183–193. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1629426>
- Kraus, L., Seitz, N.-N., Piontek, D., Molinaro, S., Siciliano, V., Guttormsson, U., Arpa, S., Monshouwer, K., Leifman, H., Vicente, J., Griffiths, P., Clancy, L., Feijão, F., Florescu, S., Lambrecht, P., Nociar, A., Raitasalo, K., Spilka, S., Vyshinskiy, K. et Hibell, B. (2018). 'are The Times A-Changin'? Trends in adolescent substance use in Europe. *Addiction*, 113(7), 1317–1332. <https://doi.org/10.1111/add.14201>
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., Komro, K., Gibbs, L., Magnus, D. et Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y>
- Le Foll, B., Piper, M. E., Fowler, C. D., Tonstad, S., Bierut, L., Lu, L., Jha, P. et Hall, W. D. (2022). Tobacco and nicotine use. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 19. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00346-w>
- Leal-López, E., Moreno-Maldonado, C., Inchley, J., Deforche, B., van Havere, T., van Damme, J., Buijs, T., Sánchez-Queija, I., Currie, D., Vieno, A. et Clercq, B. de (2020). Association of alcohol control policies with adolescent alcohol consumption and with social inequality in adolescent alcohol consumption: A multilevel study in 33 countries and regions. *The International Journal on Drug Policy*, 84, 102854. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102854>
- Leather, N. C. (2009). Risk-taking behaviour in adolescence: A literature review. *Journal of Child Health Care : For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 13(3), 295–304. <https://doi.org/10.1177/1367493509337443>
- Lees, B., Meredith, L. R., Kirkland, A. E., Bryant, B. E. et Squeglia, L. M. (2020). Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 192, 172906. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2020.172906>
- Lenz, T. et Heinz, A. (2018). Le système scolaire luxembourgeois. Aperçu et tendances. Dans Luxembourg Centre for Educational Testing (LUCET), Université du Luxembourg, Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques (dir.), *Rapport national sur l'éducation au Luxembourg* 2018.
- Leung, R. K., Toumbourou, J. W. et Hemphill, S. A. (2014). The effect of peer influence and selection processes on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Health Psychology Review*, 8(4), 426–457. <https://doi.org/10.1080/17437199.2011.587961>
- Lintonen, T., Karlsson, T., Nevalainen, J. et Konu, A. (2013). Alcohol policy changes and trends in adolescent drinking in Finland from 1981 to 2011. *Alcohol and Alcoholism*, 48(5), 620–626. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt048>
- Liu, Y., Lintonen, T., Tynjälä, J., Villberg, J., Välimaa, R., Ojala, K. et Kannas, L. (2018). Socioeconomic differences in the use of alcohol and drunkenness in adolescents: Trends in the Health Behaviour in School-aged Children

