



hbsc
HEALTH BEHAVIOUR IN
SCHOOL-AGED CHILDREN
LËTZEBUERG / LUXEMBOURG

Comportements suicidaires des 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



FACULTY OF HUMANITIES,
EDUCATION AND
SOCIAL SCIENCES

Comportements suicidaires des 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

Sarah Bitar
Felipe G. Mendes
Marta Vigier
Anna Ginsburg
Carolina Catunda

Références bibliographiques :

Bitar, Sarah ; Mendes, Felipe G. ; Vigier, Marta ; Ginsburg, Anna ; Catunda, Carolina (2026). Comportements suicidaires des adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'enquête HBSC Luxembourg de 2022. Esch-sur-Alzette.

© Université du Luxembourg et auteurs ; janvier 2026

ISBN : 978-2-87971-266-6

Contenu

Contributeurs	VII
Auteurs	VII
Équipe HBSC Luxembourg	VII
Remerciements	IX
Résumé	XI
Comportements suicidaires	3
Tendances de 2006 à 2022	4
Inégalités sociales et comportements suicidaires	9
Différences de genre	9
Différences selon l'âge	11
Différences selon la nationalité	13
Différences socioéconomiques	14
Différences selon l'ordre d'enseignement	15
Comportements de santé et suicidalité chez les adolescents	18
Introduction	18
Méthodes	19
Résultats et discussion	20
Minorité de genre et suicidalité	24
Introduction	24
Méthodes	25
Résultats et discussion	26
Conclusions et perspectives	29
Des conclusions à l'action	29
Réduire les inégalités sociales : une dimension clé de la prévention	29
Intégrer les comportements de santé dans une approche globale de prévention du suicide	30
Annexes	33
Bibliographie	41
Liste des figures	47
Liste des tableaux	49
Abréviations	51

Contributeurs

Auteurs

Dr Sarah Bitar	Assistant-postdoctorant, Université du Luxembourg
Dr Felipe G Mendes	Assistant-postdoctorant, Université du Luxembourg
Dr Marta Vigier	Assistant-postdoctorant, Université du Luxembourg
Anna Ginsburg, M.Sc.	Spécialiste de recherche et développement, Université du Luxembourg
Dr Carolina Catunda	Maître-assistant, Université du Luxembourg

Équipe HBSC Luxembourg

Dr Sarah Bitar	Assistant-postdoctorant, 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
Anna Ginsburg, M.Sc.	Université du Luxembourg
Dr Felipe G. Mendes	Université du Luxembourg
Dr Marta Vigier	Université du Luxembourg
Georges Metz, M.A.	Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
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	Spécialiste de recherche et développement, 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)

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'enquête HBSC 2022 a pu être réalisé 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 enquête 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, Franchesca Aguirre, Dr Senad Karavdic, Aurélie Ventujol, Dr Josepha Nell, Georges Metz) 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, Simone Charles, Patrick Kiffer, Katia Ziadi, Maria Michaela Scherschel, Alexandra Link, Marieke Sauder et Auriane Möck, de l'Université du Luxembourg. Dr Andreas Heinz et Dr Bechara Ziade ont été les co-investigateurs principaux de l'étude HBSC au Luxembourg en 2022. Prof. Dr 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. Elodie Martins, Moritz Höpner, Simone Charles et Rodrigo Teles Ferreira ont contribué au processus de relecture et de traduction de ce rapport.

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

Pour l'équipe HBSC Luxembourg :

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

Résumé

À propos de ce rapport

Le présent rapport présente les résultats relatifs aux comportements suicidaires chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans ayant participé à l'enquête HBSC Luxembourg, menée entre 2006 et 2022. Au cours des quatre vagues d'enquête (2006, 2010, 2014 et 2022), 24 528 élèves au total ont fourni des données, ce qui a permis d'analyser les tendances et les inégalités à partir de quatre indicateurs : la tristesse, les idées suicidaires, la planification du suicide et les tentatives de suicide. Ce rapport examine également les facteurs comportementaux et sociaux associés au suicide, notamment les modes de vie liés à la santé, l'identité de genre et les relations entre pairs.

Tendances et inégalités sociales (2006-2022)

Depuis 2006, la prévalence de la tristesse et des comportements suicidaires chez les adolescents au Luxembourg a fortement augmenté, plus particulièrement entre 2014 et 2022. En 2022, 37,7 % des adolescents ont déclaré ressentir une tristesse prolongée, 23,3 % ont déclaré avoir eu des idées suicidaires, 20,9 % ont déclaré avoir planifié leur suicide et 11,7 % ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de l'année écoulée, soit près du double des résultats observés en 2010.

Des différences marquées entre les genres persistent. En 2022, les filles sont presque deux fois plus susceptibles que les garçons de déclarer un sentiment de tristesse et des comportements suicidaires, toutes périodes d'enquête confondues, ce qui révèle un creusement de l'écart entre les genres et confirme les tendances observées à l'échelle mondiale. Les données selon l'âge montrent que, si la tristesse augmente progressivement, la planification du suicide et les tentatives de suicide sont plus fréquentes au début de l'adolescence. Les différences entre les nationalités sont faibles mais constantes, les adolescents non luxembourgeois déclarant des niveaux légèrement plus élevés de planification du suicide et de tentatives de suicide. Les inégalités socioéconomiques sont marquées : les adolescents qui perçoivent leur famille comme peu aisée ont déclaré les niveaux les plus élevés de comportements suicidaires (par exemple, 22,7 % d'entre eux ont tenté de se suicider en 2022), tandis que ceux issus de familles aisées ont déclaré les niveaux les plus bas. Enfin, les différences entre les ordres d'enseignement persistent : les adolescents suivant un enseignement secondaire général (ESG) ont systématiquement déclaré des niveaux de tristesse et de suicidalité plus élevés que ceux inscrits dans un enseignement secondaire classique (ESC). La différence est la plus prononcée pour les tentatives de suicide (14,0 % dans l'ESG contre 8,6 % dans l'ESC), mais des tendances similaires sont observées pour les autres indicateurs.

Comportements de santé et suicidalité chez les adolescents

Au-delà des facteurs de risque considérés isolément, ce rapport identifie cinq profils de comportements de santé chez les adolescents, prenant en compte l'alimentation, l'activité physique, la consommation de substances et l'utilisation problématique des réseaux sociaux. Le Profil 1 (23,4 %), caractérisé par une alimentation de bonne qualité, une activité physique et une faible consommation de substances, présente les niveaux les plus faibles d'idées suicidaires et de tentatives de suicide. Le Profil 2 (15,3 %), marqué par une consommation de plusieurs substances et une mauvaise alimentation, présente un risque deux fois plus élevé d'idées suicidaires et près de trois fois plus élevé de tentatives de suicide par rapport au Profil 1. Le Profil 3 (5,2 %), combinant une consommation élevée de cigarettes électroniques et une utilisation problématique des réseaux sociaux, présente également un risque trois fois plus élevé d'idées suicidaires et plus de deux fois plus élevé de tentatives de suicide. Le Profil 4 (12,2 %), défini par une consommation élevée d'alcool et une activité physique modérée, est associé à un risque accru d'idées suicidaires, mais pas de

tentatives de suicide. Enfin, le Profil 5 (43,9 %), caractérisé par une mauvaise alimentation et une activité physique faible, mais sans consommation de substances, ne présente pas de risque plus élevé d'idées suicidaires ni de tentatives de suicide.

Identité de genre, relations avec les pairs et suicidalité

En 2022, environ 3,5 % des adolescents sont considérés comme appartenant à une minorité de genre, et ce groupe présente la plus grande vulnérabilité. Plus de six adolescents appartenant à une minorité de genre sur dix ont déclaré avoir eu des idées suicidaires (64,2 %) et quatre sur dix ont fait au moins une tentative de suicide (42,2 %) au cours de l'année écoulée, soit un risque six fois plus élevé que leurs pairs cisgenres, même après ajustement pour les facteurs sociodémographiques.

Le harcèlement augmente fortement le risque de suicidalité chez tous les adolescents (risque 4,4 fois plus élevé de tentatives de suicide), mais son impact ne diffère pas de manière significative selon le genre. Le soutien des pairs apparaît comme un facteur de protection global (réduisant de moitié le risque d'idées suicidaires et de tentatives de suicide), mais son effet est plus faible chez les jeunes appartenant à une minorité de genre.

Conclusions et perspectives

Dans l'ensemble, ces résultats soulignent que la prévention du suicide nécessite une action coordonnée à plusieurs niveaux. Les stratégies doivent s'attaquer aux inégalités sociales et éducatives, promouvoir des comportements de santé favorables et équilibrés et favoriser des environnements inclusifs et bienveillants au sein des écoles, des familles et des milieux communautaires. L'intégration de la prévention du suicide aux initiatives plus globales en matière d'équité sociale et de promotion de la santé peut contribuer à garantir que tous les adolescents, en particulier ceux qui sont confrontés à des difficultés sociales ou à un stress lié à leur identité, aient accès à un soutien opportun, adapté et valorisant.

Comportements suicidaires

Comportements suicidaires

L'adolescence est une phase charnière, caractérisée par de profondes transitions psychologiques, émotionnelles et sociales. Au cours de cette période, les personnes développent leur identité, gagnent en autonomie et commencent à établir les trajectoires de leur santé mentale à long terme (*National Academies of Sciences et al.*, 2019). Si cette phase offre des opportunités d'évolution, elle est également associée à une vulnérabilité accrue face à la détresse mentale, notamment aux idées et comportements suicidaires (Mastorci et al., 2024). À l'échelle mondiale, le suicide reste l'une des principales causes de décès chez les adolescents (Organisation mondiale de la santé, 2021), et les tentatives de suicide pendant cette période de développement peuvent avoir des conséquences durables sur le fonctionnement émotionnel et social à l'âge adulte (Ligier et al., 2021).

Toute une série de facteurs contribue au risque suicidaire à l'adolescence, notamment des schémas comportementaux qui sont liés plus globalement au mode de vie. La consommation de substances (Wu et al., 2004), une mauvaise alimentation (Shawon et al., 2023), l'inactivité physique (Michael et al., 2020) et l'utilisation problématique des réseaux sociaux (Sedgwick et al., 2019) sont autant de comportements qui sont associés individuellement au risque suicidaire chez les adolescents. Ces comportements se manifestent rarement de manière isolée ; ils ont plutôt tendance à se regrouper selon des schémas particuliers, révélateurs d'influences sociales sous-jacentes et de modes de vie spécifiques. Il est essentiel d'identifier ces schémas pour comprendre l'effet cumulatif des facteurs de risque concomitants sur la santé mentale.

Parallèlement, les vulnérabilités sociales ont un impact majeur sur la santé mentale des adolescents. Les jeunes s'identifiant comme appartenant à une minorité de genre, par exemple, présentent systématiquement un risque accru de comportements suicidaires (Surace et al., 2021), souvent en raison de l'exclusion, de la stigmatisation et de la victimisation par les pairs (Russell & Fish, 2016 ; Tebbe & Budge, 2022). Plus globalement, les relations entre pairs pendant l'adolescence peuvent constituer de puissantes sources de soutien (Roach, 2018) ou, au contraire, des environnements délétères (Lynn Mulvey et al., 2017). La présence ou l'absence de soutien des pairs, les expériences de harcèlement et les dynamiques relationnelles plus larges (telles que l'acceptation par les pairs, l'exclusion sociale ou les conflits interpersonnels) contribuent de manière significative à la résilience ou à la vulnérabilité psychologique des adolescents.

Ce rapport s'appuie sur des données représentatives au niveau national recueillies dans le cadre de l'enquête HBSC, afin d'analyser les comportements suicidaires chez les adolescents au Luxembourg. Au total, 24 528 élèves âgés de 13 à 18 ans [n(2006)=6 352 ; n(2010)=6 894 ; n(2014)=5 095 ; n(2022)=6 187] scolarisés dans des établissements secondaires publics et privés suivant le programme scolaire national luxembourgeois, ainsi que dans des écoles internationales (en 2022 uniquement), ont répondu à un questionnaire anonymisé sur support papier en classe, pendant les heures de cours (Catunda et al., 2023). Les données de 2018 n'ont pas été incluses dans ce rapport, car les questions relatives au suicide ne figuraient pas dans le questionnaire cette année-là.

Les rapports précédents ont abordé des thèmes tels que la santé mentale, les comportements liés à la santé, les comportements à risque, le contexte social, l'impact perçu de la pandémie de COVID-19 et les tendances entre 2006

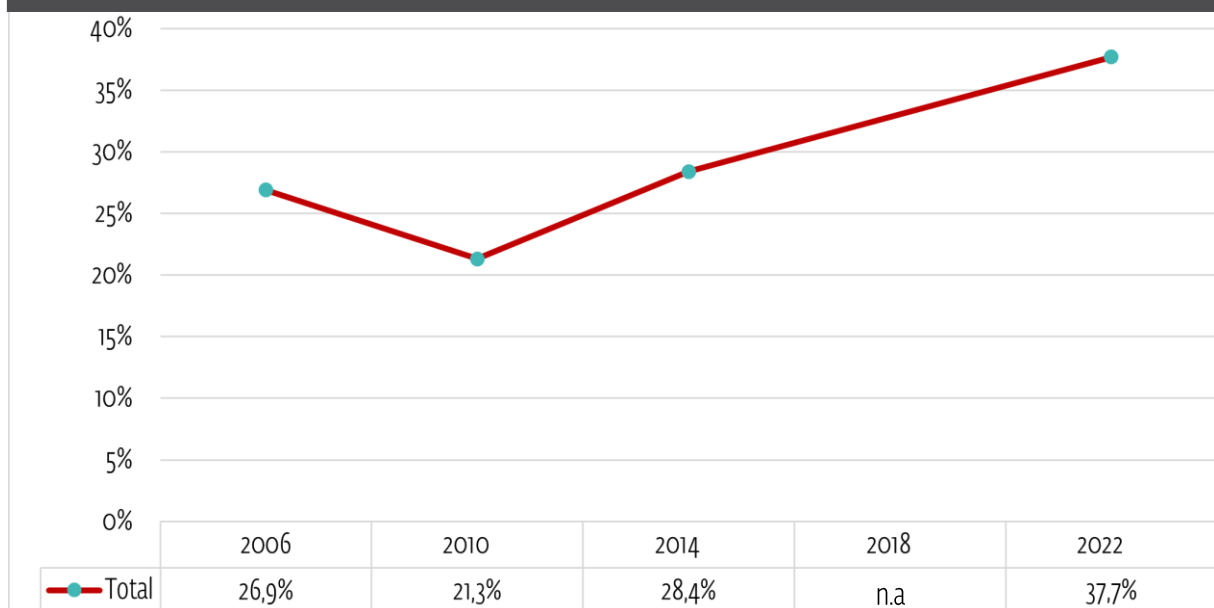
et 2022. Le présent rapport s'inscrit dans la continuité de cette série qui examine les résultats de l'enquête HBSC 2022 au Luxembourg. Il se concentre sur les comportements suicidaires et présente ses conclusions en trois parties : (1) les tendances nationales et les inégalités sociales de 2006 à 2022 ; (2) les groupes à risque comportemental identifiés grâce à l'analyse des profils de comportements de santé ; et (3) l'intersection entre identité de genre, relations entre pairs et suicidalité. Ensemble, ces sections visent à élaborer des stratégies de prévention, à mettre en évidence les sous-groupes vulnérables et à appuyer les politiques qui favorisent la résilience chez l'ensemble des adolescents.

Tendances de 2006 à 2022

L'enquête HBSC comprend une série de questions visant à évaluer les différentes étapes du continuum des comportements suicidaires. Ces étapes représentent une progression couramment observée dans les recherches sur les comportements suicidaires (Klonsky et al., 2016), à savoir : la tristesse, les idées suicidaires, la planification du suicide et la tentative de suicide.

Un sentiment persistant de **tristesse** est souvent considéré comme un indicateur précoce de difficultés émotionnelles susceptible de conduire à des idées suicidaires. Cette hypothèse corrobore les recherches montrant que la tristesse est une composante essentielle de la dépression (Mouchet-Mages & Baylé, 2008) et que les idées suicidaires sont très répandues chez les personnes présentant un trouble dépressif (Dong et al., 2021). L'enquête HBSC aborde ce sujet par la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que tu t'es senti(e) si triste ou si désespéré(e) pendant au moins deux semaines entières de sorte que tu as arrêté tes activités habituelles ? », avec deux options de réponse : « oui » ou « non ». La Figure 1 montre la prévalence des répondants ayant répondu positivement.

Figure 1 : Prévalence de la tristesse au fil du temps (2006-2022)

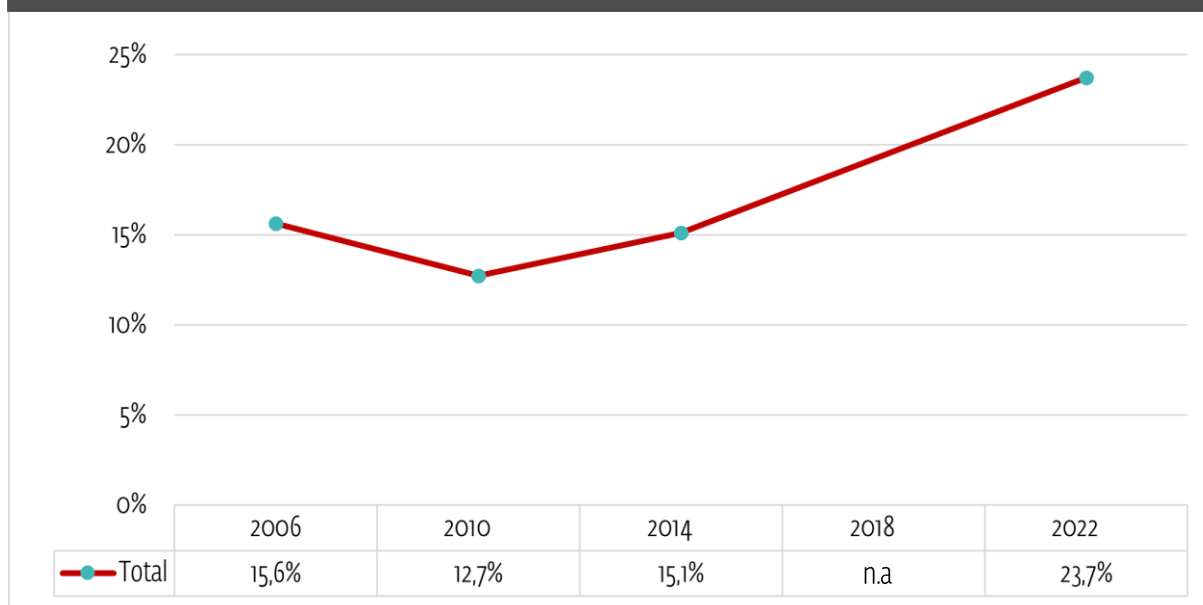


Entre 2006 et 2022, la prévalence de la tristesse a fluctué, mais a connu une augmentation marquée lors de la dernière vague. Elle est passée de 26,9 % en 2006 à 21,3 % en 2010, puis a augmenté à 28,4 % en 2014 et 37,7 % en 2022, le niveau le plus élevé observé à ce jour.

La notion d'**idées suicidaires** fait référence au fait d'envisager le suicide comme une solution possible. Elle est abordée par la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à une tentative de suicide ? », avec deux options de réponse : « oui » ou « non ». Figure 2 présente la prévalence des adolescents ayant envisagé de se suicider.

