

# Evaluation des facteurs liés à l'autonomie dans la gestion des soins de santé chez l'étudiant

Mémoire réalisé par  
**Elisabeth Deladrière**

Promoteur  
**Magali Lahaye**

Co-promoteur  
**Isabelle Aujoulat**

Année académique 2016-2017  
**Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée**



## *Remerciements*

Je tiens tout d'abord à remercier ma promotrice, Magali Lahaye, ainsi que ma copromotrice, Isabelle Aujoulat d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire. L'élaboration de ce mémoire n'aurait pu avoir lieu sans leurs remarques judicieuses, leurs conseils, leurs explications, leur patience et leur disponibilité.

Merci à toutes les personnes qui ont consacré du temps pour répondre au questionnaire établi dans le cadre de ce mémoire.

Merci à tous les professeurs rencontrés qui, tout au long de mon cursus universitaire, m'ont communiqué leur savoir avec passion.

Je remercie d'avance mes lecteurs pour l'attention qu'ils porteront à ce mémoire.

Merci à toutes les personnes qui ont accepté de contribuer à la relecture, à la mise en page ainsi qu'à la correction de ce mémoire.

Merci à ma famille et particulièrement à mes parents qui ont pu me donner du courage quand j'en avais grandement besoin. Merci aussi pour leur patience, leur désir de me voir réussir, leur compréhension, leur tolérance et leurs encouragements qui m'ont permis de retrouver énergie et persévérance. Merci à mon compagnon pour son aide précieuse, son soutien et sa bienveillance.

Merci à tous ceux qui m'ont soutenue et qui m'ont transmis leurs conseils.



## Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Partie théorique.....</b>	<b>3</b>
<b>Chapitre 1. L'autonomie chez l'adolescent et l'étudiant .....</b>	<b>3</b>
1. Introduction .....	3
2. Définition de l'autonomie.....	3
3. A l'adolescence .....	4
4. Chez l'étudiant .....	5
4.1. Autonomie des étudiants.....	5
4.2. Autonomie financière des étudiants.....	6
4.3. Autonomie et lieu de résidence de l'étudiant.....	7
4.4. Rôle des parents : soutien à l'autonomie .....	7
5. Autonomie dans les soins de santé .....	8
5.1. Recherche de définition .....	8
5.1.1. Le self-care .....	9
5.1.2. L'empowerment .....	9
5.2. Proposition de définition.....	10
6. Conclusion.....	11
<b>Chapitre 2. La santé des étudiants.....</b>	<b>12</b>
1. Introduction .....	12
2. Motifs de consultation des étudiants .....	12
3. Problèmes de santé des étudiants .....	13
4. Satisfaction de leur santé .....	14
5. Préoccupations de leur santé .....	14
6. Encadrement de la santé des étudiants .....	15
7. Conclusion.....	16
<b>Chapitre 3. Transition des soins de santé pédiatriques vers les soins de santé adultes ..</b>	<b>17</b>
1. Introduction .....	17
2. Définition.....	18
3. En quoi la transition est-elle un enjeu important? .....	18
4. Quels sont les facteurs qui participent à la transition? .....	19
4.1. Qualité de la relation avec le médecin .....	21
4.2. Estime de soi .....	22
4.3. Image de soi en tant qu'adulte .....	23
4.4. Soutien parental à l'autonomie .....	23
5. Conclusion.....	24
<b>Conclusion .....</b>	<b>24</b>
<b>Partie empirique.....</b>	<b>27</b>
1. But de la recherche .....	27
2. Hypothèses de recherche .....	28
2.1. Facteurs socio-démographiques .....	28
2.1.1. Age .....	28
2.1.2. Genre .....	28
2.1.3. Lieu de résidence.....	28
2.1.4. Source de revenus.....	29
2.2. Facteurs liés aux caractéristiques de l'étudiant .....	29
2.2.1. Estime de soi .....	29
2.2.2. Image de soi en tant qu'adulte.....	29
2.3. Facteurs liés aux caractéristiques de la famille .....	29
2.3.1. Soutien parental perçu.....	29
2.4. Facteurs liés aux caractéristiques du médecin .....	30
2.4.1. Qualité de la relation avec le médecin .....	30
2.5. Facteurs liés à la santé.....	30
2.5.1. Préoccupations relatives à la santé .....	30
2.5.2. Problème de santé chronique.....	30
3. Méthodologie.....	31



3.1.	Participants .....	31
3.2.	Procédure .....	31
3.3.	Variables évaluées et leur opérationnalisation .....	31
3.3.1.	Caractéristiques sociodémographiques .....	31
3.3.2.	Autonomie financière .....	32
3.3.3.	Estime de soi .....	32
3.3.4.	Considération de soi en tant qu'adulte .....	32
3.3.5.	Perception du soutien parental à l'autonomie .....	33
3.3.6.	Qualité de la relation avec le médecin .....	33
3.3.7.	Préoccupations liées à la santé .....	34
3.3.8.	Autonomie dans la gestion des soins de santé.....	35
4.	Présentation des résultats.....	36
4.1.	Introduction.....	36
4.2.	Analyses statistiques préalables .....	36
4.3.	Analyses statistiques descriptives .....	38
4.3.1.	Caractéristiques sociodémographiques .....	38
4.3.2.	Caractéristiques psychologiques .....	39
4.3.3.	Caractéristiques relatives à la santé.....	39
4.3.4.	Autres constatations .....	40
4.4.	Analyses statistiques relatives aux hypothèses .....	41
4.4.1.	Hypothèses relatives aux caractéristiques sociodémographiques de l'étudiant .....	41
4.4.2.	Hypothèses relatives aux caractéristiques des étudiants .....	43
4.4.3.	Hypothèses relatives aux caractéristiques de la famille de l'étudiant .....	44
4.4.4.	Hypothèses relatives aux caractéristiques du médecin .....	44
4.4.5.	Hypothèses relatives à la santé de l'étudiant.....	45
4.4.6.	Résumé des résultats .....	45
5.	Discussion des résultats.....	47
5.1.	Introduction.....	47
5.2.	Principaux résultats.....	47
5.2.1.	Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et l'âge .....	47
5.2.2.	Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et le genre.....	48
5.2.3.	Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et le lieu de résidence.....	49
5.2.4.	Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et la source de revenus.....	50
5.2.5.	Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et l'estime de soi .....	50
5.2.6.	Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et la considération de soi en tant qu'adulte.....	51
5.2.7.	Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et le soutien parental à l'autonomie.....	52
5.2.8.	Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et la relation avec le médecin .....	52
5.2.9.	Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et les préoccupations relatives à sa santé .....	53
5.2.10.	Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et le problème de santé chronique.....	53
5.2.11.	Connaissances sur la santé en général .....	54
6.	Apport de l'étude .....	55
7.	Limites .....	56
8.	Recherches futures.....	57
	<b>Conclusion générale .....</b>	<b>59</b>
	<b>Références Bibliographiques.....</b>	<b>61</b>
	<b>Annexe : Questionnaire .....</b>	<b>69</b>



# Introduction

---

Prendre soin de sa santé est un enjeu vital. Durant l'enfance, les parents prennent le rôle de donneurs de soins. Ils vont s'occuper des besoins primaires du nourrisson et donc de sa santé. En effet, dès la naissance, tout individu se trouve dans une situation de dépendance totale. Le nourrisson a besoin de son donneur de soins pour survivre. Il demande à être nourri, à dormir, à être soigné et ce ne serait pas possible sans les adultes qui l'entourent. Cette relation entre le bébé et son donneur de soin, mise en place par le phénomène de l'attachement, est nécessaire à la survie du nourrisson.

Ensuite, le bébé va grandir et va explorer son environnement. Il va, au fur et à mesure de son développement, devenir autonome tout en gardant la relation d'attachement avec son donneur de soin. L'enfant grandissant va apprendre à se nourrir seul, à avoir un mode de vie qui lui correspond et à gérer ses soins comme il le souhaite. Cet adulte en devenir va développer la manière dont il va gérer ses soins de santé, et ce par le biais de différents facteurs.

Dans le cadre de ce mémoire, nous allons nous intéresser à l'autonomie des étudiants dans la gestion de leurs soins de santé. L'intérêt de ce travail est de se rendre compte de l'état de l'autonomie des étudiants dans la gestion de leurs soins de santé et de prendre conscience des éléments qui participent à cette autonomie, dans l'objectif de mieux comprendre la santé des étudiants. L'aboutissement de ce mémoire va questionner les enjeux de santé publique et les interventions possibles à mettre en place pour un développement idéal de l'autonomie des étudiants par rapport à leur santé, dans un but final de promouvoir, de protéger et d'améliorer leur santé.

Dans la partie théorique, nous allons tout d'abord aborder les concepts d'autonomie et d'adolescence. Nous allons ensuite nous centrer sur l'autonomie des étudiants, tant à un niveau général, qu'à un niveau plus spécifique en investiguant l'autonomie financière et géographique. Nous étudierons également le rôle des parents dans la prise d'autonomie des jeunes adultes. Enfin, sur base de la littérature, nous établirons une définition de l'autonomie dans la gestion des soins de santé. Dans le deuxième chapitre, nous allons nous pencher sur la santé des étudiants, leurs motifs de consultation, leurs problèmes de santé, et leur satisfaction par rapport à leur santé ainsi que sur leur niveau de préoccupation lié à leur santé. Nous allons également nous intéresser au lien entre le stress

chez les étudiants et leur santé ainsi qu'à l'encadrement de la santé des étudiants par les institutions académiques.

Pour finir cette partie théorique, nous allons étudier le processus de transition des soins de santé pédiatriques vers les soins de santé destinés aux adultes. Nous allons observer les liens entre cette transition et le développement de l'autonomie dans les soins de santé chez les individus en bonne santé. Nous allons également nous intéresser aux facteurs influençant cette transition et en particulier à la qualité de la relation entre le patient et le médecin, à l'estime de soi, à l'image de soi en tant qu'adulte et au soutien parental à l'autonomie.

Dans la partie empirique, nous présenterons notre étude réalisée à partir d'une enquête en ligne sur un échantillon de 352 participants. Nous développerons nos hypothèses de recherche et la méthodologie appliquée. Nous exposerons l'analyse des données, ce qui nous permettra ensuite de répondre à nos questions. Ce travail se clôturera par une discussion des résultats englobant les implications cliniques et théoriques de la recherche ainsi que ses limites et les perspectives de recherches.

# Partie théorique

---

## *Chapitre 1. L'autonomie chez l'adolescent et l'étudiant*

### 1. Introduction

Un concept central de ce travail est l'autonomie. Ce terme est largement utilisé dans la littérature et ne fait pas office d'une définition commune entre les chercheurs. Il nous semble donc opportun de comprendre les différentes significations attribuées à ce concept ainsi que les notions qui lui sont attachées.

L'adolescence est une période de transition et de prise d'autonomie. C'est pourquoi il nous paraît important de nous intéresser au lien entre adolescence et autonomie. Après l'adolescence, nous verrons que le jeune adulte, et plus particulièrement l'étudiant, fait un grand pas vers l'autonomie. Nous allons décrire son autonomie au niveau général, au niveau financier et au niveau géographique. Nous verrons également quel est le rôle des parents dans le soutien à l'autonomie des étudiants.

A la fin de ce chapitre, nous allons établir, suite à une revue de la littérature, une définition de l'autonomie dans les soins de santé.

### 2. Définition de l'autonomie

L'autonomie est un concept universel décrit largement dans la littérature. On lui voit attribuer une multitude de descriptions souvent liées à l'invalidité, à la psychiatrie mais aussi au développement normal de l'individu. On ne retrouve pas de définition consensuelle de l'autonomie. Les définitions varient en fonction du contexte dans lequel l'autonomie est appréhendée, par exemple, au niveau individuel, au niveau familial et au niveau de la société.

Au niveau individuel, elle est souvent mise en lien avec l'âge adulte ainsi qu'avec les concepts d'indépendance et d'autorégulation. L'autonomie permettrait de franchir le stade de la dépendance et d'entrer dans l'état adulte (Ephrussi, 1955). Selon Spear et Kulbok (2004) l'autonomie est le fait qu'un individu devienne indépendant et parvienne à s'auto-gérer. Perrenoud (2002) détaille l'autonomie comme la capacité à se donner ses propres règles et à établir son propre fonctionnement de vie. C'est possible grâce au

développement de compétences que l'individu peut acquérir s'il en a la volonté. L'individu doit être acteur de son autonomie et développer une motivation intrinsèque (Deci et Ryan, 1985).

Greenberger (1984) parle de l'autonomie au niveau individuel mais également au niveau de la société. Elle intègre le concept d'autonomie dans son élaboration du processus de maturité psychosociale. Elle décrit trois dimensions de l'autonomie. Tout d'abord, l'indépendance ou l'initiative. Ensuite, l'orientation vers le travail et les responsabilités. Troisièmement, l'identité ainsi que la confiance en soi et l'estime de soi. Un individu autonome doit cependant continuer de se plier aux règles implicites et explicites exposées par la société ainsi qu'aux responsabilités qui augmentent. Il ne faut donc pas confondre autonomie et liberté (Perrenoud, 2002).

Dans un contexte davantage lié à la famille, l'autonomie est décrite par Sternberg et Silverberg (1986) comme un processus d'individuation et de distanciation. Certains auteurs soulignent qu'à l'heure actuelle, quitter ses parents n'est pas automatiquement en lien avec le fait de devenir autonome (Van de Velde, 2008).

Dans la suite de ce chapitre, nous allons nous intéresser à la période de l'adolescence qui est marquée par un grand développement et par une prise d'autonomie de l'individu.

### 3. A l'adolescence

L'adolescence est une période de transition importante dans le développement de chaque individu. Cette période est ponctuée de changements qui touchent plusieurs aspects de la vie : la nature biologique mais également la réalité psychologique et la vie sociale de l'individu (Claes, 2003). L'adolescence peut être qualifiée de transition semblable à un cheminement progressif de l'enfance vers l'âge adulte. Cette transition est ponctuée d'exigences nouvelles qui vont permettre à l'individu de se définir, de former son identité, de vivre en fonction des valeurs et des croyances importantes pour lui et de se situer par rapport à autrui (Erikson, 1956). D'après Claes (2003), l'adolescent n'est pas un spectateur passif mais il est au centre de l'action, engagé dans ces changements et dans la construction de sa propre vie.

L'adolescent va faire face à plusieurs événements qu'il va pouvoir modeler pour s'épanouir. Par exemple, la modification du rapport entretenu avec les parents, le choix d'un avenir professionnel (Claes, 2003), la possibilité de développer de nouvelles relations sur le plan socio-affectif (Coleman, 1980) ainsi que des changements sur le plan

moral (Adelson, 1980) et cognitif (Piaget, 1972). Selon Zdanowicz (2001), c'est également durant l'adolescence que le jeune va développer un sentiment de responsabilité par rapport à sa santé, notamment en prenant conscience qu'il y a une diminution du sentiment que les autres ont une responsabilité envers soi.

Bejin (1983) explique qu'antérieurement et dans notre société occidentale, l'entrée dans l'âge adulte était une étape prédéfinie. Son aspect concret était produit par des rites manifestes tels que l'obtention d'un diplôme, les premières relations intimes, le mariage ou encore l'achat d'une voiture. Ce n'est plus le cas maintenant. Dans notre société occidentale, le passage à l'âge adulte est une transition floue et n'est pas prédéterminé (Bejin, 1983). En effet, à l'heure actuelle, la fin de l'adolescence ne se détermine pas par la fin des études, par l'entrée dans le monde du travail, par la majorité civile, par le départ de la maison familiale, par l'autonomie financière ni par la fondation d'une famille (Taborda-Simões, 2005). Segalen (1996) ajoute que la période de l'adolescence, c'est-à-dire « le temps des expériences », est prolongé. En effet, Galland (2000) a réalisé une étude qui montre que la jeunesse est prolongée dans tous les pays développés tant au niveau scolaire qu'au niveau professionnel ou familial. Il ajoute que l'accès au statut « adulte » est progressif et réversible.

## 4. Chez l'étudiant

### *4.1. Autonomie des étudiants*

Dubet (1994) décrit la période étudiante, période durant laquelle l'individu est aux études supérieures, comme une étape « d'émancipation et d'acquisition progressive des rôles et des conduites adultes ». Durant cette période, le jeune va développer et se construire une identité sociale et personnelle en tant qu'adulte (Cicchelli & Erlich, 2000). L'arrivée dans les études supérieures pousse le jeune étudiant à comparer la liberté et l'autonomie qui lui sont offertes avec le cadre de l'école secondaire (Dubet, 1994).

L'autonomie ne se limite pas à « la transition de l'état d'enfant à la charge de ses parents à celui de travailleur doté d'un emploi stable » (Caussat, 1995). On ne peut donc pas réduire l'autonomie de l'étudiant au détachement de sa sphère familiale.

D'après Cicchelli et Erlich (2000) l'étudiant n'a pas une vision objective de l'autonomie car, dans sa situation, celle-ci n'est pas associée à des événements concrets liés à l'indépendance tels que le départ de la maison familiale ou encore l'indépendance

financière. Pour lui, l'autonomie est plutôt un processus identitaire défini par la relation parent-enfant et par une éthique de vie qui est celle d'être « adulte en devenir ».

Cicchelli et Erlich (2000) conçoivent l'autonomie comme un cheminement progressif dont le jeune est acteur. Durant celui-ci, le jeune va modifier le regard que son entourage porte sur lui. Il va également gagner la confiance de ses parents, se positionner en tant que jeune adulte et acquérir de nouveaux droits et devoirs. Cela va amener, chez ses parents, un sentiment de reconnaissance car ceux-ci vont voir leur rôle de parent validé et par conséquent, ils vont diminuer leur autorité.

Lors de la période étudiante, l'autonomie financière et l'autonomie liée au lieu de résidence représentent deux enjeux importants. La source de revenus et le lieu de résidence sont deux sujets auxquels l'étudiant doit inévitablement faire face. L'étudiant s'expose à des décisions telles que le choix de quitter la résidence familiale, partiellement ou totalement, pour emménager en collocation, seul ou peut-être avec un conjoint. De plus, la prise en charge financière des études, du lieu de résidence et du nécessaire vital (nourriture, vêtements, etc.) va être abordé entre le jeune et ses parents que ce soit implicitement ou explicitement.

Bien que le jeune se distance de ses parents et continue à développer sa propre individualité, les parents gardent une présence, parfois indispensable pour la poursuite du développement de l'autonomie de l'individu.

#### *4.2. Autonomie financière des étudiants*

Cicchelli et Erlich (2000) décrivent l'autonomie des étudiants en fonction de la prise en charge financière de ceux-ci. Ils détaillent trois types d'autonomie chez l'étudiant. Le premier est l'étudiant totalement autonome. Celui-ci est indépendant financièrement de ses parents. L'origine de ses ressources n'est pas interne à la famille. Il ne reçoit pas d'argent de la part de sa famille et exerce donc une activité rémunérée. Il dissocie ses études des affaires familiales. Il ne doit la réussite de ses études à personne. C'est un étudiant « autonome non pris en charge ». Un deuxième type est l'étudiant qui est autonome mais qui est pris en charge par sa famille. Il reçoit de l'argent de la part de ses parents mais a également sa propre ressource financière. Il se déclare autonome même s'il est aidé financièrement par ses parents. Le troisième est l'étudiant hétéronome. Celui-ci est pris en charge par sa famille et ne se considère pas comme étant autonome. Ses dépenses universitaires et extra-universitaires sont prises en charge par ses parents. Les études représentent pour lui une affaire familiale et la réussite de celles-ci ne sera pas

personnelle. Cet étudiant peut éprouver de la culpabilité lors d'un échec car il se sent redevable. Cette situation peut l'amener à un inconfort.

