



**HAL**  
open science

## **Au-delà de la confrontation à la maladie d'un proche : Santé et bien-être des jeunes adultes aidants étudiants.**

Basilie Chevrier, Aurélie Untas, Émeline Pasqué, Juliette Henry, Géraldine  
Dorard

### ► **To cite this version:**

Basilie Chevrier, Aurélie Untas, Émeline Pasqué, Juliette Henry, Géraldine Dorard. Au-delà de la confrontation à la maladie d'un proche : Santé et bien-être des jeunes adultes aidants étudiants.. Canadian Journal of Behavioural Science, 2022, 10.1037/cbs0000352 . hal-03859177

**HAL Id: hal-03859177**

**<https://hal.science/hal-03859177v1>**

Submitted on 18 Nov 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Titre en français :

Au-delà de la confrontation à la maladie d'un proche : Santé et bien-être des jeunes adultes aidants étudiants

Titre en anglais :

Beyond relative's illness: Health and well-being of young adult student caregivers

Titre court :

Jeunes adultes aidants

Liste des auteurs avec leurs affiliations :

Basilie Chevrier<sup>1</sup>, Aurélie Untas<sup>2</sup>, Émeline Pasqué<sup>2</sup>, Juliette Henry<sup>2</sup> et Géraldine Dorard<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aix-Marseille Univ, PSYCLE, Aix-en-Provence, France.

<sup>2</sup> Université Paris Cité, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100 Boulogne Billancourt, France.

Informations sur l'auteur correspondant :

Basilie Chevrier

Aix-Marseille Université

Centre de Recherche en Psychologie de la Connaissance, du Langage et de l'Émotion UR

3273

29 avenue Robert Schuman

F-13621 Aix-en-Provence, France

[basilie.chevrier@univ-amu.fr](mailto:basilie.chevrier@univ-amu.fr)

Conflits d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.

Sources de financement :

Cette recherche est soutenue par les institutions de retraite KLESIA, qui n'ont pas eu d'autre rôle que le soutien financier.

Remerciements :

Nous remercions tous les étudiants ayant participé à l'étude ainsi que ceux ayant aidé au à la diffusion de l'appel à participation.

**Manuscrit accepté dans la Revue Canadienne des Sciences du Comportement**

Manuscrit accepté pour publication

## 1 **Résumé**

2 Les écrits sur le soutien familial se sont focalisés sur les aidants naturels adultes et plus  
3 récemment sur les jeunes aidants. Cependant, la question des jeunes adultes aidants (JAA ;  
4 18-25 ans) reste encore peu explorée. Une grande majorité de ces jeunes est étudiante. Dans  
5 un contexte d'enseignement supérieur, cette recherche avait pour objectif de distinguer les  
6 JAA des jeunes adultes confrontés à un proche malade (JACPM) et des jeunes adultes sans  
7 proche malade (JASPM) afin d'explorer leur santé et leur bien-être. L'échantillon se  
8 composait de 681 jeunes adultes étudiants ( $M_{\text{âge}} = 20,95$  ;  $ET_{\text{âge}} = 1,89$  ; 78,85 % de femmes).  
9 L'ensemble des participants a complété un questionnaire autorapporté interrogeant leur santé  
10 et leur bien-être. Les résultats ont permis de souligner que bien que les JAA n'aient pas plus  
11 de problématique de santé, ils présentent davantage de détresse psychologique que leurs pairs  
12 non aidants. Cette recherche apporte un premier éclairage sur les problématiques de santé et  
13 de bien-être des JAA et met en évidence l'importance de mieux les accompagner, notamment  
14 dans la poursuite de leurs études.

15  
16 *Mots-clés : confrontation à la maladie, famille, aidant naturel, enseignement supérieur,*  
17 *détresse psychologique*

1 *Intérêt public*

2 • En se basant sur la confrontation à la maladie d'un proche et sur le niveau d'aide  
3 apportée à ce dernier, cette recherche propose de distinguer les jeunes adultes aidants  
4 des jeunes adultes confrontés à un proche malade et des jeunes adultes sans proche  
5 malade.

6 • Cette recherche souligne que la situation d'aidant naturel peut être un facteur de  
7 vulnérabilité en termes de détresse psychologique.

8 • La mise en place de dispositifs, tel que le « passeport aidant », au sein des  
9 établissements de l'enseignement supérieur devrait permettre la reconnaissance du rôle  
10 et du statut d'aidant et ainsi favoriser l'accompagnement des étudiants aidants.

11

Manuscrit accepté pour publication

## Introduction

1  
2 La notion d'aidants naturels familiaux renvoie à des individus qui apportent une aide  
3 régulière, à titre non professionnel et non rémunéré, dans les activités quotidiennes ou sur le  
4 plan émotionnel, à un proche en perte d'autonomie du fait de l'âge, d'une maladie ou d'un  
5 handicap (Blanc, 2010). Le statut d'aidant constitue, et ce peu importe l'âge, un facteur de  
6 vulnérabilité face au développement de problématique de santé (Aldridge & Becker, 2003).  
7 Néanmoins, tout jeune confronté à la maladie d'un proche ne devient pas aidant. Un jeune  
8 sera considéré comme aidant à partir du moment où l'aide qu'il apporte est régulière et  
9 inadaptée au regard de son âge et de sa culture (Becker, 2007). Un jeune adulte aidant (JAA)  
10 a donc été défini comme une personne âgée de 18 à 25 ans qui fournit de manière régulière de  
11 l'aide, des soins, de l'assistance ou du soutien à un proche malade ou en perte d'autonomie  
12 (Becker & Becker, 2008). Les JAA représentent une population spécifique, car ils sont dans  
13 une période développementale dite d'émergence de l'âge adulte. Cette période se caractérise  
14 par une prise d'autonomie et une relative indépendance des règles sociales permettant ainsi le  
15 déploiement de nouvelles expériences dans un cadre plus libre (Arnett, 2004).