Les idées suicidaires suivent une tendance similaire de baisse et de rebond. Elles sont passées de 15,6 % en 2006 à 12,7 % en 2010, avant de remonter à 15,1 % en 2014, puis d'augmenter fortement jusqu'à 23,7 % en 2022. Cette augmentation constante depuis 2014 suggère une détérioration de la santé mentale des adolescents. Il convient toutefois de noter qu'en 2022, la formulation de cette question spécifique a été modifiée. La formulation de la question dans les enquêtes précédentes était « As-tu sérieusement pensé à une tentative de suicide ? », tandis que la version 2022 demandait « As-tu pensé à une tentative de suicide ? ». Ce changement dans la formulation a pu influencer la manière dont les adolescents ont interprété la question et pourrait expliquer en partie la prévalence plus élevée observée en 2022. Cependant, des changements sociétaux plus généraux, notamment une conscience émotionnelle accrue et une plus grande ouverture à l'expression de la détresse, ont également pu influencer les déclarations des adolescents.

Figure 2 : Prévalence des idées suicidaires au fil du temps (2006-2022)



Reflétant le passage des idées suicidaires à une intention plus concrète, la **planification du suicide** est évaluée à l'aide de la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, as-tu réfléchi à la méthode que tu utiliserais pour faire une tentative de suicide ? », avec deux options de réponse : « oui » ou « non ». La prévalence des adolescents ayant planifié leur suicide est représentée par la Figure 3. Veuillez noter que les tendances suivantes ne prennent en considération que les années 2010, 2014 et 2022. En 2006, les élèves étaient invités à ignorer les questions sur la planification et la

tentative de suicide s'ils répondaient « non » à la question relative aux idées suicidaires, ce qui rend la comparaison impossible.

L'indicateur de la planification du suicide affiche une tendance à la hausse continue. La prévalence est passée de 11,2 % en 2010 à 14,1 % en 2014, puis à 20,9 % en 2022, reflétant une progression croissante des pensées suicidaires vers une planification concrète.

Figure 3 : Prévalence de la planification du suicide au fil du temps (2006-2022)

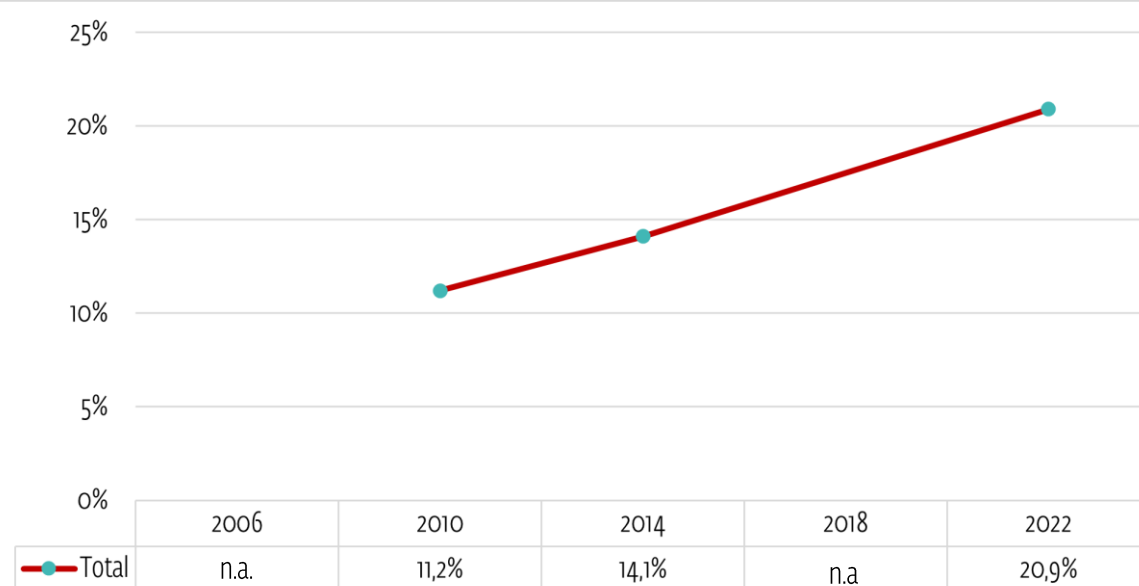
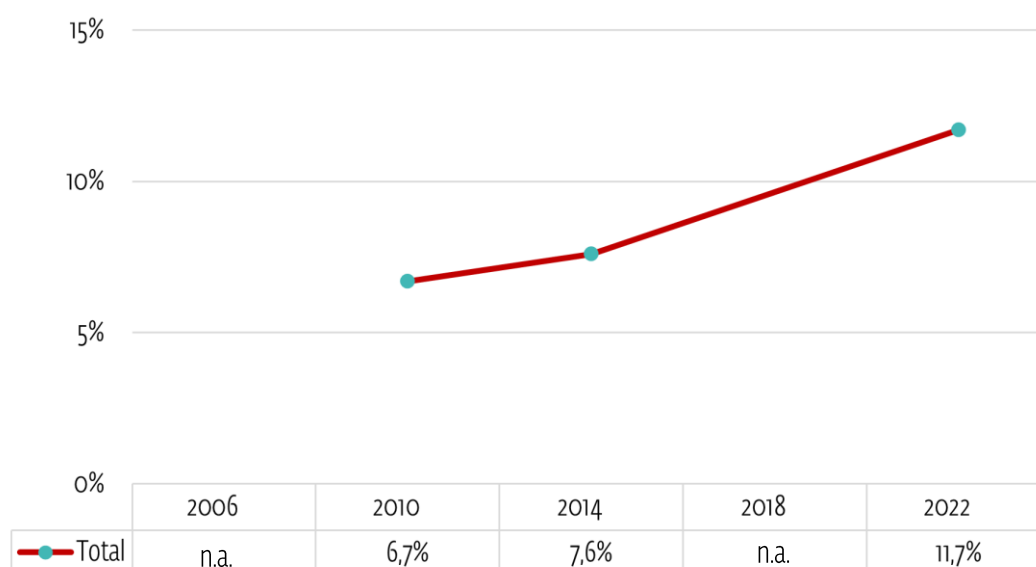


Figure 4 : Prévalence des tentatives de suicide au fil du temps (2006-2022)



Enfin, les questions suivantes portent sur les **tentatives de suicide** : « Combien de fois as-tu fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois ? ». Les réponses possibles vont de « 0 » à « 6 fois ou plus » et ont été dichotomisées en « oui » (une tentative ou plus) ou « non » (aucune tentative). Figure 4 montre la prévalence des tentatives de suicide au fil du temps (2006-2022).

Les tentatives de suicide ont également augmenté au fil du temps. De 6,7 % en 2010, le taux est passé à 7,6 % en 2014 avant d'atteindre 11,7 % en 2022, soit près du double depuis la première donnée disponible. Cela montre l'importance de renforcer le soutien social et médical pendant les périodes marquées par des idées suicidaires et une planification du suicide, car il est prouvé que les interventions de soutien social et les soins collaboratifs peuvent réduire considérablement le risque d'escalade vers des tentatives de suicide (Inagaki et al., 2019 ; Yöyen & Keleş, 2024).

En résumé, la prévalence des indicateurs étudiés (tristesse, idées suicidaires, planification du suicide et tentatives de suicide) a augmenté au sein de la population au cours des années couvertes par l'enquête. Ces résultats sont préoccupants et concordent avec les données plus générales faisant état d'une détérioration de la santé mentale des adolescents au Luxembourg, comme le montre le rapport « Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg » (Catunda et al., 2023a). Des augmentations comparables ont également été observées dans les pays voisins. Par exemple, l'enquête EnCLASS 2022 menée en France a révélé que 24 % des lycéens ont eu des idées suicidaires et 13 % ont fait au moins une tentative de suicide (EnCLASS, 2022). À l'échelle mondiale, une méta-analyse a estimé la prévalence des idées suicidaires à environ 14 % avant la pandémie de COVID-19 (Biswas et al., 2020), alors que des études ultérieures suggèrent que la pandémie a exacerbé la détresse émotionnelle et les comportements suicidaires dans plusieurs pays, dont la France et l'Allemagne (Bruns et al., 2022 ; Cousien et al., 2021).

Au Luxembourg, les données de l'enquête *Youth Survey Luxembourg* (2019) et de l'enquête *Youth and COVID-19* (2021), menées auprès de jeunes âgés de 16 à 29 ans, n'ont pas montré de variation significative au niveau des idées suicidaires, de la planification du suicide ou des tentatives de suicide entre 2019 et 2021 (Schomaker & Samuel, 2022). En revanche, l'enquête HBSC se concentre sur les adolescents plus jeunes, âgés de 13 à 18 ans, et ces différences d'âge peuvent expliquer en partie pourquoi des tendances à la hausse ont été observées dans l'enquête HBSC, mais pas dans l'enquête jeunesse. La hausse significative de la tristesse constatée par l'enquête jeunesse suggère néanmoins que les conséquences psychologiques de la pandémie n'étaient peut-être pas encore pleinement évidentes à ce moment-là, mais qu'elles pourraient se manifester plus tard sous la forme de difficultés émotionnelles durables.

Les tendances en matière de mortalité par suicide divergent des indicateurs autodéclarés examinés dans le présent rapport (tristesse, idées suicidaires, planification du suicide et tentatives de suicide). En Europe, le nombre de décès par suicide chez les adolescents a diminué : chez les 15-19 ans, le taux est passé de 13,1 pour 100 000 dans les années 1990 à 10,9 dans les années 2000 chez les garçons, et de 3,9 à 3,3 chez les filles (Bertuccio et al., 2024 ; Glenn et al., 2020). Au Luxembourg, on observe une augmentation des indicateurs de tristesse, d'idées suicidaires, de planification du suicide et de tentatives de suicide chez les adolescents, mais sans augmentation correspondante du nombre de décès par suicide. En effet, entre 2006 et 2022, 30 décès par suicide ont été enregistrés dans la tranche d'âge des 15 à 19 ans, ce qui représente environ 22 % de tous les décès enregistrés pour cette tranche d'âge (Registre de causes de décès : mortalité générale, 2024). Bien qu'il existe des variations annuelles considérables, les données nationales sur la mortalité suggèrent une stabilité globale de la mortalité par suicide au fil du temps (Registre de causes de décès : mortalité générale, 2024). Une hypothèse expliquant cet écart entre la hausse des indicateurs autodéclarés sur le suicide et la stabilité de la mortalité suppose que ces chiffres indiquent une sensibilisation accrue à ce problème et,

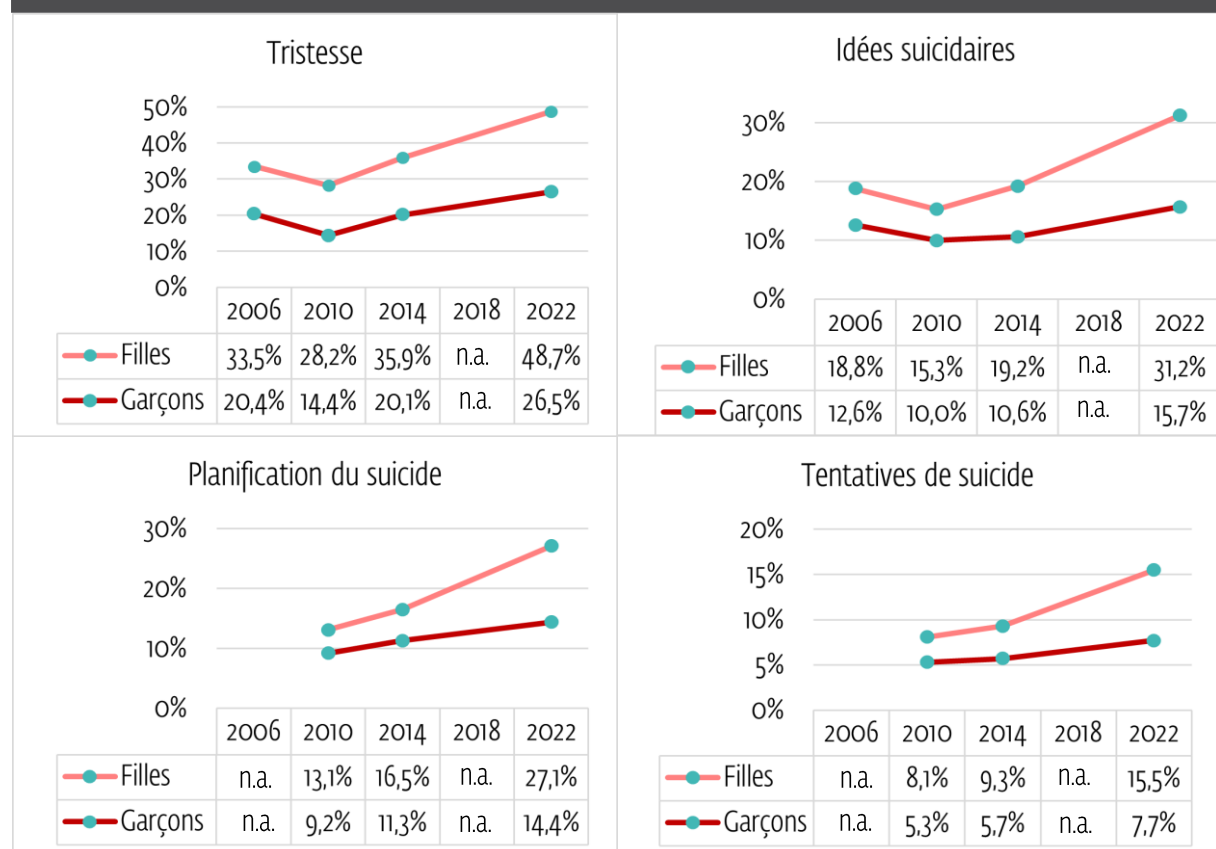
par conséquent, une plus grande disposition des jeunes à exprimer leur souffrance et à demander de l'aide. Des données issues d'autres contextes suggèrent que la recherche d'aide et les niveaux de stigmatisation peuvent permettre l'identification précoce et l'orientation appropriée des individus, contribuant ainsi à empêcher le passage à l'acte suicidaire (Calear et al., 2014 ; Grosselli et al., 2024 ; Reynders et al., 2014).

Inégalités sociales et comportements suicidaires

Différences de genre

Depuis 2006, les filles au Luxembourg font systématiquement état de niveaux de tristesse et d'idées suicidaires plus élevés que les garçons. L'écart entre les genres était déjà apparent en 2006 (par exemple, tristesse : 33,5 % des filles contre 20,4 % des garçons ; idées suicidaires : 18,8 % contre 12,6 % ; Figure 5) et a persisté en 2010 et 2014. Des données comparables sur la planification du suicide et les tentatives de suicide sont disponibles depuis 2010, et dès le début, les filles ont déclaré des taux plus élevés que les garçons. En 2022, ces disparités se sont creusées pour atteindre leur niveau le plus élevé pour l'ensemble des indicateurs : près de la moitié des filles (48,7 %) ont déclaré une tristesse prolongée, contre un quart des garçons (26,5 %) ; 31,2 % des filles ont déclaré avoir des idées suicidaires, contre 15,7 % des garçons ; 27,1 % ont déclaré avoir planifié leur suicide, contre 14,4 % ; et 15,5 % ont déclaré avoir fait des tentatives de suicide, contre 7,7 %. Les inégalités de genre en matière de santé mentale des adolescents constituent donc une caractéristique constante au Luxembourg depuis 2006. Les résultats les plus récents mettent ainsi en évidence un accroissement de ces inégalités pour toutes les étapes, de la tristesse jusqu'aux comportements suicidaires (Catunda et al., 2023a ; Residori et al., 2024).

Figure 5 : Prévalence des comportements suicidaires au fil du temps (2006-2022) selon le genre



Des tendances similaires selon le genre sont observées dans les pays voisins. En France, l'enquête EnCLASS 2022 (EnCLASS, 2022) a révélé que près d'une adolescente sur trois a déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée, contre moins d'un garçon sur cinq, et que les tentatives de suicide au cours de la vie sont presque deux fois plus fréquentes chez les filles. Plus globalement, ces résultats nationaux reflètent une tendance observée à l'échelle mondiale (EnCLASS, 2022). Une revue systématique d'études longitudinales a conclu que les adolescentes sont plus susceptibles que les garçons de déclarer des idées suicidaires et des tentatives de suicide, tandis que les garçons continuent d'avoir un taux de mortalité par suicide plus élevé, un phénomène souvent décrit comme le « paradoxe du genre » (Canetto & Sakinofsky, 1998 ; Miranda-Mendizabal et al., 2019). Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que l'écart croissant entre les genres au Luxembourg s'inscrit dans une tendance européenne et mondiale plus large de vulnérabilité accrue des filles à la suicidalité.

Plusieurs facteurs de stress sociaux et environnementaux peuvent contribuer à cet écart croissant, en particulier ces dernières années. La pression scolaire constitue l'un des facteurs clés : dans toute l'Europe, les adolescents déclarent être plus stressés par le travail scolaire, avec une augmentation plus marquée chez les filles. Parmi les jeunes de 15 ans du réseau HBSC, la proportion de filles déclarant subir une forte pression liée au travail scolaire est passée de 54 % en 2018 à 63 % en 2022, alors qu'une augmentation plus faible est enregistrée chez les garçons (de 40 % à 43 % ; rapport de l'OMS/Europe, 2024). Ce stress, combiné à un soutien de la famille et des professeurs généralement plus faible rapportés par les filles (Lopes Ferreira et al., 2023), peut amplifier la détresse émotionnelle et la suicidalité.

La vulnérabilité numérique pourrait également jouer un rôle : l'utilisation plus intensive des réseaux sociaux et des smartphones par les filles les expose plus fréquemment au cyberharcèlement, à la comparaison sociale et aux troubles du sommeil, des facteurs associés à des risques accrus de dépression et de comportements suicidaires (Birnesser et al., 2020).

Les processus biologiques et développementaux accentuent encore les différences entre les genres. La puberté représente une période critique au cours de laquelle les fluctuations hormonales peuvent affecter l'humeur et le comportement, augmentant le risque d'idées et de comportements suicidaires chez les adolescents. Les hormones sexuelles telles que l'œstrogène et la progestérone influencent les systèmes neurotransmetteurs et les régions du cerveau impliquées dans la régulation des émotions, ce qui peut expliquer en partie la vulnérabilité accrue des adolescentes (Ho et al., 2022). Les variations hormonales associées au cycle menstruel peuvent également contribuer aux fluctuations des pensées suicidaires chez les adolescentes (Owens et al., 2020).