#### *4.3. Autonomie et lieu de résidence de l'étudiant*

Cicchelli et Erlich (2000) déterminent le lieu de résidence comme une notion floue. En effet, beaucoup d'étudiants ne résident pas chez leurs parents mais gardent cependant un point d'attache dans le domicile familial. On voit un grand nombre d'étudiants « koteurs » rentrer chez leurs parents pour le weekend et pour les vacances. L'alternative de logement est vue comme une séparation progressive du foyer familial. Grignon, Gruel et Bensoussan (1996) ajoutent que le logement dans une résidence extérieure à celle des parents peut être due à une contrainte géographique et n'est pas uniquement liée à un conflit de génération. Les étudiants vivent une sorte de « double vie ». Ils quittent le domicile familial mais maintiennent la relation avec leur foyer familial (Cicchelli & Erlich 2000). Cette situation de double résidence est un pas vers l'émancipation et l'autonomie (Villeneuve-Gokalp, 2000). Ce sont majoritairement les filles, les étudiants plus jeunes ainsi que ceux issus de milieux modestes qui maintiennent un lien plus étroit avec leurs parents (Cicchelli & Erlich 2000). Galland (2000) insiste sur le caractère progressif des transitions. En effet, la prise d'autonomie et le détachement de sa sphère familiale n'est pas brusque et peut être réversible. Beaucoup d'étudiants possèdent un logement différent de celui de leurs parents mais restent attachés à ceux-ci par divers liens tels que des retours réguliers dans la maison familiale ou encore le paiement du logement étudiant par les parents (Galland, 2000).

#### *4.4. Rôle des parents : soutien à l'autonomie*

Moreau et Mageau (2013) expliquent à travers la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985) que quand une personne est en position d'autorité, elle peut mener un individu à agir d'une certaine manière. Elle peut le faire négativement, en agissant contre son développement et sa motivation, ou positivement, par exemple, en soutenant l'autonomie de l'individu. Si cette personne adopte un style soutenant, ceci aura des conséquences positives sur l'individu. Le soutien à l'autonomie est décrit par plusieurs comportements tels que tenir compte du point de vue de l'autre, reconnaître et respecter ses sentiments et émotions, donner des obligations tout en justifiant et en expliquant le

sens des efforts de l'individu mais aussi en donnant « la possibilité de faire des choix et de prendre des initiatives » (Moreau & Mageau, 2013, p.197). Pour avoir une attitude soutenant l'autonomie, la personne doit également entreprendre un « langage non contrôlant et informatif » (Moreau & Mageau, 2013, p.197). Un environnement soutenant l'autonomie permet au jeune de satisfaire ses besoins psychologiques et de favoriser ses besoins intrinsèques (Moreau & Mageau, 2013).

Dans le milieu de l'étudiant, le soutien à l'autonomie découle d'une interaction entre celui-ci et ses parents (Gacem & Cicchelli, 2001). Les parents montrent du soutien envers leur enfant mais attendent de celui-ci qu'il présente des comportements matures, qu'il soit raisonnable dans la gestion de son argent et qu'il soit appliqué dans ses études (Gacem & Cicchelli, 2001). Les parents se soucient de maintenir « une emprise pédagogique qui canalise le jeune » et simultanément, l'étudiant attend, de la part de ses parents, des manifestations d'attention (Gacem & Cicchelli, 2001). En effet, « les parents conditionnent leur soutien durant les études supérieures à des marques de considération et à une attitude responsable » (Gacem & Cicchelli, 2001, p.147). Ces comportements parentaux de soutien à l'autonomie vont influencer la réussite de leur enfant (Galand & Bourgeois, 2006).

Par conséquent, l'étudiant se trouve dans un contexte oscillant entre dépendance et indépendance (Cicchelli & Erlich, 2000). Celui-ci demande de l'attention de la part de ses parents et a, en même temps, besoin de se construire une identité en tant que personne indépendante. Cette situation amène le jeune à vaciller entre une représentation autonome et une représentation hétéronome de lui-même (Cicchelli & Erlich, 2000).

## 5. Autonomie dans les soins de santé

### *5.1. Recherche de définition*

Une question centrale de ce mémoire est de déterminer ce qu'est l'autonomie dans la gestion des soins de santé chez l'individu et plus particulièrement chez l'étudiant. Souvent la question de l'autonomie dans les soins de santé est évaluée dans le domaine des maladies chroniques ou du vieillissement. Segall et Goldstein (cité par Saillant et Gagnon, 1996) décrivent l'autonomie dans les soins de santé comme une capacité de l'individu à prendre une initiative, c'est-à-dire à « amorcer de façon motivée et de son propre chef, l'activité des soins, d'en être responsable et de la contrôler ». Saillant et

Gagnon (1996) ajoutent que l'autonomie dans les soins de santé renvoie au partage des responsabilités entre trois acteurs : l'individu, sa famille et les services publics.

Par rapport à la maladie chronique, Péliscand, Fournier et Aujoulat (2009) intègrent plusieurs notions dans la compréhension de l'autonomie : la capacité à réaliser ses soins prescrits (adhésion au traitement) ainsi que, paradoxalement, la liberté du patient à autodéterminer ses propres règles dans la gestion de sa santé et d'en assumer les responsabilités et les conséquences et le self-care. Ils pointent l'importance de l'autonomie du patient car celle-ci permet de maintenir les comportements de santé sur le long terme.

Le concept d'autonomie est souvent associé aux concepts de self-care et d'empowerment. Néanmoins, ces termes ne sont ni interchangeable ni synonymes d'autonomie.

### **5.1.1. Le self-care**

Saillant et Gagnon (1996) décrivent la notion de self-care (automédication) comme les comportements regroupant les soins qu'un individu s'auto-administre en opposition avec les soins administrés par les professionnels (comme le recours aux remèdes domestiques quand un symptôme apparaît, la prise de médicaments sans avis médical, les comportements de style de vie, les décisions de ne rien faire et les habitudes quotidiennes affectant la santé ou préservant la santé). Cette auto-application serait une expression parmi d'autres de l'autonomie.

Péliscand et al. (2009) présentent le self-care chez les individus atteints de maladie chronique comme un enjeu pour ceux-ci. En effet, l'individu gagne une souplesse et une autonomie, dans sa vie quotidienne, étant donné qu'il n'a plus besoin d'un suivi ponctuel chez les professionnels de la santé. Mais le self-care peut devenir un poids car il interfère avec la vie quotidienne du patient atteint de maladie chronique. En effet, celui-ci doit apprendre à vivre avec sa maladie et va donc devoir réorganiser son environnement et gérer les tensions entre sa santé, ses priorités de vie, sa santé psychologique, ses différents besoins et son image de soi.

### **5.1.2. L'empowerment**

Dans le contexte des maladies chroniques, l'empowerment est utilisé pour décrire la participation active du patient dans la gestion quotidienne de sa maladie (Péliscand et al. 2009). Les soignants doivent donc transmettre les techniques de soins et apprendre aux

patients à pratiquer l'automédication. Ceux-ci auront, par conséquent, davantage d'autonomie (Pélicand et al. 2009).

Le concept d'empowerment est défini par Pélicand et al. (2009) comme « l'implication de plus en plus grande du patient dans sa propre prise en charge ». Cette implication est sous-tendue par le sentiment d'auto-efficacité de l'individu. Plus il se sentira efficace dans la gestion de sa maladie, plus son implication sera grande.

## *5.2. Proposition de définition*

Il est important dans ce travail de définir de manière claire le concept d'autonomie dans la gestion des soins de santé chez le jeune adulte. Les ouvrages existants à ce sujet donnent des trajectoires de conceptualisation. La définition de Segall et Golstein (cité par Saillant et Gagnon, 1996) est intéressante mais ne permet pas de prendre en compte les spécificités du jeune adulte. En effet, cette définition ne décrit pas l'idée d'un processus dynamique qui se met en place lors de l'autonomisation de l'individu. Sur base de la littérature, nous proposons une conceptualisation de l'autonomie dans la gestion des soins de santé.

Durant l'enfance, les parents sont responsables de leur enfant et s'occupent des besoins de celui-ci. A l'âge adulte, l'individu satisfait lui-même à ses besoins. Entre les deux, que se passe-t-il? Cette transition ne se fait pas du jour au lendemain. En effet, l'autonomie s'acquiert au fur et à mesure que l'enfant grandit. C'est un processus dynamique et graduel. On peut parler de processus d'autonomisation.

Ce processus d'autonomisation dans la gestion des soins de santé est caractérisé par plusieurs comportements que l'individu fait seul (autonomie), fait avec l'aide de ses parents (autonomie partielle) ou que ses parents font pour lui (absence d'autonomie).

Un premier comportement est la prise de conscience d'un besoin par rapport à sa santé. L'individu détecte un symptôme ou ressent le besoin d'un contrôle de routine. Par exemple, il se rend compte qu'il a mal à la gorge ou qu'il a des douleurs chroniques au niveau du dos. L'amorçage de l'activité de soins est un deuxième comportement. L'individu passe à l'action pour pallier au besoin détecté. Dans les activités de soins, on retrouve l'auto-soin (l'individu s'administre lui-même un traitement) et le fait de contacter un médecin. Par rapport au médecin, il existe différents comportements : s'y rendre seul ou accompagné, lui poser des questions, répondre à ses questions. Ensuite, plusieurs comportements liés à la médication sont à identifier : l'individu se rend, seul, à

la pharmacie, l'individu suit le traitement prescrit par le médecin, sans l'aide de ses proches.

L'autonomie dans la gestion des soins de santé peut donc s'évaluer à partir de plusieurs comportements tels que le fait de se rendre compte d'un besoin par rapport à sa santé, l'auto-soin, le fait de contacter le médecin, le fait de se rendre chez le médecin, de poser des questions au médecin, de pouvoir répondre aux questions posées par le médecin, de se rendre à la pharmacie et de suivre son traitement. Ces différents comportements peuvent traduire une autonomie dans la gestion des soins de santé s'ils sont appliqués soit par l'individu lui-même, soit par l'individu avec l'aide de ses parents, soit par ses parents uniquement (Figure 1).

**Figure 1.** Conceptualisation de l'autonomie dans la gestion des soins de santé

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se rendre compte d'un besoin par rapport à sa santé</li> <li>• Auto-médication</li> <li>• Contacter le médecin</li> <li>• Se rendre chez le médecin</li> </ul>	→	Individu seul
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poser des questions au médecin</li> <li>• Pouvoir répondre aux questions posées par le médecin</li> </ul>	→	Individu avec l'aide de ses parents
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se rendre à la pharmacie</li> <li>• Suivre son traitement</li> </ul>	→	Parents uniquement

## 6. Conclusion

L'objectif de ce chapitre était de présenter le concept d'autonomie dans un contexte général et ensuite dans le contexte des soins de santé. De manière générale, l'autonomie recouvre différents concepts tels qu'au niveau individuel, l'âge adulte, l'indépendance et l'auto-régulation, au niveau sociétal, le travail et les responsabilités et au niveau familial, la distanciation et l'individuation. L'autonomie est un processus dynamique qui se développe tout au long de la vie, notamment lors de l'adolescence, une période de transition progressive ponctuée de changements et d'exigences nouvelles pendant laquelle l'individu est actif. Après l'adolescence, le jeune adulte, et plus particulièrement l'étudiant, se trouve dans une période ponctuée par la construction d'une identité en tant qu'adulte. Les jeunes étudiants oscillent entre indépendance et dépendance car les parents gardent un rôle important pendant la durée des études de leur enfant. Il faut cependant garder à l'esprit qu'être autonome n'est pas directement associé avec le détachement total

de la sphère familiale. En effet, beaucoup d'étudiants se considèrent autonomes tout en restant dépendants de leurs parents, au niveau financier.

Au niveau des soins de santé, nous avons constaté que les définitions proposées prenaient peu en compte les spécificités de l'adolescent et du jeune adulte. C'est pourquoi nous avons proposé une conceptualisation novatrice de l'autonomie dans la gestion des soins de santé chez le jeune adulte, considérant notamment le caractère multidimensionnel des soins de santé et le processus progressif et dynamique caractéristique du développement du jeune adulte. Nous considérons l'autonomie dans la gestion des soins de santé comme un processus caractérisé par des comportements spécifiques à la santé que l'individu fait seul (autonomie), avec l'aide de ses parents (autonomie partielle) ou que ses parents font pour lui (absence d'autonomie).

## ***Chapitre 2. La santé des étudiants***

### **1. Introduction**

Dans ce chapitre, nous allons faire état de la santé des étudiants, en général. Nous verrons quels sont les motifs de consultation des étudiants ainsi que l'état de satisfaction qu'ils ont par rapport à leur santé. Nous allons nous intéresser aux problèmes de santé fréquemment rencontrés par les étudiants tel que le stress, la fatigue, les maux de tête, les problèmes alimentaires et la diminution des activités physiques. Ensuite, nous verrons le niveau de satisfaction ainsi que les préoccupations des étudiants par rapport à leur santé. En fin de ce chapitre, les systèmes mis en place par les hautes écoles et les universités, en particulier, l'Université catholique de Louvain (UCL) seront exposés. Nous verrons que l'UCL se préoccupe de la santé des étudiants et met en place plusieurs dispositifs de promotion et de prévention de la santé accessibles aux étudiants.

### **2. Motifs de consultation des étudiants**

Une enquête française d'Auvray et Le Fur (2002) rapporte que la plupart des adolescents sont suivis par des médecins généralistes. Septante pourcents des consultations des adolescents concernent le médecin généraliste suivi par l'ophtalmologue (8%), le dermatologue (8%), le gynécologue (4%), le psychiatre (4%), le pédiatre (2%) et l'O.R.L (2%). L'adolescence est une période où l'individu est généralement en bonne santé

(Auvray & Le Fur, 2002). Le plus souvent, les adolescents se plaignent d'affections bénignes, sans gravité telles que des problèmes dentaires, des problèmes de peau, des troubles de la vue ou encore des troubles O.R.L. Les motifs de consultation d'un médecin ne sont pas nécessairement liés aux affections déclarées par les adolescents. Les raisons qui poussent l'adolescent à consulter un médecin sont les motifs administratifs, les rhumes, les angines, les pharyngites, l'acné, ainsi que la demande de prévention, de contraception et de vaccination. Chez les adolescents, il y a un faible recours au médecin pour l'anxiété, la dépression, la migraine, les troubles mentaux et ceux du sommeil qui sont pourtant présents chez les jeunes.

De plus, les filles signalent plus d'affections que les garçons et plus l'âge augmente, plus le nombre d'affections déclarées augmente. Néanmoins, le nombre de consultations diminue à mesure que la personne vieillit (Auvray & Le Fur, 2002).

Au niveau de la consommation de médicaments, l'adolescence est la période où l'individu consomme le moins de médicaments par rapport à l'enfance et l'âge adulte. Les adolescentes consomment plus de médicaments que les adolescents (Auvray & Le Fur, 2002).

Une enquête plus récente de l'observatoire national français de la vie étudiante (Belgith, Ferry & Oton, 2013) relate que 27% des étudiants renoncent aux soins de santé et ne vont pas voir un médecin quand ils en ont besoin. Ceux-ci exposent plusieurs raisons à ce refus : certains étudiants préfèrent attendre que leur santé s'améliore sans l'aide du médecin, d'autres n'ont pas les moyens financiers, certains étudiants préfèrent se soigner par eux-mêmes ou ont un emploi du temps qui ne leur permet pas de prendre un rendez-vous chez le médecin. Belgith et collègues (2013) ajoutent que certains étudiants ont des raisons telles que la peur d'aller chez le médecin ou la méconnaissance d'un bon médecin.

### 3. Problèmes de santé des étudiants

Une enquête de Cliquet et Van Den Abeele (2008), réalisée auprès des étudiants infirmiers de Namur, détaille plusieurs problématiques liées à la santé que rencontrent les étudiants. Premièrement, le stress est très présent. Il est généré par les périodes d'exams et de blocus, par les horaires, par la nécessité de s'adapter à un nouvel environnement et à une nouvelle manière de vivre. Ce stress peut engendrer des problèmes de santé tels que des maux de tête. Un deuxième problème repéré est la fatigue. En troisième lieu, l'enquête aborde le sommeil des étudiants. Celui-ci est souvent perturbé suite au changement

d'environnement, au nouveau mode de vie et au stress. Ensuite, elle pointe l'alimentation des étudiants qui est, souvent, déséquilibrée. En effet, les étudiants manquent d'imagination, ne prennent pas le temps de cuisiner, sont fatigués et souffrent parfois de solitude. Cette enquête se penche aussi sur la vie affective des étudiants. Celle-ci est perturbée car l'étudiant doit gérer sa vie affective et en même temps, garder une stabilité dans ses études. L'étudiant subit, souvent, une pression de la part de sa famille et des problèmes relationnels ce qui va provoquer, chez lui, de la fatigue, de la solitude et du stress. De plus, L'étudiant quitte le cocon familial, se retrouve face à de nouvelles responsabilités et doit apprendre à gérer son quotidien. En dernier lieu, l'enquête aborde l'activité physique des étudiants. Peu d'étudiants conservent l'activité sportive qu'ils pratiquaient avant l'arrivée aux études supérieures. Il y a chez les étudiants une diminution de l'activité physique pourtant vitale (Cliquet & Van Den Abeele, 2008).

#### 4. Satisfaction de leur santé

L'enquête de l'observatoire national français de la vie étudiante (Belgith, et al., 2013) montre que 63% des étudiants se trouvent satisfaits de leur état de santé. Vingt-six pourcents en sont moyennement satisfaits et 12% ne le sont pas ou peu. Les étudiants sont plus satisfaits que les étudiantes et la satisfaction augmente entre 19 ans et 26 ans. De plus, les étudiants, ne vivant pas chez leurs parents et ne revenant pas les weekends, sont moins satisfaits de leur santé que ceux qui vivent chez leurs parents ou qui y reviennent plus d'un weekend par mois. L'enquête montre également que les étudiants ayant une activité rémunérée qui leur prend du temps et qui est sans aucun lien avec leurs études, sont moins satisfaits que les autres.

#### 5. Préoccupations de leur santé

Se préoccuper de son état de santé est un comportement légitime et opportun (Bridou & Aguerre, 2012). Une étude d'Etter et Perneger (1997) analysant les préoccupations liées à la santé, chez de jeunes adultes, montrent que celles-ci sont fréquentes dans cette population et en particulier chez les étudiants universitaires. Les préoccupations qui ressortent le plus sont celles liées au surmenage, à l'anxiété, à la dépression et aux difficultés de sommeil.

On retrouve chez chaque individu (à plus petite ou plus grande intensité), une anxiété à l'égard de son état de santé. Celle-ci est manifestée par des inquiétudes qui font souvent suite à des changements corporels tels qu'une prise de poids, une rougeur, une infection, une migraine, etc. Ces inquiétudes peuvent également découler d'une médiatisation d'une certaine maladie ou de l'attente d'un résultat médical (Bridou & Aguerre, 2012). Cette anxiété, quand elle n'est pas pathologique, permet à l'individu de prendre des décisions adéquates concernant sa santé et par conséquent, l'aide à agir de manière préventive et curative sur lui-même (De Jonge, 2009). Suite à une consultation médicale ou à une extinction des symptômes l'anxiété va progressivement disparaître (Bridou & Aguerre, 2012).