- study in Finland 1990–2014. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 102–111. <https://doi.org/10.1177/1403494816684118>
- Loy, J. K., Seitz, N.-N., Bye, E. K., Raitasalo, K., Soellner, R., Törrönen, J. et Kraus, L. (2021). Trends in alcohol consumption among adolescents in Europe: Do changes occur in concert? *Drug and Alcohol Dependence*, 228, 109020. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109020>
- Marques, P., Piqueras, L. et Sanz, M.-J. (2021). An updated overview of e-cigarette impact on human health. *Respiratory Research*, 22(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s12931-021-01737-5>
- McCoy, S. S., Dimler, L. M., Samuels, D. V. et Natsuaki, M. N. (2019). Adolescent Susceptibility to Deviant Peer Pressure: Does Gender Matter? *Adolescent Research Review*, 4(1), 59–71. <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0071-2>
- McCracken, K. A. et Loveless, M. (2014). Teen pregnancy: An update. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 26(5), 355–359. <https://doi.org/10.1097/GCO.000000000000102>
- Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., van Os, J., Drukker, M., Graaf, R. de, Bogt, T. ter, Verdurmen, J. et Vollebergh, W. (2007). Ethnic composition of schools affects episodic heavy drinking only in ethnic-minority students. *Addiction*, 102(5), 722–729. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01760.x>
- Moor, I., Kuipers, M. A. G., Lorant, V., Pfortner, T.-K., Kinnunen, J. M., Rathmann, K., Perelman, J., Alves, J., Robert, P.-O., Rimpelä, A., Kunst, A. E. et Richter, M. (2019). Inequalities in adolescent self-rated health and smoking in Europe: Comparing different indicators of socioeconomic status. *J Epidemiol Community Health*, 73(10), 963–970. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211794>
- Moor, I., Rathmann, K., Lenzi, M., Pfortner, T.-K., Nagelhout, G. E., Looze, M. de, Bendtsen, P., Willemsen, M., Kannas, L., Kunst, A. E. et Richter, M. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: A multilevel analysis of the role of family, school and peers. *European Journal of Public Health*, 25(3), 457–463. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku244>
- Moseson, H., Mahanaimy, M., Dehlendorf, C. et Gerdt, C. (2019). "...Society is, at the end of the day, still going to stigmatize you no matter which way": A qualitative study of the impact of stigma on social support during unintended pregnancy in early adulthood. *PLOS ONE*, 14(5), e0217308. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217308>
- Newton, N. C., Champion, K. E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., Tonks, Z. et Teesson, M. (2017). A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. *Drug and Alcohol Review*, 36(3), 337–351. <https://doi.org/10.1111/dar.12497>
- O'Brien, D., Long, J., Quigley, J., Lee, C., McCarthy, A. et Kavanagh, P. (2021). Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 21(1), 954. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10935-1>
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Blackwell.
- Olweus, D. (1996). Bullying at School: Knowledge Base and an Effective Intervention Programa. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 794(1), 265–276. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1996.tb32527.x>
- Pabilonia, S. W. (2017). Teenagers' risky health behaviors and time use during the great recession. *Review of Economics of the Household*, 15(3), 945–964. <https://doi.org/10.1007/s11150-015-9297-6>
- Paúl, J. de et Domenech, L. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 24(5), 701–713. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00124-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00124-1)



- Perikleous, E. P., Steiropoulos, P., Paraskakis, E., Constantinidis, T. C. et Nena, E. (2018). E-Cigarette Use Among Adolescents: An Overview of the Literature and Future Perspectives. *Frontiers in Public Health*, 6, 86. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00086>
- Pfeifer, J. H. et Allen, N. B. (2021). Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence. *Biological Psychiatry*, 89(2), 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002>
- Pisani, R. L. (1983). International Efforts to Reform Cannabis Laws. *Journal of Drug Issues*, 13(4), 401–415. <https://doi.org/10.1177/002204268301300403>
- Reitsma, M. B., Kendrick, P. J., Ababneh, E., Abbafati, C., Abbasi-Kangevari, M., Abdoli, A., Abedi, A., Abhilash, E. S., Abila, D. B., Aboyans, V., Abu-Rmeileh, N. M. E., Adebayo, O. M., Advani, S. M., Aghaali, M., Ahinkorah, B. O., Ahmad, S., Ahmadi, K., Ahmed, H., Aji, B., . . . Gakidou, E. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 397(10292), 2337–2360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)
- Richter, M., Vereecken, C. A., Boyce, W., Maes, L., Gabhainn, S. N. et Currie, C. E. (2009). Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *International Journal of Public Health*, 54(4), 203–212. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-8018-4>
- Riehm, K. E., Feder, K. A., Tormohlen, K. N., Crum, R. M., Young, A. S., Green, K. M., Pacek, L. R., La Flair, L. N. et Mojtabai, R. (2019). Associations Between Time Spent Using Social Media and Internalizing and Externalizing Problems Among US Youth. *JAMA Psychiatry*, 76(12), 1266–1273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2325>
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Bottini, M., Verganti, C. et Albizzati, A. (2019). Childhood experiences of maltreatment, reflective functioning and attachment in adolescent and young adult mothers: Effects on mother-infant interaction and emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 93, 277–290. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.024>
- Rivers, I. et Smith, P. K. (1994). Types of bullying behaviour and their correlates. *Aggressive Behavior*, 20(5), 359–368. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(1994\)20:5<359::AID-AB2480200503>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1098-2337(1994)20:5<359::AID-AB2480200503>3.0.CO;2-J)
- Rocca, G., Verde, A. et Gatti, U. (2019). Impact of Alcohol and Cannabis Use on Juvenile Delinquency: Results from an International Multi-City Study (ISR3). *European Journal on Criminal Policy and Research*, 25(3), 259–271. <https://doi.org/10.1007/s10610-019-09413-7>
- Rom, O., Pecorelli, A., Valacchi, G. et Reznick, A. Z. (2015). Are E-cigarettes a safe and good alternative to cigarette smoking? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1340(1), 65–74. <https://doi.org/10.1111/nyas.12609>
- Roman Lay, A. A., Fujimori, E., Simões Duarte, L. et Vilela Borges, A. L. (2021). Prevalence and correlates of early sexual initiation among Brazilian adolescents. *PLOS ONE*, 16(12), e0260815. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260815>
- Schlegel, A. et Barry, H. (1991). *Adolescence: an anthropological inquiry*. Free Press. <https://hrf.yale.edu/ehc/documents/898>
- Shannon, C. L. et Klausner, J. D. (2018). The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: A neglected population. *Current Opinion in Pediatrics*, 30(1), 137–143. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000578>