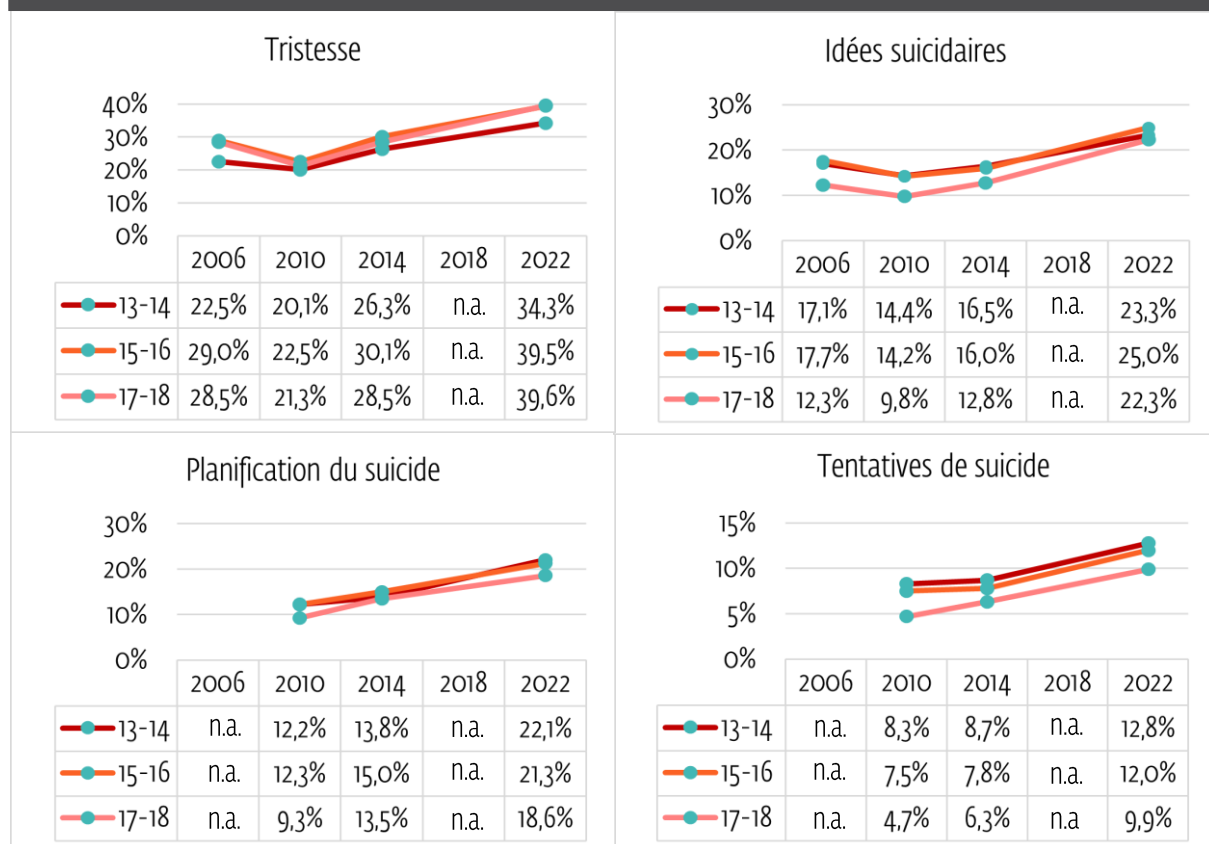
Enfin, les modèles de socialisation et les normes de genre pourraient expliquer en partie cette disparité. Les adolescents et les jeunes hommes ont tendance à sous-déclarer leurs idées suicidaires dans les enquêtes, car les normes masculines traditionnelles mettent l'accent sur le contrôle émotionnel et découragent l'expression de la détresse psychologique. Cette dynamique contribue au « paradoxe du genre », selon lequel les filles déclarent davantage de pensées suicidaires et de tentatives de suicide, alors que les garçons enregistrent un taux de mortalité par suicide plus élevé (Bridge et al., 2006 ; Griffin et al., 2022). Des recherches ont révélé que l'adhésion aux normes masculines, telles que l'autonomie et la maîtrise des émotions, était associée aux idées suicidaires et les tentatives de suicide, principalement en raison d'une plus grande réticence à demander de l'aide et d'un sentiment d'invulnérabilité (King et al., 2020 ; Pirkis et al., 2017). Ces résultats concordent avec les données indiquant que la dépression et la suicidalité chez les hommes sont souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées, non pas en raison d'une prévalence

moindre, mais parce que de nombreux garçons et hommes vivent et expriment leur détresse de telle sorte qu'elle reste souvent non déclarée dans les enquêtes et méconnue dans les milieux cliniques (Cleary, 2012).

Différences selon l'âge

La relation entre l'âge et la suicidalité varie en fonction des indicateurs. En ce qui concerne la tristesse, la prévalence augmente progressivement avec l'âge. En 2022, 34,3 % des 13-14 ans ont déclaré ressentir une tristesse prolongée, contre 39,6 % des 17-18 ans. Les idées suicidaires présentaient un gradient d'âge plus marqué lors des premières vagues (2006, 2010, 2014), les adolescents plus jeunes déclarant systématiquement une prévalence plus élevée que leurs pairs plus âgés. En 2022, cependant, ce gradient s'est réduit, avec des niveaux également élevés dans tous les groupes d'âge (23,3 % chez les 13-14 ans, 25,0 % chez les 15-16 ans et 22,3 % chez les 17-18 ans). Une tendance plus constante est observée en ce qui concerne la planification du suicide et les tentatives de suicide, qui sont plus fréquentes chez les adolescents plus jeunes à toutes les vagues. En 2022, 22,1 % des 13-14 ans ont déclaré avoir planifié leur suicide, contre 18,6 % des 17-18 ans, et 12,8 % ont déclaré avoir fait des tentatives de suicide contre 9,9 % respectivement. Ces résultats suggèrent que, si la tristesse a tendance à augmenter progressivement avec l'âge, les comportements suicidaires se concentrent au début et au milieu de l'adolescence – même si les idées suicidaires se répartissent de manière plus homogène entre les groupes d'âge en 2022.

Figure 6 : Prévalence des comportements suicidaires au fil du temps (2006-2022) selon l'âge



Des résultats comparables sont observés en France. L'enquête EnCLASS 2022 (EnCLASS, 2022) révèle que les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les lycéens plus jeunes et diminuent avec l'âge (par exemple, pour les idées suicidaires : 33,4 % en 3^e (Grade 10) [≈15-16 ans] contre 27,3 % en 2^e (Grade 12) [≈17-18 ans] ; tentatives au cours de la vie : 20,3 % contre 15,8 %).

Prises globalement, ces tendances montrent que les indicateurs liés au suicide évoluent différemment au cours de l'adolescence. La tristesse semble s'accumuler à la fin de l'adolescence, tandis que la planification du suicide et les tentatives de suicide sont plus fréquentes au début de l'adolescence et diminuent par la suite. Des facteurs développementaux peuvent aider à expliquer ces tendances : les adolescents plus jeunes ont souvent des stratégies d'adaptation moins développées et une plus grande impulsivité, tandis que les adolescents plus âgés feraient preuve d'une meilleure régulation émotionnelle et bénéficieraient de réseaux de soutien plus étendus (Kasen et al., 2011).

Du point de vue du développement neurologique, le début de l'adolescence est marqué par un déséquilibre entre le développement rapide des systèmes socio-émotionnels et la maturation plus lente du cortex préfrontal, impliqué dans les fonctions de contrôle cognitif (Casey et al., 2008). Au début de l'adolescence, un système limbique en surrégime combiné à une maturité décisionnelle limitée peuvent exacerber les réactions impulsives face à la détresse, favorisant ainsi la planification du suicide et les tentatives de suicide. À mesure que le cortex préfrontal mûrit à la fin de l'adolescence, la capacité de régulation s'améliore, réduisant les comportements suicidaires impulsifs. Dans le même temps, l'accumulation de stress et la surcharge du système de stress de l'organisme peuvent entraîner un mal-être durable, ce qui pourrait expliquer l'augmentation de la tristesse (McEwen & Morrison, 2013).

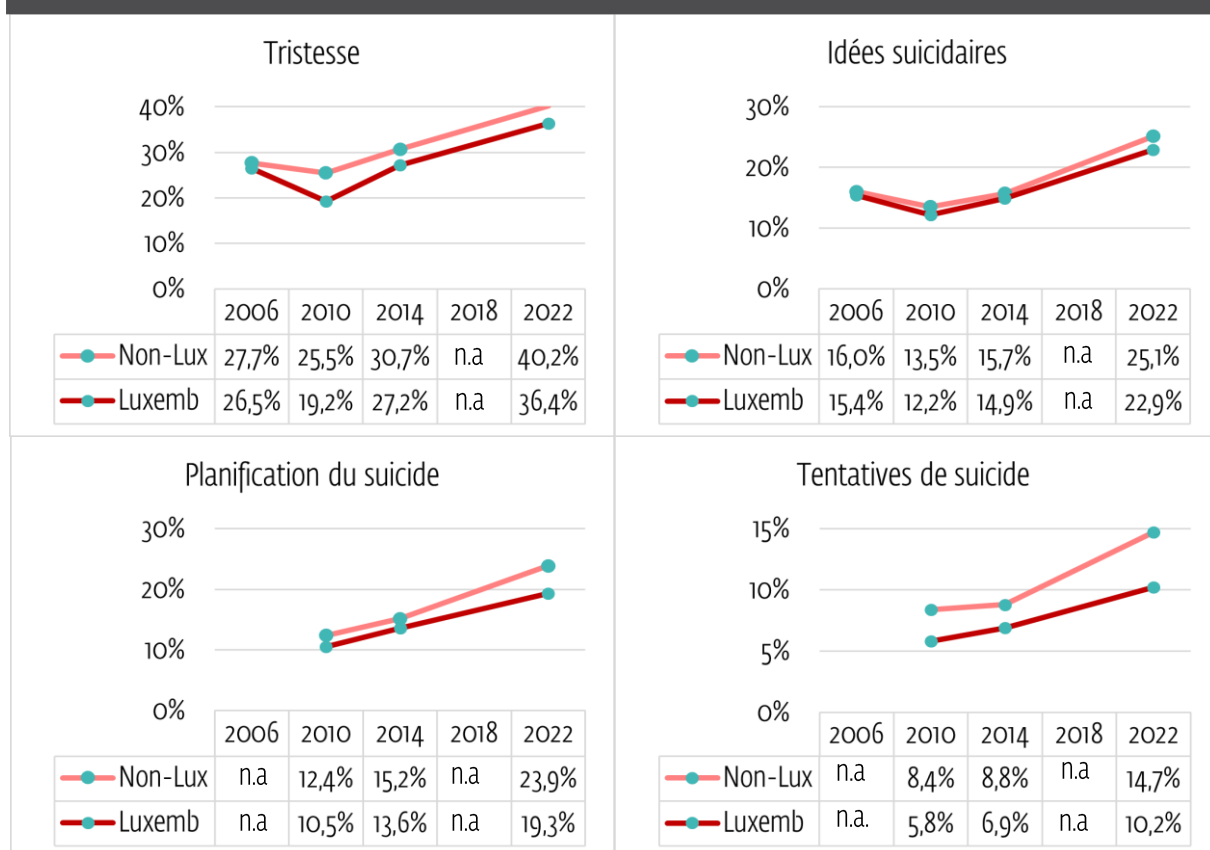
Des facteurs cognitifs et contextuels permettent d'affiner ces observations. Les jeunes adolescents réagissent souvent à des émotions intenses avec une capacité de projection limitée, ce qui rend les comportements suicidaires plus probables en cas de détresse aiguë. Les adolescents plus âgés, en revanche, possèdent un raisonnement abstrait et une capacité de réflexion sur soi-même plus développés, ce qui peut favoriser la rumination et une auto-évaluation négative prolongée (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Ces processus peuvent contribuer au maintien d'une tristesse chronique même si l'impulsivité comportementale diminue.

Avec l'âge, de nombreux adolescents semblent acquérir une plus grande résilience et bénéficier de réseaux de soutien plus larges, ce qui peut expliquer le déclin des comportements suicidaires. Cependant, lorsque des tentatives de suicide surviennent plus tard dans l'adolescence, elles sont souvent décrites comme médicalement plus graves et potentiellement mortelles, peut-être en raison d'une meilleure planification et d'un accès plus facile aux moyens (Jopling et al., 2022). Le contexte social des adolescents change considérablement au fil du temps. Le début de l'adolescence se caractérise par une forte influence des pairs, une sensibilité accrue au rejet et des transitions scolaires importantes, autant de facteurs qui peuvent précipiter des crises (Prinstein et al., 2001). Vers la fin de l'adolescence, les jeunes gagnent en autonomie, élargissent leurs stratégies d'adaptation et, dans de nombreux cas, ont déjà surmonté des crises antérieures – des éléments qui peuvent contribuer à réduire le risque de nouvelles tentatives. Cependant, la pression scolaire croissante, les crises identitaires et l'incertitude quant à l'avenir peuvent renforcer une tristesse persistante (Patton et al., 2016a).

Différences selon la nationalité

Les différences selon la nationalité apparaissent pour tous les indicateurs, bien qu'elles soient plus marquées pour les comportements suicidaires que pour la tristesse. En ce qui concerne la tristesse et les idées suicidaires, les adolescents luxembourgeois et non luxembourgeois ont déclaré des niveaux globalement similaires au cours des différentes vagues d'enquête, les jeunes non luxembourgeois présentant de manière constante des prévalences légèrement plus élevées (par exemple, en 2022, 40,2 % contre 36,4 % pour la tristesse et 25,1 % contre 22,9 % pour les idées suicidaires). Des disparités plus importantes sont observées pour la planification du suicide et les tentatives de suicide, les adolescents non luxembourgeois ayant déclaré des niveaux plus élevés à chaque vague. En 2022, 23,9 % des adolescents non luxembourgeois ont déclaré avoir planifié leur suicide, contre 19,3 % des adolescents luxembourgeois, et 14,7 % ont déclaré avoir fait des tentatives contre 10,2 %. Ces résultats suggèrent que, si la détresse émotionnelle est répandue dans les deux groupes, les adolescents non luxembourgeois sont légèrement plus susceptibles de déclarer des comportements suicidaires, en particulier la planification et les tentatives.

Figure 7 : Prévalence des comportements suicidaires au fil du temps (2006-2022) selon la nationalité



Des tendances comparables ont été observées dans d'autres contextes européens. En Allemagne, une vaste étude représentative a révélé que les adolescents ayant un parcours migratoire présentent une prévalence significativement plus élevée au niveau des idées suicidaires et des tentatives de suicide que leurs pairs nés dans le pays, avec des différences particulièrement marquées chez les filles (Donath et al., 2019). Une revue systématique récente a également conclu que les jeunes issus de l'immigration présentent un risque plus élevé d'automutilation et de

tentatives de suicide que les jeunes non immigrés ; les différences au niveau des idées suicidaires, en revanche, varient davantage d'une étude à l'autre (Basu et al., 2022a).

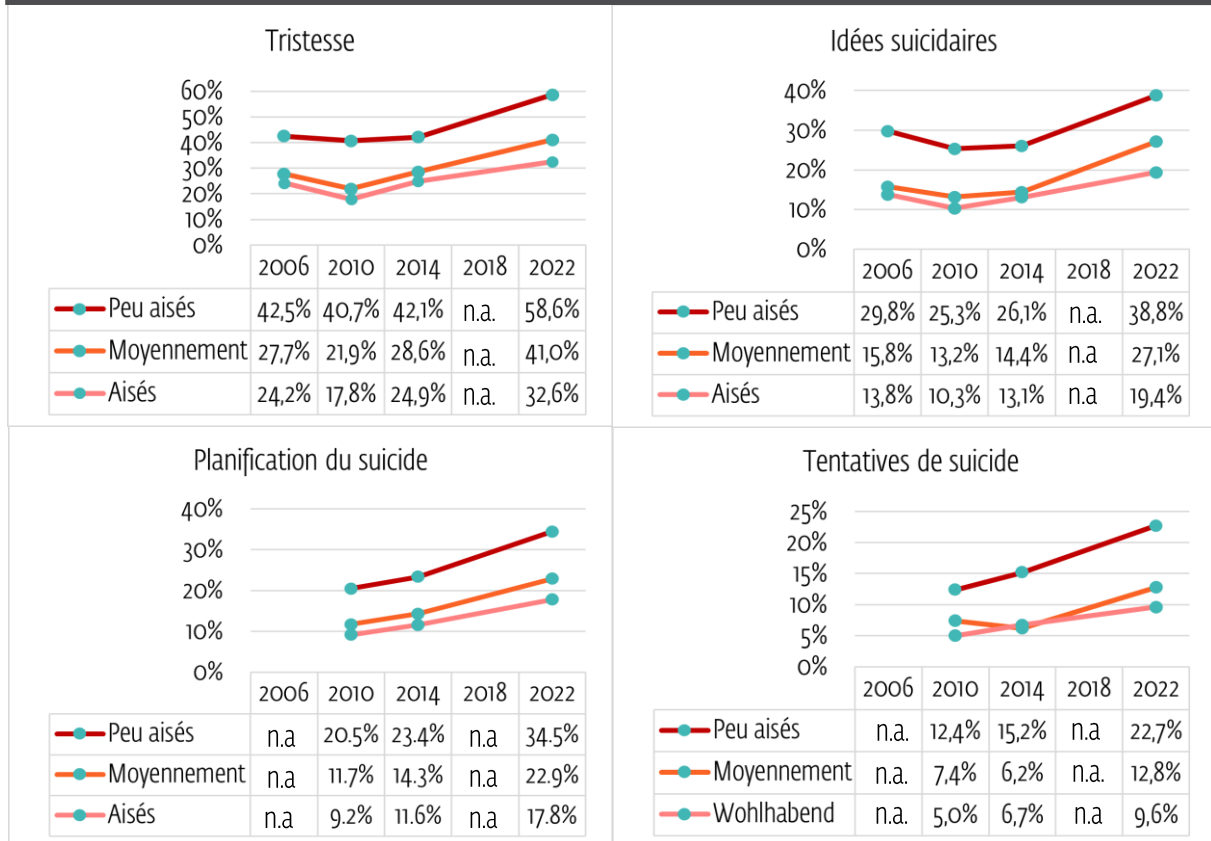
Ces résultats soulignent l'influence des déterminants sociaux plus larges sur le risque suicidaire. Les adolescents non luxembourgeois peuvent être confrontés à des difficultés supplémentaires liées à l'adaptation, aux différences culturelles ou à des niveaux variables de soutien familial et institutionnel (Delaruelle et al., 2021), qui sont des facteurs souvent associés à des taux plus élevés de comportements suicidaires. Il a également été démontré que les facteurs de stress liés à l'immigration, tels que les barrières linguistiques, les expériences de discrimination ou l'incertitude concernant le domicile et l'emploi des parents, contribuent à accroître la vulnérabilité psychologique pendant l'adolescence (Basu et al., 2022b ; Donath et al., 2019). Au Luxembourg, ces questions peuvent être particulièrement importantes compte tenu du contexte multilingue et multiculturel du pays. Une grande partie des adolescents a un parcours migratoire et doivent jongler entre plusieurs langues et attentes culturelles dans leur vie quotidienne, ce qui peut créer des exigences supplémentaires en matière d'intégration. Dans le même temps, les différences relativement faibles entre les adolescents luxembourgeois et non luxembourgeois en ce qui concerne la tristesse et les idées suicidaires suggèrent que la détresse émotionnelle est une préoccupation répandue dans tous les groupes. Cela montre l'importance de mettre en place des stratégies de prévention et de soutien à la fois universelles et axées sur l'équité, afin de garantir que les interventions sont accessibles et culturellement adaptées, tout en répondant aux besoins de tous les adolescents.

Différences socioéconomiques

Un gradient socioéconomique marqué est constaté pour tous les indicateurs. Les adolescents qui perçoivent leur famille comme peu aisée déclarent systématiquement les niveaux les plus élevés de tristesse et de suicidalité, tandis que ceux issus de familles aisées déclarent les niveaux les plus bas. On observe toutefois une forte augmentation chez les adolescents ayant qualifié la situation économique de leur famille de « moyenne ». En 2022, la tristesse touchait 58,6 % du groupe peu aisé, 41,0 % du groupe moyen (contre 22 % en 2010) et 32,6 % du groupe aisé. Des différences similaires sont observées pour les idées suicidaires (38,8 %, 27,1 % et 19,4 %), la planification du suicide (34,5 %, 22,9 % et 17,8 %) et les tentatives de suicide (22,7 %, 12,8 % contre 9,6 %). Ces résultats suggèrent que, si le gradient socioéconomique reste clair, les vulnérabilités ne se limitent pas aux plus défavorisés : les adolescents issus de ménages perçus comme « moyennement aisés » enregistrent également une forte augmentation de la tristesse et de la suicidalité, réduisant ainsi l'écart avec leurs pairs se percevant moins aisés.