Cependant, dans certaines situations, l'anxiété peut devenir envahissante et induire d'autres difficultés comme des problèmes alimentaires, de sommeil, ou de concentration. Selon De Jonge (2009), ce niveau de stress dépend de trois types de facteurs : tout d'abord, les facteurs personnels de l'étudiant, comme le changement identitaire, la vie affective et sentimentale ainsi que les difficultés liées à un problème de santé chronique ou à un handicap influençant le niveau d'inquiétude de celui-ci; ensuite, les influences en provenance de la famille de l'individu, la pression familiale que l'étudiant perçoit, ou plus spécifiquement, les problèmes de rupture familiale, de maltraitance ou de parentalisation de certains jeunes peuvent également jouer un rôle sur le développement de l'anxiété; pour finir, De Jonge (2009) expose l'influence du cadre universitaire englobant la pression académique pesant sur l'étudiant, les difficultés plutôt logistiques rencontrées telles que la complexité de la vie en communauté, les nuisances sonores, les trajets trop longs ainsi que les dérives des baptêmes étudiants.

## 6. Encadrement de la santé des étudiants

Les universités et les hautes écoles sont concernées par la santé de leurs étudiants. Elles se préoccupent et s'engagent dans la promotion de la santé des étudiants.

À l'Université catholique de Louvain (UCL), plusieurs dispositifs liés à la santé sont mis en place et sont à la disposition des étudiants. Le service d'aide aux étudiants est composé d'une Equipe Santé. Celle-ci regroupe trois médecins ainsi que deux infirmières spécialisées en santé communautaire. Cette équipe propose des entretiens individuels gratuits et met également en place des actions de prévention. Elle met à disposition une permanence téléphonique qui peut être utilisée par tous les membres de l'UCL pour

discuter d'un thème particulier, pour partager des idées ou pour concevoir des groupes de travail. Plusieurs thèmes sont exploités couramment : la santé alimentaire des étudiants, le sommeil, le stress, la santé affective et sexuelle et les assuétudes (tabac, alcool, cannabis, etc.). L'UCL promeut également la santé individuelle et collective des étudiants en rendant obligatoire et gratuit, via le service d'aide aux étudiants, un bilan de santé pour l'inscription des étudiants ayant séjourné dans un pays à risque élevé de tuberculose. L'Equipe Santé de l'UCL permet également aux étudiants de se renseigner sur les différents vaccins existants pour des voyages ou des stages à l'étranger. Elle encourage également à la vaccination contre l'Hépatite B.

L'Equipe Santé travaille en collaboration avec différentes organisations internes et externes à l'UCL telles que le service des sports UCL, les restaurants universitaires, le service logement UCL, l'a.s.b.l. « univers santé », les centres de planning familial, le centre de guidance, etc. Elle invite à des groupes de réflexions et des ateliers comme « Bouger, manger » ou « Love week ».

Plusieurs kots à projet ont comme objectif la promotion de la santé. Par exemple : le KapHot informe les étudiants, ouvre des espaces de paroles, fait de la prévention et toutes sortes d'activités en lien avec la vie affective et sexuelle des étudiants. Le kot « santé » propose aux étudiants différentes activités en rapport avec la santé comme, par exemple, une journée de prévention au niveau dentaire.

## 7. Conclusion

Ce chapitre a permis de mettre en évidence que la majorité des adolescents sont suivis par un médecin généraliste. On peut retenir que les motifs de consultations des adolescents sont diversifiés et souvent sans gravité. La majorité des consultations concernent le médecin généraliste puis les médecins spécialistes. Nous avons vu que certains étudiants renoncent aux soins médicaux pour des raisons diverses (financières, méconnaissance d'un bon médecin, manque de temps, préférence pour l'attente d'une disparition des symptômes).

Le stress, les maux de tête, la fatigue, les problèmes de sommeil et une alimentation déséquilibrée sont les problèmes de santé les plus fréquents chez les étudiants. Ceux-ci sont causés par une diminution des activités physiques, par la solitude rencontrée par l'étudiant, par la nécessité de s'adapter à un nouvel environnement et par la pression ressentie par l'étudiant. Cependant, la majorité des étudiants sont satisfaits de leur santé.

Nous avons ensuite vu que les préoccupations des étudiants envers leur santé sont manifestées par une anxiété légitime permettant d'agir de manière positive sur leur santé. Chez les étudiants, les préoccupations qui ressortent le plus sont celles liées au surmenage, à l'anxiété, à la dépression et aux difficultés de sommeil. Le stress dépend des caractéristiques de l'étudiant, de sa famille, de son environnement académique et de ses relations sociales. Si le stress est trop important, il peut engendrer des problèmes alimentaires, de sommeil et de concentration pouvant aller jusqu'à l'apparition de symptômes physiques.

Enfin, nous avons appris que les universités et les hautes écoles n'étaient pas indifférentes par rapport à la santé de leurs étudiants. Plus particulièrement, nous avons vu que l'UCL a mis en place des dispositifs de prévention et de promotion de la santé tels que l'Equipe Santé du service d'aide aux étudiants mais aussi des kots à projet spécialisés dans la santé. Ce chapitre centré sur la santé, chez les étudiants, est suivi d'un chapitre qui s'intéresse au processus de transition. Comme nous allons le voir, la transition des soins de santé pédiatriques vers les soins de santé adultes n'est pas un processus circonscrit à la maladie chronique. Nous pouvons établir des liens entre la question de la transition dans le cadre des maladies chroniques et la période de prise d'autonomie de l'étudiant par rapport à sa santé.

### ***Chapitre 3. Transition des soins de santé pédiatriques vers les soins de santé adultes***

#### **1. Introduction**

La littérature concernant la transition dans le domaine des maladies chroniques est étendue et permet d'établir une approche de ce processus, par rapport aux personnes malades chroniques. Cependant, cet enjeu d'autonomisation s'inscrit, également, dans la vie des jeunes en bonne santé. À un moment, l'enfant va se voir attribuer davantage de responsabilité dans plusieurs domaines de sa vie et notamment dans celui de sa santé. Dans ce chapitre, nous allons nous focaliser, sur cette évolution de l'autonomie dans les soins de santé chez les patients atteints de maladie chronique. L'enfant malade chronique va devoir acquérir de plus en plus d'autonomie pour gérer lui-même sa maladie. Pour assurer le développement de cette autonomie et, au final, du maintien de sa santé, il va être transféré des services de santé pédiatriques vers les services de santé adultes. Nous

verrons la définition du processus de transition ainsi que les enjeux qu'il fait intervenir et les facteurs qui y participent. Après avoir mentionné ces facteurs spécifiques à la maladie chronique, nous verrons, plus en détail, ceux que nous pouvons adapter à la population étudiante en bonne santé.

## 2. Définition

La transition est un processus permettant le transfert du jeune. Le transfert est le moment du passage du patient du service de pédiatrie vers le service pour adultes.

C'est une nécessité du point de vue des besoins médicaux et du développement personnel du jeune (Aujoulat, 2011). Cela paraît simple aux premiers abords, mais cela prend en compte un grand nombre de défis, d'ajustements et de décisions pour l'adolescent ainsi que pour sa famille (Aujoulat, 2011). La transition est un processus complexe qui demande de l'adaptation et de l'investissement de la part du jeune, de ses parents et de l'équipe médicale. Wood et al. (2014) définissent la transition comme un mouvement intentionnel et planifié par le patient.

Néanmoins, le processus de transition ne s'adresse pas qu'aux enfants atteints de troubles chroniques, tous les individus sont concernés. En effet, chaque enfant, en grandissant, développe son autonomie et se voit recevoir de nouvelles responsabilités. Lorsque l'individu est encore enfant, ses parents gèrent ses soins de santé pour lui. Plus tard, l'individu autonome devra gérer ses soins de santé, seul. Entre ces deux étapes, une transition se fait.

## 3. En quoi la transition est-elle un enjeu important?

Wood et al. (2014) pointent l'importance de la réussite de la transition car celle-ci contribue au maintien de la santé de l'individu. Les services de santé vont donc mettre en place des systèmes de promotion de l'autonomie en vue d'intégrer les patients du service de pédiatrie dans le service pour adultes.

L'enfant, qu'il ait une maladie chronique ou non, va pouvoir bénéficier du transfert et ainsi d'une stabilité dans la qualité des soins donnés. En effet, ceux-ci seront adaptés au développement de l'enfant qui grandit et ce, de manière continue (American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, 2002).

Chez l'enfant, ayant une maladie chronique comme chez l'enfant tout-venant, ce sont les parents qui prennent en charge la gestion de la maladie. Plus il grandit, plus il va vers une autonomisation et une auto-gestion de sa maladie. Le moment où la responsabilité s'oriente davantage vers le jeune que vers les parents est un moment crucial qui correspond à une période de plus grande fragilité chez l'adolescent (Aujoulat, 2011).

Le patient doit entrer dans un processus d'autonomisation où plusieurs challenges le mettent à l'épreuve. Il va devoir apprendre à faire lui-même les choix qui le concernent. Il va devoir assumer certaines responsabilités liées à sa maladie et à son traitement. Il va être amené à reconnaître et respecter certaines limites (Aujoulat, 2011). Il est donc nécessaire que le jeune soit préparé à cette transition. Ce moment peut être attendu par le jeune ou redouté; ce qui peut engendrer, chez lui, un certain stress et causer des complications médicales, des troubles psycho-pathologiques, des comportements à risque pour sa santé ou encore une non-adhésion au traitement (Aujoulat, 2013).

De plus, l'adolescence est, chez le jeune atteint d'une maladie chronique, une période où les difficultés d'adhésion au traitement apparaissent plus nettement (Alvin, 2000; Aujoulat, 2013). Ces difficultés d'adéquation entre la prescription médicale et la réalisation du traitement surviennent à cette période car l'adolescent est dans une phase de révolte durant laquelle il teste ses limites. Cette non-observance préoccupe toutes les équipes médicales prenant en charge des patients atteints de maladie chronique car s'il y a une mauvaise adéquation, l'échec thérapeutique peut survenir. De plus, durant cette période, un enjeu identitaire s'installe. L'adolescent doit se forger une identité qui va englober sa maladie (Aujoulat, 2011).

#### 4. Quels sont les facteurs qui participent à la transition?

Dans la maladie chronique, beaucoup d'éléments contribuent à la démarche de la transition. Il est important que le centre médical ou hospitalier ainsi que le patient et sa famille prennent conscience des facteurs qui soutiennent la transition pour que celle-ci soit une réussite. En premier lieu, nous pouvons citer les facteurs liés au patient : l'acceptation de la chronicité du traitement, l'attente ou la crainte du transfert, le sentiment d'être prêt à intégrer le service pour adultes (transfer readiness), la présence d'un sentiment de dette ou de culpabilité envers le donneur dans le cas d'une greffe, l'estime de soi, la classification de soi en tant qu'adulte, l'intégration de la maladie dans l'identité du jeune, la connaissance d'un pair également malade chronique (Aujoulat, 2011).

; Aujoulat, Reding, 2012 ; Luykx, Moons & Weets, 2011; Van Staa, Van der Stege, Jedeloo, Moll, & Hilberink, 2011). Pour illustrer ce point, l'étude de Van Staa et al. (2011) réalisée auprès de jeunes entre 12 et 19 ans suivis pour une maladie chronique, depuis au moins trois ans, démontre l'influence du fait d'être prêt à transiter (transfer readiness) sur la réussite de la transition. En deuxième lieu, nous retrouvons les facteurs associés à l'entourage familial du patient, comme le degré de confiance et de soutien des parents, les circonstances de transfert des responsabilités au sein de la famille, la concordance entre les exigences des parents et l'attitude de ceux-ci envers leur enfant, la cohérence des parents par rapport aux responsabilités de l'enfant (Aujoulat, 2011 ; Aujoulat, Reding, 2012). Pour appuyer ces facteurs liés à la famille du patient, nous pouvons prendre, comme exemple, l'enquête de Aujoulat et Reding (2012) qui révèle plusieurs interventions essentielles au bon déroulement de la transition telles que l'explication méthodique du partage des tâches et des responsabilités entre le patient et ses parents. Troisièmement, il faut prendre conscience des facteurs liés à la maladie tels que l'adhésion au traitement, les connaissances du jeune sur sa maladie et sur son traitement ainsi que sur des sujets comme la sexualité, la reproduction, la santé, et l'hygiène de vie qui peuvent être circonscrits par la maladie (Aujoulat, 2011 ; Aujoulat, Reding, 2012). Une revue de la littérature de Crowley, Wolfe, Lock, & McKee (2011) illustre ce lien entre les compétences envers ses besoins de santé et sa maladie, et la transition mais également entre la présence d'un coordinateur référant au patient et la transition. Cette étude démontre que l'intervention au niveau des compétences et des connaissances relatives à sa santé induit une certaine efficacité du processus de transition. Il en est de même pour l'intervention au niveau de l'équipe médicale et de la présence d'un coordinateur. Enfin, il existe également des facteurs en lien avec les caractéristiques du centre hospitalier. On peut mentionner ici, la qualité du contact avec le pédiatre, la présence d'un psychologue dans le centre, la possibilité d'exprimer son vécu à une personne de confiance, l'existence d'une transition formelle dans l'établissement, la présence des acteurs du service adulte dans le service de pédiatrie, l'annonce préparatoire et répétée du transfert au patient, l'assistance d'un coordinateur de transition référant au patient et l'élaboration d'un programme de transition personnalisé. Ces différents facteurs sont associés à une transition réussie d'un service de pédiatrie vers un service de soins adultes (Aujoulat, 2011 ; Aujoulat, Reding, 2012). Nous pouvons ajouter à ces quatre dimensions les facteurs sociodémographiques tels que l'âge et le genre. Suite à l'étude des facteurs influençant le transfert readiness, Van Staa et ses collègues (2011) ont mis en évidence que les garçons

sont davantage prêts au transfert que les filles et ont donc plus de facilités à transiter. Ils ont également montré que plus le patient est âgé plus il est prêt à transiter.

Tous ces facteurs sont spécifiques à la maladie chronique. Dans le cadre de notre recherche qui se focalise sur les étudiants en bonne santé, nous allons nous centrer principalement sur les facteurs suivants : la qualité de la relation avec le médecin, l'estime de soi, l'image de soi en tant qu'adulte et le soutien parental à l'autonomie.

Plusieurs raisons nous ont amené à nous intéresser particulièrement à ces 4 facteurs. Tout d'abord ces facteurs ne sont pas spécifiques aux jeunes adultes souffrant d'une maladie chronique. Ils sont également importants pour tout jeune adulte en bonne santé. Ensuite, ces 4 facteurs ont été reconnus comme des facteurs centraux dans le processus de transition dans le contexte de la maladie chronique (Aujoulat, Reding, 2012; Luykx, Moons & Weets, 2011) et nous souhaiterions investiguer dans le but de savoir s'ils le sont, également, dans le contexte de la population générale. Enfin, ces différents facteurs sont particulièrement intéressants au niveau clinique étant donné que différentes interventions psychologiques existent afin de développer l'estime de soi et l'image de soi (Fiassa, Nader-Grosbois, 2016), la qualité du soutien parental (Raquel-Amaya, 2011), ainsi que la formation des médecins pour améliorer la qualité de la communication avec les patients (Santé Canada, 2001).

#### *4.1. Qualité de la relation avec le médecin*

Un premier facteur développé est la relation entre le patient et le médecin. Par rapport aux quatre domaines cités précédemment, celui-ci s'insère dans les facteurs associés aux caractéristiques du centre hospitalier.

Une recherche sur l'éducation thérapeutique du patient malade chronique montre l'importance, en tant que professionnel de la santé, d'accompagner les patients vers plus d'autonomie (Certain, 2015). L'étude pointe l'influence de la relation entre le soignant et le patient. L'autonomie serait générée, en partie, par la confiance mutuelle entre les deux parties et dans la relation établie. Les résultats montrent également la nécessité, pour construire la relation, que le patient ait des connaissances concernant sa maladie et puisse les exprimer. Cette relation permet d'acquérir des comportements d'automédication et d'augmenter l'autonomie. La relation entre le médecin et le patient est donc importante dans le processus de soins. En effet, un bon contact médecin-patient permet une qualité des soins. Lors de chaque consultation, le médecin tend à établir une relation à long terme avec son patient. « Cette relation peut contribuer à mobiliser les forces du patient et à

amorcer le processus de guérison. » (Santé Canada, 2001, p.6). Quatre principes de communication peuvent définir un bon contact entre le médecin et le patient : miser sur l'interaction plutôt que sur un processus de transmission directe, réduire l'incertitude superflue, exiger une planification et une réflexion centrées sur le dénouement, miser sur le dynamisme (Kurtz, Silverman, 1996). De plus, la relation patient-médecin entraîne une satisfaction ou une insatisfaction de la part du patient qui engendre à son tour une poursuite ou un arrêt du suivi thérapeutique. Si le patient est satisfait de la qualité des contacts qu'il a avec son médecin, celui-ci va assurer son suivi médical (Bismuth, Stillmunkés, Bonel, Bismuth, Poutrain, 2011).

Pélicand et al. (2009) soutiennent l'importance de la relation patient-soignant dans le processus d'autonomisation. L'autonomie du patient n'est pas le résultat des actions des soignants. La relation est bidirectionnelle. En effet, les actions des soignants vont agir sur les comportements des patients et inversement.

Il y a donc un lien entre l'autonomie du patient et l'attitude du médecin envers celui-ci. En effet, la communication permet au patient d'avoir un rôle plus actif dans la relation médicale et de participer davantage aux décisions qui le concernent (Fournier, Kerzanet, 2007)

#### 4.2. *Estime de soi*

L'estime de soi est un des facteurs liés aux caractéristiques du patient.

Rosenberg (1985) définit l'estime de soi comme un indicateur d'acceptation, de satisfaction personnelle et de tolérance par rapport à soi-même. Il ajoute qu'il faut exclure les sentiments de supériorité et de perfection dans l'évaluation de l'estime de soi. Pour lui, l'estime de soi implique le respect de sa propre personne : le respect inconditionnel (se respecter en tant qu'être humain) et le respect conditionnel (évaluation des accomplissements personnels par rapport à ses propres standards de compétences). L'estime de soi est donc assimilée à l'évaluation qu'un individu fait de lui-même. D'après André (2005), l'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité. Une bonne estime de soi faciliterait l'engagement d'un individu dans l'action (André, 2005). Michaud, Bégin et McDuff (2006) affirment que l'estime de soi joue un rôle dans le bien-être individuel. Une bonne estime de soi serait corrélée avec un niveau de santé mentale satisfaisant tandis qu'une mauvaise estime de soi serait liée avec des problèmes psychologiques tels que la dépression, la solitude ou encore, l'anxiété sociale.

De plus, l'estime de soi est influencée par les changements sociaux et environnementaux que l'individu rencontre. Chez les jeunes, l'estime de soi est mise à rude épreuve car elle est menacée par ces changements spécifiques à l'adolescence (Michaud et al., 2006).

Dans le domaine de la maladie chronique, l'estime de soi est corrélée avec une adhésion au traitement qui est elle-même un facteur participant à la transition (Alvin, 2000).

#### *4.3. Image de soi en tant qu'adulte*

L'image de soi en tant qu'adulte est, comme l'estime de soi, associée aux caractéristiques du patient.

L'étude de Luykx et al. (2011), réalisée auprès de patients diabétiques, illustre le lien entre la classification de soi, en tant qu'adulte, et les comportements liés à la santé. Les résultats de cette étude indiquent que la classification de soi, en tant qu'adulte, est corrélée positivement avec le contrôle de la glycémie. S'identifier comme un adulte est une ressource dans la maîtrise du diabète.