- SmithBattle, L. et Freed, P. (2016). Teen Mothers' Mental Health. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(1), 31-6; quiz E3-4. <https://doi.org/10.1097/NMC.000000000000198>
- Soneji, S., Barrington-Trimis, J. L., Wills, T. A., Leventhal, A. M., Unger, J. B., Gibson, L. A., Yang, J., Primack, B. A., Andrews, J. A., Miech, R. A., Spindle, T. R., Dick, D. M., Eissenberg, T., Hornik, R. C., Dang, R. et Sargent, J. D. (2017). Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171(8), 788–797. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1488>
- Spear, L. P. (2010). *The behavioral neuroscience of adolescence*. W.W. Norton.
- Spear, L. P. (2018). Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nature Reviews. Neuroscience*, 19(4), 197–214. <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10>
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Tehrani, H., Rajabi, A., Ghelichi-Ghojogh, M., Nejatian, M. et Jafari, A. (2022). The prevalence of electronic cigarettes vaping globally: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health*, 80(1), 240. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00998-w>
- Trimpop, R. M. (1994). *The Psychology of Risk Taking Behavior. Advances in Psychology : v. 107*. Elsevier Science.
- Turi, E., Merga, B. T., Fekadu, G. et Abajobir, A. A. (2020). Why Too Soon? Early Initiation of Sexual Intercourse Among Adolescent Females in Ethiopia: Evidence from 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey. *International Journal of Women's Health*, 12, 269–275. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S244621>
- van den Eijnden, R. J., Lemmens, J. S. et Valkenburg, P. M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478–487. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>
- van Lieshout, R. J., Savoy, C. D., Boyle, M. H., Georgiades, K., Jack, S. M., Niccols, A., Whitty, H. et Lipman, E. L. (2020). The Mental Health of Young Canadian Mothers. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(4), 464–469. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.10.024>
- Vashishtha, R., Livingston, M., Pennay, A., Dietze, P., MacLean, S., Holmes, J., Herring, R., Caluzzi, G. et Lubman, D. I. (2020). Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. *Addiction Research & Theory*, 28(4), 275–288. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1663831>
- Vasilenko, S. A. (2017). Age-varying associations between nonmarital sexual behavior and depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Developmental Psychology*, 53(2), 366–378. <https://doi.org/10.1037/dev0000229>
- Vasilenko, S. A. (2022). Sexual Behavior and Health From Adolescence to Adulthood: Illustrative Examples of 25 Years of Research From Add Health. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 71(6S), S24–S31. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.08.014>
- Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., Delisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., Bloomfield, M. A. P., Curran, H. V. et Baler, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 292–297. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3278>
- Warner, K. E. (2019). How to Think-Not Feel-about Tobacco Harm Reduction. *Nicotine & Tobacco Research*, 21(10), 1299–1309. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty084>
- Warren-Adamson, C. et Coleman, J. C. (1992). Youth policy in the 1990s: The way forward. 04150583. <https://research.brighton.ac.uk/en/publications/youth-policy-in-the-1990s-the-way-forward>