Ces données nationales s'inscrivent dans les tendances observées à l'échelle internationale. Les rapports transnationaux de l'enquête HBSC mettent systématiquement en évidence l'impact des inégalités socioéconomiques sur la santé des adolescents : les jeunes issus de familles moins aisées déclarent une satisfaction de vie moindre, des troubles psychosomatiques plus fréquents et des symptômes dépressifs plus importants que leurs pairs plus aisés (étude HBSC, 2022). Ces disparités s'étendent à la suicidalité : une vaste étude multinationale menée dans 59 pays à revenu faible ou intermédiaire a révélé que les idées suicidaires, la planification du suicide et les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les adolescents issus de milieux défavorisés (Uddin et al., 2019). De même, une étude nationale représentative menée aux États-Unis a montré que le faible niveau de revenu familial est un facteur prédictif important des tentatives de suicide, au même titre que d'autres vulnérabilités telles que l'appartenance à une minorité et les comorbidités psychiatriques (Lawrence et al., 2021).

Figure 8 : Prévalence des comportements suicidaires au fil du temps (2006-2022) selon l'aisance familiale perçue



Les explications de ces inégalités mettent en avant l'impact de la privation matérielle perçue. Se sentir moins aisé que ses pairs peut accroître le stress, limiter les moyens de faire face et renforcer le sentiment de désespoir, en particulier pendant l'adolescence, où la comparaison sociale autour du bien-être matériel est particulièrement importante (Piera Pi-Sunyer et al., 2023 ; Smith et al., 2020). Les données luxembourgeoises coïncident avec cette tendance générale : la situation socioéconomique reste un déterminant fondamental de la santé des adolescents, les jeunes issus de familles moins aisées faisant systématiquement état de résultats moins bons (Catunda et al., 2023a ; Kirkbride et al., 2024). La persistance et, dans certains cas, le creusement de ces écarts entre 2014 et 2022 concordent avec les données indiquant que les facteurs de stress contextuels récents, tels que la pandémie de COVID-19 et la hausse du coût de la vie, ont touché de manière disproportionnée les familles défavorisées et pourraient avoir contribué à accentuer les inégalités en matière de santé mentale chez les adolescents (McGorry et al., 2025 ; Mmari & Moreau, 2025). Les stratégies de prévention doivent dès lors intégrer une forte dimension d'équité. Il est ainsi essentiel de veiller à ce que l'aide parvienne aux adolescents issus de familles moins aisées, tout en maintenant des mesures universelles qui réduisent la stigmatisation et favorisent la résilience dans l'ensemble des groupes sociaux.

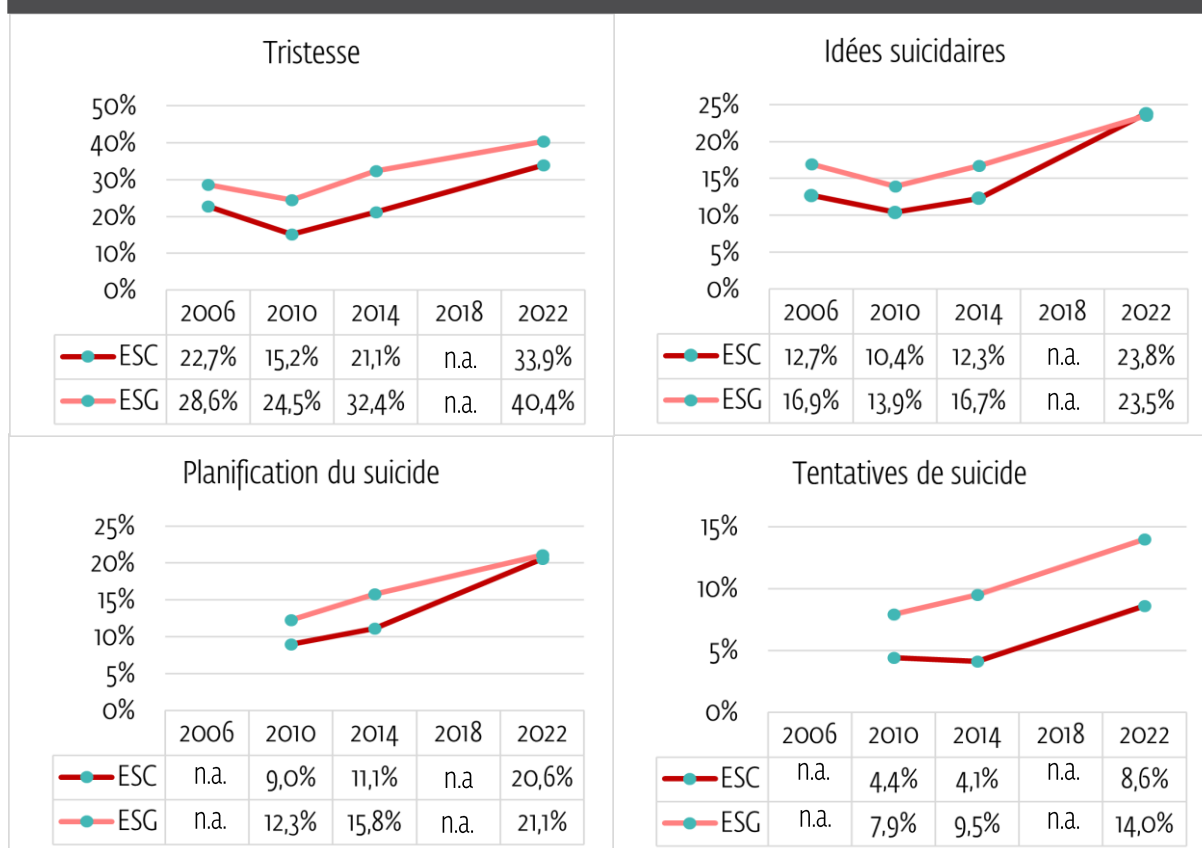
Différences selon l'ordre d'enseignement

Au Luxembourg, dans l'enquête HBSC, on distingue deux ordres d'enseignement scolaire dans l'enseignement secondaire : l'enseignement secondaire classique (ESC) et l'enseignement secondaire général (ESG). L'ESG englobe

des parcours hétérogènes, à savoir les voies de préparation et d'orientation des classes inférieures de l'enseignement secondaire général, ainsi que les classes supérieures de l'enseignement secondaire général. Bien que la formation professionnelle constitue une filière spécifique au sein du système éducatif luxembourgeois, elle est incluse dans la catégorie de l'ESG dans le cadre du présent rapport.

Des différences entre les ordres d'enseignement (ESC et ESG) apparaissent dans tous les indicateurs, bien que l'ampleur des écarts varie selon les dimensions considérées. En ce qui concerne la tristesse, les élèves de l'ESG enregistrent systématiquement des prévalences plus élevées que leurs camarades de l'ESC. En 2022, 40,4 % des élèves de l'ESG ont déclaré une tristesse prolongée, contre 33,9 % dans l'ESC, poursuivant ainsi une tendance déjà observée lors des vagues précédentes. En ce qui concerne les idées suicidaires, les disparités qui étaient évidentes les années précédentes se sont réduites. Les élèves de l'ESG ont enregistré une prévalence plus élevée en 2006 et 2010, tandis que l'écart s'est réduit en 2014, et en 2022, les niveaux sont presque identiques (23,8 % contre 23,5 %). La planification du suicide a suivi une tendance similaire. Les élèves de l'ESG ont enregistré des prévalences plus élevées en 2010 et 2014, mais en 2022, la différence était devenue marginale (21,1 % contre 20,6 %). En revanche, les tentatives de suicide montrent la disparité la plus nette et la plus persistante. Les élèves de l'ESG enregistrent systématiquement une prévalence plus élevée : 7,9 % contre 4,4 % en 2010, 9,5 % contre 4,1 % en 2014, et 14,0 % contre 8,6 % en 2022. Le creusement de cet écart suggère une vulnérabilité accrue des élèves de l'ESG, en ce qui concerne le passage des idées suicidaires et de la planification vers le passage à l'acte.

Figure 9 : Prévalence des comportements suicidaires au fil du temps (2006-2022) selon l'ordre d'enseignement



Les données provenant de plusieurs pays européens montrent des différences constantes au niveau des comportements suicidaires selon l'ordre d'enseignement, en particulier chez les élèves suivant un enseignement professionnel. En Belgique, les filles de l'enseignement secondaire professionnel ont déclaré des taux d'idées suicidaires beaucoup plus élevés (35 %) que celles de l'enseignement général (16 %) (Dierckens et al., 2019). En Norvège, les élèves de l'enseignement professionnel ont également déclaré une santé mentale plus fragile et des idées suicidaires plus fréquentes que leurs camarades de l'enseignement général (Dalen, 2012 ; Goll et al., 2024). En Allemagne, une enquête récente a révélé que 23 % des élèves de l'enseignement professionnel ont déclaré avoir des pensées suicidaires, soit près de trois fois la moyenne nationale chez les adolescents (Lamlé et al., 2023). Ces résultats internationaux permettent de replacer les données luxembourgeoises dans un contexte européen plus large d'inégalités liées au parcours scolaires, même si l'organisation des systèmes éducatifs varie d'un pays à l'autre.

Considérées dans leur ensemble, ces données suggèrent que les élèves engagés dans des filières à orientation professionnelle en Europe pourraient être plus vulnérables aux comportements suicidaires que leurs pairs de l'enseignement général. Au Luxembourg, cependant, l'absence de disparités entre les ordres d'enseignement en ce qui concerne les idées suicidaires et la planification du suicide en 2022 contraste avec les résultats dans d'autres pays et suggère que la détresse émotionnelle est désormais répandue dans les deux ordres d'enseignement secondaire. Néanmoins, la persistance des écarts au niveau des tentatives de suicide indique que les élèves de l'ESG pourraient être confrontés à des difficultés supplémentaires. Bien que ces mécanismes ne soient pas directement examinés dans les présentes analyses, des recherches antérieures sur les inégalités en matière d'éducation ont mis en évidence plusieurs facteurs susceptibles de contribuer à ces tendances, notamment une plus grande insécurité socioéconomique, la stigmatisation perçue associée aux filières non académiques, ainsi qu'un manque de soutien du milieu familial et social (OCDE, 2023 ; Spruyt et al., 2015). Ces facteurs peuvent être particulièrement pertinents compte tenu de la composition sociale et de l'hétérogénéité de l'ESG au Luxembourg. Le milieu scolaire représente donc un cadre important pour les actions de prévention, tant pour atténuer les difficultés quotidiennes que pour répondre à l'augmentation générale de la détresse chez les adolescents.

Ce chapitre a montré que la prévalence des indicateurs des comportements suicidaires chez les adolescents au Luxembourg, à savoir la tristesse, les idées suicidaires, la planification du suicide et les tentatives de suicide, a augmenté entre 2006 et 2022. Ces tendances préoccupantes soulignent la nécessité d'aller au-delà de la simple description de la prévalence afin d'examiner les facteurs qui contribuent au risque suicidaire.

Les chapitres suivants examineront ce risque suicidaire selon le mode de vie des adolescents et leur identité de genre. Afin d'examiner plus en détail ces aspects spécifiques des comportements suicidaires chez les adolescents au Luxembourg, les chapitres suivants s'appuient sur les conclusions de deux articles évalués par des pairs :

- Bitar, S., Mendes, F. G., Lopes Ferreira, J., Samuel, R., & Catunda, C. (2026). Adolescent health lifestyles and suicidality: Emerging risks in a latent class analysis. **Cambridge Prisms: Global Mental Health**.
- Bitar, S., Mendes, F. G., Lopes Ferreira, J., & Catunda, C. (en cours de révision). *Disparities in adolescent well-being and suicidal behaviours among cisgender and gender minority youth: Moderating effects of bullying and peer support*. Manuscrit en cours de révision.

Comportements de santé et suicidalité chez les adolescents

Ce chapitre est basé sur un article publié et évalué par des pairs. Pour plus de détails, veuillez vous référer à :

- Bitar, S., Mendes, F. G., Lopes Ferreira, J., Samuel, R., & Catunda, C. (2026). Adolescent health lifestyles and suicidality: Emerging risks in a latent class analysis. **Cambridge Prisms: Global Mental Health**.

Introduction

Si les inégalités sociales restent des déterminants clés, les comportements quotidiens des adolescents en matière de santé ont également un impact majeur sur leur vulnérabilité. De nombreuses recherches ont établi un lien entre la consommation de substances, notamment l'alcool, le tabac et les cigarettes électroniques, et un risque accru d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (Javed et al., 2022 ; Lee et al., 2021 ; Wu et al., 2004). De même, l'inactivité physique (Michael et al., 2020), une mauvaise alimentation, (faible consommation de fruits et légumes ou consommation élevée de boissons sucrées) (Heslin & McNulty, 2023 ; Shawon et al., 2023), et une utilisation problématique des réseaux sociaux (Sedgwick et al., 2019) ont été associées à une mauvaise santé mentale et à une suicidalité accrue. L'adolescence est une période particulièrement sensible. Ces comportements apparaissent généralement au cours de cette phase de développement, façonnée par l'influence des pairs, la recherche d'identité et l'environnement social (Patton et al., 2016b).

Notons par ailleurs que ces comportements se manifestent rarement de manière isolée. Ils tendent plutôt à s'inscrire dans des configurations globales de comportements de santé qui découle à la fois des choix individuels et des conditions structurelles (Cockerham, 2005 ; Mollborn et al., 2021). Conformément à la théorie du risque cumulatif, la cooccurrence de plusieurs comportements délétères pour la santé peut amplifier la vulnérabilité à la dépression et à la suicidalité, au-delà de l'effet d'un seul comportement à risque (Xiao et al., 2019). Dans cette perspective l'analyse des modes de vie dans leur globalité offre une compréhension plus fine des groupes d'adolescents les plus exposés.

Pour saisir cette complexité, ce chapitre applique une approche centrée sur la personne s'appuyant sur l'analyse de classes latentes (ACL) afin d'identifier différents profils de comportements de santé chez les adolescents au Luxembourg. En examinant les liens entre ces profils et les idées suicidaires et tentatives de suicide, l'analyse fournit une image plus complète des mécanismes comportementaux menant à la suicidalité, apportant un éclairage complémentaire aux tendances et aux inégalités sociales décrites dans le chapitre précédent.

Méthodes

Variables liées aux comportements de santé

Sept indicateurs ont été utilisés pour décrire les comportements de santé des adolescents, à savoir :

- Consommation de fruits : les adolescents déclarant consommer des fruits au moins une fois par jour ont été classés comme consommateurs quotidiens, conformément aux recommandations de santé publique (Vereecken et al., 2015).
- Consommation de légumes : les adolescents déclarant consommer des légumes au moins une fois par jour ont également été classés comme consommateurs quotidiens (Vereecken et al., 2015).
- Activité physique : conformément aux directives de l'OMS, les adolescents déclarant avoir pratiqué au moins 60 minutes d'activité physique quotidienne au cours de la semaine écoulée ont été classés comme respectant la recommandation (*Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité*, 2020).
- Consommation de cigarettes : les adolescents ayant déclaré avoir fumé des cigarettes au moins un jour au cours des 30 derniers jours ont été classés comme fumeurs actuels (Charrier et al., 2024).
- Utilisation de cigarettes électroniques : les adolescents ayant déclaré avoir vapoté au moins un jour au cours des 30 derniers jours ont été classés comme utilisateurs actuels de cigarettes électroniques.
- Consommation d'alcool : les adolescents ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au moins un jour au cours des 30 derniers jours ont été classés comme consommateurs actuels d'alcool.
- Utilisation problématique des réseaux sociaux : l'échelle des troubles liés aux médias sociaux (*Social Media Disorder Scale*) (van den Eijnden et al., 2016) a été utilisée pour évaluer les comportements de dépendance vis-à-vis des réseaux sociaux. Les adolescents ayant déclaré six symptômes ou plus ont été classés comme utilisateurs problématiques (Boer et al., 2022).

Variables liées aux comportements suicidaires

Deux questions ont été posées afin d'évaluer les comportements suicidaires :

- Idées suicidaires : « Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à une tentative de suicide ? » (oui/non).
- Tentatives de suicide : « Combien de fois as-tu fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois ? »
Les réponses ont été regroupées en deux catégories : aucune tentative et au moins une tentative.

Analyses statistiques

Afin d'identifier des sous-groupes d'adolescents ayant des configurations similaires de comportements liés à la santé, nous avons appliqué l'ACL, une méthode statistique qui regroupe les individus en fonction de profils de mode de vie communs (Weller et al., 2020). Le nombre de profils a été choisi à l'aide de critères traditionnels, notamment l'ajustement statistique, la taille des profils et l'interprétabilité (Nagin, 2009). Chaque profil a ensuite été décrit en fonction de ses caractéristiques comportementales et sociodémographiques.

Nous avons examiné les associations entre les profils de comportements de santé et les comportements suicidaires (idées et tentatives) à l'aide de modèles de régression logistique à effets mixtes, tenant compte de la structure hiérarchique des données (élèves imbriqués dans les classes scolaires). Des modèles bruts et ajustés ont été utilisés,

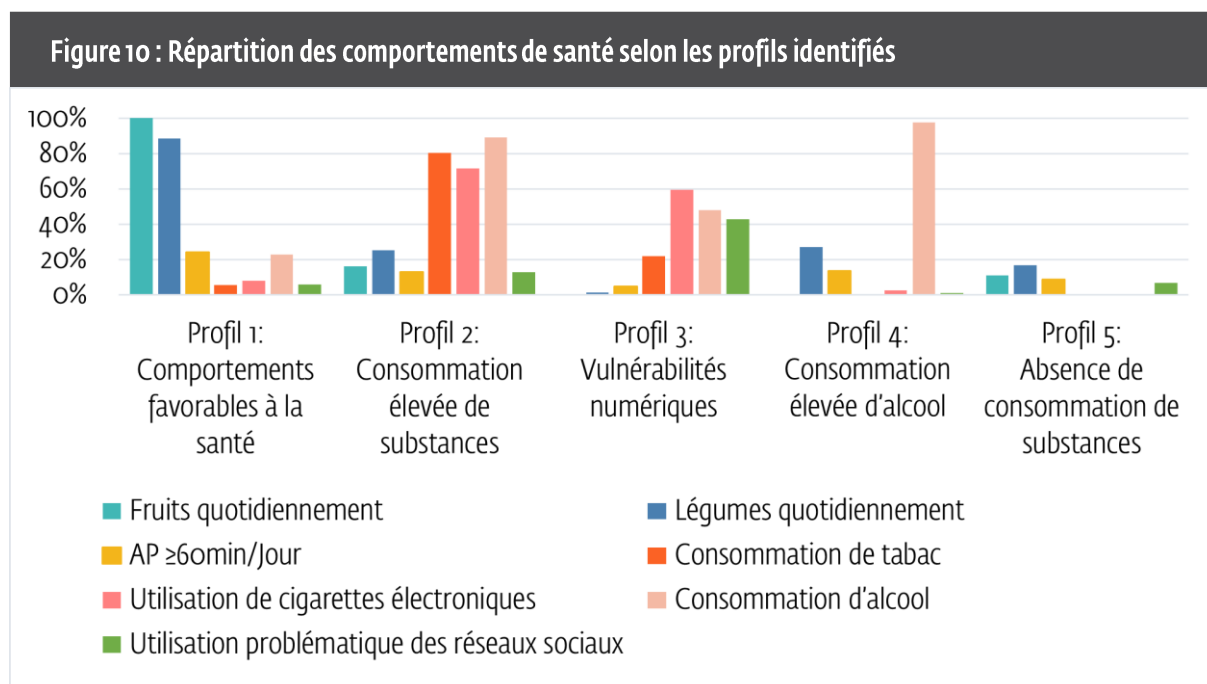
avec des ajustements pour l'âge, le statut migratoire, la structure familiale, l'aisance familiale et l'ordre d'enseignement suivi.