Il n'existe pas d'événements précis qui nous indiquent le moment où nous ne sommes plus des adolescents et où nous sommes devenus des adultes. Il n'y a pas de transition claire entre l'enfance et l'âge adulte. La période de 18 à 25 ans est une période d'émergence de l'âge adulte (Nelson & Barry 2005). Suite à une étude que Nelson et Barry (2005) ont menée auprès de 232 collégiens, il ressort que la plupart des individus de cette tranche d'âge ne se considèrent pas comme adultes. D'après Zazzo (1969), « l'adulte est, pour l'enfant, synonyme de l'autonomie qu'il lui faudra conquérir ». L'enfant voit l'adulte comme quelqu'un d'autonome, de mature, prenant ses propres décisions, décidant, lui-même, de ses actions. Durant le développement de l'enfant, celui-ci aspire à devenir l'adulte « idéal » et se mobilise pour y arriver.

#### *4.4. Soutien parental à l'autonomie*

Le soutien parental à l'autonomie s'inscrit dans les facteurs associés à l'entourage familial du patient.

Les comportements de soutien à l'autonomie envers un individu ont un impact sur les comportements de santé de celui-ci. Une étude de Moreau et Mageau (2013) démontre, grâce à des essais cliniques randomisés, que le soutien à l'autonomie a une influence sur la motivation, sur les comportements et sur la réussite des traitements. Par exemple, le soutien à l'autonomie de la part des membres de la famille, perçu par le patient, est lié à

une augmentation de la motivation à adhérer à la médication chez les patients atteints du VIH. De plus, quand on revient au processus de transition des services pédiatriques aux services adultes, on voit que le degré de confiance et de soutien des parents peut influencer positivement le processus de transition (Aujoulat, Reding, 2012). Le transfert ne peut être réussi sans préparation et durant cette préparation, le soutien des parents et de l'équipe médicale sont très importants (Bartsocas, 2007). Il existe donc un lien entre le soutien à l'autonomie et les comportements de santé.

## 5. Conclusion

La transition est un processus permettant le transfert du patient des services pédiatriques vers les services adultes. Cette transition est nécessaire pour le développement de l'autonomie du jeune et permet un suivi médical adapté. Ce processus fait intervenir les capacités d'adaptation et l'investissement du patient, de ses parents et de l'équipe médicale. La transition pousse le jeune à faire des choix qui le concernent, à prendre des décisions importantes et à respecter certaines limites.

Il y a plusieurs facteurs qui facilitent le processus de transition dans le contexte des maladies chroniques. Nous avons vu les facteurs liés aux caractéristiques du patient, de sa famille, de sa maladie et du centre hospitalier. Par la suite, nous avons détaillé quatre facteurs spécifiques qui semblent particulièrement intéressants pour la population générale : la qualité de la relation avec le médecin, l'estime de soi, l'image de soi en tant qu'adulte et le soutien parental à l'autonomie.

## ***Conclusion***

Au cours des différents chapitres théoriques, nous avons développé les concepts principaux de ce mémoire : l'autonomie et son développement, l'adolescence, l'autonomie chez les étudiants ainsi que dans les soins de santé, la santé des étudiants et le processus de transition.

Chaque individu a un rapport à sa santé qui lui est propre. Lorsqu'il devient adulte, l'adolescent développe son autonomie dans différents domaines et, entre autres, celui de la gestion de sa santé. L'adolescence est une période de transition durant laquelle l'individu est au centre et est acteur de son développement. Il fait face à des exigences nouvelles et à des changements importants. Au cours de cette période, dans laquelle

s'imbrique le temps des études, l'adolescent va pouvoir s'épanouir progressivement. Durant la période étudiante, l'individu se construit une identité en tant qu'adulte. Tout en prenant de la distance par rapport à ses parents, l'étudiant garde un lien avec sa sphère familiale et oscille donc entre dépendance et indépendance. Dans une certaine mesure, il acquiert de l'autonomie dans la gestion de sa vie et de sa santé. L'autonomie dans la gestion des soins de santé correspond à un processus graduel se traduisant par plusieurs comportements se rapportant à la santé de l'individu et engendré seul ou avec l'aide de ses parents (autonomie partielle). A l'adolescence, la réduction progressive du sentiment que les parents ont un pouvoir sur lui amène le jeune adulte à prendre plus de responsabilité quant à sa propre santé. Une majorité des étudiants se trouvent satisfaits de leur état de santé bien qu'ils soient sujets à des soucis tels que le stress, les maux de tête, la fatigue, une mauvaise alimentation et un mauvais sommeil. Les étudiants se préoccupent de leur santé tout comme les universités. Pour finir cette partie théorique, nous nous sommes intéressés au processus de transition. Le transfert du patient des soins pédiatriques aux soins destinés à l'adulte permet une qualité des soins. Ce processus est un challenge car la réussite de la transition est une nécessité pour maintenir la santé de l'individu. Il met en jeu plusieurs facteurs liés aux caractéristiques du patient, de son entourage familial, de sa maladie et du centre hospitalier.

L'étudiant acquiert, donc, progressivement son autonomie, dans les différents domaines de sa vie. Ce qui nous intéresse ici, c'est le cadre dans lequel l'autonomie dans la gestion des soins de santé de l'étudiant se développe. En s'appuyant sur les différents concepts étudiés dans la partie théorique et les facteurs impliqués dans le processus de transition tels que la qualité de la relation avec le médecin, l'estime de soi de l'adolescent, l'image de soi en tant qu'adulte et la perception du soutien parental à l'autonomie nous souhaitons investiguer les facteurs qui participent au développement de l'autonomie dans la gestion des soins de santé. A notre connaissance, aucune étude sur des individus en bonne santé n'a précisé le contexte de prise d'autonomie dans la gestion des soins de santé et les facteurs qui y sont associés.



# Partie empirique

---


## 1. But de la recherche

Nous cherchons à comprendre quels facteurs sont associés aux comportements d'autonomie dans la gestion des soins de santé chez l'étudiant. Parmi ces facteurs, nous souhaitons investiguer le rôle des facteurs sociodémographiques (l'âge, le genre, le lieu de résidence et la source de revenus), des facteurs associés aux caractéristiques des étudiants (l'estime de soi et la considération de soi en tant qu'adulte), des facteurs liés aux caractéristiques de la famille (soutien parental à l'autonomie), des facteurs associés aux caractéristiques du médecin (qualité de relation entre le médecin et le patient) et enfin, des facteurs liés à la santé (préoccupation de sa santé et problème de santé chronique). Ces différents facteurs sont apparus dans la littérature comme des prédicteurs importants de la transition des services de pédiatrie vers les services de soins adultes dans le cadre des maladies chroniques (Aujoulat, Reding 2012; Luykx et al., 2011; Moreau, Mageau, 2013; Pelicand et al., 2009; Van Staa et al., 2011) et comme des enjeux importants de l'autonomie dans la population générale (Cicchelli, Erlich, 2000; De Jonge, 2009; Moreau, Mageau, 2013; Pelicand et al, 2009; Villeneuve-Gokalp, 2000; Zdanowicz, 2001).

## 2. Hypothèses de recherche

Dans cette section, nous présenterons les hypothèses de recherche (Figure 2).

**Figure 2.** Conceptualisation des hypothèses de recherche

<b>Autonomie dans la gestion des soins de santé</b>		<b>Facteurs</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se rendre compte d'un besoin par rapport à sa santé</li><li>• Auto-médication</li><li>• Contacter le médecin</li><li>• Se rendre chez le médecin</li><li>• Poser des questions au médecin</li><li>• Pouvoir répondre aux questions posées par le médecin</li><li>• Se rendre à la pharmacie</li><li>• Suivre son traitement</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Age</li><li>• Genre</li><li>• Lieu de résidence</li><li>• Autonomie financière</li><li>• Estime de soi</li><li>• Perception du soutien parental à l'autonomie</li><li>• Considération de soi en tant qu'adulte</li><li>• Préoccupation de sa santé</li><li>• Qualité de relation avec le médecin</li><li>• Maladie chronique</li></ul>

### 2.1. Facteurs socio-démographiques

#### 2.1.1. Age

Une première hypothèse repose sur le fait que plus l'étudiant est âgé, plus il sera autonome dans la gestion de ses soins de santé. En effet, l'autonomie est un processus progressif, qui s'acquiert au fil des années. Durant ses études, l'individu va progressivement s'émanciper et acquérir certaines responsabilités (Cicchelli, Erlich, 2000).

#### 2.1.2. Genre

Nous postulons que les filles sont plus autonomes dans la gestion des soins de santé que les garçons. Selon Auvray et Le Fur (2002) celle-ci consultent le médecin plus souvent et consomment plus de médicaments.

#### 2.1.3. Lieu de résidence

L'étudiant peut vivre chez ses parents ou avoir quitté le domicile familial. On pose l'hypothèse que le fait que l'étudiant vive dans un autre logement que celui de la résidence familiale est lié à son autonomie dans la gestion de ses soins de santé. Vivre en dehors de

la résidence familiale pousse l'individu à prendre davantage d'autonomie. La vie à l'extérieur du domicile familial est un pas vers l'émancipation et l'indépendance (Villeneuve-Gokalp, 2000).

#### **2.1.4. Source de revenus**

D'après l'étude de Cicchelli et Erlich (2000) les étudiants financièrement indépendants ne se sentent pas assistés par leurs parents. Nous postulons que plus l'étudiant est autonome financièrement, plus il sera autonome dans la gestion de ses soins de santé.

### *2.2. Facteurs liés aux caractéristiques de l'étudiant*

#### **2.2.1. Estime de soi**

Une bonne estime de soi permet à un individu de s'engager plus facilement dans une action (André, 2005). Nous posons donc l'hypothèse que plus l'estime de soi est élevée, plus l'autonomie dans la gestion des soins de santé sera élevée. En effet, si l'estime de soi est élevée, on peut s'attendre à ce que l'étudiant ait plus de facilités à engager des comportements liés à sa santé.

#### **2.2.2. Image de soi en tant qu'adulte**

Nous prédisons que plus le jeune se considère adulte, plus il sera autonome dans la gestion de ses soins de santé. En effet, le fait de se considérer comme adulte serait lié au fait que la personne est mature et indépendante (Zazzo, 1969).

### *2.3. Facteurs liés aux caractéristiques de la famille*

#### **2.3.1. Soutien parental perçu**

Les parents ont une place importante dans la vie de chaque individu. Quand l'enfant grandit, le rapport qu'il entretient avec ses parents se modifie. Il est important, pour que le jeune puisse s'épanouir, que les parents soutiennent l'autonomie de celui-ci. En effet, le soutien à l'autonomie des parents a un impact sur les comportements des individus et plus particulièrement sur les comportements de santé (Moreau & Mageau, 2013). On pose

l'hypothèse que plus la perception du soutien parental à l'autonomie est élevée, plus l'étudiant sera autonome dans la gestion de ses soins de santé.

## *2.4. Facteurs liés aux caractéristiques du médecin*

### **2.4.1. Qualité de la relation avec le médecin**

Il existe un lien entre l'autonomie du patient et l'attitude du médecin envers celui-ci. La communication permet au patient d'avoir un rôle plus actif dans la relation (Fournier, Kerzanet, 2007). Nous postulons que plus l'étudiant a un contact de qualité avec son médecin, plus il sera autonome dans la gestion de ses soins de santé. Il prendra plus facilement rendez-vous avec lui et n'aura pas d'appréhension envers l'univers de la santé en général.

## *2.5. Facteurs liés à la santé*

### **2.5.1. Préoccupations relatives à la santé**

Lorsque l'individu se préoccupe de sa santé, il met en place des comportements adéquats de manière préventive et curative concernant sa santé (De Jonge, 2009). On émet l'hypothèse qu'une forte préoccupation de l'étudiant à l'égard de sa santé est liée à un niveau élevé d'autonomie dans la gestion de ses soins de santé.

### **2.5.2. Problème de santé chronique**

On émet l'hypothèse que si l'individu a un problème de santé chronique, il sera plus autonome dans la gestion de ses soins de santé qu'un individu tout venant. On considère que le patient malade chronique ayant été confronté toute son enfance à la gestion de ses soins de santé et à une équipe médicale favorisant l'autonomie du malade, serait plus apte à adopter des comportements liés à sa santé.

### 3. Méthodologie

#### 3.1. *Participants*

L'étude porte sur 352 participants âgés entre 18 ans et 33 ans ( $M = 21,88$ ;  $SD = 2,26$ ) parlant couramment le français (97.2% des étudiants ont pour langue maternelle le français). La majorité de l'échantillon se compose d'étudiants belges (86,09%) venant d'universités ou de hautes écoles en Belgique. On y retrouve 241 femmes (68,5%) et 111 hommes (31,5%).

#### 3.2. *Procédure*

Les données ont été récoltées au moyen d'une enquête en ligne. Les participants ont soit reçu un mail, soit vu une annonce sur un réseau social (Facebook) dans lesquels se trouvait un lien vers le questionnaire. La participation était volontaire. Avant de débiter l'enquête, les participants étaient amenés à lire les conditions et les consignes générales. Compléter le questionnaire prenait environ 10 minutes. Les réponses étaient anonymes et les participants étaient libres d'interrompre la complétion à n'importe quel moment. Le questionnaire comportait plusieurs parties. La première concernait les informations sociodémographiques, la deuxième partie portait sur les aspects psychologiques de l'individu et la dernière concernait les informations relatives à la santé du participant. Dans les questions sociodémographiques, certaines servaient à répondre à nos hypothèses tandis que d'autres ont servi à décrire l'échantillon (la nationalité et la langue maternelle) (Annexe 1 : questionnaire).

#### 3.3. *Variables évaluées et leur opérationnalisation*

##### **3.3.1. Caractéristiques sociodémographiques**

Nous avons utilisé un questionnaire sociodémographique pour récolter des données générales sur les participants. Les questions portaient notamment sur l'âge et le genre, la nationalité, le lieu de résidence, ainsi que sur le fait d'avoir ou non une maladie chronique.

### **3.3.2. Autonomie financière**

La question portant sur l'autonomie financière a été développée à partir de l'article de Cicchelli et Erlich (2000). Dans cette enquête, les auteurs décrivent trois types d'autonomie financière, à savoir : les étudiants autonomes non-pris en charge qui représentent les étudiants indépendants financièrement de leurs parents, les étudiants autonomes pris en charge qui représentent les étudiants partiellement autonomes financièrement. Ceux-ci reçoivent de l'argent de la part de leurs parents mais ont une source de revenus qui leur est propre. Enfin, les étudiants hétéronomes dont les ressources financières proviennent uniquement de leurs parents.

Dans notre questionnaire, les participants devaient indiquer si leur principale source de revenus était externe à la famille (étudiants autonomes non-pris en charge), partiellement interne à la famille (étudiants autonomes pris en charge) ou interne à la famille (étudiants hétéronomes).

### **3.3.3. Estime de soi**

L'évaluation de l'estime de soi s'est faite au moyen de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Vallieres, Vallerand, 1990). Cette échelle est composée de 10 items dont les réponses sont notées sur une échelle de Likert allant de 1 (« fortement en accord ») à 4 (« fortement en désaccord »). Cinq items sont présentés de manière positive et les cinq autres de manière négative. La cotation des items négatifs est inversée. Pour évaluer l'estime de soi des participants, il faut additionner les scores. Le score total varie entre 10 et 40. Si le score est inférieur à 25, l'estime de soi est très faible. Si le score obtenu se trouve entre 25 et 31, l'estime de soi est faible. Si le score est compris entre 31 et 34, l'estime de soi est dans la moyenne. Si le score se trouve entre 34 et 49, l'estime de soi est forte et si le score est supérieur ou égal à 39, l'estime de soi est très forte (Vallieres, Vallerand, 1990). Les qualités psychométriques de l'outil sont bonnes. En effet, cet outil détient des indices de validité et de fidélité très acceptables, à savoir : un alpha de Cronbach de .70 et une fidélité test-rest de .85 (Vallieres, Vallerand, 1990).

### **3.3.4. Considération de soi en tant qu'adulte**

Pour évaluer la considération de soi en tant qu'adulte, nous avons repris un item utilisé dans l'étude de Luykx, Moons et Weets (2011) : « Do you think that you have reached

adulthood? ». Les participants étaient invités à répondre par « oui », « non » ou « sur certains points ». Une étude avait déjà démontré la validité de cet item pour mesurer la classification de soi en tant qu'adulte (Luyckx, Schwartz, Goossens & Pollock, 2008). Dans notre questionnaire, nous avons traduit cet item par : « Vous considérez-vous actuellement comme adulte? » en reprenant les mêmes choix de réponse.

### **3.3.5. Perception du soutien parental à l'autonomie**

La perception du soutien parental à l'autonomie a été évaluée grâce à l'échelle de la perception du soutien parental à l'autonomie (The Perceived Parental Autonomy Support Scale, P-PASS) (Grolnick, Pomerantz, 2009). Cette échelle a été utilisée avec succès au cours de plusieurs études. Elle a été validée en anglais et en français par Mageau, Ranger, Joussemet, Koestner, Moreau et Forest (2015). La composition de cette échelle est faite de 24 items évaluant deux pôles comprenant chacun trois sous-dimensions. Le premier pôle est le soutien à l'autonomie. Il est composé des sous-dimensions « offrir du choix à l'intérieur de certaines limites », « expliquer les raisons derrière les demandes, les règlements et les limites » et « connaître, accepter et reconnaître les sentiments de l'enfant ». Le deuxième pôle est celui du contrôle psychologique. Il est composé des sous-dimensions « menacer de punir l'enfant », « culpabiliser » et « encourager les buts de performance ». Les réponses aux items se font sur une échelle de Likert allant de 1, « tout à fait en désaccord » à 7, « tout à fait en accord » et doivent être remplies pour les comportements du père et de la mère. Dans notre questionnaire, nous avons proposé aux étudiants une évaluation globale pour les deux parents. Il faut additionner les scores aux items pour évaluer le soutien à l'autonomie et le contrôle psychologique. Certains chercheurs pensent qu'il est possible d'inverser les items du contrôle psychologique afin de créer un seul construit global du soutien à l'autonomie. Cependant, cet avis n'est pas partagé par tous (Mageau et al., 2015).

Les qualités psychométriques de l'outil sont satisfaisantes avec un alpha de Cronbach de .89 (Mageau et al., 2015).

### **3.3.6. Qualité de la relation avec le médecin**

Le questionnaire évaluant la qualité de la relation avec le médecin a été élaboré à partir du guide d'observation sur la communication efficace (Kurtz & Silverman, 1996). Ce guide énumère cinq principes qui sous-tendent une communication efficace et donc une

relation de qualité entre le médecin et le patient. Dans notre questionnaire, nous avons repris les quatre premiers et nous avons demandé aux participants de répondre par « oui » ou « non ». Nous n'avons pas gardé le dernier principe (« Le médecin s'appuie sur le modèle hélicoïdal ») dans nos items car celui-ci fait appel à un modèle qui n'a pas de signification pour notre échantillon étant donné que le guide d'observation est un outil destiné aux professionnels de la santé et non aux patients. Ensuite, nous avons additionné les scores en cotant 1 pour les réponses « oui » et 0 pour les réponses « non ». Nous avons donc obtenu des scores entre 0 et 4. Plus le score est élevé, plus la qualité de la relation avec le médecin est bonne. Les indices de fiabilité et de normalité de notre étude seront développés dans la partie suivante de notre mémoire.