- Williams, M., Villarreal, A., Bozhilov, K., Lin, S. et Talbot, P. (2013). Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol. *PLOS ONE*, 8(3), e57987.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057987>
- Wills, T. A., Knight, R., Williams, R. J., Pagano, I. et Sargent, J. D. (2015). Risk factors for exclusive e-cigarette use and dual e-cigarette use and tobacco use in adolescents. *Pediatrics*, 135(1), e43-51.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2014-0760>
- Woods, H. C. et Scott, H. (2016). #sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *Journal of Adolescence*, 51, 41-49.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008>
- World Health Organization. (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- World Health Organization. (2021). *Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021: Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: Actions for impact*. World Health Organization.  
<https://iris.who.int/handle/10665/341412>
- World Health Organization, & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2021). *Making every school a health-promoting school – Global standards and indicators*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059>
- Worthman, C. M. et Trang, K. (2018). Dynamics of body time, social time and life history at adolescence. *Nature*, 554(7693), 451-457. <https://doi.org/10.1038/nature25750>
- Wu, L.-T. et Ringwalt, C. L. (2006). Use of alcohol treatment and mental health services among adolescents with alcohol use disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(1), 84-92.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.1.84>
- Zhu, G. et Bosma, A. K. (2019). Early sexual initiation in Europe and its relationship with legislative change: A systematic review. *International Journal of Law, Crime and Justice*, 57, 70-82.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijlcrj.2019.03.001>



## Liste des figures

Figure 1 : Catégorisation de la consommation d'alcool au cours de la vie et des 30 derniers jours.....	4
Figure 2 : Prévalence de la consommation d'alcool au cours de la vie selon l'âge, l'aisance familiale et l'ordre d'enseignement.....	5
Figure 3 : Catégorisation de l'ivresse au cours de la vie et des 30 derniers jours.....	6
Figure 4 : Prévalence de l'ivresse au cours de la vie selon l'âge, l'aisance familiale et l'ordre d'enseignement.....	7
Figure 5 : Catégorisation de la consommation de tabac au cours de la vie et des 30 derniers jours.....	8
Figure 6 : Prévalence de la consommation de tabac au cours de la vie selon l'âge, le genre, l'aisance familiale et l'ordre d'enseignement.....	9
Figure 7 : Prévalence de la consommation de cigarettes électroniques au cours de la vie selon l'âge et la structure familiale.....	11
Figure 8 : Prévalence de la consommation de cigarettes électroniques au cours des 30 derniers jours selon le genre et le profil migratoire.....	12
Figure 9 : Catégorisation de la consommation de cannabis au cours de la vie et des 30 derniers jours.....	14
Figure 10 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie selon l'âge, la structure familiale et l'ordre d'enseignement.....	14
Figure 11 : Âge à la première consommation de cannabis selon la structure familiale et l'ordre d'enseignement.....	15
Figure 12 : Acceptabilité du cannabis par les amis selon l'âge, l'aisance familiale, la structure familiale et l'ordre d'enseignement.....	16
Figure 13 : Acceptabilité du cannabis par les parents selon l'âge, la structure familiale et l'ordre d'enseignement.....	17
Figure 14 : Acceptabilité du cannabis selon l'âge, la structure familiale et l'ordre d'enseignement.....	18
Figure 15 : Prévalence des adolescents ayant eu un rapport sexuel selon le genre, l'âge et l'ordre d'enseignement.....	20
Figure 16 : Âge au premier rapport sexuel selon le genre, le profil migratoire et l'ordre d'enseignement.....	20
Figure 17 : Utilisation de la pilule contraceptive selon le genre, l'âge, l'aisance familiale et le profil migratoire.....	22
Figure 18 : Utilisation du préservatif selon le genre et l'âge.....	22
Figure 19 : Utilisation problématique des réseaux sociaux selon le genre, l'aisance familiale et l'ordre d'enseignement.....	24
Figure 20 : Être victime de harcèlement scolaire selon le genre et l'ordre d'enseignement.....	26
Figure 21 : Participation au harcèlement selon le genre, le profil migratoire et l'ordre d'enseignement.....	27
Figure 22 : Participation au cyberharcèlement selon l'âge et l'ordre d'enseignement.....	27
Figure 23 : Bagarres selon le genre et le type d'établissement scolaire.....	28
Figure 24 : Tendances concernant les victimes de harcèlement.....	30
Figure 25 : Score moyen du niveau de bien-être en fonction du harcèlement.....	33
Figure 26 : Score moyen du niveau de bien-être en fonction du harcèlement et de l'ordre d'enseignement.....	34
Figure 27 : Prévalence de la consommation d'alcool au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques.....	43