Résultats et discussion

L'analyse de classes latentes a permis d'identifier cinq profils distincts de comportements de santé chez les adolescents au Luxembourg. Comme le montre la Figure 10 : Répartition des comportements de santé selon les profils identifiés, chaque profil correspond à une combinaison unique d'habitudes alimentaires, d'activité physique, de consommation de substances et de comportements en lien avec les médias sociaux.

Nous décrivons ci-dessous les cinq profils ainsi que l'ampleur des différents comportements au sein de chacune d'elles :

- Le Profil 1 (comportements favorables à la santé) (23,4 %) se caractérise par une consommation quotidienne de fruits (100 %) et de légumes (88,6 %) bien supérieure à la moyenne ainsi qu'un niveau plus élevé d'activité physique (24,3 %). Le tabagisme (5,4 %), l'utilisation de cigarettes électroniques (7,9 %), la consommation d'alcool (12,9 %) et l'utilisation problématique des réseaux sociaux (5,8 %) sont tous bien inférieurs aux moyennes observées dans l'échantillon.
- Le Profil 2 (consommation élevée de substances) (15,3 %) est caractérisé par une faible consommation quotidienne de fruits (16,1 %) et de légumes (25,3 %) et des niveaux très élevés de consommation de substances : consommation de tabac (80,3 %), utilisation de cigarettes électroniques (71,7 %) et consommation d'alcool (89,1 %). L'utilisation problématique des réseaux sociaux (12,8 %) est légèrement supérieure à la moyenne.
- Le Profil 3 (vulnérabilités numériques) (5,2 %) présente les niveaux les plus faibles de comportements favorables à la santé, à savoir aucune consommation quotidienne de fruits (0 %), une consommation minimale de légumes (1,3 %) et une activité physique très faible (4,7 %). L'utilisation de cigarettes électroniques est élevée (59,4 %) et l'utilisation problématique des réseaux sociaux est la plus élevée de tous les groupes (42,8 %).
- Le Profil 4 (consommation élevée d'alcool) (12,2 %) se caractérise par une consommation quasi généralisée d'alcool (97,6 %) et des niveaux très faibles pour les autres variables : consommation de tabac (0,0 %), utilisation de cigarettes électroniques (2,4 %) et utilisation problématique des réseaux sociaux (1,1 %). Les comportements sains sont également faibles (0 % de fruits quotidiens, 27,1 % de légumes quotidiens, 13,7 % d'activité physique).
- Le Profil 5 (absence de consommation de substances) (43,9 %) est caractérisé par une consommation de fruits (11,1 %) et de légumes (16,9 %) inférieure à la moyenne, une faible activité physique (8,8 %) et une absence totale de consommation de tabac, de cigarette électronique ou d'alcool (0,0 % pour l'ensemble de ces comportements).



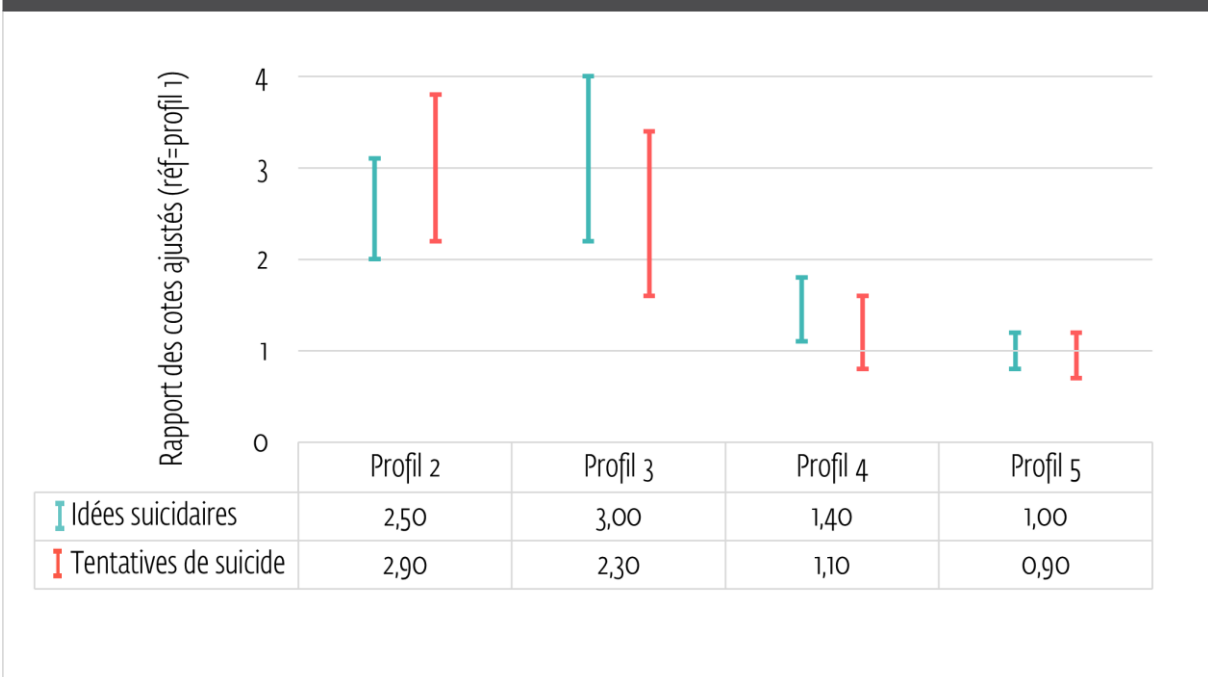
L'examen des associations avec les comportements suicidaires (Figure 11) met en évidence des différences marquées entre les profils. Par rapport aux adolescents du groupe présentant les comportements les plus favorables à la santé (Profil 1), ceux du Profil 2 (consommation élevée de substances) présentent plus de deux fois plus de risque d'avoir des idées suicidaires (rapport des cotes, RC = 2,5 ; intervalle de confiance à 95 %, IC : 2,0 - 3,1) et près de trois fois plus de risque d'avoir fait une tentative de suicide (RC = 2,9, IC à 95 % : 2,2 - 3,8). De même, les adolescents du Profil 3 (vulnérabilités numériques) affichent également des risques significativement élevés d'idées suicidaires (RC = 3,0, IC à 95 % : 2,2 - 4,0) et de tentatives de suicide (RC = 2,3, IC à 95 % : 1,6 - 3,4). En revanche, le Profil 4 (consommation élevée d'alcool) est associé à des idées suicidaires plus fréquentes (RC = 1,4, IC à 95 % : 1,1 - 1,8), mais ne présente aucun lien significatif avec les tentatives de suicide. Enfin, les résultats des adolescents du Profil 5 (aucune consommation de substances) s'apparentent à ceux du Profil 1 pour l'ensemble des indicateurs (des résultats descriptifs supplémentaires sont fournis dans Bitar et al., 2025).

Le schéma observé pour le Profil 2 (consommation élevée de substances) soutient l'hypothèse selon laquelle la cooccurrence de plusieurs comportements de santé défavorables contribue à de mauvais résultats en matière de santé mentale (Xiao & Lu, 2019). Les adolescents de ce groupe cumulent consommation de tabac, utilisation de cigarettes électroniques, consommation d'alcool et une mauvaise alimentation. Chacun de ces comportements est associé à des troubles du sommeil, à des difficultés de régulation émotionnelle et à une stabilité psychologique limitée (Khanna et al., 2019 ; Phiri et al., 2023 ; Riehm et al., 2019). Lorsqu'ils sont combinés, ces risques semblent augmenter la vulnérabilité à la dépression, au désespoir et, à terme, aux comportements suicidaires (Campbell et al., 2020).

Le Profil 3 (vulnérabilités numériques) indique un schéma de risque différent. Les adolescents appartenant à ce profil ont déclaré une utilisation élevée de cigarettes électroniques et une utilisation problématique des réseaux sociaux, ainsi qu'une très mauvaise alimentation et une activité physique quasi inexistante. Des recherches antérieures ont montré que l'utilisation problématique des réseaux sociaux est associée à des troubles du sommeil, à des comparaisons sociales négatives et au cyberharcèlement (Paakkari et al., 2021), tandis que le vapotage est lié à une

impulsivité et à des difficultés à réguler ses émotions (Javed et al., 2022). Ensemble, et en l'absence d'habitudes protectrices telles qu'une alimentation saine et une activité physique, ces comportements constituent un profil spécifique de vulnérabilité numérique. Des études longitudinales récentes suggèrent également que l'utilisation excessive du numérique peut accentuer les symptômes internalisés, lesquels à leur tour augmentent la probabilité de recourir au vapotage, créant ainsi un cercle auto-entretenu (Zhang et al., 2023). Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte non seulement les comportements traditionnels liés à la santé, mais aussi l'impact croissant des environnements numériques.

Figure 11 : Associations ajustées entre les profils de comportements de santé et les comportements suicidaires



Remarque : les rapports de cotes ajustés comparent chaque profil de comportements de santé au Profil 1 (« comportements favorables à la santé »), qui sert de référence (RC = 1). Les RC supérieurs à 1 indiquent un risque accru d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide. Les barres d'erreur indiquent des intervalles de confiance à 95 %.

En ce qui concerne le Profil 4 (consommation élevée d'alcool), presque tous les adolescents ont déclaré boire, mais ne pas présenter d'autres comportements à risque. Ce groupe enregistrait un risque plus élevé d'idées suicidaires, mais pas de tentatives de suicide. La consommation excessive d'alcool est depuis longtemps associée à une augmentation des idées suicidaires chez les adolescents (Lee et al., 2021). Cependant, le passage des pensées suicidaires aux tentatives de suicide pourrait impliquer des facteurs psychologiques ou contextuels supplémentaires, tels qu'une dysrégulation émotionnelle, une diminution de la peur de l'automutilation ou une déconnexion des environnements protecteurs (Klonsky et al., 2021), qui ne semblent pas clairement reflétés dans le profil comportemental observé dans ce groupe. Le maintien relatif de l'activité physique dans ce groupe peut également offrir une protection supplémentaire.

Enfin, le Profil 5 (absence de consommation de substances) ne diffère pas du groupe présentant les comportements les plus favorables à la santé en termes d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide. Cela souligne le rôle protecteur de l'absence de consommation de substances, même lorsque la qualité de l'alimentation et l'activité physique sont

moins favorables (Mars et al., 2019). Dans ce groupe, l'absence de consommation de substances semble l'emporter sur les risques liés à d'autres comportements, offrant ainsi une protection importante contre les comportements suicidaires.

En résumé, les comportements des adolescents en matière de santé peuvent être regroupés en profils distincts qui influencent considérablement leurs comportements suicidaires. Les personnes qui adoptent plusieurs comportements à risque, en particulier la consommation de substances et l'utilisation problématique des réseaux sociaux, sont les plus exposées aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide, tandis que les adolescents qui ne consomment pas de substances présentent des risques comparables à ceux ayant un mode de vie particulièrement sain, même s'ils ont d'autres habitudes moins saines. Ces résultats révèlent la nature cumulative et interdépendante des comportements liés à la santé dans le développement du bien-être mental des adolescents. La promotion de modes de vie équilibrés et protecteurs, tant hors ligne qu'en ligne, pourrait être essentielle pour réduire la suicidalité chez les jeunes.

Minorité de genre et suicidalité

Ce chapitre s'appuie sur les résultats d'un article scientifique publié et évalué par des pairs. Pour plus de détails, veuillez-vous référer à :

- Bitar, S., Mendes, F. G., Lopes Ferreira, J., & Catunda, C. (en cours de révision). *Disparities in adolescent well-being and suicidal behaviours among cisgender and gender minority youth: Moderating effects of bullying and peer support*. Manuscrit en cours de révision.

Introduction

Les adolescents non cisgenres, dont l'identité de genre diffère de leur genre assigné à la naissance, font systématiquement état d'un niveau de bien-être inférieur (Clark et al., 2014) et d'un taux plus élevé d'idées suicidaires et de tentatives de suicide que leurs pairs cisgenres (Mesznik et al., 2025).

La théorie du stress minoritaire (Meyer, 2003) fournit un cadre explicatif central pour comprendre ces disparités. Elle suggère qu'une exposition chronique à la discrimination contribue à une internalisation du stigma, qui entraîne des problèmes de santé mentale. Les adolescents appartenant à une minorité de genre sont plus susceptibles d'être confrontés à des facteurs de stress spécifiques, notamment le rejet familial, la victimisation et l'exclusion sociale, qui exacerbent la détresse psychosociale (Russell & Fish, 2016 ; Tebbe & Budge, 2022).

Dans une perspective écologique, les pairs sont une composante centrale du microsystème des adolescents, exerçant une forte influence sur les sentiments d'appartenance, de validation ou de rejet (Blum et al., 2022 ; Pfeifer & Berkman, 2018). Un environnement social où les pairs se montrent bienveillants peut offrir une protection en favorisant l'affirmation de soi, l'empathie et le partage d'expériences (Lynn Mulvey et al., 2017), tandis que les contextes négatifs, en particulier le harcèlement, sont fortement associés à un risque suicidaire accru (Lynn Mulvey et al., 2017). Pour les adolescents appartenant à une minorité de genre, le soutien des pairs peut s'avérer particulièrement important pour compenser les risques, car il les aide à affirmer leur identité et favorise leur résilience (McDonald, 2018). À l'inverse, le harcèlement peut exacerber le stress lié à l'appartenance à une minorité, entraînant une détresse émotionnelle et une vulnérabilité accrue à la suicidalité (Henderson et al., 2022).

Malgré une reconnaissance croissante de ces dynamiques, les données demeurent limitées pour comprendre comment l'environnement des pairs influence le risque suicidaire chez les adolescents appartenant à une minorité de genre. Plus particulièrement, on ne sait pas vraiment si les effets protecteurs du soutien des pairs et les effets néfastes du harcèlement fonctionnent de la même manière pour les adolescents non cisgenres et cisgenres.

Ce chapitre examine donc les différences de comportements suicidaires entre les adolescents cisgenres et non cisgenres au Luxembourg et évalue le rôle modérateur du harcèlement et du soutien des pairs.

Méthodes

Statut de genre

Le statut de genre a été évalué à l'aide de deux questions. La première question portait sur le genre attribué à la naissance, avec comme options de réponse « Garçon » ou « Fille ». La deuxième question portait sur l'identité de genre, avec les options de réponse suivantes : « Je me sens comme un garçon », « Je me sens comme une fille », « Je ne me sens ni comme un garçon ni comme une fille » et « Je me sens différent(e) ». Les réponses à ces deux questions ont été combinées pour créer une variable binaire indiquant le statut de genre : les participants ont été classés comme cisgenres (identité de genre correspondant au genre assigné à la naissance) ou non cisgenres (identité de genre ne correspondant pas au genre assigné à la naissance), ces derniers étant considérés comme une minorité de genre.

Comportements suicidaires

Deux questions ont été posées pour évaluer les comportements suicidaires :

- Idées suicidaires : « Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à une tentative de suicide ? » (oui/non).
- Tentatives de suicide : « Combien de fois as-tu fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois ? »
Les réponses ont été regroupées en deux catégories : aucune tentative et au moins une tentative.

Contexte des pairs

- *Soutien des pairs* : évalué à l'aide de l'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support*) (Dahlem et al., 1991). Les adolescents ont été invités à indiquer dans quelle mesure ils sont d'accord avec des affirmations évaluant le soutien perçu de la part de leurs amis. Les réponses ont été enregistrées sur une échelle de Likert à sept points allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Les adolescents ayant obtenu un score moyen $\geq 5,5$ ont été classés comme bénéficiant d'un soutien élevé de leurs pairs.
- *Harcèlement en milieu scolaire* : évalué sur la base de l'item HBSC adapté du questionnaire agresseur-victime d'Olweus (*Olweus Bully/Victim Questionnaire*) (Cikili-Uytun et al., 2022). Les adolescents ont été invités à indiquer s'ils ont été victimes de harcèlement à l'école, avec cinq options de réponse : (1) « Je n'ai pas été harcelé(e) à l'école au cours des derniers mois » ; (2) « C'est arrivé 1 ou 2 fois » ; (3) « 2 ou 3 fois par mois » ; (4) « Environ une fois par semaine » ; et (5) « Plusieurs fois par semaine ». Le harcèlement est considéré comme présent s'il s'est produit au moins 2 à 3 fois par mois.

Analyses statistiques

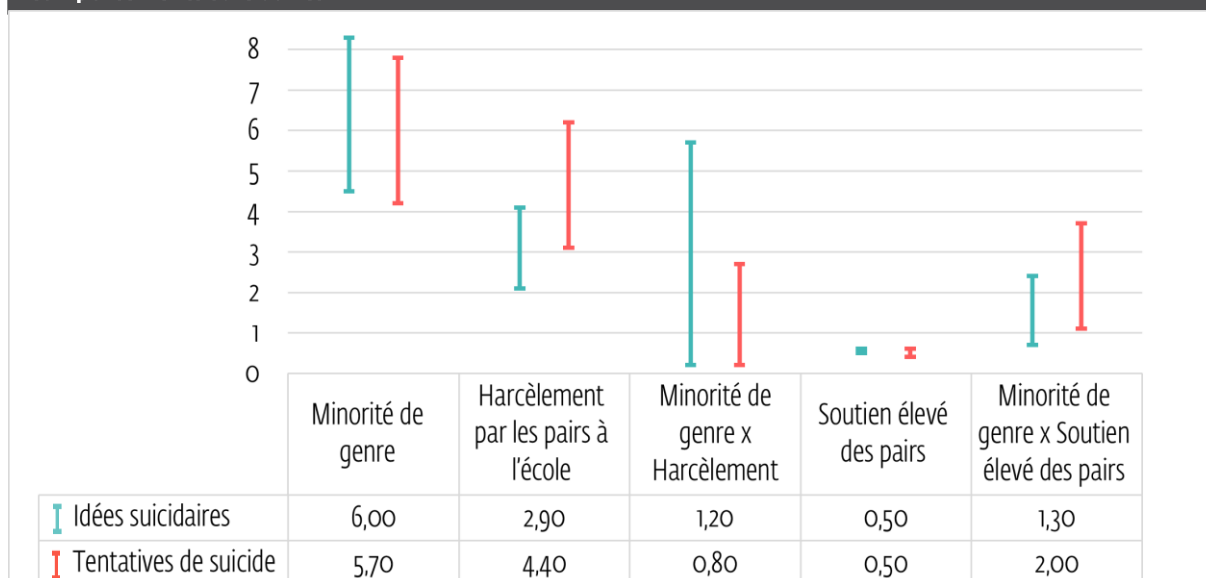
Des modèles de régression logistique pondérés ont été utilisés pour les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Des modèles bruts et ajustés ont été utilisés, avec des ajustements pour certaines variables sociodémographiques (âge, statut migratoire, structure familiale, aisance familiale et ordre d'enseignement). Les termes d'interaction ont permis de vérifier si le harcèlement et le soutien des pairs modèrent les associations entre l'identité de genre et les effets étudiés. Dans les cas où des interactions statistiquement significatives ont été détectées, des analyses stratifiées ont été effectuées afin d'explorer plus en détail l'association au sein des sous-groupes. Conformément aux

recommandations de VanderWeele et Knol (Knol & VanderWeele, 2012), nous avons appliqué une approche par groupe de référence commune : toutes les comparaisons ont été effectuées par rapport à une seule catégorie de référence.