16 À ce jour, les JAA représentent une population encore sous-étudiée dans le domaine  
17 de la santé (Kent, 2020). Pourtant, les JAA rapportent se sentir fatigués, épuisés,  
18 insomniaques, en surpoids ou encore sujets aux ulcères (Becker & Becker, 2008; Hamilton &  
19 Adamson, 2013; Haugland et al., 2020). Les JAA ont, en effet, tendance à négliger leur  
20 propre santé en faveur de celle de la personne dont ils s'occupent (Becker & Becker, 2008).  
21 Pour cette raison, les JAA peuvent fréquemment être malades et souffrir de difficulté  
22 d'endormissement et de fatigue intense (Hamilton & Adamson, 2013). En outre, certains JAA  
23 peuvent s'engager dans des comportements de prise de risque avec consommation de  
24 substances (Becker & Becker, 2008; Grenard et al., 2020). Ces comportements reflèteraient  
25 une forme d'échappatoire face à la pression engendrée par leur rôle d'aidant (Becker &

1 Becker, 2008). Le contexte d'aide peut également avoir une incidence sur le bien-être des  
2 JAA et les conduire à se sentir inquiets, stressés, anxieux ou encore déprimés (Becker &  
3 Becker, 2008; Greene et al., 2017; Grenard et al., 2020; Hamilton & Adamson, 2013;  
4 Haugland et al., 2020).

5 Dans le contexte socioculturel français, où la poursuite d'études dans l'enseignement  
6 supérieur est une norme sociale (van de Velde, 2008), une grande majorité des JAA est  
7 étudiante. Les étudiants sont reconnus comme étant une population particulièrement  
8 vulnérable (Boujut et al., 2009) ; les JAA dans ce contexte seraient donc encore plus à risque.  
9 La littérature montre que dans le contexte scolaire, comparés à des étudiants qui ne sont pas  
10 aidants, les JAA présentent davantage de symptomatologie dépressive, et ce, à un niveau  
11 cliniquement significatif (Greene et al., 2017; Haugland et al., 2020). Les JAA étudiants sont  
12 donc plus vulnérables face au développement de pathologie psychiatrique du fait de la  
13 pression engendrée par leur rôle d'aidant couplée à la charge scolaire (Greene et al., 2017).  
14 Les JAA étudiants obtiennent également des scores plus faibles de bien-être que ceux qui ne  
15 sont pas aidants (Haugland et al., 2020). Le pourcentage de JAA qui présente une détresse  
16 psychologique est également supérieur à celui des jeunes adultes qui ne sont pas aidants  
17 (Grenard et al., 2020). L'objectif de cette recherche était d'interroger, dans un contexte  
18 d'enseignement supérieur, la santé et le bien-être des JAA comparées aux autres jeunes  
19 adultes qu'ils soient ou non confrontés à la maladie ou au handicap d'un proche.

20 À notre connaissance, la distinction entre les JAA, les jeunes adultes confrontés à un  
21 proche malade (JACPM) et les jeunes adultes sans proches malades (JASPM) n'a jamais été  
22 investiguée. Ce qui va différencier un JAA d'un JACPM est la fréquence de l'aide apportée  
23 (p.ex., Becker, 2007) ; un JAA étant considéré comme aidant à partir du moment où il apporte  
24 une aide significative. Pourtant, les JACPM sont, selon les recherches et la méthode de  
25 catégorisation choisie, considérés comme des JAA ou comme des jeunes qui ne sont pas

1 aidant sans distinction avec les JASPM. Les études montrent que, durant l'émergence de l'âge  
2 adulte, être confronté à la maladie d'un proche, sans nécessairement endosser un rôle  
3 d'aidant, est associé à des problématiques de santé et de mal-être (Abraham & Stein, 2013;  
4 Hinojosa et al., 2018; Mechling, 2015; van der Werf et al., 2020). Ainsi, la confrontation à la  
5 maladie d'un proche sans qu'une aide significative ne soit apportée serait un facteur de  
6 vulnérabilité en termes d'ajustement psychologique.

### 7 **Objectifs de la présente recherche**

8 En France, depuis 2019, les JAA étudiants ont la possibilité de demander des aménagements  
9 de leur rythme d'étude (c.-à.-d., condition d'assiduité et aménagement des examens ;  
10 Gouvernement Français, 2019). Cette mesure reste largement méconnue par les étudiants eux-  
11 mêmes ainsi que par le personnel administratif et enseignant (Chevrier, Untas et al., 2022). De  
12 manière générale, en France comme au Canada, les jeunes aidants semblent encore souvent  
13 invisibles (p.ex., Chadi & Ma, 2017; Jarrige et al., 2020). Comme le soulignent Joseph et al.  
14 (2020), certains pays, comme le Royaume-Uni, disposent déjà de services dédiés s'appuyant  
15 sur une reconnaissance juridique. En revanche, d'autres pays, tels que la Grèce ou la Finlande,  
16 commencent à peine à s'intéresser à cette problématique. La mise en place de politiques  
17 publiques passe par la reconnaissance des spécificités des JAA comparés aux autres jeunes  
18 adultes.

19 En introduisant la distinction entre JAA, JACPM et JASPM, l'objectif de cette  
20 recherche est d'investiguer la santé et le bien-être des JAA comparativement aux jeunes  
21 adultes qui ne sont pas aidants qu'ils soient JACPM ou JASPM. Nous formulons l'hypothèse  
22 que comparés aux JASPM, les jeunes adultes étudiants confrontés à la maladie d'un proche  
23 (JAA et JACPM) devraient présenter un moins bon état de santé perçu, davantage de  
24 problématiques (c.-à.-d., santé et développementale), de détresse psychologique et de stress  
25 perçu ainsi qu'un plus faible niveau de bien-être. Les JAA, du fait de leur statut d'aidant,

1 devraient avoir un moins bon état de santé perçu, davantage de problématiques (c.-à.-d., santé  
2 et développementale), de détresse psychologique, de stress et un niveau plus faible de bien-  
3 être que les JACPM.