### **3.3.7. Préoccupations liées à la santé**

Les préoccupations liées à la santé ont été évaluées à partir d'une liste de treize préoccupations inspirée de la recherche en français d'Etter et Perneger (1997). Dans cette étude, les participants étaient invités à dire s'ils avaient rencontré l'une ou plusieurs de ces préoccupations au cours des douze mois précédents.

Dans notre questionnaire, nous avons repris cette liste et demandé aux participants de répondre, comme dans l'étude d'Etter et Perneger (1997), s'ils avaient rencontré l'une ou plusieurs de ces préoccupations au cours des douze mois précédents. Nous n'avons pas gardé les items concernant les préoccupations liées au tabac étant donné que ceux-ci visaient uniquement des individus fumeurs et que notre questionnaire ne faisait pas de distinction entre les étudiants fumeurs et les étudiants non-fumeurs. Il aurait donc été inadapté de poser des questions sur, par exemple, la préoccupation d'arrêter de fumer à des individus non-fumeurs. Dans la recherche d'Etter et Perneger (1997), un des items rassemblait obésité et anorexie. Nous avons jugé qu'il était important d'évaluer les deux séparément car dans la littérature, il est fréquent que ces deux troubles soient étudiés séparément. De plus, l'adolescence est une période de grands bouleversements notamment au niveau corporel. On retrouve donc une récurrence de ces deux troubles à cette période de la vie (Stassart, 2011). Nous avons donc dissocié obésité et anorexie pour en faire deux items.

L'étude d'Etter et Perneger (1997) avait pour but de faire état de santé et des préoccupations d'une population de jeunes adultes. Ce questionnaire était donc adapté à notre recherche. Cependant, les chercheurs ne cherchaient pas à évaluer un score total des préoccupations mais bien de relater les pourcentages pour chaque préoccupation présente

dans la liste. Il n'existe donc pas d'informations psychométriques sur la fiabilité de ce questionnaire.

Dans le but d'avoir un score total des préoccupations, nous avons additionné les items en cotant 1 pour les réponses « oui » et 0 pour les réponses « non ». Le score total s'étale donc de 0 à 9 et plus il est élevé, plus l'étudiant se préoccupe de sa santé. Les indices de fiabilité et de normalité de notre étude seront développés dans la partie suivante de notre mémoire.

### **3.3.8. Autonomie dans la gestion des soins de santé**

La variable dépendante est l'autonomie dans la gestion de ses soins de santé. L'élaboration des questions concernant cette variable s'est inspirée du Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ), développé par Wood et al. (2014) qui comporte 20 items répartis dans cinq domaines : la prise de rendez-vous, le suivi des problèmes de santé, la gestion des médicaments, la communication avec l'équipe médicale et la gestion des activités quotidiennes. Les choix de réponses sont graduels et vont de « non, je ne sais pas comment faire » à « oui, je l'ai toujours fait quand j'en ai eu besoin » en passant par « non, mais je veux apprendre comment faire », « non, mais je suis en train d'apprendre comment faire » et « oui, j'ai commencé à le faire ». Ce questionnaire destiné aux personnes atteintes de maladies chroniques est intéressant car plusieurs items peuvent être appliqués à la population tout-venant. De plus, les possibilités de réponses aux items permettent de se rendre compte de l'évolution de l'autonomie du patient et peuvent donc être adaptées au processus d'autonomie dans la gestion des soins de santé. Les qualités psychométriques de la version originale de ce test sont satisfaisantes avec un alpha de .94 (Wood et al., 2014).

Dans notre questionnaire, nous avons établi huit comportements relatifs à l'autonomie dans la gestion des soins de santé. Pour chaque comportement, les participants étaient invités à répondre dans quelle mesure ils faisaient ces comportements seuls, accompagnés par un parent ou si ce comportement était pris en charge par un parent. Deux dimensions ont été évaluées. Une première dimension concerne l'autonomie dans la gestion de sa santé en général et regroupe quatre comportements : « se rendre compte d'un besoin par rapport à sa santé », « auto-médication », « se rendre à la pharmacie » et « suivre son traitement ». Une deuxième dimension concerne l'autonomie relative aux contacts avec les médecins et rassemble les comportements suivants : « contacter le médecin », « se rendre chez le médecin », « poser des questions au médecin », « répondre aux questions

posées par le médecin ». Les indices de fiabilité et de normalité de la mesure seront développés dans les résultats de notre mémoire.

## 4. Présentation des résultats

### 4.1. Introduction

L'objectif de ce chapitre est de présenter les résultats obtenus suite aux analyses statistiques exécutées dans SPSS.21 (Statistical Package for the Social Sciences).

Nous présenterons en premier lieu les statistiques préalables qui ont pour objectif de vérifier la normalité des données ainsi que la fiabilité interne des différents questionnaires. Nous verrons également les résultats statistiques effectués afin d'étudier si les différentes dimensions du questionnaire d'autonomie dans la santé en général et avec les différents médecins sont associées. Dans un deuxième temps, les statistiques descriptives seront explicitées. Celles-ci préciseront les fréquences des variables indépendantes pour l'ensemble de l'échantillon ainsi que le lien entre l'âge, le genre et les autres variables indépendantes. Cette section se terminera par la présentation de certaines corrélations existantes entre les différentes variables mais n'ayant pas de liens directs avec nos hypothèses. Enfin, nous décrirons les résultats relatifs aux hypothèses.

### 4.2. Analyses statistiques préalables

La normalité des données a été évaluée à l'aide des mesures de Skewness et Kurtosis. La mesure Skewness indique le niveau de symétrie des données. Plus la distribution des données est symétrique, plus ce coefficient est proche de zéro. Si ce coefficient est supérieur à 3, on parle de non-normalité des données (Kline, 2015). Si la distribution s'étale vers la gauche le coefficient est négatif. Si elle s'étale vers la droite, le coefficient est positif. La mesure de Kurtosis indique le niveau d'aplatissement des données. Comme pour la mesure de Skewness, plus la valeur du coefficient se rapproche de zéro plus la distribution des données est normale. Si le coefficient dépasse 8, on parle de non-normalité des données (Kline, 2015). Les indices de Skewness et Kurtosis sont en faveur de la normalité des données pour les différentes variables (Tableau 1).

La fiabilité interne de chaque questionnaire a été mesurée avec l'alpha de Cronbach ( $\alpha$ ). Plus cet indice est proche de 1, plus les items sont homogènes et fonctionnent entre eux. Si cet indice est inférieur à .65, les données manquent de consistance interne et ne sont

donc pas fiables (Kline, 2015). Les résultats montrent que la cohérence interne des échelles d'estime de soi et de la perception du soutien parental est très bonne. Les échelles de préoccupations liées à sa santé et de la qualité de la relation avec le médecin présentent une cohérence interne acceptable. Enfin, les indices de cohérence interne concernant l'autonomie dans la gestion des soins de santé sont faibles, principalement en ce qui concerne l'autonomie par rapport aux contacts avec le dentiste et le gynécologue (Tableau 1). Etant donné le peu de participants ayant répondu avoir rencontré un nutritionniste et un ORL, nous n'avons pas pu calculer l'alpha de Cronbach pour l'autonomie dans les soins de santé pour ces 2 disciplines.

**Tableau 1.** Moyennes, Ecart-types, Normalité et Fiabilité des différentes variables

	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>ET</b>	<b>S</b>	<b>K</b>	<b><math>\alpha</math></b>
<b>Estime de soi</b>	352	30,77	5,20	-,45	-,17	,87
<b>Soutien Parental à l'Autonomie Perçu</b>						
<b>Offrir du choix à l'intérieur de certaines limites</b>	352	23,98	4,18	-1,82	4,54	,84
<b>Expliquer les raisons derrière les demandes, les règlements et les limites</b>	352	21,26	5,19	-,91	,75	,91
<b>Connaitre, accepter et reconnaître les sentiments de l'enfant</b>	352	20,86	5,33	-,96	,69	,92
<b>Score Total</b>	352	66,09	13,18	-1,19	1,84	,94
<b>Contrôle Psychologique Parental Perçu</b>						
<b>Menacer de punir l'enfant</b>	352	8,57	5,12	1,24	1,26	,92
<b>Culpabiliser</b>	352	10,80	5,87	,73	-,41	,89
<b>Encourager les buts de performance</b>	352	8,17	5,05	1,52	2,00	,90
<b>Score Total</b>	352	27,54	12,66	1,01	,65	,90
<b>Préoccupation de sa santé</b>	352	3,59	2,04	-,10	-,96	,65
<b>Qualité de la relation médecin-patient</b>	352	2,85	1,32	-,90	-,41	,79
<b>Autonomie Santé en Général</b>	352	10,10	1,60	-,69	,01	,58
<b>Autonomie chez le Médecin Généraliste</b>	352	10,61	1,59	-,98	,10	,67
<b>Autonomie chez le Dentiste</b>	248	10,40	1,54	-,60	-,39	,58
<b>Autonomie chez l'Ophtalmologue</b>	126	10,10	1,61	-,46	-,46	,60
<b>Autonomie chez le Dermatologue</b>	76	10,28	1,80	-,82	-,16	,72
<b>Autonomie chez le Gynécologue</b>	133	11,32	1,12	-1,70	2,29	,49
<b>(Autonomie chez l'O.R.L.)</b>	32	4,41	1,32	,17	-1,77	/
<b>(Autonomie chez le nutritionniste)</b>	15	11,40	,83	-,94	-,78	/
<b>Autonomie chez Autre</b>	50	10,52	1,59	-,45	-1,30	,68

Enfin, afin d'étudier si les différentes dimensions du questionnaire d'autonomie sont associées, nous avons procédé à une analyse corrélacionnelle entre les différents scores de l'autonomie dans la gestion des soins de santé. Nous pouvons constater qu'il existe des corrélations positives entre l'autonomie dans les soins de santé en général et

l'autonomie avec les différents médecins et, également, entre les différents médecins. Une exception apparaît dans l'autonomie par rapport à la catégorie « autre » (Tableau 2).

**Tableau 2.** Corrélations entre les totaux en autonomie

	Autonomie Santé en Général	Autonomie chez le Médecin Généraliste	Autonomie chez le Dentiste	Autonomie chez l'Ophthalmologue	Autonomie chez le Dermatologue	Autonomie chez le Gynécologue	Autonomie chez Autre
Autonomie Santé en Général	1	0,56** (N=352)	0,40** (N=248)	0,55** (N=126)	0,48** (N= 76)	0,45** (N=133)	0,25 (N=50)
Autonomie chez le Médecin Généraliste		1	0,60** (N=248)	0,58** (N=126)	0,74** (N= 76)	0,58** (N=133)	0,41** (N=50)
Autonomie chez le Dentiste			1	0,72** (N=99)	0,79** (N=61)	0,55** (N=101)	0,43** (N=36)
Autonomie chez l'Ophthalmologue				1	0,79** (N=37)	0,49** (N=50)	0,43 (N=13)
Autonomie chez le Dermatologue					1	0,52** (N=32)	0,70* (N=9)
Autonomie chez le Gynécologue						1	0,14 (N=17)
Autonomie chez Autre							1

\* $p < 0.05$  ; \*\* $p < 0.01$

### 4.3. Analyses statistiques descriptives

Dans ce point, nous allons décrire les caractéristiques de l'échantillon. Pour rappel, l'échantillon se compose de 352 étudiants dont 241 sont des femmes (68,5%) et 111 sont des hommes (31,5%). Les participants sont âgés entre 18 et 33 ans ( $M = 21,88$ ;  $SD = 2,26$ ). La majorité d'entre eux sont belges (86,09%) et 97,2% de l'échantillon est composé d'individus dont la langue maternelle est le français.

#### 4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Par rapport au lieu de résidence, 48% de l'échantillon vit chez ses parents ( $N = 169$ ), 31,5% vit en colocation ( $N = 111$ ), 11,4% vit seul ( $N = 40$ ), 6% vit avec son conjoint ( $N = 21$ ). Onze participants (3.1%) ont répondu « autres » en précisant qu'ils vivaient en kot ( $N = 7$ ), en internat, chez les grands-parents, avec la fratrie ou qu'ils alternaient les lieux de vie.

Concernant l'autonomie financière, la majorité de l'échantillon a une source de revenus strictement interne à la famille (59,7%;  $N = 210$ ). Trente-trois pourcents de l'échantillon a une source de revenus partiellement interne à la famille ( $N = 116$ ). Une minorité de l'échantillon (7,4%) a une source de revenus externe à la famille ( $N = 26$ ).

### **4.3.2. Caractéristiques psychologiques**

Par rapport à la considération de soi en tant qu'adulte, 6,8% de l'échantillon ne se considère pas adulte (N = 24). 49,7% de l'échantillon se considère adulte sur certains points (N = 175) et 43,5% de l'échantillon se considère adulte (N = 153).

Concernant l'estime de soi, 12,8% des participants ont un score inférieur à 25 et ont donc une estime de soi très faible (N = 45). Un pourcentage de 31,25 de l'échantillon a un score entre 31 et 34 et a donc une estime de soi faible (N = 110). 23,3% de l'échantillon présente une estime de soi dans la moyenne, avec un score entre 31 et 34 (N = 82). Vingt-sept pourcents des participants ont obtenu un score entre 34 et 38, indiquant une estime de soi forte (N = 115). Enfin, 5,7% de l'échantillon a un score supérieur ou égal à 39, ce qui représente une estime de soi très forte (N = 20).

### **4.3.3. Caractéristiques relatives à la santé**

Tout d'abord, relativement à la perception de sa santé, deux étudiants perçoivent leur santé comme mauvaise. 8,5% de l'échantillon la perçoit comme moyenne (N = 30), 28,4% la perçoit comme bonne (N = 100), 46,6% la perçoit comme très bonne (N = 164) et 15,9% la perçoit comme excellente (N = 56).

Par ailleurs, 16,2% des étudiants rapportent avoir une maladie chronique (N = 57).

Ensuite, 90,9% de l'échantillon dit avoir un médecin traitant (N = 320). Parmi ces individus, 77% affirment que leur médecin généraliste est en fait le médecin de la famille (N = 271). En ce qui concerne la fréquence de consultation, 42,9% de l'échantillon le consulte une fois par an (N = 151), 27,3% le consulte une fois par semestre (N = 96), 15,6% le consulte une fois par trimestre (N = 55), 4,5% le consulte une fois par mois (N = 16) et 0,6% le consulte plusieurs fois par mois (N = 2).

Enfin, au sujet des médecins spécialistes, au cours des 24 derniers mois, 70,5% de l'échantillon s'est rendu chez le dentiste (N = 248), 35,8% s'est rendu chez l'ophtalmologue (N = 126), 21,6% s'est rendu chez le dermatologue (N = 76) et 37,8% s'est rendu chez le gynécologue (N = 133). Si on ne considère que les jeunes femmes, 55,2% d'entre elles ont consulté un gynécologue au cours des 24 derniers mois. Enfin, 14,5% s'est rendu chez un autre spécialiste (N = 50). Parmi les autres spécialistes, les participants ont mentionné l'allergologue (N = 3), le cardiologue, le chirurgien (N = 6), l'endocrinologue (N = 3), le gastro-entérologue (N = 3), l'urologue (N = 3), l'ostéopathe (N = 5), le kinésithérapeute (N = 3), le logopède, le médecin du sport (N = 2), le

pneumologue (N = 5), un médecin spécialisé en médecine tropicale, le naturopathe, le neurologue (N = 6), l'orthodontiste, l'orthopédiste (N = 4), le psychiatre, le radiologue, le rhumatologue, le somnologue et le stomatologue. Dix pourcents de l'échantillon n'a pas été consulter de médecin spécialiste au cours des 24 derniers mois. Enfin, seulement 9,1% de l'échantillon s'est rendu chez l'O.R.L. (N = 32) et 4,3% s'est rendu chez le nutritionniste (N = 15). Etant donné le faible taux de réponse pour ces deux médecins spécialistes, les résultats concernant ceux-ci seront à considérer avec précaution et seront proposés à titre indicatif.

#### **4.3.4. Autres constatations**

Dans cette section, nous allons présenter des résultats statistiques n'ayant pas de lien direct avec nos hypothèses de recherche mais qui permettent d'avoir une vision complète de notre échantillon.

Premièrement, on remarque une corrélation positive entre l'âge et la source de revenus ( $r = .34; p < .05$ ) et la considération de soi en tant qu'adulte ( $r = .29; p < .05$ ). Cela signifie que plus l'étudiant est âgé, plus sa source de revenus est externe à la famille et plus il se considère comme adulte. On observe également un lien entre l'âge et le fait d'avoir un médecin généraliste ( $t = 2.54; p = .01$ ) Cela signifie que les étudiants qui ont un médecin généraliste (M = 21,80; SD = 2,2) sont significativement moins âgés que ceux qui déclarent ne pas avoir de médecin généraliste (M = 22,34; SD = 2,69).

En deuxième lieu, on observe un lien entre le genre et l'estime de soi ( $t = 2.04; p = .04$ ) ainsi qu'entre le genre et la perception de sa santé ( $t = 2.51; p = .01$ ) et les préoccupations liées à sa santé ( $t = -4.2; p < .01$ ). En effet, les filles ont une moins bonne estime de soi que les garçons ainsi qu'une moins bonne perception de leur santé et ont plus de préoccupations liées à leur santé.

Il existe également un lien entre le problème de santé chronique et la perception de sa santé ( $t = 7.03; p < .01$ ). Cela signifie que les étudiants n'ayant pas de problème de santé chronique perçoivent leur santé de manière plus positive que les étudiants ayant un problème de santé chronique.

Cinquièmement, les résultats montrent une relation entre l'autonomie chez le médecin généraliste et le fait que le médecin généraliste soit le médecin attitré de la famille ou non ( $t = 2,79; p = .01$ ). L'étudiant présente moins d'autonomie dans ses contacts avec le médecin généraliste lorsque celui-ci est le médecin de la famille.

#### 4.4. Analyses statistiques relatives aux hypothèses

Les hypothèses qui concernent les liens entre l'autonomie par rapport à la gestion des soins de santé et l'âge, la source de revenus, l'estime de soi, la considération en tant qu'adulte, la perception du soutien parental à l'autonomie, la qualité de la relation avec le médecin et les préoccupations liées à la santé ont été mesurées à l'aide d'une corrélation de Pearson ( $r$ ). Le  $r$  de Pearson mesure la relation linéaire existant entre deux variables quantitatives. Lorsque le coefficient  $r$  est de .10, on parle de relation faible. Lorsqu'il est de .30, on parle de relation modérée. On parle de relation forte lorsqu'il est égal ou supérieur à .50 (De Clercq, Henry, Baudouin, 2015).

Les hypothèses relatives aux liens entre l'autonomie par rapport à la gestion des soins de santé et le genre et la maladie chronique ont été évaluées grâce au Test  $t$  de Student.

Enfin, une ANOVA sera appliquée pour évaluer l'autonomie par rapport à la gestion des soins de santé et le lien entre le lieu de résidence.

Pour l'ensemble des tests, le seuil de significativité est fixé à  $p < .05$ .