Résultats et discussion

Parmi les 5 966 adolescents qui ont fourni des informations sur leur identité de genre, 50,4 % s'identifient comme des garçons, 46,1 % comme des filles et 3,5 % comme appartenant à une minorité de genre. Des disparités marquées sont apparues entre les adolescents cisgenres et non cisgenres. En effet, 64,2 % des adolescents appartenant à une minorité de genre ont déclaré avoir eu des idées suicidaires, contre 29,6 % des filles cisgenres et 14,8 % des garçons cisgenres. Les tentatives de suicide font apparaître le contraste le plus marqué : 42,2 % des adolescents appartenant à une minorité de genre ont fait une tentative de suicide au cours de l'année écoulée, contre 14,1 % des filles cisgenres et 7 % des garçons cisgenres. Les analyses de régression ont confirmé ces écarts, les adolescents appartenant à une minorité de genre présentent un risque six fois plus élevé d'avoir des idées suicidaires (RC = 6,0, IC à 95 % : 4,5 - 8,3) et un risque près de six fois plus élevé de tentatives de suicide (RC = 5,7, IC à 95 % : 4,2 - 7,8). La Figure 12 : Associations ajustées entre l'identité de genre, le harcèlement, le soutien des pairs et les comportements suicidaires donne un aperçu des associations ajustées, y compris les principaux effets du statut de minorité de genre, du harcèlement et du soutien des pairs, ainsi que leurs interactions (voir Bitar et al., 2025, pour les modèles ajustés et non ajustés complets).

Figure 12 : Associations ajustées entre l'identité de genre, le harcèlement, le soutien des pairs et les comportements suicidaires



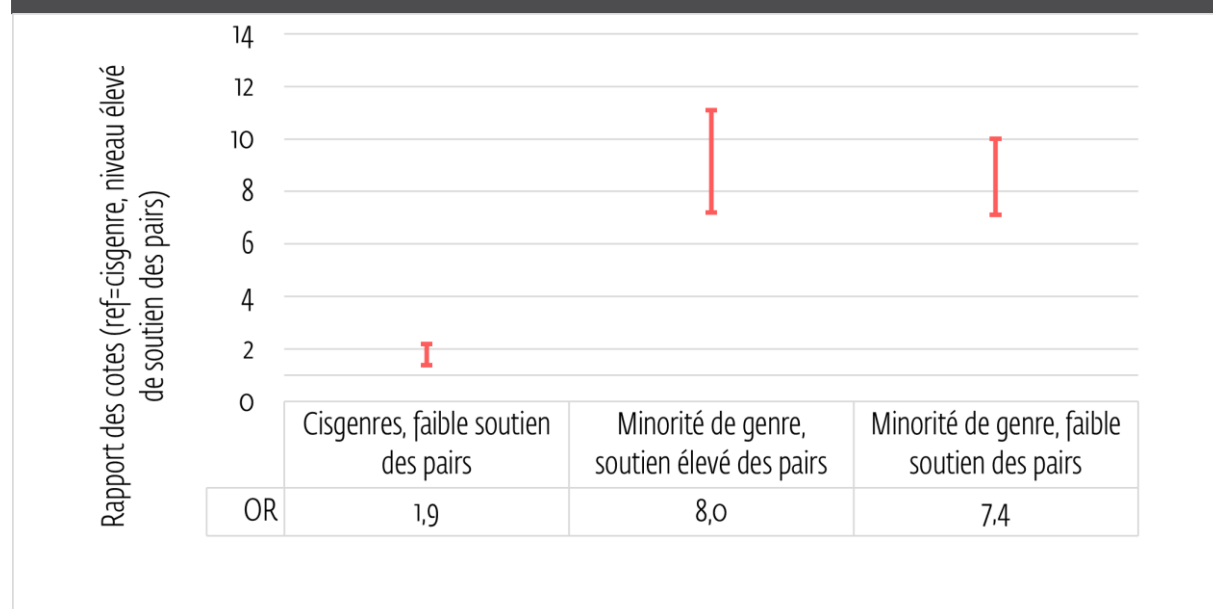
Remarque : les valeurs représentent les rapports de cotes ajustés (RC). Les RC supérieurs à 1 indiquent un risque accru d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide. Les barres d'erreur indiquent des intervalles de confiance à 95 %.

Une méta-analyse d'études publiées jusqu'en 2018 donne des estimations de prévalence combinées de 28 % pour les idées suicidaires et de 14,8 % pour les tentatives de suicide chez les adolescents appartenant à une minorité de genre (Surace et al., 2021), soulignant la gravité et la constance de ces risques dans toutes les études. Ces estimations sont nettement inférieures à celles observées dans la présente étude (respectivement 64,2 % et 42,2 %), ce qui reflète probablement à la fois l'inclusion de données plus récentes et des différences méthodologiques. Plus particulièrement,

l'échantillonnage scolaire utilisé dans l'enquête HBSC au Luxembourg peut fournir une estimation plus représentative des difficultés rencontrées par les adolescents appartenant à une minorité de genre au sein de la population générale, car il inclut également les jeunes qui n'en ont pas encore parlé ouvertement ou qui ne sont pas liés aux communautés LGBTQ+ ou aux services de soutien, et qui seraient donc sous-représentés dans les échantillons cliniques ou communautaires. Une vaste étude française menée en milieu scolaire a également révélé que 30,7 % des adolescents appartenant à une minorité en matière d'orientation sexuelle ont déclaré avoir tenté de se suicider, contre 10,6 % de leurs pairs hétérosexuels (Wang et al., 2023). Au Luxembourg, la petite taille et la nature très soudée de la société peuvent exacerber la visibilité et la vulnérabilité perçue des jeunes appartenant à des minorités de genre, ce qui pourrait amplifier leur sentiment d'être observés ou vulnérables. Des mécanismes similaires ont été décrits dans des contextes sociaux plus petits ou moins anonymes, où un faible niveau d'anonymat a été associé à un stress minoritaire accru et à une détresse psychologique chez les populations appartenant à des minorités sexuelles et de genre (Liu et al., 2023).

Le harcèlement à l'école est fortement lié à des comportements suicidaires chez tous les adolescents. Ceux qui ont déclaré avoir été victimes de harcèlement présentent un risque accru d'idées suicidaires (RC = 2,9, IC à 95 % : 2,1 - 4,1) et de tentatives de suicide (RC = 4,4, IC à 95 % : 3,1 - 6,2). Cependant, aucune interaction statistiquement significative n'a été observée, ce qui indique que l'effet du harcèlement sur la suicidalité ne diffère pas de manière significative entre les adolescents cisgenres et non cisgenres. Néanmoins, des recherches antérieures suggèrent que les adolescents appartenant à une minorité de genre peuvent souffrir de formes de victimisation plus persistantes et liées à leur identité (Earnshaw et al., 2016 ; Henderson et al., 2022).

Figure 13 : Analyse stratifiée de l'association entre l'identité de genre et les tentatives de suicide, selon le niveau de soutien des pairs



Remarque : les RC représentent les risques relatifs de tentative de suicide par rapport aux adolescents cisgenres bénéficiant d'un niveau élevé de soutien de la part de leurs pairs (groupe de référence). Les valeurs supérieures à 1 indiquent une augmentation des risques. Les barres d'erreur indiquent des intervalles de confiance à 95 %.

Le soutien des pairs est associé à un risque moindre d'idées suicidaires (RC = 0,5, IC à 95 % : 0,5 - 0,6) et de tentatives de suicide (OR = 0,5, IC à 95 % : 0,4 - 0,6). Toutefois, les analyses d'interaction ont montré que l'effet protecteur du soutien des pairs contre les tentatives de suicide est plus faible chez les adolescents appartenant à une minorité de genre (RC d'interaction = 2,0, IC à 95 % : 1,1 - 3,7). Des analyses stratifiées ont confirmé que, si un soutien important de la part des pairs réduit les tentatives de suicide chez les adolescents cisgenres (RC = 1,9, IC à 95 % : 1,6 - 2,2), les adolescents appartenant à une minorité de genre restent exposés à un risque élevé, quel que soit le niveau de soutien de leurs pairs (RC = 8,0, IC à 95 % : 4,9 - 12,9 pour un niveau de soutien élevé des pairs ; RC = 7,4, IC à 95 % : 4,8 - 11,4 pour un faible soutien des pairs ; Figure 13). Ces résultats montrent que les relations avec les pairs, même bénéfiques, ne suffiraient pas pour compenser les risques spécifiques auxquels sont confrontés les jeunes appartenant à une minorité de genre si elles ne permettent pas d'affirmer explicitement leur identité de genre (Johns et al., 2018 ; Price-Feeney et al., 2020).

En résumé, les résultats révèlent des différences marquées en matière de suicidalité entre les adolescents cisgenres et non cisgenres, les jeunes appartenant à une minorité de genre étant exposés à des risques nettement plus élevés d'idées suicidaires et de tentatives de suicide. Le harcèlement augmente fortement le risque de suicide dans tous les groupes, tandis que le soutien des pairs, bien qu'offrant une certaine protection, est moins efficace pour les adolescents appartenant à une minorité de genre. Cela suggère que la relation avec les pairs est insuffisante. Des environnements sociaux affirmatifs et inclusifs pourraient réduire le risque de suicidalité chez les jeunes appartenant à une minorité de genre.

Conclusions et perspectives

Des conclusions à l'action

Les résultats présentés dans les chapitres précédents dressent un tableau complexe de la suicidalité chez les adolescents. L'augmentation de la tristesse, des idées suicidaires, de la planification du suicide et des tentatives de suicide ces dix dernières années révèle que ces comportements ne constituent pas des événements rares et marginaux, mais font partie de la réalité quotidienne de nombreux jeunes au Luxembourg. Cette évolution s'inscrit dans une dynamique plus large observée dans plusieurs pays européens. Au-delà des niveaux de prévalence, les analyses ont mis en évidence deux dimensions complémentaires du risque suicidaire. Premièrement, la façon dont les comportements liés à la santé se regroupent en modes de vie distincts qui peuvent soit atténuer, soit exacerber les risques pour la santé mentale ; et deuxièmement, la vulnérabilité accrue des adolescents appartenant à une minorité de genre, en particulier dans un contexte d'harcèlement et d'exclusion.

Ces résultats suggèrent que la prévention du suicide ne peut reposer sur une approche unique ou en ciblant un seul facteur de risque de manière isolée. Au contraire, pour être efficaces, les mesures stratégiques devront être multidimensionnelles en agissant simultanément à différents niveaux et sur plusieurs composantes, et aborder à la fois les pratiques quotidiennes des jeunes et les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels ils évoluent.

Réduire les inégalités sociales : une dimension clé de la prévention

Les inégalités sociales demeurent l'un des déterminants les plus constants en matière de santé des adolescents. Au Luxembourg, l'analyse des tendances a révélé des disparités persistantes en matière de suicidalité selon le genre, l'âge, la nationalité, le statut socioéconomique et l'ordre d'enseignement. Ces disparités ne proviennent pas uniquement de choix individuels, mais résultent également d'obstacles structurels plus généraux, tels que l'inégalité d'accès aux services de santé, les ressources familiales limitées et les défis liés aux conditions d'éducation et à l'intégration dans un environnement multilingue et multiculturel.

Promouvoir l'égalité des chances nécessite une approche structurelle et intersectorielle. Le Luxembourg a déjà pris des mesures importantes dans le cadre du [Plan d'action national sur les droits de l'enfant 2022-2026](#) et du [Plan National Santé Mentale Luxembourg 2024-2028](#). Ces deux stratégies insistent particulièrement sur l'importance de réduire ces inégalités pour améliorer le bien-être des enfants et des adolescents. Elles préconisent des services de santé mentale plus accessibles et mieux adaptés aux besoins des jeunes, un renforcement des compétences interculturelles dans les établissements scolaires et de santé, ainsi qu'un soutien accru aux familles vulnérables et aux groupes défavorisés, notamment ceux touchés par la pauvreté, la migration ou l'isolement social.

Dans la pratique, cela pourrait se traduire par :

- l'extension des services de santé mentale destinés aux jeunes dans les zones mal desservies, en veillant à ce qu'ils soient abordables, accessibles et adaptés aux besoins des jeunes ;

- le renforcement des compétences interculturelles des enseignants, des éducateurs scolaires et des professionnels de santé afin de mieux soutenir les adolescents de différentes origines, nationale ou immigrée ;
- un soutien ciblé aux familles et aux établissements scolaires, accompagné de mesures à l'échelle de l'établissement pour améliorer l'environnement scolaire global et réduire les obstacles structurels aux soins.

En intégrant la prévention du suicide aux initiatives plus globales en faveur de l'équité, le Luxembourg peut veiller à ce que les adolescents les plus vulnérables ne soient pas laissés pour compte.

Intégrer les comportements de santé dans une approche globale de prévention du suicide

Un autre résultat majeur concerne la tendance des comportements de santé à se regrouper en profils distincts de modes de vie. Les adolescents ne se contentent pas de fumer, de boire ou de passer du temps en ligne de manière isolée ; ces comportements ont plutôt tendance à coexister de manière structurée, ce qui peut soit préserver, soit compromettre leur bien-être. Les interventions de prévention traditionnelles ciblent souvent des comportements individuels de manière isolée, mais nos conclusions – en cohérence avec les données internationales – suggèrent que les stratégies de prévention doivent plutôt cibler un ensemble de risques concomitants, probablement liés à des facteurs sous-jacents communs (Simonton et al., 2018 ; Webb et al., 2016).

Au Luxembourg, plusieurs stratégies nationales font déjà la promotion de comportements de santé favorables, notamment le [Plan National Santé](#) et des initiatives de longue date dans les domaines de la nutrition, de l'activité physique ([Gesond iessen Mëi beweegen](#)), du tabac ([Plan National de Lutte contre le tabagisme](#)) et de l'alcool ([Plan d'Action Luxembourgeois de réduction du Mésusage de l'Alcool](#)). Cependant, ces efforts sont généralement mis en œuvre séparément, chacun ayant pour cible un seul comportement. Or, nos conclusions soulignent la nécessité d'adopter une approche plus intégrée, dans laquelle les habitudes quotidiennes en matière de santé sont considérées dans leur ensemble et sont explicitement mises en relation avec la santé mentale des adolescents et la prévention du suicide.

Dans ce contexte, des cadres intégrés tels que celui des écoles promotrices de santé offre une orientation prometteuse (Programs et al., 1995). Ce modèle intégré s'avère en effet efficace pour améliorer l'activité physique, l'alimentation et les problèmes de tabagisme, en combinant l'éducation à la santé et l'amélioration de l'environnement physique et social des écoles, tout en mettant en relation les établissements scolaires avec les ressources locales et les services de santé (Langford et al., 2014). Ces interventions intégrées, qui associent un changement dans l'environnement et l'éducation à la santé, peuvent donc avoir un impact plus important que des interventions isolées, spécifiques à un comportement.

L'identification précoce de ces profils de comportements de santé s'avère cruciale. Un dépistage à grande échelle, tel que préconisé par Webb et al. (2016), à l'aide de questionnaires courts distribués dans les écoles, permettrait de détecter rapidement les profils à risque et d'orienter les adolescents vers des services spécialisés. Par exemple, les adolescents qui cumulent consommation de substances et d'autres comportements défavorables à la santé pourraient bénéficier de programmes à plusieurs volets intégrant la prévention de la consommation de substances, la promotion de l'activité physique et l'éducation pratique à la nutrition (Georgie J. et al., 2016).

Enfin, nos résultats suggèrent que les habitudes de consommation de substances jouent un rôle déterminant dans la vulnérabilité aux comportements suicidaires. Les adolescents qui ne consomment ni tabac, ni alcool, ni cigarettes électroniques présentent des niveaux de suicidalité plus faibles, même lorsqu'ils présentent d'autres comportements à risque. Cette conclusion souligne l'importance de définir la prévention de la consommation de substances comme priorité d'une stratégie plus globale et intégrée visant à réduire la suicidalité chez les adolescents.

Soutenir les adolescents appartenant à une minorité de genre grâce à des environnements inclusifs dans les établissements scolaires, les familles et les communautés

Nos résultats ont mis en évidence la vulnérabilité accrue des adolescents appartenant à une minorité de genre, qui ont déclaré des niveaux nettement plus élevés d'idées suicidaires et de tentatives de suicide que leurs pairs cisgenres. Ces résultats sont corroborés par les données internationales montrant que les expériences de victimisation liée à l'identité et le stress minoritaire sont sources de détresse psychologique grave (Earnshaw et al., 2016 ; Henderson et al., 2022 ; Schlieff et al., 2023).

Le harcèlement par les pairs à l'école est également apparu comme un facteur de risque important favorisant les comportements suicidaires chez les adolescents. Son impact est similaire quel que soit le genre, ce qui suggère que les expériences de victimisation par les pairs est un facteur de risque universel. Cependant, les jeunes appartenant à une minorité de genre peuvent être confrontés à des formes spécifiques de stigmatisation, parfois insuffisamment captées par les indicateurs classiques (Gower et al., 2018).

Le soutien des pairs est également apparu comme un facteur de protection, associé à une réduction des risques d'idées suicidaires et de tentatives de suicide. Toutefois, l'effet protecteur contre les tentatives de suicide est plus faible pour les adolescents appartenant à une minorité de genre : même ceux qui bénéficient d'un niveau élevé de soutien de leurs pairs restent exposés à un risque élevé. Ainsi, si les amitiés bienveillantes sont importantes, le simple lien avec ses pairs ne suffit pas toujours à protéger contre les vulnérabilités spécifiques liées au stress minoritaire. Ces résultats soulignent l'importance d'initiatives visant à mettre en place des environnements propices à l'affirmation de l'identité, qui encouragent l'acceptation et le sentiment d'appartenance.

Le Luxembourg dispose d'un cadre solide de politiques publiques pour relever ces défis. La dernière version du Plan d'action national pour la promotion des droits des personnes LGBTIQ+ ([PAN LGBTIQ+](#)), adoptée en 2025, définit 81 mesures et 147 actions dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la famille et de l'emploi, entre autres. Ce plan vise principalement à promouvoir un environnement scolaire inclusif et à renforcer la protection contre les discriminations. Le [Plan d'action national sur les droits de l'enfant 2022-2026](#) met également l'accent sur la protection et la participation de tous les enfants, quelle que soit leur identité de genre.

Pour mettre en œuvre ces engagements, les actions menées dans les écoles, les familles et les communautés pourraient consister à :

- mettre en place des programmes globaux de lutte contre le harcèlement qui ciblent explicitement le harcèlement lié à l'identité et dotent les adultes d'outils d'intervention pratiques (Domínguez-Martínez & Robles, 2019) ;
- consolider les systèmes de soutien entre pairs, grâce à des programmes qui permettent d'affirmer explicitement la diversité des identités de genre plutôt que de simplement aider à renforcer les liens entre

élèves, tels que les réseaux d'alliés dirigés par des pairs, les dispositifs de mentorat ou les espaces sûrs où les jeunes appartenant à une minorité de genre peuvent partager leurs expériences (Price-Feeney et al., 2020 ; Vance et al., 2024) ;

- garantir une visibilité et une représentation positives de la diversité des genres dans les activités éducatives, culturelles et communautaires, en proposant des modèles d'identification et en réduisant la stigmatisation (Schlief et al., 2023) ;
- sensibiliser les adultes aux facteurs de protection en formant les enseignants, les conseillers, les professionnels de santé, les éducateurs et les intervenants en milieu familial à des pratiques non stigmatisantes et favorisant l'affirmation de l'identité, et en renforçant l'orientation vers les services de soutien (Mustanski et al., 2014 ; Taliaferro et al., 2019).

Les professionnels de la santé mentale peuvent également participer en fournissant des soins culturellement adaptés et permettant l'affirmation de l'identité, et en collaborant avec les écoles et les familles afin de veiller à ce que les adolescents bénéficient d'un soutien inclusif en temps opportun dans un environnement sûr.