## 4 Méthode

### 5 Participants et Procédure

6 L'échantillon se compose de 681 jeunes adultes ( $M_{\text{âge}} = 20,95$  ;  $ET_{\text{âge}} = 1,89$ ). Les critères  
7 d'inclusion étaient : avoir entre 18 et 25 ans, être inscrits dans une formation initiale dans un  
8 établissement de l'enseignement supérieur français et ne pas avoir d'enfants. Les participants  
9 sont inscrits pour 20,12 % en première année, 19,97 % en deuxième année, 32,74 % en  
10 troisième année, 14,10 % en quatrième année, 10,72 % en cinquième année et 2,35 % en  
11 sixième année. La majorité de l'échantillon est inscrite dans une formation de lettres et de  
12 sciences humaines (54,77 %). Les autres participants sont inscrits dans une formation de droit  
13 et d'économie (19,97 %), une formation médicale ou paramédicale (14,68 %) ou une  
14 formation scientifique (10,57 %). Seuls 10,81 % des participants sont enfants uniques. Parmi  
15 les 89,13 % des participants issus d'une fratrie, 43,33 % en sont les aînés. Concernant le lieu  
16 de vie, 54,20 % des participants ont quitté le foyer familial, 29,95 % vivent au domicile  
17 parental avec leurs deux parents et 15,85 % avec un seul de leurs parents. Les mères occupent  
18 un emploi pour 77,38 % des participants et les pères pour 78,85 %. De plus, 56,18 % des  
19 participants occupent un emploi parallèlement à leurs études. Pour chaque participant, le  
20 consentement éclairé a été recueilli. Les données ont été recueillies volontairement, sans  
21 aucune contrepartie, et traitées anonymement. L'ensemble des participants a complété un  
22 questionnaire autorapporté dans une version papier ou en ligne. Cette étude s'inscrit dans le  
23 projet de recherche CAMPUS-CARE et a été approuvée par le Comité d'Éthique de la  
24 Recherche de l'Université Paris Descartes (N°IRB : 00012019 – 62).

### 25 Mesures

1 *Catégorisation des participants et identification des JAA, des JACPM et des JASPM.* Le  
2 classement des étudiants dans les groupes JAA, JACPM ou JASPM a été réalisé à partir de  
3 leurs réponses à une question portant sur la confrontation à la maladie d'un proche (oui vs  
4 non) et à un questionnaire mesurant la fréquence des activités de soutien à la personne. La  
5 Multidimensional Assessment of Caring Activities for Young Carers (MACA-YC ; Joseph et  
6 al., 2019 ; Chevrier, Dorard et al., 2022, pour la version française) a été utilisée à cette fin. La  
7 MACA-YC se compose de 18 items. Les participants devaient répondre selon une échelle en  
8 trois points (de 0 = ne me concerne pas/jamais à 2 = fréquemment). Le score total varie de 0 à  
9 36. Un score inférieur à 9 indique une fréquence faible ; entre 10 et 13, une fréquence  
10 modérée ; entre 14 et 17, une fréquence élevée ; et supérieur à 18, une fréquence très élevée  
11 (Joseph et al., 2009). La cohérence interne est acceptable dans notre échantillon ( $\alpha = .78$ ).

12 En se basant sur les seuils définis par Joseph et al. (2009), si le participant indiquait  
13 être confronté à la maladie d'un proche et apporter une aide d'intensité élevée ou très élevée  
14 (c.-à.-d., score total à la MACA-YC  $\geq 14$ ), il était catégorisé JAA. Si un participant signalait  
15 être confronté à la maladie d'un proche et apporter une aide de fréquence faible ou modérée  
16 (c.-à.-d., score total à la MACA-YC  $< 13$ ), il était assigné à la catégorie JACPM. Enfin, si un  
17 participant rapportait ne pas être confronté à la maladie d'un proche, il était classé comme  
18 JASPM. Ainsi, 111 participants ont été catégorisés JAA, 294 JACPM et 276 JASPM. Ces  
19 trois groupes ont le même âge,  $F(2, 678) = 0,39, p = .68$ .

20 *Caractéristiques sociodémographiques.* Différentes questions ont permis d'interroger l'âge, le  
21 genre, la composition de la fratrie, l'année d'étude, le programme d'études, le lieu de  
22 domicile et l'occupation d'un emploi. Lorsque le participant était confronté à la maladie d'un  
23 proche, il lui était également demandé le type de maladie et le proche concerné.

24 *État de santé perçu.* Les répondants devaient se positionner sur une échelle en 4 points (de 1  
25 = pas très bon à 4 = exceptionnel) afin de décrire leur état de santé.

1 *Problématiques de santé rencontrées.* Les répondants devaient indiquer s'ils souffraient d'une  
2 maladie chronique physique, d'un trouble mental ou d'un trouble de l'usage des substances,  
3 d'un handicap moteur ou sensoriel ou d'un trouble de l'apprentissage.

4 *Détresse psychologique.* Le General Health Questionnaire a été utilisé (GHQ-12 ; Goldberg &  
5 Blackwell, 1970; Salama-Younes et al., 2009, pour la version française). Ce questionnaire se  
6 compose de 12 items pour lesquels le répondant doit indiquer la fréquence à laquelle il a vécu  
7 des symptômes au cours des dernières semaines. Le codage des réponses a été réalisé sur la  
8 base d'une méthode Likert où tous les items sont codés en 0-1-2-3. Le score total varie entre 0  
9 et 36 ; plus le score est élevé, plus le participant présente une détresse psychologique intense.  
10 La consistance interne de cette échelle, pour notre échantillon, est satisfaisante ( $\alpha = .89$ ).

11 *Stress perçu.* La Perceived Stress Scale a été utilisée (PSS-14 ; Cohen et al., 1983; Lesage et  
12 al., 2012, pour la version française). Composé de 14 items, ce questionnaire invite les  
13 répondants à indiquer sur une échelle (de 0 = jamais à 4 = souvent) la fréquence à laquelle ils  
14 perçoivent des situations de la vie quotidienne comme menaçantes et incontrôlables. Le score  
15 varie de 0 à 56 ; plus il est élevé, plus le participant présente un niveau de stress perçu élevé.  
16 La consistance interne est satisfaisante dans notre échantillon ( $\alpha = .87$ ).