##### 4.4.1. Hypothèses relatives aux caractéristiques sociodémographiques de l'étudiant

###### L'âge

Dans le but de mesurer le lien entre l'âge et l'autonomie dans la gestion des soins de santé, nous avons exécuté une corrélation  $r$  de Pearson. On remarque que l'âge est corrélé de manière positive avec l'autonomie chez le dentiste ( $r(248) = .39; p < .01$ ), chez l'ophtalmologue ( $r(126) = .35; p < .01$ ) et chez le gynécologue ( $r(133) = .26; p < .01$ ) ainsi que chez l'O.R.L ( $r(32) = .51; p < .01$ ). Les résultats ne montrent pas de corrélation entre l'âge et l'autonomie chez le médecin généraliste, chez le dermatologue et chez les spécialistes de la catégorie « autre ». On ne retrouve également pas de corrélation entre l'âge et l'autonomie dans les soins de santé en général.

###### Le genre

Pour évaluer le lien entre le genre et l'autonomie dans la gestion des soins de santé, nous avons appliqué le test  $t$  de Student. Les résultats montrent que l'autonomie dans la gestion de ses soins de santé en général (c'est-à-dire, se rendre compte d'un besoin par rapport à sa santé, l'auto-médication, se rendre à la pharmacie et suivre son traitement) varie en

fonction du genre ( $t = -2,11; p = .03$ ). Cela signifie que les femmes sont plus autonomes que les hommes dans ce domaine de la santé. Les autres formes d'autonomie ne varient pas en fonction du genre.

### Le lieu de résidence

Etant donné que cette variable est catégorielle et offrait plus de deux possibilités de réponse aux participants, nous avons appliqué une ANOVA à un facteur. On observe une différence significative entre les différents lieux de résidence pour l'autonomie dans les soins de santé en général et pour l'autonomie chez le médecin généraliste. Grâce au test de Bonferroni, on remarque que la différence principale se fait entre « chez vos parents » et les autres items (« en colocation », « avec votre conjoint » et « seul ») (Tableau 3). Cela signifie que les étudiants ne résidant pas chez leurs parents sont plus autonomes dans la gestion de leurs soins de santé. Une exception apparaît pour le médecin généraliste : on ne retrouve pas de différence significative entre la colocation et le fait de vivre chez ses parents. Il n'existe pas de différences significatives entre vivre en colocation, avec son conjoint et seul.

**Tableau 3.** Lien entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et le lieu de résidence

	(I) Lieu de Résidence	(J) Lieu de Résidence	Différence de moyennes (I-J)	F	Signification
<b>Autonomie Santé en Général</b>	Chez vos parents/tuteurs	En colocation	-,61*	6,08	,01
		Avec votre conjoint	-1,24*	6,08	,01
		Seul(e)	-,96*	6,08	,01
<b>Autonomie chez le Médecin Généraliste</b>	Chez vos parents/tuteurs	En colocation	-,41	7,00	,29
		Avec votre conjoint	-1,27*	7,00	,01
		Seul(e)	-1,15*	7,00	,00

\*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

### La source de revenus

Il existe une corrélation significative entre la source de revenus et l'autonomie dans la gestion des soins de santé en général ( $r(352) = .20; p < .01$ ), l'autonomie chez le médecin généraliste ( $r(352) = .26; p < .01$ ), chez le dentiste ( $r(248) = .23; p < .01$ ), chez l'ophtalmologue ( $r(126) = .22; p = .01$ ), chez le gynécologue ( $r(133) = .26; p = .01$ ) et chez les médecins spécialistes « autre » ( $r(50) = .34; p = .01$ ). On n'observe pas de

corrélation avec le dermatologue ( $r(76) = .12; ns$ ). À titre indicatif, il n'existe aucune corrélation entre la source de revenus et l'autonomie chez le médecin nutritionniste et chez l'O.R.L.

#### 4.4.2. Hypothèses relatives aux caractéristiques des étudiants

##### L'estime de soi

Afin d'évaluer la relation entre l'estime de soi et l'autonomie dans la gestion des soins de santé, nous avons également procédé à une corrélation  $r$  de Pearson. D'une part, on remarque qu'il n'existe pas de corrélation entre l'estime de soi et l'autonomie dans la gestion des soins de santé en général, l'autonomie chez le médecin généraliste, l'autonomie chez le dermatologue et l'autonomie chez les médecins spécialistes de la catégorie « autre » (et chez l'O.R.L.). D'autre part, on observe une corrélation significative entre l'estime de soi et l'autonomie chez l'ophtalmologue ( $r(126) = .19; p = .03$ ), le gynécologue ( $r(133) = .21; p = .16$ ) et chez le dentiste ( $r(248) = .13; p = .04$ ), bien que celle-ci soit faible. Cela signifie que plus l'estime de soi des étudiants est élevée, plus ils sont autonomes chez les trois médecins spécialistes cités ci-dessus.

##### La considération de soi en tant qu'adulte

Dans le but de mesurer le lien entre la considération de soi en tant qu'adulte et l'autonomie dans la gestion des soins de santé, nous avons utilisé une corrélation  $r$  de Pearson. Dans un premier temps, on observe des corrélations significatives entre cette variable et l'autonomie dans la gestion des soins de santé en général ( $r(352) = .26; p < .01$ ), l'autonomie chez le médecin généraliste ( $r(352) = .30; p < .01$ ), chez le dentiste ( $r(248) = .36; p < .01$ ), chez le dermatologue ( $r(76) = .33; p < .01$ ), chez le gynécologue ( $r(133) = .21; p = .01$ ) et chez les médecins spécialistes de la catégorie « autre » ( $r(50) = .31; p = .03$ ) ainsi que chez l'O.R.L. ( $r(32) = .57; p < .01$ ). Cela signifie que plus les étudiants se considèrent comme adultes, plus ils sont autonomes dans la gestion de leurs soins de santé dans les domaines cités ci-dessus. Dans un deuxième temps, les résultats ne montrent pas de lien entre la considération de soi en tant qu'adulte et l'autonomie chez l'ophtalmologue ( $r(126) = .16; ns$ ) et chez le nutritionniste ( $r(15) = .35; ns$ ).

### 4.4.3. Hypothèses relatives aux caractéristiques de la famille de l'étudiant

#### Le soutien parental à l'autonomie

En ce qui concerne le soutien à l'autonomie parental perçu, nous avons également appliqué une corrélation  $r$  de Pearson. On ne retrouve pas de corrélations significatives entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et les sous-échelles du soutien parental perçu. Cependant, On retrouve une corrélation négative entre l'échelle du contrôle psychologique parental perçu et l'autonomie dans la gestion des soins de santé en général ( $r(352) = -.14; p = .01$ ), l'autonomie chez le médecin généraliste ( $r(352) = -.12; p = .02$ ) et chez le dermatologue ( $r(76) = -.29; p = .01$ ). On remarque que la sous-échelle du contrôle psychologique parental perçu « Menacer de punir l'enfant » est corrélée négativement avec l'autonomie dans la gestion des soins de santé en général ( $r(352) = -.26; p < .01$ ), l'autonomie chez le médecin généraliste ( $r(352) = -.20; p < .01$ ), chez l'ophtalmologue ( $r(126) = -.18; p = .05$ ) et chez le dermatologue ( $r(76) = -.24; p = .04$ ). Il existe également une corrélation négative entre la sous-échelle « Encourager les buts de performance » et l'autonomie chez le dermatologue ( $r(76) = -.30; p < .01$ ). Cela signifie que plus l'étudiant ressent un contrôle psychologique de la part de ses parents, moins il sera autonome dans la gestion de ses soins de santé dans les domaines de la santé cités ci-dessus.

### 4.4.4. Hypothèses relatives aux caractéristiques du médecin

#### La relation avec le médecin

Une corrélation  $r$  de Pearson a également été utilisée pour évaluer le lien entre la relation avec le médecin et l'autonomie dans la gestion des soins de santé. On ne retrouve aucune corrélation significative pour ces deux variables. Cela signifie que la qualité de la relation avec le médecin ne semble pas être associée à l'autonomie des étudiants dans leur gestion des soins de santé.

#### **4.4.5. Hypothèses relatives à la santé de l'étudiant**

##### Les préoccupations relatives à sa santé

Pour évaluer le lien entre les préoccupations relatives à sa santé et l'autonomie dans la gestion des soins de santé, nous avons également appliqué une corrélation  $r$  de Pearson. On ne retrouve aucune corrélation significative entre ces deux variables. Cela signifie que les préoccupations relatives à la santé ne semblent pas être associées à l'autonomie dans la gestion des soins de santé.

##### Problème de santé chronique

Dans le but d'évaluer le lien entre la présence d'un problème de santé chronique et l'autonomie dans la gestion des soins de santé, nous avons appliqué le test  $t$  de Student. On observe que l'autonomie chez le dermatologue varie en fonction de la présence d'un problème de santé chronique ( $t = 2,70; p = .01$ ). Cela signifie que les étudiants ayant un problème de santé chronique ont plus d'autonomie chez le dermatologue que les autres. Les autres formes d'autonomie ne varient pas en fonction de la présence d'un problème de santé chronique.

#### **4.4.6. Résumé des résultats**

Cette section présente un tableau qui montre dans quelle mesure les différentes variables sont liées entre elles. Nous n'avons pas repris les variables n'ayant pas de relation significative avec les variables dépendantes, à savoir : le soutien parental à l'autonomie, la qualité de la relation avec le médecin et les préoccupations liées à sa santé (Tableau 4).

**Tableau 4.** Résumé des analyses statistiques relatives aux hypothèses

	Age	Genre	Lieu de Résidence	Source de Revenus	Estime de Soi	Considération de Soi en tant qu'Adulte	Menacer de Punir l'Enfant	Encourager les Buts de Performance	Contrôle Psychologique Parental Perçu	Problème de Santé Chronique
<b>Autonomie Santé en Général</b>		Hommes <Femmes	Parents<Coloc, Seul, Conjoint	+		+	-		-	
<b>Autonomie chez le Médecin Généraliste</b>			Parents<Seul, Conjoint	+		+	-		-	
<b>Autonomie chez le Dentiste</b>	+			+	+	+				
<b>Autonomie chez l'Ophtalmologue</b>	+			+	+		-			
<b>Autonomie chez le Dermatologue</b>						+	-	-	-	Non<Oui
<b>Autonomie chez le Gynécologue</b>	+			+	+	+				
<b>(Autonomie chez l'O.R.L.)</b>	+					+				
<b>(Autonomie chez le Nutritionniste)</b>					-					
<b>Autonomie chez Autre</b>				+		+				

+ : Corrélation Positive

- : Corrélation Négative

< : « Moins autonomes que »

## 5. Discussion des résultats

### 5.1. Introduction

Cette dernière section est divisée en cinq parties. Nous allons, en premier lieu, établir les liens entre les résultats statistiques obtenus, nos hypothèses et la littérature. Pour rappel, le but de notre étude était d'examiner dans quelle mesure certains facteurs sociodémographiques, associés aux caractéristiques de l'étudiant, de sa famille, de son médecin et de sa santé étaient en relation avec le développement de l'autonomie dans la gestion des soins de santé chez l'étudiant. Par la suite, nous montrerons les apports de cette étude enrichissante tant pour la recherche scientifique que pour la santé publique. Nous décrirons ensuite les limites de notre travail et nous terminerons en proposant des idées de futures recherches dans ce domaine.

### 5.2. Principaux résultats

#### 5.2.1. Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et l'âge

Suite aux analyses statistiques, notre première hypothèse est, en partie, vérifiée. L'autonomie dans la gestion des soins de santé est liée à l'âge uniquement dans les domaines touchant à certains médecins spécialistes, à savoir : le dentiste, l'ophtalmologue et le gynécologue, ainsi que l'O.R.L. Plus l'étudiant est âgé, plus son autonomie chez ces quatre spécialistes augmente. Ces résultats confirment l'article de Zdanowicz (2001). Le jeune prend conscience et acquiert le sentiment que la responsabilité de ses parents envers lui diminue et qu'il doit donc développer davantage de responsabilités et d'autonomie envers sa santé. Cependant, il n'existe pas de corrélation entre l'âge et l'autonomie dans sa santé en général (pour rappel : se rendre compte d'un besoin par rapport à sa santé, auto-médication, se rendre à la pharmacie, suivre son traitement), l'autonomie chez le médecin généraliste, l'autonomie chez le dermatologue et chez les médecins spécialistes de la catégorie « autre » (ainsi que chez le nutritionniste). Ces résultats trouvent leur sens dans la littérature : l'autonomie est souvent associée à l'âge adulte. Le passage à l'âge adulte n'est pas, dans notre société occidentale, une étape prédéfinie et brutale (Bejin, 1983). L'accès au statut adulte et donc à l'autonomie est une évolution progressive (Galland, 2000). C'est pourquoi l'autonomie envers certains spécialistes serait plus

développée que pour d'autres. La santé en général et le médecin généraliste sont des aspects généraux pris en charge par les parents et seraient sujet à une appropriation plus tardive par les étudiants. D'après nos résultats, l'étudiant aura d'autant moins d'autonomie chez le médecin généraliste si celui-ci est celui de sa famille. Il y a donc un développement de l'autonomie qui n'est pas le même pour tous les domaines.

D'autres analyses statistiques ont montré que les étudiants qui n'avaient pas de médecin généraliste étaient plus âgés que ceux qui en avaient un. Les résultats d'une enquête de l'Institut Scientifique de Santé Publique (Van der Heyden, 2008) vont également dans ce sens. Ils montrent sur un échantillon de tout âge que la tranche d'âge 25-34 ans est celle où les individus ont le moins un médecin généraliste attiré. Nous comprenons cette relation de la sorte : quand l'individu rentre aux études, il s'émancipe. Lorsqu'il a besoin de voir un médecin généraliste, il peut soit se retourner vers celui de son enfance, soit en trouver un aux alentours de son campus, soit ne pas consulter car ce n'est plus ses parents qui décident pour lui, il peut choisir lui-même s'il désire aller consulter. De ce fait, plus les étudiants sont âgés moins ils ont un médecin généraliste. On peut imaginer que plus tard l'ancien étudiant qui aura fondé une famille et emménagé dans un appartement ou une maison fera appel à un nouveau médecin généraliste de son quartier. Une autre hypothèse que nous émettons est qu'en grandissant, les jeunes ciblent mieux leurs besoins et que ceux-ci sont davantage spécifiques. Les étudiants iraient donc directement chez un spécialiste. Par exemple, ils ont un problème aux oreilles, ils vont chez l'O.R.L., ou bien, ils ressentent une douleur aux dents, ils vont chez le dentiste. De plus, on peut penser que certains étudiants vont moins chez le médecin généraliste car les raisons de consultation sont souvent bénignes et par conséquent ils ne jugent pas utile de consulter. Cette hypothèse va dans le sens de l'enquête de l'observatoire national français de la vie étudiante (Belgith, Ferry & Oton, 2013) qui a mis en évidence que 27% des étudiants renoncent aux soins de santé et ne vont pas voir un médecin quand ils en ont besoin.

### **5.2.2. Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et le genre**

Les analyses statistiques permettent de dire que l'autonomie dans la santé en général varie en fonction du genre. Les filles sont plus autonomes dans le domaine de la santé en général pour se rendre compte d'un besoin par rapport à sa santé, s'auto-médiquer, se rendre à la pharmacie et suivre leur traitement. Ces résultats concordent avec les études de Belgith et collègues (2013) et Auvray et Le Fur (2002) qui ont mis en évidence que

les étudiantes sont moins satisfaites de leur santé que les étudiants, qu'elles signalent plus d'affections que les garçons et consomment plus de médicaments.

Par ailleurs, il n'existe pas de relation entre le genre et les autres formes d'autonomie dans la gestion des soins de santé. Ces résultats mettent en évidence que bien que notre recherche, tout comme la littérature, fasse état d'une différence entre les genres au niveau de la satisfaction par rapport à sa santé, de la consommation de médicaments et du signalement des affections, lorsque les étudiants rencontrent un problème de santé ou prennent conscience de la nécessité d'un check-up ou d'un examen de routine chez le médecin, les hommes et les femmes sont aussi autonomes dans cette prise de contact et dans les échanges qui y sont associés. A notre connaissance, il n'existe pas de recherche spécifique concernant le lien entre le genre et l'autonomie dans la consultation des différents médecins. Nos résultats novateurs mériteraient donc d'être répliqués dans d'autres études.

### **5.2.3. Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et le lieu de résidence**

Il existe une relation entre le lieu de résidence et l'autonomie dans la santé en général et l'autonomie chez le médecin généraliste. Les résultats montrent une différence au niveau de l'autonomie entre le fait d'habiter chez ses parents et les autres lieux de résidence (seul, en colocation, avec votre conjoint). L'autonomie dans ces deux domaines de la santé est donc plus élevée lorsque l'étudiant ne réside plus chez ses parents. Rappelons-nous qu'en effet, le fait de vivre en dehors de la résidence familiale est un pas vers l'émancipation et l'autonomie (Villeneuve-Gokalp, 2000).

Cependant, il n'existe pas de lien entre le lieu de résidence et l'autonomie chez les divers spécialistes de la santé. Le fait d'habiter chez ses parents ou non n'a pas de lien avec l'autonomie chez les différents médecins spécialistes. Nous pouvons trouver une raison à cela dans la même hypothèse que celle émise pour l'âge : la santé en général et le médecin généraliste sont des aspects généraux pris en charge par les parents et seraient sujet à une appropriation plus tardive par les étudiants. Pour les aspects généraux de la santé, les étudiants se reposent sur les parents et c'est d'autant plus vrai quand ils vivent chez ceux-ci étant donné que les parents sont disponibles.

#### **5.2.4. Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et la source de revenus**

Qu'en est-il de notre quatrième hypothèse? Existe-t-il un lien entre la source de revenus et l'autonomie dans les soins de santé? Suite aux analyses statistiques, nous pouvons voir que ce lien existe dans les domaines de la santé en général, du médecin généraliste et des médecins spécialistes suivants : dentiste, ophtalmologue, gynécologue et « autre ». Plus la source de revenus de l'étudiant est externe à la famille, plus il est autonome dans ces domaines de la santé. L'autonomie financière est donc liée à l'autonomie dans la gestion des soins de santé.

D'autres analyses statistiques montrent une corrélation modérée entre l'âge et la source de revenus. Ce qui veut dire que plus l'étudiant est âgé, plus il sera indépendant financièrement. Cependant, on remarque que l'âge n'est pas lié aux mêmes formes d'autonomie que la source de revenus. L'âge est lié à l'autonomie chez certains médecins spécialistes tandis que la source de revenus est liée à l'autonomie dans la santé en général, chez le médecin généraliste et chez certains médecins spécialistes. Il y aurait donc, tout de même, un lien entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et la source de revenus en excluant un lien avec l'âge. En effet, dans l'article de Cicchelli et Erlich (2000) les étudiants autonomes financièrement ne se sentent pas dépendants de leurs parents et n'ont pas de sentiment de redevance face à leurs parents quant à la réussite de leurs études. On peut imaginer qu'il en est de même dans le domaine de la santé : ces étudiants n'ont pas le sentiment que leurs parents interviennent dans leur état de santé. Ils sont donc davantage autonomes dans la gestion de leurs soins de santé que les étudiants non-autonomes financièrement.

#### **5.2.5. Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et l'estime de soi**

Concernant notre hypothèse relative au lien entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et l'estime de soi, les résultats montrent une relation entre cette variable et l'autonomie chez les spécialistes suivants : le dentiste, l'ophtalmologue et le gynécologue. Cela veut dire, que plus l'étudiant a une estime de soi forte plus l'autonomie chez le dentiste, l'ophtalmologue et le gynécologue sera élevée. Une relation négative existe entre l'estime de soi et l'autonomie chez le nutritionniste (pour rappel, les résultats concernant le nutritionniste et l'O.R.L. sont à prendre avec précaution et ne sont donnés qu'à titre indicatif).