Figure 28 : Prévalence de la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques.....	45
Figure 29 : Prévalence de l'ivresse au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques.....	47
Figure 30 : Prévalence de l'ivresse au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques.....	49
Figure 31 : Prévalence de la consommation de tabac au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques.....	51
Figure 32 : Prévalence de la consommation de tabac au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques.....	53
Figure 33 : Prévalence de l'utilisation de cigarettes électroniques au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques.....	55
Figure 34 : Prévalence de l'utilisation de la cigarette électronique au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques.....	57
Figure 35 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques.....	59
Figure 36 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques.....	61
Figure 37 : Âge à la première consommation de cannabis selon les groupes sociodémographiques.....	63
Figure 38 : Acceptabilité du cannabis par les amis selon les groupes sociodémographiques.....	65
Figure 39 : Acceptabilité du cannabis par les parents selon les groupes sociodémographiques.....	67
Figure 40 : Acceptabilité du cannabis selon les groupes sociodémographiques.....	69
Figure 41 : Prévalence des adolescents ayant eu un rapport sexuel selon les groupes sociodémographiques.....	71
Figure 42 : Âge au premier rapport sexuel selon les groupes sociodémographiques.....	73
Figure 43 : Utilisation de la pilule contraceptive selon les groupes sociodémographiques.....	75
Figure 44 : Utilisation du préservatif selon les groupes sociodémographiques.....	77
Figure 45 : Utilisation problématique des réseaux sociaux selon les groupes sociodémographiques.....	79
Figure 46 : Victimes de harcèlement à l'école selon les groupes sociodémographiques.....	81
Figure 47 : Victimes de cyberharcèlement selon les groupes sociodémographiques.....	83
Figure 48 : Participation au harcèlement à l'école selon les groupes sociodémographiques.....	85
Figure 49 : Participation au cyberharcèlement selon les groupes sociodémographiques.....	87
Figure 50 : Bagarres selon les groupes sociodémographiques.....	89