17 *Bien-être subjectif.* La Satisfaction With Life Scale a été utilisée (SWLS ; Diener et al., 1985 ;  
18 Blais et al., 1989, pour la version française). Ce questionnaire se compose de 5 items pour  
19 lesquels le répondant doit se positionner sur une échelle de Likert en sept points (de 1 =  
20 fortement en désaccord à 7 = fortement en accord). Le score total varie entre 5 et 35 ; un score  
21 élevé indique une plus grande satisfaction de vie. La consistance interne est satisfaisante pour  
22 notre échantillon ( $\alpha = .82$ ).

### 23 **Plan d'analyses**

24 Des analyses préliminaires ont été réalisées afin de déterminer si les JAA, les JACPM et les  
25 JASPM étaient comparables au regard de leurs caractéristiques sociodémographiques. Si les

1 groupes venaient à différer sur une variable, celle-ci faisait l'objet d'un contrôle dans les  
2 analyses principales. Les différences de distribution entre les groupes ont été investiguées par  
3 le biais d'une série de tests du *chi-2* avec décompositions orthogonales (Sharpe, 2015) sans  
4 correction de Yates (Hitchcock, 2009) ; et la différence de moyennes avec une analyse de  
5 variance (ANOVA).

6 Les analyses principales visaient à déterminer les différences en termes de santé et de  
7 bien-être des JAA comparativement aux JACPM et JASPM. Comme précédemment, les  
8 différences de distribution entre les groupes ont été investiguées par le biais d'une série de  
9 tests du *chi-2* avec décompositions orthogonales (Sharpe, 2015) sans correction de Yates  
10 (Hitchcock, 2009). Un test du *chi-2* global a d'abord été réalisé sur l'ensemble de la table de  
11 contingence avant de procéder à une série de tests du *chi-2* avec décomposition orthogonale  
12 en considérant la présence vs l'absence de chaque maladie, handicap ou trouble. Les  
13 différences de moyennes ont, quant à elle, été investiguées par le biais d'une analyse de  
14 variance multivariée (MANOVA) suivie d'une série d'ANOVA et d'analyses post-hoc de  
15 Tukey en comparaison par paires lorsqu'elles étaient significatives. La même procédure a été  
16 réalisée en contrôlant pour les variables sociodémographiques le nécessitant avec une analyse  
17 de covariance multivariée (MANCOVA) et une série d'analyse de covariance (ANCOVA)  
18 avec analyses post-hoc de Tukey. L'ensemble des données ne présente pas de données  
19 manquantes. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R Studio (version 4.1.2) avec la  
20 fonction stats 4.1.2 (R Core Team, 2021).

## 21 Résultats

### 22 Analyses préliminaires

23 Le Tableau 1 présente les variables sociodémographiques selon les groupes JAA, JACPM et  
24 JASPM. À l'exception du genre,  $\chi^2 (N = 681, ddl = 2) = 10,39, p < .01, V = .02$ , l'ensemble  
25 des variables sociodémographiques ne diffèrent pas entre ces trois groupes. Pour le genre, les

1 décompositions orthogonales mettent en avant qu'il y a davantage d'hommes chez les JASPM  
2 que chez les JAA et les JACPM,  $\chi^2_{\text{Décomposition orthogonale}} (N = 681, ddl = 1) = 10,11, p < .01, V =$   
3  $.01$ . Aucune différence de genre n'a été mise en évidence entre les JAA et les JACPM,  
4  $\chi^2_{\text{Décomposition orthogonale}} (N = 405, ddl = 1) = 0,32, p = .57$ . Nous signalons que parmi toutes les  
5 différences non significatives du Tableau 1, celle concernant le type de maladie de la  
6 personne proche signifie que les JAA et les JACPM font face au même type de maladie qui  
7 touche leur proche (respectif).

## 8 **Analyses principales**

9 Le Tableau 2 présente l'ensemble des résultats concernant les variables cibles de  
10 l'étude, soit la santé psychologique des JAA, JACPM et JASPM. Certaines de ces variables  
11 donnent lieu à des analyses non paramétriques, d'autres à des analyses paramétriques. Au  
12 niveau des problématiques de santé rencontrées, les résultats montrent des différences  
13 significatives selon les groupes,  $\chi^2 (N = 681, ddl = 8) = 31,90, p < .001, V = .02$ . Les  
14 décompositions orthogonales mettent en avant que les JASPM rapportent davantage ne pas  
15 présenter de maladies, de handicaps ou de troubles que les JAA et les JACPM,  $\chi^2_{\text{Décomposition}}$   
16  $\text{orthogonale} (N = 681, ddl = 1) = 21,86, p < .001, V = .01$ , alors que les JAA ne diffèrent pas des  
17 JACPM,  $\chi^2_{\text{Décomposition orthogonale}} (N = 405, ddl = 1) = 3,33, p = .07$ . Concernant le type de  
18 problématique de santé rencontré, il y a moins de JASPM qui rapportent des troubles mentaux  
19 et de l'usage de substance que les JAA et les JACPM,  $\chi^2_{\text{Décomposition orthogonale}} (N = 681, ddl = 1)$   
20  $= 6,72, p < .05, V = .01$  ; les JAA et les JACPM ne se distinguent pas entre eux,  $\chi^2_{\text{Décomposition}}$   
21  $\text{orthogonale} (N = 405, ddl = 1) = 0,62, p = .43$ . Aucune différence n'a été mise en évidence pour  
22 la maladie chronique physique,  $\chi^2 (N = 681, ddl = 2) = 3,54, p = .178$ , ainsi que pour le  
23 handicap moteur et sensoriel et les troubles de l'apprentissage,  $\chi^2 (N = 681, ddl = 2) = 3,08, p =$   
24  $.21$ . Finalement, les JAA et les JACPM rapportent davantage présenter plusieurs maladies,  
25 handicaps ou troubles que les JASPM,  $\chi^2_{\text{Décomposition orthogonale}} (N = 681, ddl = 1) = 10,10, p <$

1 .01,  $V = .01$ , sans pour autant différer entre eux,  $\chi^2_{\text{Décomposition orthogonale}} (N = 405, ddl = 1) =$   
2 1,38,  $p = .24$ .