On peut émettre l'hypothèse que plus l'étudiant a une estime de soi élevée plus il sera à l'aise dans la prise de rendez-vous et dans le contact avec des médecins spécialistes. En effet, une estime de soi élevée faciliterait l'engagement d'un individu dans l'action (André, 2005). Nous pensons également qu'il est possible que le fait d'être autonome dans les rendez-vous avec les spécialistes favorise l'estime de soi. De plus, étant donné que l'autonomie dans la santé en général et l'autonomie chez le médecin généraliste sont davantage liés à des facteurs sociodémographiques, on retrouve une moins grande importance de l'estime de soi dans ces deux domaines de la santé.

### **5.2.6. Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et la considération de soi en tant qu'adulte**

Les résultats statistiques relatifs à cette hypothèse montrent qu'il existe en effet un lien entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et la considération de soi en tant qu'adulte. On retrouve cette relation dans tous les domaines de l'autonomie que nous avons étudiés mis à part l'autonomie chez l'ophtalmologue (et l'autonomie chez le nutritionniste). Ce qui veut dire que les étudiants se considérant comme adultes ont davantage d'autonomie dans la gestion de leurs soins de santé. Ce lien est confirmé par la littérature qui met en évidence que l'enfant aspire à cette autonomie qu'il retrouve en la personne adulte (Zazzo, 1969). Ces résultats concordent avec l'étude de Luykx et al. (2011) qui a montré que s'identifier en tant qu'adulte est une ressource dans la maîtrise de la glycémie chez les patients atteints de diabète.

D'autres analyses statistiques montrent une corrélation modérée entre l'âge et la considération de soi en tant qu'adulte. Ce qui veut dire que plus l'étudiant est âgé, plus sa considération de lui en tant qu'adulte augmente. Le lien entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et la considération de soi en tant qu'adulte pourrait être expliqué par l'âge étant donné que l'âge est lié à l'autonomie dans la gestion des soins de santé et à l'image de soi en tant qu'adulte. Il est également possible que le fait de se considérer autonome engendre le fait de se considérer comme adulte. Cependant, notre étude ne permet pas de répondre à cette question. Les corrélations ne permettent pas de vérifier le sens des relations et la présence de facteurs communs. Des études longitudinales seraient nécessaires afin de mieux comprendre les relations entre l'âge, l'autonomie dans la gestion des soins de santé et les facteurs psychologiques comme l'estime de soi et l'image de soi en tant qu'adulte.

### **5.2.7. Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et le soutien parental à l'autonomie**

Contrairement à nos hypothèses, le soutien parental à l'autonomie perçu par les étudiants n'intervient pas dans le développement de l'autonomie dans la gestion des soins de santé. Néanmoins, le contrôle psychologique parental perçu est lié à l'autonomie dans la gestion des soins de santé. Le contrôle psychologique parental est défini comme l'utilisation par les parents de critiques, de menaces, de pressions, de comportements intrusifs et d'induction de culpabilité envers leur enfant dans le but que celui-ci se conforme à leurs attentes et sans prendre en compte les besoins et les sentiments de l'enfant (Barber, 1996 cité par Mageau & al., 2015). En effet, les résultats montrent que plus les étudiants considèrent que leurs parents essaient de les contrôler psychologiquement par des punitions, menaces, etc., moins ils sont autonomes dans la santé en général, chez le médecin généraliste et chez le dermatologue. Nos résultats concordent avec l'étude de Mageau et collègues (2015) qui a mis en évidence que pour favoriser l'autonomie de leurs adolescents, les parents doivent préférer des comportements de soutien à l'autonomie aux comportements de contrôle psychologique. D'autres études ont également montré que le contrôle parental est lié aux comportements externalisés, à la délinquance et aux comportements antisociaux (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989 cité par Roskam et al., 2015) tandis que les pratiques de soutien visent le développement cognitif et social et sont associées à des relations positives et des conduites de résilience (Werner & Smith, 1989, cité par Roskam et al., 2015).

### **5.2.8. Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et la relation avec le médecin**

Les résultats sur le lien potentiel entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et la qualité de la relation avec le médecin ne montrent aucune relation existante entre ces deux variables. Contrairement à nos hypothèses et à la littérature, notre enquête n'a décelé aucune corrélation entre notre variable dépendante et la qualité de la relation avec le médecin. Pourtant, plusieurs auteurs, dont Pélicand et al. (2009) et Certain (2015) confirment que la qualité de la relation patient-soignant joue un rôle dans le processus d'autonomisation. De plus, plusieurs programmes d'interventions et de formations des professionnels de la santé se basent sur la promotion de cette relation dans le but d'accompagner les patients vers davantage d'autonomie et d'offrir des soins adaptés (Santé Canada, 2001). Une hypothèse que nous émettons quant à ces résultats est d'ordre

méthodologique. Le questionnaire concernant cette variable ne mesurerait peut-être pas précisément la qualité de la relation avec le médecin. En effet, celui-ci a été élaboré à partir d'une liste d'éléments essentiels à une communication de qualité entre le médecin et son patient. Il a donc été basé sur la communication entre le médecin et le patient et non sur la relation entre ceux-ci. De plus, ce guide développé par Kurtz et Silverman (1996) est destiné à la formation des professionnels de la santé et emploie donc des formulations peu adaptées pour les participants. Des études, utilisant d'autres outils, mériteraient d'être conduites afin de mieux comprendre les relations entre la qualité de la relation et de la communication avec le médecin et l'autonomie dans la gestion des soins de santé.

#### **5.2.9. Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et les préoccupations relatives à sa santé**

Les résultats de notre enquête n'ont pas mis en évidence de relation entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et les préoccupations relatives à sa santé. Ces résultats ne confirment donc pas nos hypothèses. Une hypothèse que nous émettons pour expliquer ces résultats est en faveur d'une relation non linéaire. En effet, si l'étudiant n'est pas du tout préoccupé par sa santé ou s'il l'est trop, il ne va pas développer son autonomie dans la gestion des soins de santé car pour certains cela semble inutile et pour d'autres, cela paraît trop stressant. En effet, De Jonge (2009) dit qu'on retrouve chez chaque individu une anxiété à l'égard de son état de santé. Cette anxiété, lorsqu'elle n'est pas pathologique, permet à l'individu de prendre des décisions adéquates concernant sa santé. À trop grande intensité, cette anxiété peut devenir dysfonctionnelle et induire d'autres difficultés chez l'étudiant comme des problèmes alimentaires, de sommeil, ou de concentration (De Jonge, 2009). Nous pensons qu'il existe donc un niveau de préoccupation optimal par rapport à sa santé pour pouvoir développer son autonomie dans la gestion de ses soins de santé. C'est pourquoi, il n'y a pas de résultats significatifs.

#### **5.2.10. Lien entre autonomie dans la gestion des soins de santé et le problème de santé chronique**

Concernant notre hypothèse relative au lien entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et la maladie chronique, nous n'avons pas décelé de relations significatives entre ces deux variables, excepté pour l'autonomie chez le dermatologue. Les étudiants faisant face à un problème de santé chronique seraient plus en mesure d'avoir développé de

l'autonomie chez le dermatologue. Une explication serait que la plupart des étudiants de notre étude ayant un problème de santé chronique ont comme problème de santé, des allergies affectant la peau, de l'eczéma ou de l'acné. On retrouve dans plusieurs enquêtes, les allergies comme un des premiers problèmes de santé chronique (Van der Heyden & Charafeddine, 2013). Cette hypothèse pourrait expliquer que les étudiants présentant une maladie chronique ont été amenés à rencontrer, davantage que les autres, un dermatologue et ont développé une autonomie envers ce médecin spécialiste.

Néanmoins, afin de mieux comprendre quelles sont les similitudes et les différences dans le processus d'autonomie des jeunes adultes par rapport aux soins de santé, il serait utile d'avoir davantage d'informations sur le type de maladie chronique et le processus de transition chez ces étudiants présentant une maladie chronique

### **5.2.11. Connaissances sur la santé en général**

Une des questions de l'enquête concernait le type de médecins spécialistes que les étudiants avaient rencontré ces 24 derniers mois. Ils avaient la possibilité d'ajouter des spécialités médicales autres que celles que nous avons proposées initialement. Les réponses des participants concernant la précision du médecin spécialiste qu'ils ont été consulter montrent que l'échantillon considère certaines professions paramédicales comme de la médecine. Nous pouvons prendre l'exemple des réponses suivantes : kinésithérapeute, logopède, ostéopathe, homéopathe et naturopathe. On peut donc penser que la population étudiante manque d'informations générales concernant la santé et les professionnels de la santé. Cependant, il semble nécessaire que les étudiants aient des informations concernant les professionnels qu'ils vont consulter dans le but de savoir quel rôle ceux-ci vont jouer et quel impact cela aura sur leur santé. Des séances d'informations pourraient être proposées dans le contexte de la promotion de la santé à l'école et à l'université afin de présenter les différents acteurs médicaux et para-médicaux et les raisons de consultation chez ces différents professionnels. Ce type d'initiatives répondrait également aux attentes des adolescents et des jeunes adultes qui mentionnent leurs besoins de développer des connaissances et des compétences, ainsi que de favoriser les échanges concernant la santé générale et pas uniquement concernant des problèmes de santé spécifique (Aujoulat, 2011).

## 6. Apport de l'étude

D'un point de vue théorique, ce mémoire a permis de mettre à jour, d'explorer et d'accroître les connaissances concernant un domaine encore peu développé dans la littérature, à savoir : le développement de l'autonomie dans la gestion des soins de santé. La revue de la littérature a permis de mettre en évidence les différents concepts en lien avec ce développement de l'autonomie. D'autre part, l'étude empirique a permis d'établir quelles étaient les variables participant au développement de l'autonomie dans la gestion des soins de santé. Nous avons pu mettre à jour des relations entre l'âge, le genre, le lieu de résidence, la source de revenus, l'estime de soi, la considération de soi en tant qu'adulte, le contrôle psychologique parental perçu, le problème de santé chronique et l'autonomie dans la gestion des soins de santé.

Nos résultats ont mis en évidence que certains facteurs, comme le genre, étaient associés plus spécifiquement à des aspects généraux de la santé alors que d'autres, comme l'âge, l'estime de soi, ou les problèmes de santé chronique sont associés à des aspects spécifiques, comme l'autonomie chez les différents spécialistes. Par ailleurs, d'autres facteurs comme le lieu de résidence, la source de revenus, la considération de soi en tant qu'adulte, le contrôle parental perçu sont associés tant à des aspects spécifiques que généraux. Ces différents résultats sont particulièrement intéressants au niveau clinique. En effet, en fonction des aspects de l'autonomie que les jeunes souhaitent développer, différentes interventions peuvent être proposées.

Nos résultats permettent donc d'envisager des pistes d'intervention dans le domaine de la santé publique tant au niveau de la promotion de la santé que de la prévention des maladies. Concrètement, à titre d'exemple, nous pourrions proposer l'intégration d'un module concernant la santé en général dans les ateliers proposés par l'Equipe Santé de l'UCL. Un autre module spécifique à l'autonomie dans la gestion des soins de santé pourrait également être développé en s'appuyant notamment sur l'importance d'une approche multifactorielle du développement de l'autonomie. Cet atelier pourrait également intégrer un travail sur l'estime de soi de l'étudiant ou sur son image de lui-même en tant qu'adulte. Néanmoins, avant d'aller plus loin dans la mise en place de tels projets, il est nécessaire de poursuivre les recherches dans ce domaine afin notamment de mieux comprendre les relations causales entre les facteurs et de dépasser certaines limites méthodologiques.

## 7. Limites

Bien que cette étude confirme plusieurs de nos hypothèses, elle comprend certaines limites qu'il faut prendre en considération. Celles-ci se réfèrent à la partie théorique du travail mais aussi à la partie empirique.

D'une part, au niveau théorique, nous avons été confrontés à la complexité du sujet. En effet, celui-ci a été peu exploité dans la population en bonne santé et peu d'études ont été réalisées à son sujet. Il a été difficile de cerner tous les aspects théoriques gravitant autour de cette problématique. De plus, nous n'avons pas trouvé de définition sur le développement de l'autonomie dans la gestion des soins de santé. Une définition hypothétique a alors été émise.

D'autre part, différentes limites concernant la méthodologie de notre recherche sont également à prendre en compte. En premier lieu, nous pouvons citer les désavantages du questionnaire en ligne : la rigidité des questions préétablies, du déroulement du questionnaire et des possibilités de réponse et le manque d'assistance individuelle lorsqu'il est nécessaire pour un participant d'obtenir un éclaircissement par rapport à une question. Nous pensons avoir conçu le questionnaire au mieux pour que cela n'arrive pas mais nous ne sommes pas à l'abri d'une incompréhension de la part d'un participant.

Deuxièmement, pour répondre à nos hypothèses de recherche, nous avons été amenés à créer plusieurs questionnaires. Nous avons pu constater que certains d'entre eux présentaient une cohérence interne faible. Cela nous engage à considérer nos résultats avec précaution et à encourager le développement de nouveaux outils.

Ensuite, pour mieux répondre à notre hypothèse sur le lien entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et le problème de santé chronique, il aurait été astucieux de demander aux individus ayant répondu « oui » à la question « avez-vous un problème de santé chronique? » de préciser quel était ce problème de santé chronique.

Une autre limite de ce mémoire est que malgré le nombre satisfaisant de participants à notre questionnaire, peu d'entre eux ont répondu avoir été chez l'O.R.L. et chez le nutritionniste. Nous avons donc un nombre insuffisant de réponses pour ces deux médecins spécialistes ce qui nous a mené à prendre les résultats en lien avec l'O.R.L. et le nutritionniste avec précaution et ne les proposer qu'à titre indicatif.

Enfin, le design de notre étude est corrélational, ce qui nous empêche d'avancer des hypothèses sur les directions causales et la présence de facteurs communs explicatifs.

## 8. Recherches futures

Un premier sujet qui semble intéressant à approfondir est le questionnaire sur l'autonomie dans la gestion des soins de santé. En effet, celui-ci pourrait devenir un réel outil utilisable dans différentes recherches mais il nécessite, pour cela, d'être validé. Une perspective est de réaliser une étude dans le but de valider ce questionnaire pour qu'il soit disponible pour toute recherche visant à investiguer l'autonomie dans la gestion des soins de santé de l'adolescent et du jeune adulte.

En deuxième lieu, il semblerait opportun d'étudier l'autonomie dans la gestion des soins de santé plus tôt dans la vie de l'individu. En effet, notre échantillon se composait essentiellement de jeunes adultes en fin d'adolescence. Une étude longitudinale qui explorerait le parcours d'adolescents qui deviennent adultes permettrait de mieux comprendre le développement de l'autonomie et les facteurs qui y sont associés.

Enfin, dans le but de mettre en place une intervention visant la promotion de la santé basée sur l'autonomie dans la gestion des soins de santé, il serait intéressant d'étudier les besoins de l'étudiant dans le milieu du développement de l'autonomie.



# Conclusion générale

---

L'objectif de ce mémoire était de déceler et d'évaluer les facteurs associés au développement de l'autonomie dans la gestion des soins de santé. Pour répondre à cette problématique, nous avons étudié les concepts liés à cette question dans la partie théorique et nous avons ensuite émis, testé et discuté nos hypothèses dans la partie empirique.

La partie théorique s'est intéressée aux différents concepts se rapportant à notre thème central, à savoir : l'autonomie en général, le développement à l'adolescence, l'autonomie financière et géographique des étudiants, l'autonomie dans les soins de santé, la santé des étudiants et ce qu'elle implique (motifs de consultation, satisfaction, problèmes de santé principaux, préoccupations) ainsi que le processus de transition des services de pédiatrie vers les services de soins pour adultes et les facteurs qui y participent.

En exploitant le contenu de la partie théorique, nous avons pu émettre plusieurs hypothèses quant aux facteurs qui étaient associés au développement de l'autonomie dans la gestion des soins de santé. Elles concernaient le lien entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé et l'âge, le genre, le lieu de résidence, la source de revenus, l'estime de soi, la considération de soi en tant qu'adulte, le soutien parental à l'autonomie, la qualité de la relation avec le médecin, les préoccupations envers sa santé et les potentiels problèmes de santé chroniques chez l'étudiant. Grâce à un questionnaire en ligne, nous avons pu mener notre enquête auprès d'un échantillon de 352 étudiants.

Les résultats ont montré que plus l'étudiant est âgé, plus il sera autonome dans la gestion de ses soins de santé chez certains médecins spécialistes. Les filles sont plus autonomes dans la gestion de leurs soins de santé en général. Les étudiants ayant quitté le domicile familial ont plus d'autonomie dans la gestion de leurs soins de santé en général et chez le médecin généraliste. Plus l'étudiant a une estime de soi élevée plus il est autonome chez certains spécialistes. Plus les étudiants se considèrent adultes plus ils sont autonomes dans la gestion de leurs soins de santé. Plus les étudiants ressentent du contrôle parental moins ils sont autonomes dans la gestion de leurs soins de santé. Les étudiants présentant un problème de santé chronique sont plus autonomes chez le dermatologue.

Pour finir, même s'il est nécessaire d'être prudent face à certains résultats en raison de certaines limites que nous avons présentées, notre étude semble être novatrice dans son domaine. Elle est la première à apporter des indications sur les facteurs associés au

développement de l'autonomie chez les étudiants. C'est pourquoi, nos observations pourraient servir de base au développement de futures recherches et d'applications cliniques pour des professionnels de la santé dans le but de promouvoir la santé et le développement de l'autonomie des étudiants.

# Références Bibliographiques

---

Adelson, J. (1980). Handbook of adolescent psychology. Wiley.

Alvin, P. (2000). L'adolescent et l'observance au traitement. Journal de pédiatrie et de puériculture, 13(4), 225-229.

American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. (2002). A Consensus Statement on Health Care Transitions for Young Adults With Special Health Care Needs. Pediatrics. 110 (3). 1304-1306.

André, C. (2005). L'estime de soi. Recherche en soins infirmiers. 82. 26-30

Aujoulat, I. (2011). Le passage en médecine d'adulte: impératif de développement... Défi pour les soins! Percentile. 16(4). 109-112

Aujoulat, I. (2013). Des services de pédiatrie vers les soins pour adultes. Prévention cardiovasculaire chez l'adolescent et le jeune adulte. Cliniques universitaires St-Luc.

Aujoulat, I., Reding, R. (2012). L'adolescent greffé hépatique : Quels défis spécifiques lors de la transition vers une gestion autonome de sa santé ? Percentile. 17(4) :2. 4-29.

Auvray, L., Le Fur, P. (2002). Adolescents : Etat de santé et recours aux soins. Bulletin d'information en économie de la santé. 49.

Bartsocas, C. (2007). De l'adolescence à l'âge adulte : transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes. Diabetesvoices. 52(3). 15-17.

Béjin, A. (1983). De l'adolescence à la post-adolescence : les années indécises. Le Débat. 25. 126-132. DOI 10.3917/deba.025.0126

Belgith, F., Ferry, O., Oton, A. (2013). Enquête nationale conditions de vie des étudiants. Observatoire national de la vie étudiante. Paris. [http://www.ove-national.education.fr/medias/OVEDonnees\\_sante\\_CDV2013.pdf](http://www.ove-national.education.fr/medias/OVEDonnees_sante_CDV2013.pdf)

Bismuth, S., Stillmunkés, A., Bonel, S., Bismuth, M., Poutrain, J-C. (2011). Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Médecine*. 7(8). 381-385

Bridou, M., Aguerre, C. (2012). L'anxiété envers la santé : définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *Annales Médico-Psychologiques*. 170. 375-381

Caussat, L. (1995). Les chemins vers l'indépendance financière. *Economie et statistique*. 283-284. 127-136. doi : 10.3406/estat.1995.5967

Certain, A. (2015). L'éducation thérapeutique du patient dans le contexte de la promotion de la santé: son déploiement dans le parcours de soins et aspects éthiques. *Ethics, Medicine and Public Health*. 1(3). 393-403.

Cicchelli, V. (1999). Nouer dénouer, renouer. La construction du lien intergénérationnel à l'âge des études. Thèse de doctorat en Sociologie. Université de Paris, Paris.

Cicchelli, V., Erlich, V. (2000). Se construire comme jeune adulte. Autonomie et autonomisation des étudiants par rapport à leur famille. *Recherches et Prévisions*. 60. 61-77.

Claes, M. (2003). L'univers social des adolescents. Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

Cliquet, G., Van Den Abeele, M-M. (2008). Favoriser le bien-être des étudiants de l'enseignement supérieur. Un projet de promotion de la santé au département de la Haute Ecole de Namur. *Education, Santé*. 235.

Coleman, J. (1980). *The nature of adolescence*. Londres : Methuen.

Crowley, R., Wolfe, I., Lock, K., & McKee, M. (2011). Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review. *Archives of disease in childhood*.

Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York : Plenum.

De Clercq, M., Henry, H., Baudouin, N. (2015). *Atelier outil mémoire : « Analyser des données avec SPSS »*. Université Catholique de Louvain. Louvain-la-Neuve.

De Jonge, A-M. (2009). *La santé des étudiants, 30 ans d'histoire et prospective*. Administration des affaires étudiantes. Université Catholique de Louvain. [https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/aide/documents/actes\\_journee\\_etude.pdf](https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/aide/documents/actes_journee_etude.pdf)

Dubet, F. (1994). Dimensions et figures de l'expérience étudiante dans l'université de masse. *Revue française de sociologie*. 35(4). 511-532

Ephrussi, R. (1955). Autonomie et dépendance chez l'enfant, étudiées par la planche du kangourou. *Enfance*. 8(4). 401-403. doi : 10.3406/enfan.1955.1499

Erikson, E. (1956). The problems of ego identity, *Journal of the American psychoanalytic association*. 4. 56-121.

Etter, J-F., Perneger, T.V. (1997). Etat de santé, habitudes et préoccupations liées à la santé de jeunes adultes genevois. *Sozial-Und Praventivmedizin*. 42. 195-203

Fiassa, C., Nader-Grosbois, N. (2016). *De la perception à l'estime de soi: Concept, évaluation et intervention*. De Boeck Supérieur.

Fournier, C., Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 19. 413-425. DOI 10.3917/spub.075.0413

Gacem, K., Cicchelli, V. (2001). La construction de l'autonomie. Parents et jeunes adultes face aux études. *Agora débats/jeunesses*. 26. 146-147.

Galand, B., Bourgeois, E. (2006). (Se) Motiver à apprendre. Presses Universitaires de France.

Galland, O. (2000). L'allongement de la jeunesse en Europe. Cellule de sociologie de l'OFCE. Revue de l'OFCE. 72. 187-191. doi : 10.3406/ofce.2000.1577

Greenberger, E. (1984). Defining psychosocial maturity in adolescence. *Advances in Child Behavioral Analysis & Therapy*. 3. 1-37.

Grignon, C., Gruel, L., Bensoussan, B. (1996). Les conditions de vie des étudiants. La Documentation française. Cahier de l'Observatoire de la vie étudiante. 6

Grolnick, W. S., & Pomerantz, E. M. (2009). Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Development Perspectives*. 3(3). 165-170.

Kline, R. B. (2015). Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications.

Kurtz, S.M., Silverman J.D. (1996). The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. *Medical Education*. 30. 83-89.

Luyckx, K., Moons, P., Weets, I. (2011). Self-classification as an adult in patients with type 1 diabetes: relationships with glycemic control and illness coping. *Patient Education and Counseling*. 85. 245-250. DOI: 10.2466/pms.1973.36.2.551.

Luyckx K., Schwartz S.J., Goossens L., Pollock S. (2008). Employment, sense of coherence, and identity formation: contextual and psychological processes on the pathway to sense of adulthood. *J Adolesc Res*. 23:566–91.

Mageau, G.A., Ranger, F., Joussemet, M., Koestner, R., Moreau, E., Forest, J. (2015). Validation of the Perceived Parental Autonomy Support Scale (P-PASS). *Canadian Journal of Behavioral Science*. 47. 251-262

Michaud, J., Bégin, H., McDuff, P. (2006). Construction et évaluation d'un questionnaire sur l'estime de soi sociale destiné aux jeunes adultes. *Revue Européenne de Psychologie*. 56(2). 109-122

Ministère fédéral de la santé. (2001). *La communication efficace... à votre service : Guide de ressources*. Santé Canada

Moureau, E., Mageau, G.A. (2013). Conséquences et corrélats associés au soutien de l'autonomie dans divers domaines de la vie. *Psychologie française*. 58. 195-227

Nelson, L.J., Barry, C.M. (2005). Distinguishing Features of Emerging Adulthood : The role of self-classification as an adult. *Journal of Adolescent Research*. 20(2). 242-262

Pélicand, J., Fournier, C., Aujoulat, I. (2009). Observance, auto-soin (s), empowerment, autonomie: quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 66, 21-3.

Perrenoud, P. (2002). L'autonomie, une question de compétence? *Résonances*. 1. 16-18

Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human development*. 15. 1-12

Raquel-Amaya, M. (2011). Présentation du Programme-Guide pour le Développement des Compétences Émotionnelles, Éducatives et Parentales. *La revue internationale de l'éducation familiale*. 30,(2), 17-38. doi:10.3917/rief.030.0017.

Rosenberg, M. (1985). *Self-concept and psychological well-being in adolescence*. New York : Academic Press. 205-246

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Roskam, I., Gladiolo, S., Meunier, J-C., Stiévenart, M. (2015). *Psychologie de la parentalité : modèles théoriques et concepts fondamentaux*. De Boeck.

Saillant, F., Gagnon, E. (1996) Le self-care : de l'autonomie-libération à la gestion du soi. *Sciences sociales et santé*. 14(3). 17-46. doi : 10.3406/sosan.1996.1367

Segalen, M. (1996). *Sociologie de la famille*. Armand Colin. Paris.

Spear, H.J., Kulbok, P. (2004). Autonomy and adolescence : a concept analysis. *Public Health Nursing*. 21(2). 144-152

Stassart, M. (2011). *Troubles alimentaires chez l'adolescent*. 15e Le Jour du Mois. 202. Université de Liège.

Steinberg, L., Silverberg, S. (1986). The Vicissitudes of Autonomy in Early Adolescence. *Child Development*. 57(4). 841-851.

Taborda-Simões, MdC. (2005). L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? *Bulletin de psychologie*. 5(479). 521-534. DOI : 10.3917/bupsy.479.0521.

Thomas R. M., Michel C. (1994) *Théories du développement de l'enfant*. De Boeck Supérieur, Bruxelles. 265-303. DOI : 10.3917/dbu.thoma.1994.01

Université Catholique de Louvain. n.d. Service d'aide aux étudiants. <https://www.uclouvain.be/32121.html>.

Université Catholique de Louvain. n.d. Portail des kots à projet de l'Université Catholique de Louvain. <http://www.kapuclouvain.be/web/contact-kap.html#res>

Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International journal of psychology*. 25(2). 305-316.

Van de Velde, C. (2008) L'autonomie des jeunes adultes, une affaire d'état? Des politiques publiques aux cultures familiales en Europe. *Informations sociales*. 145. 112-121

Van der Heyden, J., Charafeddine, R. (2013). Enquête de santé. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats. Belgique.

Van der Heyden, J. (2008). Contacts avec le médecin généraliste. Institut Scientifique de Santé Publique. Belgique.

Van Staa, A., Van der Stege, H. A., Jedeloo, S., Moll, H. A., & Hilberink, S. R. (2011). Readiness to transfer to adult care of adolescents with chronic conditions: exploration of associated factors. *Journal of Adolescent Health*, 48(3), 295-302.

Villeneuve-Gokalp, C. (2000). Les jeunes partent toujours au même âge de chez leurs parents. *Economie et statistique*. 337-338. 61-80

Wood, D. L., Sawicki, G. S., Miller, M. D., Smotherman, C., Lukens-Bull, K., Livingood, W. C., Ferris, M., Kraemer, D. F. (2014). The Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ): its factor structure, reliability, and validity. *Academic pediatrics*. 14(4). 415-422.

Zazzo, B. (1969). Le sentiment de maturité chez l'adulte. *Enfance*. 22(1-2). 1-44. doi : 10.3406/enfan.1969.2471

Zdanowicz, N. (2001). La santé à l'adolescence : Un processus d'intériorisation lié à la Dynamique familiale. Thèse de doctorat en Sciences Biomédicales. Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.



# Annexe : Questionnaire

---

## Evaluation des facteurs liés à l'autonomie dans la gestion des soins de santé

Cher(e) étudiant(e),

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire en ligne. Ceci ne devrait pas vous prendre plus de 10 minutes.

Pour répondre à ce questionnaire, vous devez être **étudiant**, avoir **plus de 18 ans** et **parler couramment le français**.

Ce questionnaire comporte plusieurs parties. Pour chacune d'entre-elles, je vous demanderai de lire attentivement chaque question ainsi que les différentes propositions de réponses et de répondre de la manière la plus sincère possible.

Il s'agit d'un questionnaire portant sur des aspects personnels de votre vie. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Aucun jugement de valeur ne sera porté sur vos réponses. De plus, l'anonymat complet de vos réponses à toutes les questions de cette étude est garanti à tout moment et ne sera jamais levé. Toutes les réponses fournies seront traitées par nos soins en toute confidentialité et bienveillance.

Il s'agit là d'une participation volontaire de votre part. De ce fait, vous êtes libre d'interrompre la complétion de ce questionnaire à n'importe quel moment.

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire universitaire et sous la supervision d'un promoteur et d'un co-promoteur (Madame Magali Lahaye et Madame Isabelle Aujoulat).

Si vous souhaitez obtenir un complément d'information, vous pouvez me contacter à tout moment.

Elisabeth Deladriere

(elisabeth.deladriere@student.uclouvain.be)

Il y a 54 questions dans ce questionnaire

### Questions socio-démographiques

#### 1 [01]Quelle est votre année de naissance? \*

Veuillez écrire votre réponse ici :

#### 2 [02]Quel est votre genre? \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin  
 Masculin

#### 3 [03]Quelle est votre nationalité \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Belge  
 Autre

**4 [04]Quelle est votre langue maternelle? \***

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Français
- Autre

**5 [05]La plupart du temps, quel est votre lieu de résidence? \***

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Chez vos parents/tuteurs
- En colocation
- Avec votre conjoint
- Seul(e)
- Autre 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**6 [06]Actuellement, votre principale source de revenu est : \***

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Externe** à la famille (Vous avez un revenu personnel pour subvenir à vos besoins)
- Partiellement interne** à la famille (Vous recevez de l'argent de la part de vos parents/tuteurs et vous avez un revenu personnel pour subvenir à vos besoins)
- Strictement interne** à la famille (Vous recevez de l'argent de vos parents/tuteurs pour subvenir à vos besoins)

## Questions psychologiques

### 7 [07]

**Pour chacune des caractéristiques ou des descriptions suivantes, indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes en cochant la case correspondant.**

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens peu de raisons d'être fier de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parfois, je me sens vraiment inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8 [08] Pour chacune des propositions suivantes, indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes en cochant la case correspondante : \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Modérément en accord	Plutôt en accord	En accord	Tout à fait en accord
Mes parents accordent beaucoup d'importance à mon opinion lorsqu'ils prennent des décisions importantes à mon sujet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes parents souhaitent que je fasse des choix qui correspondent à mes intérêts et à mes préférences, peu importe quels sont les leurs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À l'intérieur de certaines limites, mes parents me laissent libre de choisir mes propres activités.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mes parents me donnent plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions sur ce que je fais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes parents s'assurent que je comprend pourquoi ils m'interdisent certaines choses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque je demande pourquoi je dois faire ou ne pas faire quelque chose, mes parents me fournissent de bonnes raisons.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque je n'ai pas le droit de faire quelque chose, je sais habituellement pourquoi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque mes parents me demandent de faire quelque chose, ils m'expliquent pourquoi ils veulent que je le fasse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes parents sont capables de se mettre à ma place et de comprendre mes sentiments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes parents écoutent mon opinion et mon point de vue lorsque je ne suis pas d'accord avec eux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes parents sont ouverts à mes pensées et à mes sentiments même lorsqu'ils sont différents des leurs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes parents m'encouragent à être moi-même.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je dois toujours faire ce que mes parents veulent, sinon ils menacent de m'enlever des privilèges.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque je refuse de faire quelque chose, mes parents menacent de m'enlever certains privilèges pour m'obliger à le faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dès que je ne fais pas exactement ce que mes parents souhaitent, ils menacent de me punir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque mes parents veulent que je fasse quelque chose, je dois obéir sinon je suis puni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes parents exigent que je sois toujours meilleur que les autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour que mes parents soient fiers de moi, je dois être le meilleur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mes parents refusent que je puisse vouloir simplement m'amuser sans chercher à être le meilleur.

Mes parents croient que pour réussir, il faut que je sois toujours le meilleur dans ce que je fais.

Mes parents me font sentir coupable pour tout et pour rien.

Lorsque mes parents veulent que je fasse quelque chose différemment, ils me font sentir coupable.

Lorsque mes parents souhaitent que j'agisse autrement, ils font en sorte que j'aie honte pour m'obliger à changer.

Mes parents utilisent la culpabilité pour me contrôler.

**9 [09]Vous considérez-vous actuellement comme adulte? \***

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Sur certains points

## Questions médicales

### 10 [10] Dans l'ensemble, diriez-vous que votre santé est : \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise

### 11 [11] Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu l'une des préoccupations suivantes? \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Obésité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anorexie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surmenage, stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervosité, anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés de concentration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tristesse, déprime	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés de sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatigue constante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation excessive d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 12 [12] Avez-vous un problème de santé chronique? \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

### 13 [13] Avez-vous un médecin généraliste? \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**14 [14] Est-ce que votre médecin généraliste est le médecin de votre famille? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [13]' (Avez-vous un médecin généraliste?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

**15 [15] Quelle est la fréquence de vos contacts avec votre médecin généraliste? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [13]' (Avez-vous un médecin généraliste?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une fois par an  
 Une fois par semestre  
 Une fois par trimestre  
 Une fois par mois  
 Plusieurs fois par mois

**16 [16] Quel est le type d'interaction qui reflète le mieux la relation que vous avez avec votre médecin généraliste? \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Votre médecin mise sur une relation d'interaction plutôt que sur une transmission directe des informations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre médecin parvient à réduire vos incertitudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre médecin planifie l'action en se centrant sur le dénouement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La relation que vous avez avec votre médecin est dynamique (Elle se traduit par un échange d'informations entre vous et votre médecin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17 [17] Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rendre compte d'un besoin par rapport à ma santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**18 [18]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Automédication (auto-administration de soins non prescrits par le médecin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**19 [19]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rendre à la pharmacie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**20 [20]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rappeler de suivre son traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21 [21]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Contacteur le médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22 [21]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rendre chez le médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**23 [21]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Poser des questions au médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**24 [21]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Répondre aux questions posées par le médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**25 [22]Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?**

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Dentiste
- Ophtalmologue
- Dermatologue
- Gynécologue
- O.R.L.
- Nutritionniste
- Autre

**26 [23]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

La réponse était à la question '25 [22]' (Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Contacteur le dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**27 [24]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '25 [22]' (Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Contacter l'ophtalmologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**28 [25]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '25 [22]' (Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Contacter le dermatologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**29 [26]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '25 [22]' (Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Contacter le gynécologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**30 [27]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '25 [22]' (Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Contacter l'O.R.L.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**31 [28]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '25 [22]' (Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Contacter le nutritionniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**32 [23]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ001.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rendre chez le dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**33 [24]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ002.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rendre chez l'ophtalmologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**34 [25]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ003.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rendre chez le dermatologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**35 [26]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ004.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rendre chez le gynécologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**36 [27]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ005.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rendre chez l'O.R.L.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**37 [28]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ006.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rendre chez le nutritionniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**38 [23]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ001.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Poser des questions au dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**39 [24]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
((22\_SQ002.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Poser des questions à l'ophtalmologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**40 [25]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
((22\_SQ003.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Poser des questions au dermatologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**41 [26]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
((22\_SQ004.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Poser des questions au gynécologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**42 [27]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
((22\_SQ005.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Poser des questions à l'O.R.L.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**43 [28]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ006.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Poser des questions au nutritionniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**44 [23]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ001.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Répondre aux questions posées par le dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**45 [24]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ002.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Répondre aux questions posées par l'ophtalmologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**46 [25]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((22\_SQ003.NAOK == "Y"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Répondre aux questions posées par le dermatologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**51 [29]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Autre' à la question '25 [22]' (Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Contacter le médecin spécialiste précisé dans "autre" à la question précédente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**52 [29]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Autre' à la question '25 [22]' (Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Se rendre chez le médecin spécialiste précisé dans "autre" à la question précédente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**53 [29]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Autre' à la question '25 [22]' (Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Poser des questions au médecin spécialiste précisé dans "autre" à la question précédente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**54 [29]Concernant vos soins de santé, cochez la case qui décrit le mieux votre niveau d'implication, la plupart du temps, dans le domaine suivant : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Autre' à la question '25 [22]' (Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consulté les médecins spécialistes suivants?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Mes parents le font pour moi	Je le fais avec l'aide de mes parents	Je le fais seul(e)
Répondre aux questions posées par le médecin spécialiste précisé dans "autre" à la question précédente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je vous remercie pour votre participation à ce questionnaire. N'hésitez pas à le diffuser à votre réseau de collègues étudiants via ce lien : <https://tools.uclouvain.be/limesurvey200/index.php/295955/lang-fr>

Bonne continuation,

Elisabeth Deladriere

Tout questionnement concernant cette étude peut m'être adressée à l'adresse : [elisabeth.deladriere@student.uclouvain.be](mailto:elisabeth.deladriere@student.uclouvain.be)

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

L'objectif principal de ce mémoire est d'explorer les liens qu'il existe entre l'autonomie dans la gestion des soins de santé de l'étudiant et certains facteurs personnels, familiaux et médicaux.

Dans la partie théorique, nous développons les concepts d'autonomie chez l'adolescent et le jeune adulte. Nous abordons ensuite la question de la santé chez les étudiants. Enfin, nous nous intéressons au processus de transition des services de pédiatrie vers les services de soins pour adultes et aux facteurs qui y participent.

Dans la partie empirique, nous présentons une enquête réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne auprès d'un échantillon de 352 étudiants. Cette partie présente nos hypothèses, la méthodologie ainsi que les résultats.

Les résultats mettent en évidence que différents facteurs sont associés à l'autonomie dans la gestion des soins de santé des étudiants, comme des facteurs sociodémographiques, des facteurs liés à la santé, l'estime de soi, la considération de soi en tant qu'adulte ou encore le contrôle parental. Néanmoins, ces facteurs varient en fonction du type d'autonomie envisagée. Les implications cliniques et les enjeux en termes de santé publique sont discutés.