Dans l'ensemble, les conclusions de ce rapport soulignent qu'une perspective globale et intégrée permet d'améliorer la prévention du suicide chez l'adolescent. La lutte contre les inégalités sociales, la reconnaissance des vulnérabilités liées à l'identité et la prise en compte des interactions des comportements liés à la santé offrent des éclairages complémentaires sur la manière dont les facteurs de risque et de protection se forment pendant l'adolescence. L'ensemble de ces conclusions souligne l'importance d'intégrer les questions d'équité, d'inclusion et de promotion de la santé aux cadres existants afin de favoriser le bien-être et la résilience de tous les jeunes au Luxembourg.

Annexes

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques selon l'année de l'enquête

	2006	2010	2014	2022	valeur p ¹
Âge	N = 6,172	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
13-14 ans	1,870 (30,3 %)	2,082 (30,4 %)	1,699 (31,3 %)	2,195 (36,1 %)	$p < 0,001$
15-16 ans	2,164 (35,1 %)	2,322 (33,9 %)	2,014 (37,1 %)	2,286 (37,6 %)	
17-18 ans	2,138 (34,6 %)	2,454 (35,8 %)	1,713 (31,6 %)	1,597 (26,3 %)	
Genre	N = 6,167	N = 6,850	N = 5,409	N = 6,015	
Filles	3,012 (48,8 %)	3,416 (49,9 %)	2 843 (52,6 %)	2 903 (48,3 %)	$p < 0,001$
Garçons	3,155 (51,2 %)	3 434 (50,1 %)	2 566 (47,4 %)	3 112 (51,7 %)	
Nationalité	N = 6,172	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
Luxembourgeois	4,236 (68,6 %)	4,496 (65,6 %)	3,486 (64,4 %)	3,857 (63,5 %)	$p < 0,001$
Non luxembourgeois	1,937 (31,4 %)	2,358 (34,4 %)	1,930 (35,6 %)	2,221 (36,5 %)	
Aisance familiale perçue	N = 5,983	N = 6,432	N = 5,161	N = 5,930	
Faible	458 (7,7 %)	523 (8,1 %)	563 (10,9 %)	427 (7,2 %)	$p < 0,001$
Moyenne	2,020 (33,8 %)	2,464 (38,3 %)	2,162 (41,9 %)	2,394 (40,4 %)	
Élevée	3,505 (58,6 %)	3,445 (53,6 %)	2,436 (47,2 %)	3,109 (52,4 %)	
Ordre d'enseignement	N = 6,172	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
ESC	1,816 (29,4 %)	2,313 (33,7 %)	1,933 (35,6 %)	2,492 (41,0 %)	$p < 0,001$
ESG	4,356 (70,6 %)	4,545 (66,3 %)	3,493 (64,4 %)	3,586 (59,0 %)	

¹Test χ^2 de Pearson

Tableau 2 : Prévalence de la tristesse selon les caractéristiques sociodémographiques au fil du temps

	2006	2010	2014	2022	valeur p ¹
Âge	N = 6,172	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
13-14 ans	22,5 (20,7 - 24,3)	20,1 (18,5 - 21,7)	26,3 (24,1 - 28,5)	34,3 (32,1 - 36,4)	$p < 0,001$
15-16 ans	29,0 (27,1 - 30,9)	22,5 (20,8 - 24,1)	30,1 (28,0 - 32,2)	39,5 (37,4 - 41,6)	
17-18 ans	28,5 (25,5 - 31,6)	21,3 (19,3 - 23,3)	28,5 (26,1 - 30,8)	39,6 (37,0 - 42,1)	
Genre	N = 6,167	N = 6,850	N = 5,409	N = 6,015	
Filles	33,5 (31,4 - 35,6)	28,2 (26,5 - 29,8)	35,9 (34,1 - 37,8)	48,7 (46,8 - 50,5)	$p < 0,001$
Garçons	20,4 (18,7 - 22,1)	14,4 (13,2 - 15,7)	20,1 (18,5 - 21,7)	26,5 (24,8 - 28,1)	
Nationalité	N = 6,172	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
Luxembourgeois	26,5 (24,9 - 28,1)	19,2 (17,9 - 20,4)	27,2 (25,6 - 28,7)	36,4 (34,8 - 37,9)	$p < 0,001$
Non luxembourgeois	27,7 (25,1 - 30,2)	25,5 (23,6 - 27,4)	30,7 (28,5 - 32,9)	40,2 (37,9 - 42,4)	
Aisance familiale perçue	N = 5,983	N = 6,432	N = 5,161	N = 5,930	
Faible	42,5 (37,1 - 47,9)	40,7 (36,1 - 45,2)	42,1 (37,8 - 46,3)	58,6 (53,4 - 63,7)	$p < 0,001$
Moyenne	27,7 (25,2 - 30,1)	21,9 (20,1 - 23,6)	28,6 (26,6 - 30,5)	40,1 (38,9 - 43,1)	
Élevée	24,2 (22,4 - 25,9)	17,8 (16,5 - 19,1)	24,9 (23,1 - 26,7)	32,6 (30,9 - 34,3)	
Ordre d'enseignement	N = 6,172	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
ESC	22,7 (21,0 - 24,4)	15,2 (13,7 - 16,6)	21,1 (19,2 - 23,0)	33,9 (32,0 - 35,8)	$p < 0,001$
ESG	28,6 (26,8 - 30,4)	24,5 (23,1 - 25,9)	32,4 (30,8 - 34,1)	40,4 (38,7 - 42,1)	

¹Test χ^2 de Pearson

Tableau 3 : Prévalence des idées suicidaires selon les caractéristiques sociodémographiques au fil du temps

	2006	2010	2014	2022	valeur p ¹
Âge	N = 6,172	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
13-14 ans	17,1 (15,5 - 18,7)	14,4 (12,9 - 15,8)	16,5 (14,6 - 18,3)	23,3 (21,4 - 25,2)	
15-16 ans	17,7 (27,1 - 30,9)	14,2 (20,8 - 24,1)	16,0 (28,0 - 32,2)	25,0 (37,4 - 41,6)	p < 0,001
17-18 ans	12,3 (10,1 - 14,5)	9,8 (8,4 - 11,2)	12,8 (11,1 - 14,5)	22,3 (20,1 - 24,4)	
Genre	N = 6,167	N = 6,850	N = 5,409	N = 6,015	
Filles	18,8 (17,1 - 20,5)	15,3 (14,0 - 16,5)	19,2 (17,7 - 20,7)	31,2 (29,4 - 33,0)	p < 0,001
Garçons	12,6 (11,2 - 13,8)	10,0 (9,0 - 11,1)	10,6 (9,3 - 11,8)	15,7 (14,3 - 17,0)	
Nationalité	N = 6,172	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
Luxembourgeois	15,4 (14,2 - 16,7)	12,2 (11,2 - 13,2)	14,9 (13,6 - 16,1)	22,9 (21,5 - 24,3)	p < 0,001
Non luxembourgeois	16,0 (14,0 - 18,0)	13,5 (12,1 - 14,9)	15,7 (14,0 - 17,5)	25,1 (23,1 - 27,1)	
Aisance familiale perçue	N = 5,983	N = 6,432	N = 5,161	N = 5,930	
Faible	29,8 (24,8 - 34,7)	25,3 (21,4 - 29,3)	26,1 (22,2 - 29,9)	38,8 (33,6 - 43,9)	
Moyenne	15,8 (13,9 - 17,6)	13,2 (11,8 - 14,6)	14,4 (12,8 - 15,9)	27,1 (25,2 - 28,9)	p < 0,001
Élevée	13,8 (12,5 - 15,2)	10,3 (9,3 - 11,3)	13,1 (11,7 - 14,5)	19,4 (17,9 - 20,8)	
Ordre d'enseignement	N = 6,172	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
ESC	12,7 (11,4 - 14,0)	10,4 (9,2 - 11,6)	12,3 (10,7 - 13,8)	23,8 (22,1 - 25,5)	p < 0,001
ESG	16,9 (15,4 - 18,3)	13,9 (12,8 - 14,9)	16,7 (15,4 - 18,1)	23,5 (22,0 - 25,0)	

¹Test χ^2 de Pearson

Tableau 4 : Prévalence de la planification du suicide selon les caractéristiques sociodémographiques au fil du temps

	2010	2014	2022	valeur p ¹
Âge	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
13-14 ans	12,2 (10,8 - 13,5)	13,8 (12,1 - 15,5)	22,1 (20,3 - 23,4)	$p < 0,001$
15-16 ans	12,3 (10,9 - 13,6)	15,0 (13,3 - 16,6)	21,3 (19,5 - 23,1)	
17-18 ans	9,3 (7,9 - 10,7)	13,5 (11,7 - 15,2)	18,6 (16,6 - 20,7)	
Genre	N = 6,850	N = 5,409	N = 6,015	
Filles	13,1 (11,8 - 14,1)	16,5 (15,0 - 17,8)	27,1 (25,4 - 28,8)	$p < 0,001$
Garçons	9,2 (8,2 - 10,2)	11,3 (10,0 - 12,6)	14,4 (13,0 - 15,7)	
Nationalité	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
Luxembourgeois	10,5 (9,6 - 11,5)	13,6 (12,4 - 14,7)	19,3 (18,0 - 25,6)	$p < 0,001$
Non luxembourgeois	12,4 (11,0 - 13,8)	15,2 (13,5 - 16,9)	23,9 (21,9 - 25,9)	
Aisance familiale perçue	N = 6,432	N = 5,161	N = 5,930	
Faible	20,5 (16,8 - 24,2)	23,4 (19,7 - 27,0)	34,5 (29,6 - 39,3)	$p < 0,001$
Moyenne	11,7 (10,3 - 13,1)	14,3 (12,7 - 15,8)	22,9 (21,1 - 24,7)	
Élevée	9,2 (8,2 - 10,2)	11,6 (10,3 - 12,9)	17,8 (16,4 - 19,2)	
Ordre d'enseignement	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
ESC	9,0 (7,8 - 10,2)	11,1 (9,6 - 12,5)	20,6 (18,9 - 22,2)	$p < 0,001$
ESG	12,3 (11,3 - 13,3)	15,8 (14,5 - 17,1)	21,1 (19,6 - 22,5)	

¹Test χ^2 de Pearson

Tableau 5 : Prévalence des tentatives de suicide selon les caractéristiques sociodémographiques au fil du temps

	2010	2014	2022	valeur p ¹
Âge	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
13-14 ans	8,3 (7,1 - 9,4)	8,7 (7,3 - 10,1)	12,8 (11,3 - 14,3)	$p < 0,001$
15-16 ans	7,5 (6,4 - 8,5)	7,8 (6,6 - 9,0)	12,0 (10,6 - 13,5)	
17-18 ans	4,7 (3,7 - 5,7)	6,3 (5,0 - 7,5)	9,9 (8,3 - 11,4)	
Genre	N = 6,850	N = 5,409	N = 6,015	
Filles	8,1 (7,1 - 9,1)	9,3 (8,1 - 10,4)	15,5 (14,1 - 16,8)	$p < 0,001$
Garçons	5,3 (4,5 - 6,1)	5,7 (4,7 - 6,6)	7,7 (6,7 - 8,7)	
Nationalité	N = 6,854	N = 5,416	N = 6,078	
Luxembourgeois	5,8 (5,1 - 6,5)	6,9 (6,0 - 7,8)	10,2 (9,2 - 11,2)	$p < 0,001$
Non luxembourgeois	8,4 (7,3 - 9,5)	8,8 (7,4 - 10,)	14,7 (13,0 - 16,3)	
Aisance familiale perçue	N = 6,432	N = 5,161	N = 5,930	
Faible	12,4 (9,5 - 15,2)	15,2 (12,1 - 46,3)	22,7 (18,3 - 27,0)	$p < 0,001$
Moyenne	7,4 (6,3 - 8,4)	6,2 (5,1 - 7,3)	12,8 (11,3 - 14,2)	
Élevée	5,0 (4,2 - 5,7)	6,7 (5,6 - 7,7)	9,6 (8,4 - 10,6)	
Ordre d'enseignement	N = 6,858	N = 5,426	N = 6,078	
ESC	4,4 (3,6 - 5,3)	4,1 (3,2 - 5,0)	8,6 (7,5 - 9,7)	$p < 0,001$
ESG	7,9 (7,1 - 8,7)	9,5 (8,5 - 10,6)	14,0 (12,7 - 15,2)	

Test χ^2 de Pearson

Bibliographie

- Basu, A., Boland, A., Witt, K., & Robinson, J. (2022a). Suicidal Behaviour, including Ideation and Self-Harm, in Young Migrants: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8329. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148329>
- Basu, A., Boland, A., Witt, K., & Robinson, J. (2022b). Suicidal Behaviour, including Ideation and Self-Harm, in Young Migrants: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8329. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148329>
- Bertuccio, P., Amerio, A., Grande, E., Vecchia, C. L., Costanza, A., Aguglia, A., Berardelli, I., Serafini, G., Amore, M., Pompili, M., & Odone, A. (2024). Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: An analysis of data from the WHO mortality database. *eClinicalMedicine*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102506>
- Biernesser, C., Sewall, C. J. R., Brent, D., Bear, T., Mair, C., & Trauth, J. (2020). Social Media Use and Deliberate Self-Harm Among Youth: A Systematized Narrative Review. *Children and Youth Services Review*, 116, 105054. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105054>
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Renzaho, A. M. N., Rawal, L. B., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. *EclinicalMedicine*, 24, 100395. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100395>
- Bitar, S., Mendes, F. G., Ferreira, J. L., Samuel, R., & Catunda, C. (2026). Adolescent health lifestyles and suicidality: Emerging risks in a latent class analysis. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 13, e27. <https://doi.org/10.1017/gmh.2026.10147>
- Blum, R. W., Lai, J., Martinez, M., & Jessee, C. (2022). Adolescent connectedness: Cornerstone for health and wellbeing. *BMJ*, e069213. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069213>
- Boer, M., van den Eijnden, R. J. J. M., Finkenauer, C., Boniel-Nissim, M., Marino, C., Inchley, J., Cosma, A., Paakkari, L., & Stevens, G. W. J. M. (2022). Cross-national validation of the social media disorder scale: Findings from adolescents from 44 countries. *Addiction (Abingdon, England)*, 117(3), 784–795. <https://doi.org/10.1111/add.15709>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(3–4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Bruns, N., Willemsen, L., Stang, A., Kowall, B., Holtkamp, K., Kamp, O., Dudda, M., Hey, F., Hoffmann, F., Blankenburg, J., Eifinger, F., Fuchs, H., Haase, R., Baier, J., Andrée, C., Heldmann, M., Maldera, V., Potratz, J., Kurz, D., ... Dohna-Schwake, C. (2022). Pediatric ICU Admissions After Adolescent Suicide Attempts During the Pandemic. *Pediatrics*, 150(2), e2021055973. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-055973>
- Calear, A. L., Batterham, P. J., & Christensen, H. (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Research*, 219(3), 525–530. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.027>
- Campbell, R., Wright, C., Hickman, M., Kipping, R. R., Smith, M., Poulou, T., & Heron, J. (2020). Multiple risk behaviour in adolescence is associated with substantial adverse health and social outcomes in early adulthood: Findings from a prospective birth cohort study. *Preventive Medicine*, 138, 106157. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106157>
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1–23.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Charrier, L., van Dorsselaer, S., Canale, N., Baska, T., Kilibarda, B., Comoretto, R. I., Galeotti, T., Brown, J., & Vieno, A. (2024). A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 3*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/376573>
- Cikili-Uytun, M., Efendi, G. Y., & Mentese-Babayigit, T. (2022). The Olweus Bully/Victim Questionnaire. In *Handbook of Anger, Aggression, and Violence* (pp. 1–13). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-98711-4_123-1
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The Health and Well-Being of Transgender High School Students: Results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Cleary, A. (2012). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine*, 74(4), 498–505. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.002>
- Cockerham, W. C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure*. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
- Cousien, A., Acquaviva, E., Kernéis, S., Yazdanpanah, Y., & Delorme, R. (2021). Temporal Trends in Suicide Attempts Among Children in the Decade Before and During the COVID-19 Pandemic in Paris, France. *JAMA Network Open*, 4(10), e2128611. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.28611>

- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47(6), 756–761. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199111\)47:6%253C756::aid-jclp2270470605%253E3.o.co;2-l](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199111)47:6%253C756::aid-jclp2270470605%253E3.o.co;2-l)
- Dalen, J. D. (2012). The association between school class composition and suicidal ideation in late adolescence: Findings from the Young-HUNT 3 study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-37>
- Delaruelle, K., Walsh, S. D., Dierckens, M., Deforche, B., Kern, M. R., Currie, C., Maldonado, C. M., Cosma, A., & Stevens, G. W. J. M. (2021). Mental Health in Adolescents with a Migration Background in 29 European Countries: The Buffering Role of Social Capital. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 855–871. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01423-1>
- Domínguez-Martínez, T., & Robles, R. (2019). Preventing Transphobic Bullying and Promoting Inclusive Educational Environments: Literature Review and Implementing Recommendations. *Archives of Medical Research*, 50(8), 543–555. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.10.009>
- Donath, C., Bergmann, M. C., Kliem, S., Hillemacher, T., & Baier, D. (2019). Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: A representative study. *BMC Pediatrics*, 19(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1404-z>
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Poteat, V. P., Reisner, S. L., & Schuster, M. A. (2016). Bullying Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 999–1010. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.004>
- EnCLASS. (2022). EnCLASS 2022. <https://www.ehesp.fr/2022/04/05/enclass-2022-lenquete-nationale-sur-la-sante-et-les-comportements-des-adolescents-est-lancee/>
- EnCLASS 2022: Santé mentale et bien-être des adolescents. (2022). <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/sante-mentale-et-bien-etre-des-adolescents-publication-d-une-enquete-menee-aupres-de-collegiens-et-lyceens-en-france-hexagonale>
- Georgie J., M., Sean, H., Deborah M., C., Matthew, H., & Rona, C. (2016). Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: A systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 111(3), 391–407. <https://doi.org/10.1111/add.13224>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., & Boatman, A. E. (2020). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 294–308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
- Goll, C. B., Sørli, T., Friberg, O., Ottosen, K. O., & Sæle, R. G. (2024). Poorer self-reported mental health and general health among first year upper secondary school students do not predict school dropout: A five-year prospective study. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1304314>
- Gower, A. L., Rider, G. N., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Bullying Victimization among LGBTQ Youth: Current and Future Directions. *Current Sexual Health Reports*, 10(4), 246. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0169-y>
- Griffin, L., Hosking, W., Gill, P. R., Shearson, K., Ivey, G., & Sharples, J. (2022). The Gender Paradox: Understanding the Role of Masculinity in Suicidal Ideation. *American Journal of Men's Health*, 16(5), 15579883221123853. <https://doi.org/10.1177/15579883221123853>
- Grosselli, L., Knappe, S., Baumgärtel, J., Lewitzka, U., & Hoyer, J. (2024). Addressing help-seeking, stigma and risk factors for suicidality in secondary schools: Short-term and mid-term effects of the HEYLIFE suicide prevention program in a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 24(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17557-9>
- HBSC study. (2022). HBSC study. <https://hbcs.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-mental-health-and-well-being-in-europe-central-asia-and-canada/>
- HBSC_2022_Covid&Trends Report. (2022).
- HBSC_2022_Mental Health Report. (2022). https://orbiu.uni.lu/bitstream/10993/59000/1/HBSC_2022_Mental%20Health%20Report.pdf
- HBSC_2022_Social Context Report.pdf. (n.d.). Retrieved November 25, 2025, from https://orbiu.uni.lu/bitstream/10993/61624/1/HBSC_2022_Social%20Context%20Report.pdf
- HBSC201718_Factsheet. (2018). https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2019/09/HBSC201718_Factsheet_welzijn.pdf
- Henderson, E. R., Sang, J. M., Louth-Marquez, W., Egan, J. E., Espelage, D., Friedman, M., & Coulter, R. W. S. (2022). “Words Aren’t Supposed to Hurt, But They Do”: Sexual and Gender Minority Youth’s Bullying Experiences. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(11–12), NP8747–NP8766. <https://doi.org/10.1177/0886260520978199>
- Heslin, A. M., & McNulty, B. (2023). Adolescent nutrition and health: Characteristics, risk factors and opportunities of an overlooked life stage. *Proceedings of the Nutrition Society*, 82(2), 142–156. <https://doi.org/10.1017/S0029665123002689>
- Ho, T. C., Gifuni, A. J., & Gotlib, I. H. (2022). Psychobiological risk factors for suicidal thoughts and behaviors in adolescence: A consideration of the role of puberty. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 606–623. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01171-5>
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7>