3 La MANOVA révèle des différences significatives entre les groupes,  $F(8, 678) =$   
4 5,31,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .71$ . Concernant l'état de santé perçu,  $F(2, 678) = 8,34$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .02$ ,  
5 les JASPM présentent un score plus élevé que les JAA et les JACPM,  $t$  de Tukey = -3,65,  $p <$   
6 .001 et  $t$  de Tukey = -3,10,  $p < .01$  respectivement. Pour la détresse psychologique (GHQ-12),  
7  $F(2, 678) = 7,87$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .02$ , les JAA présentent un score plus élevé que les JACPM et  
8 les JASPM,  $t$  de Tukey = -2,41,  $p < .05$  et  $t$  de Tukey = 3,92,  $p < .001$  respectivement. Pour le  
9 stress perçu (PSS-14),  $F(2, 678) = 14,76$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .04$ , les JAA ont également un score  
10 plus élevé que les JACPM,  $t$  de Tukey = -2,37,  $p < .05$ , qui ont, cette fois-ci, un score lui-  
11 même plus élevé que les JASPM,  $t$  de Tukey = 3,69,  $p < .001$ . Pour le bien-être subjectif  
12 (SWLS),  $F(2, 678) = 11,02$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .03$ , les JACPM et JASPM ont un score supérieur  
13 à celui des JAA,  $t$  de Tukey = 3,18,  $p < .001$  et  $t$  de Tukey = -4,69,  $p < .001$  respectivement.

14 Ces différences de moyennes entre les groupes subsistent en contrôlant la variable  
15 genre, codée 1 = hommes et 2 = femmes, dans une MANCOVA. En effet, des différences  
16 significatives entre les groupes ont été mises en évidence selon le genre,  $F(8, 677) = 5,47$ ,  $p$   
17  $< .001$ ,  $\eta^2 = .72$ . À nouveau chaque variable de santé psychologique donne lieu à des effets  
18 significatifs, tous les  $F(2, 677) \geq 6,00$ , tous les  $p < 0,01$ , tous les  $\eta^2 \geq .03$ . Les analyses post-  
19 hoc aboutissent aux mêmes conclusions que les analyses précédentes.

## 20 Discussion

21 Cette étude met en évidence que le groupe des JASPM est majoritairement constitué  
22 d'hommes contrairement aux groupes des JAA et des JACPM. Les hommes étant moins  
23 susceptibles que les femmes de devenir proche aidant principal et peuvent se sentir davantage  
24 mal à l'aise dans ce rôle (Fraser & Warr, 2009). Ainsi, nous pouvons supposer qu'ils vont  
25 moins spontanément rapporter avoir un proche malade.

1 Dans le contexte de l'enseignement supérieur, cette recherche montre que les JAA et  
2 les JACPM ne diffèrent pas des JASPM au sujet des maladies chroniques physiques ou des  
3 handicaps et des troubles de l'apprentissage. Pour autant, les JAA et les JACPM se  
4 distinguent des JASPM au regard des troubles mentaux et de l'usage de substance ainsi que  
5 de la présence de plusieurs maladies, handicaps ou troubles. Ainsi, les JASPM, contrairement  
6 aux JAA et JACPM, rapportent moins de maladies ou handicaps simultanément. Sachant que  
7 les aidants peuvent négliger leur état de santé du fait de l'attention portée à celui de la  
8 personne aidée (Becker & Becker, 2008), nous pouvons supposer, qu'à partir du moment où  
9 les étudiants sont confrontés à la maladie d'un proche, ils jugeront leurs difficultés comme  
10 moins importantes comparativement à celles de leur proche malade. Par conséquent, ils ne les  
11 déclareront pas systématiquement. Afin de remédier à ce biais potentiel, il pourrait être  
12 pertinent de coupler une mesure de santé objective à la mesure de santé autorapportée telle  
13 que formulée dans la présente étude.

14 Les écrits montrent un lien entre la fréquence de l'aide apportée et un état de santé  
15 physique de moins bonne qualité (Haugland et al., 2020). Plus l'aide apportée est importante  
16 plus les JAA sont vulnérables face au développement de pathologies (Becker & Becker,  
17 2008). Pourtant, nos résultats soulignent une absence de différence entre les JAA et les  
18 JACPM concernant les troubles mentaux et de l'usage de substance ainsi que la  
19 prépondérance de multiples maladies, handicaps ou troubles. La confrontation à la maladie  
20 d'un proche pourrait alors davantage expliquer l'état de santé autorapporté que la fréquence  
21 de l'aide apportée. Au regard de la période développementale, les jeunes adultes doivent à la  
22 fois développer leur autonomie et leur indépendance afin de trouver leur place dans la société  
23 en tant qu'adultes (Arnett, 2011). Nous pouvons supposer que cette injonction de « l'être  
24 adulte » peut être la source d'un stress important qui pourra ensuite conduire à une plus forte  
25 consommation de tabac et de drogues (Holahan et al., 2003) chez les individus confrontés à la

1 maladie d'un proche, cumulant ainsi un stress développemental et contextuel lié à la maladie  
2 de leur proche.

3 Comme attendu, les JAA présentent les scores les plus élevés de détresse  
4 psychologique et de stress perçu ainsi que le score le plus faible de bien-être subjectif. Ils  
5 rapportent également avoir un moins bon état de santé perçu. Ce résultat est cohérent avec les  
6 écrits sur le sujet et appuie l'idée selon laquelle endosser un rôle d'aidant est un facteur de  
7 vulnérabilité en termes de santé (Greene et al., 2017; Haugland et al., 2020). Les JACPM et  
8 les JASPM ne se différencient que sur leurs scores de stress perçu et sur leur état de santé  
9 perçu. Ainsi, l'ensemble des jeunes adultes confrontés à la maladie d'un proche (JAA et  
10 JACPM) rapportent un stress perçu supérieur aux jeunes qui ne sont pas confrontés à la  
11 maladie ainsi qu'un moins bon état de santé ; et ce même après avoir contrôlé la variable du  
12 genre. Sachant que le stress perçu dépend de l'évaluation cognitive subjective d'un individu et  
13 peut donc varier d'un individu à l'autre (Lazarus & Folkman, 1984), ces résultats laissent  
14 supposer que les jeunes adultes confrontés à la maladie d'un proche peuvent percevoir cette  
15 situation comme pénible et stressante sans pour autant manifester de détresse psychologique.  
16 Le score plus élevé de détresse psychologique chez les JAA uniquement pourrait être le  
17 résultat d'un retrait des activités sociales et de loisirs en raison des responsabilités qui  
18 incombent à leur rôle d'aidant (Becker & Becker, 2008). Notons tout de même que  
19 l'ensemble de cet échantillon présente un score élevé de stress perçu soulignant aussi un vécu  
20 stressant des études dans l'enseignement supérieur. Ce constat pourrait être en partie lié au  
21 fait que cet échantillon est majoritairement constitué d'étudiants inscrits en formation de  
22 lettres et de sciences humaines ; formation où le niveau de stress perçu est particulièrement  
23 élevé (Neveu et al., 2011). Ainsi, en interrogeant la santé et le bien-être des JAA comparés  
24 aux JACPM et aux JASPM, nos résultats mettent en lumière les potentiels corrélats de la  
25 situation d'aidant naturel en termes de santé et de bien-être des étudiants.