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Analyse de régression logistique binomiale prédisant le harcèlement.....	32
Tableau 2 : Coefficient de corrélation intraclasse.....	32
Tableau 3 : Prévalence de la consommation d'alcool au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques.....	44
Tableau 4 : Prévalence de la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques.....	46
Tableau 5 : Prévalence de l'ivresse au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques.....	48
Tableau 6 : Prévalence de l'ivresse au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques.....	50
Tableau 7 : Prévalence de la consommation au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques.....	52
Tableau 8 : Prévalence de la consommation de tabac au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociaux démographiques.....	54
Tableau 9 : Prévalence de l'utilisation de cigarettes électroniques au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques.....	56
Tableau 10 : Prévalence de l'utilisation de la cigarette électronique au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques.....	58
Tableau 11 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie selon les groupes sociodémographiques.....	60
Tableau 12 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours selon les groupes sociodémographiques.....	62
Tableau 13 : Âge à la première consommation de cannabis selon les groupes sociodémographiques.....	64
Tableau 14 : Acceptabilité du cannabis par les amis selon les groupes sociodémographiques.....	66
Tableau 15 : Acceptabilité du cannabis par les parents selon les groupes sociodémographiques.....	68
Tableau 16 : Acceptabilité du cannabis selon les groupes sociodémographiques.....	70
Tableau 17 : Prévalence des adolescents ayant eu un rapport sexuel selon les groupes sociodémographiques.....	72
Tableau 18 : Âge au premier rapport sexuel selon les groupes sociodémographiques.....	74
Tableau 19 : Utilisation de la pilule contraceptive selon les groupes sociodémographiques.....	76
Tableau 20 : Utilisation du préservatif selon les groupes sociodémographiques.....	78
Tableau 21 : Utilisation problématique des réseaux sociaux selon les groupes sociodémographiques.....	80
Tableau 22 : Être victime de harcèlement à l'école selon les groupes sociodémographiques.....	82
Tableau 23 : Être victime de cyberharcèlement selon les groupes sociodémographiques.....	84
Tableau 24 : Participation au harcèlement à l'école selon les groupes sociodémographiques.....	86
Tableau 25 : Participation au cyberharcèlement selon les groupes sociodémographiques.....	88
Tableau 26 : Bagarres selon les groupes sociodémographiques.....	90
Tableau 27 : Moyenne du score du WHO-5 <i>Well-being Index</i> en fonction du harcèlement subi.....	91
Tableau 28 : Comparaison de la moyenne du score du WHO-5 <i>Well-being Index</i> selon l'ordre d'enseignement.....	91





# 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



# Rapports sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022

Ce rapport fait partie d'une série de 5 rapports thématiques basés sur l'enquête HBSC 2022 :

- Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg
- Comportements liés à la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg
- Comportements à risque des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg
- Contexte social des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg
- Impact de la COVID-19 et tendances 2006-2022 de la santé des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg

Les rapports sont disponibles en anglais, français et allemand et peuvent être téléchargés à partir du site web [www.hbsc.lu](http://www.hbsc.lu). Un rapport méthodologique et une visualisation interactive des données entre 2006 et 2022 sont également disponibles sur le site.



## Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022

### HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

Ce rapport fournit des informations sur les comportements à risque des adolescents âgés de 11 à 18 ans scolarisés dans les écoles publiques et privées du Luxembourg dont l'enseignement s'appuie sur le programme national de 2022.

La prévalence de la plupart des comportements à risque a diminué ou est restée stable dans la plupart des domaines depuis 2018. Cependant, la prévalence de la consommation de cannabis et de l'utilisation problématique des réseaux sociaux a augmenté. Dans l'ensemble, l'âge, la structure familiale et l'ordre d'enseignement présentent les différences les plus importantes. Plus l'élève est âgé(e), plus la probabilité qu'il ou elle adopte des comportements à risque est élevée. Ce profil d'âge ne se reflète que partiellement dans la relation entre ces comportements et l'ordre d'enseignement fréquenté. Dans la plupart des cas, des différences ont été constatées entre les élèves de l'ESG et ceux de l'ESC. Les élèves de l'ESG en formation professionnelle présentent une probabilité plus élevée d'adopter des comportements à risque que les élèves fréquentant d'autres ordres d'enseignement. Le fait de vivre avec ses deux parents constitue une protection contre les comportements à risque dans la grande majorité des cas. Le genre, le profil migratoire et l'aisance familiale sont moins systématiquement corrélés aux comportements à risque que l'âge, la structure familiale et le type d'établissement scolaire.

Ce rapport examine en détail le harcèlement scolaire. Les facteurs suivants sont associés au harcèlement : genre, structure familiale et ordre d'enseignement. De plus, les adolescents qui n'ont pas été harcelés affichent un niveau de bien-être plus élevé que ceux l'ayant été, à l'exception des élèves de la voie de préparation de l'ESG (aucune différence significative n'ayant été constatée).

#### Université du Luxembourg

Campus Belval

Maison de Sciences Humaines

11, Porte des Sciences

L-4366 Esch-sur-Alzette

[www.hbsc.lu](http://www.hbsc.lu)