- Javed, S., Usmani, S., Sarfraz, Z., Sarfraz, A., Hanif, A., Firoz, A., Baig, R., Sharath, M., Walia, N., Chérrez-Ojeda, I., & Ahmed, S. (2022). A Scoping Review of Vaping, E-Cigarettes and Mental Health Impact: Depression and Suicidality. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 12(3), 33–39. <https://doi.org/10.55729/2000-9666.1053>
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective Factors Among Transgender and Gender Variant Youth: A Systematic Review by Socioecological Level. *The Journal of Primary Prevention*, 39(3), 263–301. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9>
- Jopling, E., LeMoult, J., Kerns, C. M., Nugent, S., & Eslami, A. (2022). Potential lethality of suicide attempts in youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 919–927. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01724-7>
- Kasen, S., Cohen, P., & Chen, H. (2011). Developmental Course of Impulsivity and Capability from Age 10 to Age 25 as Related to Trajectory of Suicide Attempt in a Community Cohort. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 41(2), 180–192. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00017.x>
- Khanna, P., Chattu, V. K., & Aeri, B. T. (2019). Nutritional Aspects of Depression in Adolescents—A Systematic Review. *International Journal of Preventive Medicine*, 10, 42. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_400_18
- King, T. L., Shields, M., Sojo, V., Daraganova, G., Currier, D., O'Neil, A., King, K., & Milner, A. (2020). Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males. *BMC Psychiatry*, 20(1), 228. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2475-y>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152(Pt 1), 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>
- Knol, M. J., & VanderWeele, T. J. (2012). Recommendations for presenting analyses of effect modification and interaction. *International Journal of Epidemiology*, 41(2), 514–520. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr218>
- Lamlé, P., Keuch, L., Pukas, L., Reinsch, J., Röder, H., Clausner, H., & Watzke, S. (2023). Suicidal ideations among students attending vocational school in Germany: A cross-sectional study to identify prevalence and associated risk factors. *Journal of Public Health*, 31(11), 1945–1952. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01745-9>
- Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Pouliou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro, K. A., Gibbs, L. F., Magnus, D., & Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(4), CD008958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>
- Lawrence, H. R., Burke, T. A., Sheehan, A. E., Pastro, B., Levin, R. Y., Walsh, R. F. L., Bettis, A. H., & Liu, R. T. (2021). Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts in preadolescent children: A US population-based study. *Translational Psychiatry*, 11(1), 489. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01593-3>
- Lee, J. W., Kim, B.-J., Lee, C.-S., Cha, B., Lee, S.-J., Lee, D., Seo, J., Lee, Y.-J., Lee, Y.-J., Lim, E., & Choi, J.-W. (2021). Association Between Suicide and Drinking Habits in Adolescents. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(4), 161–169. <https://doi.org/10.5765/jkacap.210024>
- Ligier, F., Kurzenne, M., Kabuth, B., & Guillemin, F. (2021). Ten years psychosocial outcomes among adolescents following suicide attempts – early recurrence and psychosocial outcomes. *L'Encéphale*, 47(4), 299–305. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.09.005>
- Liu, L., Batomen, B., Pollock, N. J., Contreras, G., Jackson, B., Pan, S., & Thompson, W. (2023). Suicidality and protective factors among sexual and gender minority youth and adults in Canada: A cross-sectional, population-based study. *BMC Public Health*, 23(1), 1469. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16285-4>
- Lynn Mulvey, K., Boswell, C., & Zheng, J. (2017). Causes and Consequences of Social Exclusion and Peer Rejection Among Children and Adolescents. *Report on Emotional & Behavioral Disorders in Youth*, 17(3), 71–75.
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A population-based birth cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Mastorci, F., Lazzeri, M. F. L., Vassalle, C., & Pingitore, A. (2024). The Transition from Childhood to Adolescence: Between Health and Vulnerability. *Children*, 11(8), 989. <https://doi.org/10.3390/children11080989>
- McDonald, K. (2018). Social Support and Mental Health in LGBTQ Adolescents: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(1), 16–29. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1398283>

- McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2013). The brain on stress: Vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*, 79(1), 16–29. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.06.028>
- McGorry, P., Gunasiri, H., Mei, C., Rice, S., & Gao, C. X. (2025). The youth mental health crisis: Analysis and solutions. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1517533. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1517533>
- Meszniak, K., King, C. A., Horwitz, A., Webb, M., Barney, B. J., Hoffmann, J. A., Brent, D., Grupp-Phelan, J., & Chernick, L. S. (2025). Suicidal thoughts and behaviors among gender-minority adolescents in the emergency department. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1111/acem.15090>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Michael, S. L., Lowry, R., Merlo, C., Cooper, A. C., Hyde, E. T., & McKeon, R. (2020). Physical activity, sedentary, and dietary behaviors associated with indicators of mental health and suicide risk. *Preventive Medicine Reports*, 19, 101153. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101153>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Mmari, K., & Moreau, C. (2025). The Rise in Adolescent Social and Health Inequalities Amidst the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 76(1), 4–5. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.10.001>
- Mollborn, S., Lawrence, E. M., & Saint Onge, J. M. (2021). Contributions and Challenges in Health Lifestyles Research. *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3), 388–403. <https://doi.org/10.1177/0022146521997813>
- Mustanski, B., Birkett, M., Greene, G. J., Hatzenbuehler, M. L., & Newcomb, M. E. (2014). Envisioning an America without sexual orientation inequities in adolescent health. *American Journal of Public Health*, 104(2), 218–225. Medline. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301625>
- Nagin, D. S. (2009). Group-Based Modeling of Development. In *Group-Based Modeling of Development*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674041318>
- National Academies of Sciences, E., Division, H. and M., Education, D. of B. and S. S. and, Board on Children, Y., Applications, C. on the N. and S. S. of A. D. and I., Backes, E. P., & Bonnie, R. J. (2019). Introduction. In *The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545484/>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- OECD. (2023). *Spotlight on Vocational Education and Training: Findings from Education at a Glance 2023*. OECD. <https://doi.org/10.1787/acff263d-en>
- Owens, S. A., Eisenlohr-Moul, T. A., & Prinstein, M. J. (2020). Understanding When and Why Some Adolescent Girls Attempt Suicide: An Emerging Framework Integrating Menstrual Cycle Fluctuations in Risk. *Child Development Perspectives*, 14(2), 116–123. <https://doi.org/10.1111/cdep.12367>
- Paakkari, L., Tynjälä, J., Lahti, H., Ojala, K., & Lyyra, N. (2021). Problematic Social Media Use and Health among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041885>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016a). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016b). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Pfeifer, J. H., & Berkman, E. T. (2018). The Development of Self and Identity in Adolescence: Neural Evidence and Implications for a Value-Based Choice Perspective on Motivated Behavior. *Child Development Perspectives*, 12(3), 158–164. <https://doi.org/10.1111/cdep.12279>
- Phiri, D., Amelia, V. L., Muslih, M., Dlamini, L. P., Chung, M.-H., & Chang, P.-C. (2023). Prevalence of sleep disturbance among adolescents with substance use: A systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00644-5>
- Piera Pi-Sunyer, B., Andrews, J. L., Orben, A., Speyer, L. G., & Blakemore, S.-J. (2023). The relationship between perceived income inequality, adverse mental health and interpersonal difficulties in UK adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 64(3), 417–425. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13719>

- Pirkis, J., Spittal, M. J., Keogh, L., Mousaferiadis, T., & Currier, D. (2017). Masculinity and suicidal thinking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 319–327. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1324-2>
- Price-Feeney, M., Green, A. E., & Dorison, S. (2020). Understanding the Mental Health of Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 684–690. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.11.314>
- Prinstein, M. J., Boergers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends' health-risk behavior: Factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(5), 287–298. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.5.287>
- Programs, I. of M. (US) C. on C. S. H., Allensworth, D., Wyche, J., Lawson, E., & Nicholson, L. (1995). Preface. In *Defining a Comprehensive School Health Program: An Interim Statement*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231144/>
- Registre de causes de décès: Mortalité générale. (2024, July 18). <http://santesecu.public.lu/fr/espace-professionnel/informations-donnees/statistiques-causes-deces/stats-mortalite-generale.html>
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0745-4>
- Riehm, K. E., Rojo-Wissar, D. M., Feder, K. A., Mojtabai, R., Spira, A. P., Thrul, J., & Crum, R. M. (2019). E-cigarette use and sleep-related complaints among youth. *Journal of Adolescence*, 76, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.009>
- Roach, A. (2018). Supportive Peer Relationships and Mental Health in Adolescence: An Integrative Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 723–737. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1496498>
- Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(Volume 12, 2016), 465–487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Schlieff, M., Stefanidou, T., Wright, T., Levy, G., Pitman, A., & Lewis, G. (2023). A rapid realist review of universal interventions to promote inclusivity and acceptance of diverse sexual and gender identities in schools. *Nature Human Behaviour*, 7(4), 556–567. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01521-z>
- Schomaker, L., & Samuel, R. (2022). *Delayed suicidality? How the COVID-19 pandemic affected young people's suicidal thoughts and behaviour in Luxembourg*. University of Luxembourg. Esch-sur-Alzette. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/B79ZT>
- Sedgwick, R., Epstein, S., Dutta, R., & Ougrin, D. (2019). Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 534–541. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000547>
- Shawon, M. S. R., Rouf, R. R., Jahan, E., Hossain, F. B., Mahmood, S., Gupta, R. D., Islam, M. I., Al Kibria, G. M., & Islam, S. (2023). The burden of psychological distress and unhealthy dietary behaviours among 222,401 school-going adolescents from 61 countries. *Scientific Reports*, 13(1), 21894. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49500-8>
- Simonton, A. J., Young, C. C., & Johnson, K. E. (2018). Physical Activity Interventions to Decrease Substance Use in Youth: A Review of the Literature. *Substance Use & Misuse*, 53(12), 2052–2068. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1452338>
- Smith, H. J., Pettigrew, T. F., & Huo, Y. J. (2020). Relative Deprivation Theory: Advances and Applications. In J. Suls, R. L. Collins, & L. Wheeler (Eds.), *Social Comparison, Judgment, and Behavior* (p. o). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190629113.003.0018>
- Spruyt, B., Van Droogenbroeck, F., & Kavadias, D. (2015). Educational tracking and sense of futility: A matter of stigma consciousness? *Oxford Review of Education*, 41(6), 747–765. <https://doi.org/10.1080/03054985.2015.1117971>
- Surace, T., Fusar-Poli, L., Voza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., Caponnetto, P., Signorelli, M. S., & Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(8), 1147–1161. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01508-5>
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203–221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>
- Tebbe, E. A., & Budge, S. L. (2022). Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nature Reviews Psychology*, 1(12), 694–707. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00109-0>
- Uddin, R., Burton, N. W., Maple, M., Khan, S. R., & Khan, A. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: A population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(4), 223–233. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30403-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30403-6)
- van den Eijnden, R. J. J. M., Lemmens, J. S., & 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>
- Vance, S. R., Jr., Venegas, L., Johnson, J., Sinha, A., Chaphekar, A. V., & Sevelius, J. (2024). Community-Derived Recommendations for Improving Gender Affirmation of Black and Latine Transgender/Nonbinary Youth. *Annals of Behavioral Medicine*, 58(8), 517–526. <https://doi.org/10.1093/abm/kaeo36>

- Vereecken, C., Pedersen, T. P., Ojala, K., Krølner, R., Dzielska, A., Ahluwalia, N., Giacchi, M., & Kelly, C. (2015). Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *European Journal of Public Health*, 25(suppl_2), 16–19. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv012>
- Wang, X. X., Cosquer, M., Zhuang, M., Ali, A., Falissard, B., Corruble, E., Gressier, F., & Jousselme, C. (2023). The role of parents' and friends' support in preventing suicide attempts among French sexual minority adolescents. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 71(3), 101594. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.101594>
- Webb, M. J., Kauer, S. D., Ozer, E. M., Haller, D. M., & Sanci, L. A. (2016). Does screening for and intervening with multiple health compromising behaviours and mental health disorders amongst young people attending primary care improve health outcomes? A systematic review. *BMC Family Practice*, 17(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0504-1>
- Weller, B. E., Bowen, N. K., & Faubert, S. J. (2020). Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. *Journal of Black Psychology*, 46(4), 287–311. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>
- WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. (2020). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- WHO/Europe report. (2024). Rising school pressure and declining family support especially among girls, finds new WHO/Europe report. <https://www.who.int/europe/news/item/13-11-2024-rising-school-pressure-and-declining-family-support-especially-among-girls--finds-new-who-europe-report>
- World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2021: Global health estimates. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>
- Wu, P., Hoven, C. W., Liu, X., Cohen, P., Fuller, C. J., & Shaffer, D. (2004). Substance Use, Suicidal Ideation and Attempts in Children and Adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4), 408–420. <https://doi.org/10.1521/suli.34.4.408.53733>
- Xiao, Y., & Lu, W. (2019). Cumulative Health Risk Behaviors and Adolescent Suicide: The Moderating Role of Future Orientation. *American Journal of Health Behavior*, 43(6), 1086–1102. <https://doi.org/10.5993/AJHB.43.6.7>
- Xiao, Y., Romanelli, M., & Lindsey, M. A. (2019). A latent class analysis of health lifestyles and suicidal behaviors among US adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 255, 116–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.031>
- Yöyen, E., & Keleş, M. (2024). Psychological Risk Factors in the Transition from Suicidal Ideation to Suicidal Behavior in Young Adults. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(18), 1850. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181850>
- Zhang, L., Ao, S. H., & Zhao, X. (2023). Longitudinal relationship between social media and e-cigarette use among adolescents: The roles of internalizing problems and academic performance. *BMC Public Health*, 23(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17059-8>

Liste des figures

Figure 1 : Prévalence de la tristesse au fil du temps (2006-2022)	4
Figure 2 : Prévalence des idées suicidaires au fil du temps (2006-2022).....	5
Figure 3 : Prévalence de la planification du suicide au fil du temps (2006-2022).....	6
Figure 4 : Prévalence des tentatives de suicide au fil du temps (2006-2022).....	6
Figure 5 : Prévalence des comportements suicidaires au fil du temps (2006-2022) selon le genre	9
Figure 6 : Prévalence des comportements suicidaires au fil du temps (2006-2022) selon l'âge.....	11
Figure 7 : Prévalence des comportements suicidaires au fil du temps (2006-2022) selon la nationalité.....	13
Figure 8 : Prévalence des comportements suicidaires au fil du temps (2006-2022) selon l'aisance familiale perçue.....	15
Figure 9 : Prévalence des comportements suicidaires au fil du temps (2006-2022) selon l'ordre d'enseignement.....	16
Figure 10 : Répartition des comportements de santé selon les profils identifiés	21
Figure 11 : Associations ajustées entre les profils de comportements de santé et les comportements suicidaires	22
Figure 12 : Associations ajustées entre l'identité de genre, le harcèlement, le soutien des pairs et les comportements suicidaires.....	26
Figure 13 : Analyse stratifiée de l'association entre l'identité de genre et les tentatives de suicide, selon le niveau de soutien des pairs.....	27

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques selon l'année de l'enquête.....	35
Tableau 2 : Prévalence de la tristesse selon les caractéristiques sociodémographiques au fil du temps.....	36
Tableau 3 : Prévalence des idées suicidaires selon les caractéristiques sociodémographiques au fil du temps.....	37
Tableau 4 : Prévalence de la planification du suicide selon les caractéristiques sociodémographiques au fil du temps.....	38
Tableau 5 : Prévalence des tentatives de suicide selon les caractéristiques sociodémographiques au fil du temps.....	39

Abréviations

ACL	Analyse de classes latentes
COVID-19	Coronavirus 2019
ESC	Enseignement Secondaire Classique
ESG	Enseignement Secondaire Général
FAS	<i>Family Affluence Scale</i>
HBSC	<i>Health Behaviour in School-aged Children</i> (étude/enquête)
IC	Intervalle de confiance
LGBTIQ+	Personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexes, queer ou de toute autre identité diverse
RC	Rapport de cotes
SCRIPT	Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques

Rapports sur l'enquête HBSC Luxembourg de 2022

Ce rapport complète 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

Ces rapports sont disponibles en anglais, français et allemand et peuvent être téléchargés à partir du site web 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'enquête HBSC Luxembourg de 2022

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

Ce rapport présente les conclusions relatives aux comportements suicidaires chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans qui fréquentaient les écoles secondaires au Luxembourg entre 2006 et 2022. Il examine les tendances et les inégalités en matière de tristesse, d'idées suicidaires, de planification du suicide et de tentatives de suicide, sur la base de données représentatives au niveau national issues des vagues d'enquêtes HBSC.

Des différences entre les genres apparaissent pour tous les indicateurs : par rapport aux garçons, les filles ont déclaré plus fréquemment avoir ressenti de la tristesse, eu des pensées suicidaires, planifié leur suicide et fait des tentatives de suicide. Les données selon le profil d'âge diffèrent selon les indicateurs : les idées suicidaires et la planification du suicide sont plus fréquentes au milieu de l'adolescence, tandis que les tentatives de suicide étaient plus souvent signalées par les élèves plus jeunes. D'autres caractéristiques sociodémographiques, telles que l'aisance familiale, la nationalité et l'ordre d'enseignement, étaient également associées à des différences en matière de suicidalité. Les inégalités liées à l'aisance familiale étaient les plus prononcées, tandis que celles liées à la nationalité et à l'ordre d'enseignement étaient modérées.

Ce rapport explore également la manière dont les comportements liés à la santé se regroupent en modes de vie distincts, combinant alimentation, activité physique, consommation de substances et utilisation des réseaux sociaux. Les analyses montrent que les adolescents qui adoptent plusieurs comportements à risque (par exemple, tabagisme, consommation d'alcool, vapotage, faible activité physique, alimentation malsaine et utilisation problématique des réseaux sociaux) sont plus susceptibles de faire état d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide, tandis que ceux qui s'abstiennent de consommer des substances présentent des niveaux de risque plus faibles.

Enfin, le rapport souligne la vulnérabilité accrue des adolescents appartenant à une minorité de genre, qui déclarent des niveaux d'idées suicidaires et de tentatives de suicide nettement plus élevés que leurs pairs cisgenres. Ces conclusions soulignent la nécessité de créer des environnements inclusifs et favorisant l'affirmation de l'identité, et de mettre en œuvre des actions de prévention intégrées qui s'attaquent à la fois aux inégalités sociales et aux comportements quotidiens liés à la santé.

Université du Luxembourg

Campus Belval

Maison de Sciences Humaines

11, Porte des Sciences

L-4366 Esch-sur-Alzette

www.hbsc.lu