## 1 **Applications pratiques**

2 Cette recherche apporte un premier éclairage sur les problématiques de santé et de bien-être  
3 des JAA étudiants comparés aux autres étudiants. En France, les établissements de  
4 l'enseignement supérieur disposent de services dédiés aux étudiants en situation de handicap  
5 ou de maladie. Ces services ne sont actuellement pas ouverts aux JAA. La reconnaissance au  
6 niveau des établissements du statut et du rôle des JAA passe par l'information et la création  
7 de dispositifs (Becker & Becker, 2008; Kettell, 2018). Afin de mieux de promouvoir la santé  
8 et le bien-être des JAA, nous pourrions imaginer, comme le propose Kettell (2018), la mise en  
9 place d'un « passeport aidant ». Ce passeport permettrait à l'étudiant de signifier sa situation à  
10 l'ensemble du personnel de l'établissement sans avoir à la réexpliquer à chaque fois. Ce  
11 passeport pourrait également permettre un aménagement de l'emploi du temps ou encore un  
12 accès facilité à des contenus d'enseignement.

## 13 **Limites et perspectives de recherches**

14 Cette recherche présente plusieurs limites. Bien que cette recherche ait couvert un large  
15 éventail de variables relatives à la santé et au bien-être, elle n'a pas interrogé les  
16 caractéristiques d'entrée dans un contexte de soutien à titre de proche aidant. De futures  
17 recherches devraient interroger les variables conduisant les jeunes adultes à devenir aidant au  
18 regard de leurs situations afin de mieux les identifier et favoriser le déploiement  
19 d'accompagnements adaptés.

## 20 **Conclusion**

21 Cette recherche permet d'apporter un éclairage nouveau sur les problématiques des JAA  
22 étudiants. Les résultats mettent en évidence les spécificités des JAA comparées aux autres  
23 jeunes adultes. Les résultats soulignent ainsi la nécessité de mettre en place des politiques de  
24 prévention pour, d'une part, mieux identifier les JAA au sein des établissements de  
25 l'enseignement supérieur et, d'autre part, leur proposer des solutions adaptées à leurs besoins.

1 Afin de mieux identifier, accompagner et faire connaître les JAA, de futures recherches  
2 devraient interroger, dans une perspective longitudinale, l'évolution de la santé et du bien-être  
3 des jeunes adultes étudiants confrontés à la maladie d'un proche au regard de leur situation  
4 d'aidant naturel.

## 5 Références

- 6 Abraham, K. M., & Stein, C. H. (2013). When Mom has a Mental Illness: Role Reversal and  
7 Psychosocial Adjustment Among Emerging Adults. *Journal of Clinical Psychology*,  
8 69(6), 600–615.
- 9 Aldridge, S., & Becker, S. (2003). *Children Caring for Parents with Mental Illness:  
10 Perspectives of Young Carers, Parents and Professionals* (Policy Press).
- 11 Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the  
12 twenties*. Oxford University Press.
- 13 Arnett, J. J. (2011). Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage. In J.  
14 J. Arnett (Ed.), *Bridging cultural and developmental approaches to psychology: New  
15 syntheses in theory, research, and policy*. (pp. 255–275). Oxford University Press.
- 16 Becker, F., & Becker, S. (2008). *Young adult carers in the UK: Experiences, needs and  
17 services for carers aged 16-24*. Woodford Green: The Princess Royal Trust for Carers.  
18 <http://static.carers.org/files/yac20report-final-241008-3787.pdf>
- 19 Becker, S. (2007). Global perspectives on children's unpaid caregiving in the family:  
20 Research and policy on 'young carers' in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan  
21 Africa. *Global Social Policy*, 7(1), 23–50. <https://doi.org/10.1177/1468018107073892>
- 22 Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de  
23 satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale."  
24 *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 21(2), 210–223.  
25 <https://doi.org/10.1037/h0079854>

- 1 Blanc, A. (2010). *Les aidants familiaux* (Presses universitaires de Grenoble).
- 2 Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M.-L. (2009). La santé  
3 mentale chez les étudiants: Suivi d'une cohorte en première année d'université.  
4 *Annales Médico-psychologiques*, 167(9), 662–668.  
5 <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.05.020>
- 6 Chadi, N., & Stamatopoulos, V. (2017). Caring for young carers in Canada. *Canadian  
7 Medical Association Journal*, 189(28), E925–E926.  
8 <https://doi.org/10.1503/cmaj.170145>
- 9 Chevrier, B., Dorard, G., Jarrige, É., Joseph, S., Becker, S., Leu, A., & Untas, A. (2022).  
10 Assessing caring activities in French adolescents and young adults: Relevance of the  
11 Multidimension Assessment of Caring Activities for Young Carers (MACA-YC18).  
12 *Child: Care, Health and Development*, Advance online publication.  
13 <https://doi.org/10.1111/cch.12988>
- 14 Chevrier, B., Untas, A., & Dorard, G. (2022). Where are we in the recognition of emerging  
15 adult caregivers?. *Children & Society*, Advance online publication.  
16 <https://doi.org/10.1111/chso.12602>
- 17 Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress.  
18 *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- 19 Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life  
20 Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.  
21 [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- 22 Fraser, C., & Warr, D. J. (2009). Challenging roles: Insights into issues for men caring for  
23 family members with mental illness. *American Journal of Men's Health*, 3(1), 36–49.  
24 <https://doi.org/10.1177/1557988307311353>
- 25 Goldberg, D. P., & Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice: A detailed

- 1 study using a new method of case identification. *BMJ*, 2(5707), 439–443.  
2 <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5707.439>
- 3 Gouvernement Français. (2019). *Dossier de presse—Agir pour les aidants. Stratégie de*  
4 *mobilisation et de soutien 2020—2022*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-_strategie_de_mobilisation_et_de_soutien_en_faveur_des_aidants.pdf)  
5 [\\_strategie\\_de\\_mobilisation\\_et\\_de\\_soutien\\_en\\_faveur\\_des\\_aidants.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-_strategie_de_mobilisation_et_de_soutien_en_faveur_des_aidants.pdf)
- 6 Greene, J., Cohen, D., Siskowski, C., & Toyinbo, P. (2017). *The relationship between family*  
7 *caregiving and the mental health of emerging young adult caregivers*. 44(4), 551–563.  
8 <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9526-7>
- 9 Grenard, D. L., Valencia, E. J., Brown, J. A., Winer, R. L., & Littman, A. J. (2020). Impact of  
10 Caregiving During Emerging Adulthood on Frequent Mental Distress, Smoking, and  
11 Drinking Behaviors: United States, 2015–2017. *American Journal of Public Health*,  
12 110(12), 1853–1860. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305894>
- 13 Hamilton, M. G., & Adamson, E. (2013). Bounded agency in young carers' lifecourse-stage  
14 domains and transitions. *Journal of Youth Studies*, 16(1), 101–117.  
15 <https://doi.org/10.1080/13676261.2012.710743>
- 16 Haugland, B. S. M., Hysing, M., & Sivertsen, B. (2020). The Burden of Care: A National  
17 Survey on the Prevalence, Demographic Characteristics and Health Problems Among  
18 Young Adult Carers Attending Higher Education in Norway. *Frontiers in Psychology*,  
19 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02859>
- 20 Hinojosa, R., Nguyen, J., Sellers, K., & Elassar, H. (2018). Barriers to college success among  
21 students that experienced adverse childhood events. *Journal of American College*  
22 *Health*, 67(6), 531–540. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1498851>
- 23 Hitchcock, D. B. (2009). Yates and contingency tables: 75 years later. *Electron. J. Hist.*  
24 *Probab. Stat*, 5(2), 1-14.
- 25 Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2003).

- 1 Drinking to Cope and Alcohol Use and Abuse in Unipolar Depression: A 10-Year  
2 Model. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 159–165.
- 3 Jarrige, É., Dorard, G., & Untas, A. (2020). Revue de la littérature sur les jeunes aidants: Qui  
4 sont-ils et comment les aider ? *Pratiques Psychologiques*, 26(3), 215–229.  
5 <https://doi.org/10.1016/j.prps.2019.02.003>
- 6 Joseph, S., Becker, F., & Becker, S. (2009). *Manual for measures of caring activities and*  
7 *outcomes for children and young people*. Princess Royal Trust for Carers.
- 8 Joseph, S., Kendall, C., Toher, D., Sempik, J., Holland, J., & Becker, S. (2019). Young carers  
9 in England: Findings from the 2018 BBC survey on the prevalence and nature of  
10 caring among young people. *Child: Care, Health and Development*, 45(4), 606-612.  
11 <https://doi.org/10.1111/cch.12674>
- 12 Joseph, S., Sempik, J., Leu, A., & Becker, S. (2020). Young Carers Research, Practice and  
13 Policy: An Overview and Critical Perspective on Possible Future Directions.  
14 *Adolescent Research Review*, 5, 77–89. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00119-9>
- 15 Kent, E. E. (2020). Time to Recognize and Support Emerging Adult Caregivers in Public  
16 Health. *American Journal of Public Health*, 110(12), 1720–1721.  
17 <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305951>
- 18 Kettell, L. (2018). Young adult carers in higher education: The motivations, barriers and  
19 challenges involved – a UK study. *Journal of Further and Higher Education*, 44(1),  
20 100–112. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2018.1515427>
- 21 Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Springer Publishing  
22 Compagny).
- 23 Lesage, F.-X., Berjot, S., & Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the French  
24 versions of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Occupational*  
25 *Medicine and Environmental Health*, 25(2). <https://doi.org/10.2478/s13382-012-0024->

- 2 Mechling, B. M. (2015). A cross-sectional survey of the effect on emerging adults living with  
3 a depressed parent: Growing up with a depressed parent. *Journal of Psychiatric and*  
4 *Mental Health Nursing*, 22(8), 570–578. <https://doi.org/10.1111/jpm.12244>
- 5 Neveu, D., Doron, J., Visier, L., Boiché, J., Trouillet, R., & Ninot, G. (2011). Filière  
6 académique et stress perçû: Quelles implications pour le cursus des étudiants ? *Revue*  
7 *d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59, S27.  
8 <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.02.037>
- 9 R Core Team. (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R  
10 Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- 11 Salama-Younes, M., Montazeri, A., Ismaïl, A., & Roncin, C. (2009). Factor structure and  
12 internal consistency of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) and the  
13 Subjective Vitality Scale (VS), and the relationship between them: A study from  
14 France. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 22. [https://doi.org/10.1186/1477-](https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-22)  
15 [7525-7-22](https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-22)
- 16 Sharpe, D. (2015). Your Chi-square test is statistically significant: Now what? *Practical*  
17 *Assessment, Research & Evaluation*, 20(8), 1–10. <https://doi.org/10.7275/tbfa-x148>
- 18 van de Velde, C. (2008). *Devenir adulte: Sociologie comparée de la jeunesse en Europe* (1st  
19 ed.). Presses universitaires de France.
- 20 van der Werf, H. M., Paans, W., Emmens, G., Francke, A. L., & Luttik, M. L. A. (2020).  
21 Experiences of Dutch students growing up with a family member with a chronic  
22 illness: A qualitative study. *Health & Social Care in the Community*, 28, 624–632.  
23 <https://doi.org/10.1111/hsc.12896>

Tableau 1

Fréquences et pourcentages des caractéristiques sociodémographiques selon les groupes JAA, JACPM et JASPM (N = 681).

Variabes	JAA (n = 111)	JACPM (n = 294)	JASPM (n = 276)	$\chi^2$	ddl	p	V
Genre				10,39	2	**	.02
Femme	94 (84,66)	242 (82,31)	201 (72,82)				
Homme	17 (15,34)	52 (17,69)	75 (27,18)				
Enfant unique	7 (6,31)	32 (12,68)	35 (10,88)	3,32	2	.19	-
Place dans la fratrie				10,85	6	.09	-
Aîné	47 (45,19)	112 (38,09)	105 (38,04)				
Puîné	28 (26,92)	77 (26,19)	108 (39,13)				
Cadet	28 (26,92)	52 (17,69)	46 (16,67)				
Jumeau	1 (0,96)	1 (0,34)	3 (1,09)				
Année d'études				10,98	10	.36	-
Première année	23 (20,72)	52 (17,68)	62 (22,46)				
Deuxième année	24 (21,62)	63 (21,43)	49 (17,75)				
Troisième année	33 (29,73)	106 (36,05)	84 (30,43)				
Quatrième année	20 (18,02)	41 (13,94)	35 (12,68)				
Cinquième année	9 (8,11)	27 (9,18)	37 (13,40)				
Sixième année	2 (1,80)	5 (1,70)	9 (3,26)				
Programme d'études				11,09	2	.09	-
Lettres et sciences humaines	64 (57,65)	163 (55,44)	131 (47,46)				
Droit et économie	15 (13,51)	53 (18,03)	54 (19,56)				
Médicale ou paramédicale	12 (10,81)	24 (8,16)	17 (6,16)				
Scientifique	5 (4,50)	16 (5,44)	27 (9,78)				
Lieu du domicile				3,59	4	.46	-
Avec les parents	40 (36,03)	83 (28,23)	81 (29,35)				
Parents séparés ou famille monoparentale	19 (17,12)	49 (16,67)	40 (14,49)				
En dehors du foyer parental	52 (46,85)	162 (55,10)	155 (59,16)				
Occupation d'un emploi mère	79 (71,17)	227 (77,21)	221 (80,07)	3,59	2	.16	-
Occupation d'un emploi père	80 (72,07)	228 (77,55)	229 (82,97)	6,16	2	.06	-
Avoir un emploi	65 (65,65)	147 (54,04)	138 (54,76)	4,32	2	.11	-
Maladie du proche							

Maladie chronique physique	75 (67,57)	189 (64,28)	-	0,38	1	.53	-
Trouble mental	49 (44,14)	130 (44,22)	-	0,00	1	.99	-
Trouble de l'usage de substance	33 (29,73)	79 (26,87)	-	0,33	1	.57	-
Handicap moteur ou sensoriel	32 (28,83)	72 (24,50)	-	0,79	1	.37	-
Personne malade							
Mère	36 (32,43)	87 (29,59)	-	0,31	1	.58	-
Père	32 (28,83)	84 (28,57)	-	0,00	1	.96	-
Fratrerie	21 (18,92)	49 (16,67)	-	0,29	1	.59	-
Grand-parent	31 (27,93)	66 (22,45)	-	1,33	1	.25	-
Autre membre de la famille	39 (35,13)	84 (28,57)	-	1,64	1	.20	-
Proche hors de la famille	17 (15,31)	66 (22,45)	-	2,52	1	.11	-

*Note.* Pour place dans la fratrie :  $N = 607$  ;  $n = 104$  pour JAA ;  $n = 262$  pour JACPM ; et  $n = 242$  pour JASPM. Pour programme d'études :  $N = 581$  ;  $n = 96$  pour JAA ;  $n = 256$  pour JACPM ;  $n = 229$  pour JASPM. Pour maladie du proche et personne malade, un test du *chi-2* a été réalisé indépendamment pour chaque catégorie vu que les répondants pouvaient donner plusieurs choix comme réponses. \*\*  $p < .01$ .

Manuscrit accepté pour publication

Tableau 2

*Santé et bien-être selon les groupes JAA, JACPM et JASPM (N = 681)*

Variables	JAA (n = 111)	JACPM (n = 294)	JASPM (n = 276)	$\chi^2/F$	ddl	p	V/ $\eta^2$
Problématiques de santé rencontrées				31,90	8	***	.02
Absence de maladie, handicap ou trouble, n (%)	42 (37,83)	141 (47,96)	175 (63,41)	25,17	2	***	.04
Maladie chronique physique, n (%)	12 (10,81)	23 (7,82)	15 (5,43)	3,54	2	.17	-
Trouble mental et de l'usage de substance, n (%)	22 (19,82)	69 (23,47)	40 (14,49)	7,41	2	*	.01
Handicap moteur ou sensoriel et trouble de l'apprentissage, n (%)	11 (9,91)	15 (5,10)	18 (6,52)	3,08	2	.21	-
Plusieurs maladies, handicaps ou troubles, n (%)	27 (21,62)	56 (15,65)	31 (10,14)	11,71	2	**	.02
État de santé perçu, M (ET)	2,23 <sup>b</sup> (0,78)	2,34 <sup>b</sup> (0,75)	2,53 <sup>a</sup> (0,71)	8,34	2, 678	***	.02
GHQ-12, M (ET)	17,97 <sup>b</sup> (7,07)	16,18 <sup>a</sup> (6,50)	15,03 <sup>a</sup> (6,71)	7,87	2, 678	**	.02
PSS-14, M (ET)	32,32 <sup>c</sup> (8,05)	30,02 <sup>b</sup> (8,94)	27,32 <sup>a</sup> (8,76)	14,76	2, 678	***	.04
SWLS, M (ET)	20,52 <sup>a</sup> (6,35)	22,82 <sup>b</sup> (6,74)	23,93 <sup>b</sup> (6,24)	11,02	2, 678	***	.03

Note. Les exposants indiquent les moyennes non-significativement différentes à  $p = .05$ . \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .