

Université de Montréal

**Facteurs associés à la santé mentale positive chez les jeunes adultes
de 18 à 29 ans au Canada**

par Akissi Jeannette Konan

Département de médecine sociale et préventive

École de santé publique

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de maître ès Sciences (M.Sc.)
en santé publique
option mémoire

Décembre 2016

© Akissi Jeannette Konan, 2016

Université de Montréal

École de santé publique

Ce mémoire intitulé :

**Facteurs associés à la santé mentale positive chez les jeunes adultes
de 18 à 29 ans au Canada**

Présenté par :

Akissi Jeannette Konan

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Lise Goulet, Présidente – rapporteur

Richard Boyer, Membre du jury

Louise Fournier, Directrice de recherche

Aline Drapeau, Codirectrice de recherche

RÉSUMÉ

Introduction. La santé mentale positive est définie comme un état de bien-être permettant de ressentir, de penser et d’agir de manière à améliorer les aptitudes à jouir de la vie et à faire face aux défis. Quelques études ont examiné les associations entre la Santé Mentale Positive (SMP) et certains déterminants de santé. Rares sont celles considérant un large éventail de facteurs—surtout chez les jeunes adultes. **Objectif.** Étudier les relations entre les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux, communautaires et la SMP chez les jeunes adultes. **Méthodologie.** L’étude s’appuie sur les données de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - santé mentale (ESCC-SM) conduite en 2012 par Statistique Canada. L’échantillon est composé de 4242 jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans dont 47% de femmes et 53% d’hommes. La SMP est mesurée par le continuum de santé mentale - version abrégée (MHC-SF). Les associations entre la SMP et 19 facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires sont examinées à partir d’analyses de régression linéaire hiérarchique. **Résultats.** Chez les jeunes adultes, l’âge, le fait d’être un homme, le niveau de scolarité, l’occupation principale, le statut parental, la capacité d’adaptation, la perception de la santé, l’importance des valeurs spirituelles, le revenu du ménage et le soutien social sont associés positivement à la SMP. L’exposition au stress et à la violence dans l’enfance, la consommation de drogues illicites, l’état de santé mentale de la famille sont associés négativement à la SMP des jeunes adultes. L’âge a un effet modérateur sur la relation entre le soutien social, le niveau de scolarité et la SMP et le genre, avec la capacité d’adaptation et les valeurs spirituelles. **Conclusion :** Les résultats de cette étude ont permis une meilleure compréhension des facteurs associés à la SMP chez les jeunes adultes. En outre, les résultats pourraient aider les décideurs à développer des programmes d’intervention de prévention et de promotion de la santé mentale mieux adaptés aux jeunes adultes.

Mots-clés : bien-être, santé mentale positive, jeunes adultes, jeunes femmes, jeunes hommes, santé mentale, psychologie, facteurs sociodémographiques, facteurs individuels, facteurs familiaux, facteurs communautaires.

ABSTRACT

Background: Positive Mental Health (PMH) is defined as a state of well-being to feel, to think, and to act so as to expand the capabilities necessary to enjoy life and the challenges it brings. Some studies have examined associations between PMH and certain other health determinants. Few are the ones taking into account a range of factors, especially among young. **Objectives.** To study the relationships between sociodemographic, individual, family, community factors and PMH in young adults. **Methods.** The present study is based on data from the Canadian Community Health Survey - Mental Health (CCHS-MH) conducted in 2012. Participants consist of 4242 young adults aged between 18 and 29 years, of which 47% are women and 53% are men. PMH is measured by the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). The associations between PMH and 19 sociodemographic, individual, family and community factors are examined using hierarchical linear regression. **Results.** Among young adults, age, being a man, educational level, main occupation, parental status, coping skills, health perception, physical activity, spiritual values importance, household income, social support are positively associated with PMH. The exposure to stress and violence in childhood, illicit drug use, family mental health, are negatively associated with PMH of young adults. Age has a moderating effect on relationship between social support, educational level and PMH and gender, with coping skills and spiritual values. **Conclusion.** Results of the present study allow for a better understanding of factors associated with PMH in young adults on sociodemographic, individual, family and community levels. In addition, results could help decision makers develop programs of intervention, of prevention, and of promoting of mental health better adapted to young adults.

Keywords : wellbeing, well-being, positive mental health, young adults, young women, young men, mental health, psychology, sociodemographic factors, individual factors, family factors, community factors.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES	xii
LISTE DES SIGLES.....	xiii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xvii
DÉDICACE	xviii
REMERCIEMENTS.....	xviii
INTRODUCTION	1
1.1. Problématique.....	1
1.2. Objectifs de l'étude	5
CHAPITRE 1 : REVUE DE LITTÉRATURE	6
1.1. Santé mentale des jeunes adultes.....	6
1.2. Définition de la santé mentale positive	8
1.3. Mesure de la santé mentale positive.....	12
1.3.1. Échelle de satisfaction avec la vie	12
1.3.2. Échelle de bien-être psychologique.....	13
1.3.3. Échelle de bien-être social.....	20
1.3.4. <i>Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale</i> (WEMWBS).....	20
1.3.5. Continuum de santé mentale- version abrégée.....	22
1.4. Cadre conceptuel	25
1.5. Facteurs individuels.....	28
1.5.1. État de santé général.....	28
1.5.2. Habitudes de vie	29
1.5.3. Toxicomanie et comportements à risque pour la santé	29
1.5.4. Patrimoine biologique et génétique.....	30
1.5.5. Traits de personnalité	30
1.5.6. Spiritualité et religiosité	32

1.5.7.	Stress de la vie courante	32
1.6.	Facteurs familiaux	33
1.6.1.	Relations familiales	33
1.6.2.	Style parental	34
1.6.3.	Revenu du ménage	34
1.7.	Facteurs communautaires	35
1.7.1.	Implication communautaire.....	35
1.7.2.	Réseaux sociaux	35
1.7.3.	Soutien social	36
1.7.4.	Environnement social ou bâti du quartier.....	37
1.7.5.	Appartenance sociale.....	37
1.7.6.	Relations avec les pairs et les amis	38
1.8.	Facteurs sociaux	38
1.8.1.	Stigmatisation	38
1.8.2.	Culture et valeurs	38
1.9.	Facteurs sociodémographiques.....	39
1.9.1.	Âge.....	39
1.9.2.	Genre.....	40
1.9.3.	Niveau de scolarité.....	41
1.9.4.	Réussite scolaire	41
1.9.5.	Statut d'étudiants	42
1.9.6.	Autres facteurs sociodémographiques	42
1.10.	Résumé	43
1.11.	Questions de recherche.....	44
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE.....		47
2.1.	Sources de données	47
2.2.	Population cible et échantillon.....	48
2.3.	Définition des variables	48
2.3.1.	Variable dépendante.....	48
2.3.2.	Variabes indépendantes	51
2.4.	Analyse des données	57

2.4.1.	Imputation des valeurs manquantes	58
2.4.2.	Description du profil des répondants	58
2.4.3.	Analyses de régressions linéaires simples et multiples.....	59
2.4.4.	Analyse de régression linéaire hiérarchique	60
2.5.	Considérations éthiques	61
CHAPITRE 3 :	RÉSULTATS	62
3.1.	Profil des répondants.....	62
3.2.	Facteurs sociodémographiques associés à la SMP	66
3.3.	Facteurs individuels associés à la SMP	68
3.4.	Facteurs familiaux associés à la SMP	70
3.5.	Facteurs communautaires associés à la SMP	71
3.6.	Facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires associés à la SMP	72
3.7.	Interactions avec l'âge et le genre	77
CHAPITRE 4 :	DISCUSSION	83
4.1.	Interprétation des résultats	83
4.1.1.	Facteurs sociodémographiques	83
4.1.2.	Facteurs individuels	92
4.1.3.	Facteurs familiaux.....	100
4.1.4.	Facteurs communautaires.....	103
4.2.	Forces et limites de l'étude	106
CONCLUSION	108
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	112
ANNEXES	cxxxvi
ANNEXE 1 :	Tableaux des définitions et des recherches sur la SMP.....	cxxxvii
ANNEXE 2 :	Tableaux des variables et des traitements des données	clix
ANNEXE 3 :	Tableaux des résultats	clxxviii

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

Tableau I.	Profil des répondants - Partie 1.....	64
Tableau I.	Profil des répondants - Partie 2.....	65
Tableau II.	Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs sociodémographiques par rapport à la SMP.....	67
Tableau III.	Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs individuels par rapport à la SMP.....	69
Tableau IV.	Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs familiaux par rapport à la SMP.....	70
Tableau V.	Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs communautaires par rapport à la SMP.....	71
Tableau VI.	Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP - Partie 1.....	74
Tableau VI.	Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP - Partie 2.....	75
Tableau VI.	Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP - Partie 3.....	76

ANNEXE 1 : Tableaux des définitions et des recherches sur la SMP

Tableau VII. Récapitulatif des travaux réalisés sur la SMP.....	cxxxvii
Tableau VIII. Quelques définitions de la SMP.....	clvii
Tableau IX. Récapitulatif des mesures de la SMP en fonction des traditions hédonique et eudémonique.....	clviii

ANNEXE 2 : Tableaux des variables et des traitements des données

Tableau X. Items de la variable dépendante : <i>Mental Health Continuum- Short Form</i> : MHC-SF.....	clix
Tableau XI. Variables indépendante.....	clxi
Tableau XII. Données manquantes – Partie 1.....	clxxii
Tableau XII. Données manquantes – Partie 2.....	clxxiii
Tableau XIII. Comparaison des répondants inclus vs exclus – Partie 1.....	clxxiv
Tableau XIII. Comparaison des répondants inclus vs exclus – Partie 2.....	clxxv
Tableau XIII. Comparaison des répondants inclus vs exclus – Partie 3.....	clxxvi
Tableau XIII. Comparaison des répondants inclus vs exclus – Partie 4.....	clxxvii

ANNEXE 3 : Tableaux des résultats

Tableau XIV. Profil des répondants – Partie 1.....	clxxviii
Tableau XIV. Profil des répondants – Partie 2.....	clxxix

Tableau XV. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs sociodémographiques par rapport à la SMP – Partie 1	clxxx
Tableau XV. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs sociodémographiques par rapport à la SMP – Partie 2.....	clxxxi
Tableau XVI. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs individuels par rapport à la SMP – Partie 1.....	clxxxii
Tableau XVI. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs individuels par rapport à la SMP – Partie 2.....	clxxxiii
Tableau XVII. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs familiaux par rapport à la SMP.....	clxxxiv
Tableau XVIII. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs communautaires par rapport à la SMP.....	clxxxv
Tableau XIX. Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP - Partie 1.....	clxxxvi
Tableau XIX. Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP - Partie 2.....	clxxxvii
Tableau XIX. Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP - Partie 3.....	clxxxviii

Tableau XIX. Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP - Partie 4.....	clxxxix
--	---------

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Cadre conceptuel de surveillance de la SMP	27
Figure 2.	Cadre conceptuel de la SMP proposé par la présente étude	46
Figure 3.	Interaction entre l'âge et le soutien social	78
Figure 4.	Interaction entre l'âge et le niveau de scolarité	79
Figure 5.	Interaction entre le genre et la capacité d'adaptation	80
Figure 6.	Interaction entre le genre et l'importance des valeurs spirituelles	81

LISTE DES SIGLES

AMCPMHS	<i>Achutha Menon Centre Positive Mental Health Scale</i>
AUD	Consommation, Abus, et Dépendance à l'Alcool
Cégep	Collège d'Enseignement Général Et Professionnel
CEVQ-SF	<i>Childhood Experiences of Violence Questionnaire-Short Form</i>
CEX :	<i>Childhood Experiences</i>
CCHS-MH	<i>Canadian Community Health Survey - Mental Health</i>
CHSA	<i>Canadian Study of Health and Aging</i>
CIQSS	Centre Interuniversitaire Québécois de Statistiques Sociales
CRCHUM	Centre de Recherche du Centre Hospitalier de L'Université de Montréal
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 4th revision</i>
EPA	Enquête sur la Population Active
ESCC-SM	Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes - Santé Mentale
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
GEN	État de santé général
FFT1	Fichier des Familles T1
FMI	<i>FAMILY Mental Health Impact</i>
ICD10	<i>International Classification of Diseases 10th revision</i>
IPAO	Interview sur Place Assistée par Ordinateur

IUSMM	Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal
LISREL	<i>Linear Structural Relations</i>
MANOVA	<i>Multivariate Analysis Of Variance</i>
MIDUS	<i>MIDlife in the United-States</i>
MHC-LF	<i>Mental Health Continuum- Long Form</i>
MHC-SF	<i>Mental Health Continuum-Short Form</i>
MHI	<i>Mental Health Inventory</i>
NSFH II	<i>National Survey of Health and Households</i>
NSHD	<i>National Survey of Health and Development</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHS	<i>Physical Activity - Short</i>
PANAS	<i>Positive And Negative Aspects of Affect</i>
PMH	<i>Positive Mental Health</i>
SMK	<i>Smoking</i>
SMP	Santé Mentale Positive
SPS	<i>Social Provisions Scale</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SPT	Spiritualité
STS	Stress

SUD	Drogues - consommation, abus et dépendance
SWEMWBS	<i>Short Warwick–Edinburgh Mental Well-Being Scale</i>
SWLS	<i>Satisfaction With Life Scale</i>
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>
WEMWBS	<i>Warwick–Edinburgh Mental Well-Being Scale</i>
WLS	<i>Wisconsin Longitudinal Survey</i>
WHO-CIDI	<i>World Health Organization - Composite International Diagnostic Interview</i>

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Bac. Baccalauréat

Cert. Certificat

Col. Collège

Dipl. Diplôme

Etc Et cætera

Mét. Métiers

Post sec. Post secondaire

Q Question

Second. Secondaire

Tech. Technique

Univ. Universitaire

DÉDICACE

Je dédie ce mémoire

À l'Éternel des armées, le Dieu tout-puissant.

Merci, mon père céleste, de m'avoir soutenue, gardée et protégée jusqu'à ce jour.

Je te célèbre en disant : « Louez l'Éternel! Heureux l'homme qui craint l'Éternel... Il a dans sa maison bien-être... » (Psaumes 112 versets 1 à 3 ; Version Louis Segond).

REMERCIEMENTS

À ma Directrice de recherche Pre Louise Fournier. Travailler sous votre tutelle a été pour moi une source de motivation et un réel plaisir. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre expertise, votre patience, votre énergie, votre écoute active, votre enthousiasme, vos encouragements et votre humilité ont rendu possible ce travail, et ce, au-delà de mes attentes. Vous resterez un modèle pour moi tant pour votre disponibilité inconditionnelle, vos qualités humaines et professionnelles, votre grande générosité que pour votre perspicacité. Vous avez été au-delà d'une directrice de recherche. Vos recommandations utiles m'ont été d'un secours inestimable dans la réalisation de ce mémoire. Merci de m'avoir appris les rudiments de la recherche et de m'avoir ouvert les portes de ce terme merveilleux « la santé mentale positive », terme qui m'a accompagnée, de façon pratique, tout au long de ce travail.

À ma Codirectrice Pre Aline Drapeau avec qui j'ai également travaillé avec un grand plaisir. Je n'aurais pas espéré une meilleure codirectrice que vous. Vous formez avec la Pre Louise Fournier, une équipe gagnante sous la direction de laquelle, j'ai été honorée de travailler à la rédaction de ce mémoire. Au-delà des mots de remerciements adressés à Pre Louise Fournier que je vous réitère, votre orientation et vos appuis méthodologiques m'ont permise d'acquérir des connaissances solides en méthodologie, en statistiques. Cela suscite de ma part un profond respect et une grande admiration.

Ce fut un privilège de travailler avec vous deux, chercheuses passionnées, infatigables et inspirantes. Vous m'avez transmis votre passion pour la recherche sur la santé mentale publique et, ainsi, permise de me dépasser dans mes travaux. Ce sera un réel plaisir et un honneur pour moi de travailler à vos côtés dans un futur proche. Recevez ici ma profonde gratitude.

Je tiens également à remercier toutes les personnes, responsables spirituels, amis et collègues, qui m'ont soutenue et accompagnée tout au long de ce travail, en particulier Denise Kouhanioudakis, Isabelle Doré, Saran Sidibé, Sy Ousmane. Merci pour votre implication inconditionnelle.

Je n'aurais pu finaliser ce mémoire sans le soutien spirituel, financier, matériel de ma famille, de la famille Jérusalem. D'abord, à feu mes parents qui ont su me donner courage jusqu'à leur dernier souffle de vie. Ils resteront à jamais mes héros. Et enfin, à mes frères et sœurs et en particulier mon grand frère Paul Kouadio et sa conjointe. Sans votre contribution, ce projet n'aurait pas vu le jour. Que le Seigneur vous accorde une longue vie pour bénéficier des fruits de votre grand labeur et qu'il vous bénisse au centuple.

Mes remerciements vont également à l'endroit du CIQSS, du CRCHUM et de l'IUSMM pour leur soutien financier.

INTRODUCTION

1.1. Problématique

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la santé mentale se définit comme l'état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut surmonter les tensions normales de la vie, peut travailler de façon productive et fructueuse, et est capable d'apporter une contribution à sa communauté (*World Health Organization*, 2004). Elle n'est plus considérée comme l'absence de maladie dans sa définition traditionnelle, mais plutôt la présence de bien-être et d'un fonctionnement efficace, optimal tant au niveau individuel, communautaire que social (Barry, 2009 ; Keyes, 2010, 2002 ; Lamers et *al.*, 2015 ; Lamers, 2012). La santé mentale est une ressource essentielle pour la vie quotidienne et fondamentale pour la santé et la qualité de vie. Cette compréhension de la santé mentale a créé un intérêt croissant pour le concept de la Santé Mentale Positive (SMP) qui va au-delà de la maladie mentale (Barry, 2009 ; Damodaran et Varghese, 2016 ; Ganga, 2015 ; Keyes, 2002, 2010, 2013 ; Keyes et Simoes, 2012 ; *World Health Organization*, 2004). Cette approche de la SMP se situe dans une perspective de promotion de la santé mentale qui met l'accent sur l'aspect positif de la santé mentale plutôt que sur les troubles mentaux (Barry, 2009). La SMP a plusieurs dimensions, ce qui rend complexe l'étude de ce phénomène (Barry, 2008, 2009 ; Lamers, 2012).

De nombreuses études ont examiné des associations entre diverses dimensions de la SMP et certains déterminants de santé en l'occurrence les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux, communautaires, sociaux. Les résultats de ces études sur certains facteurs individuels révèlent que l'activité physique, l'augmentation de la durée du sommeil (Schmid et *al.*, 2010, Davoren et *al.*, 2013), les traits de personnalité tels que l'estime de soi, l'optimisme (Chow , 2005 ; Sivilis-Cetinkaya, 2013) et la perception de la santé (Schwartz et Drotar, 2009) sont liés positivement à la satisfaction à l'égard de la vie, au bien-être subjectif, ou au bien-être psychologique ou à la SMP. Le stress (Coffman et Gilligan, 2002 ; Murdock et *al.*, 2015 ; Park et *al.* (2014), la consommation d'alcool (Blank et *al.*, 2016) et les habitudes sexuelles à risque (Bersamin et *al.*, 2014) sont associés négativement à la satisfaction à l'égard

de la vie, au bien-être émotionnel, au bien-être psychologique ou au bien-être psychosocial. Toutefois, certaines études arrivent à des résultats opposés et controversés. Iwamoto et Liu (2010) ne trouvent pas de relation entre le stress et le bien-être psychologique. Les résultats de Molnar *et al.* (2009) révèlent qu'une consommation élevée d'alcool est associée à un niveau élevé de bien-être subjectif. Par contre, Davoren *et al.* (2013) et Yörük et Yörük (2012) ne signalent aucune association entre la consommation d'alcool et la SMP ou le bien-être psychologique.

Les facteurs familiaux tels que les relations familiales harmonieuses (Love et Murdock, 2004) et le revenu du ménage (Bowman, 2010 ; Sivis-Cetinkaya, 2013) sont associés positivement au bien-être psychologique ou au bien-être subjectif. Par exemple, les personnes de revenu élevé sont plus heureuses et ont un fonctionnement plus positif que celles à revenu faible (Sivis-Cetinkaya, 2013). Cependant, les résultats de certaines recherches ne soutiennent pas, non seulement ces conclusions, mais sont aussi controversés. L'étude de Sivis-Cetinkaya (2013) a montré que les étudiants vivant avec leurs parents ont un niveau plus élevé de bien-être subjectif que ceux vivant dans des résidences. Chow (2005) ne trouve aucune relation entre les relations familiales et la satisfaction à l'égard de la vie.

D'autres études sur les facteurs communautaires ont mis en évidence les associations significativement positives entre l'implication communautaire (Allan *et al.*, 2013 ; Winzer *et al.*, 2014), le soutien social (Coffman et Gilligan 2002 ; Pesigan *et al.* 2014 ; Liu et Yu, 2013), les relations interpersonnelles (Chow (2005) et la satisfaction de la vie, les affects positifs, la SMP ou le bien-être subjectif, social ou psychologique. Toutefois, les résultats sont controversés. Par exemple, les travaux de Liu et Yu (2013) et Pesigan *et al.* (2014) ont révélé une relation positive entre le soutien social et le bien-être psychologique. Wang et Castañeda-Sound (2008) arrivent à une autre conclusion. Dans leur étude, ils ne trouvent pas d'association entre le soutien social, plus précisément le soutien perçu de la famille, des amis et la satisfaction à l'égard de la vie.

Certains facteurs sociaux, tels que les valeurs (Burriss *et al.*, 2009 ; Karabati et Cemalcilar, 2010 ; Lim, 2015b) et la culture (Iwamoto et Liu, 2010), ont été pris en compte dans des études effectuées sur la SMP, le bien-être subjectif ou le bien-être psychologique. Burriss *et al.*

(2009), Iwamoto et Liu (2010) et Lim (2015b) ont observé que les valeurs liées à la santé (comportements favorisant la santé : évitement de l'alcool, activité physique) et les valeurs culturelles sont associées positivement à un niveau élevé de bien-être psychologique, de SMP. Toutefois, certaines recherches parviennent à des résultats controversés. Karabati et Cemalcilar (2010) concluent, dans leur étude, que les valeurs accordées au matérialisme sont inversement associées au bien-être subjectif.

Les facteurs sociodémographiques comme l'âge (Bowman, 2010 ; Chow, 2005 ; Duncan et *al.*, 2013 ; Lim, 2015b ; Winzer et *al.*, 2014), le genre (Costa et *al.*, 2013 ; Joshanloo et *al.*, 2012 ; Michalec et Keyes, 2013 ; Sivis-Cetinkaya, 2013), le statut matrimonial (Ganga et *al.*, 2014) ont fait l'objet de plusieurs études. Toutefois, ces recherches n'arrivent pas aux mêmes conclusions et leurs résultats sont aussi controversés. Pour Bowman (2010) et Winzer et *al.* (2014), il existe une relation inverse entre l'âge et le bien-être psychologique. Bowman (2010) ajoute que l'âge a un effet modérateur entre le niveau de scolarité et le niveau de but dans la vie. Les résultats de Duncan et *al.* (2013) montrent que le bonheur augmente avec l'âge. Quant au genre, Sivis-Cetinkaya (2013) constate que les femmes sont plus satisfaites que les hommes. Selon Joshanloo et *al.* (2012), l'association entre le statut d'étudiants et le bien-être social varie en fonction du genre. Par exemple, les étudiants de sexe masculin ont un niveau plus élevé de bien-être social que les étudiantes. D'autres n'observent aucune association entre l'âge, le genre et la SMP ou la satisfaction à l'égard de la vie (Costa et *al.*, 2013 ; Lim, 2015b ; Michalec et Keyes, 2013).

Les résultats de ces recherches permettent un avancement notable des connaissances sur la SMP parce qu'ils fournissent non seulement des arguments pour sa compréhension mais aussi, guident les études sur ce concept chez les jeunes adultes. Il y a, cependant, plusieurs lacunes à combler. La majorité de ces études sont axées principalement sur les adultes sans distinction d'âge (Dreger et *al.*, 2014 ; Keyes et Simoes, 2012) et sur les jeunes adultes en milieu collégial et universitaire (Blank et *al.*, 2016 ; Davoren et *al.*, 2013 ; Duncan et *al.*, 2013 ; Lim, 2015 ; Rankin, 2015 ; Ridner et *al.*, 2016 ; Sivis-Cetinkaya, 2013). En fait, il existe peu d'études menées auprès des jeunes adultes dans la population générale (Ganga et *al.*, 2014), plus précisément chez les jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans. Pourtant, ils représentent une partie

importante de la population générale, environ 7% en ce jour, et ne vivent pas forcément les mêmes réalités que ceux des universités et collèges, et ne vivent pas nécessairement les mêmes réalités que les adultes plus âgés.

Par ailleurs, plusieurs recherches ont examiné les relations entre la SMP et les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires, mais de façon isolée. D'autres n'ont utilisé qu'un seul aspect de ces facteurs et des dimensions de la SMP, par exemple la consommation d'alcool (Blank et *al.*, 2016 ; Yörük et Yörük, 2012), les relations familiales (Love et Murdock, 2004), le soutien social (Pesigan et *al.*, 2014), les réseaux sociaux (Kross et *al.*, 2013), le niveau de scolarité (Hu, 2015). Parmi ces études, rares sont celles qui ont considéré un large éventail de ces facteurs chez les jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans de la population générale (Ganga et *al.*, 2014 ; Hu, 2015 ; Schwartz et Drotar, 2009, Sivis-Cetinkaya, 2013). Or, ces jeunes adultes sont dans une période critique de transition à l'âge adulte caractérisée par des prévalences élevées de problèmes de santé mentale tels que la dépression, la toxicomanie, et de comportements à risque notamment les abus d'alcool/drogues, la délinquance (Arnett, 2000, 2006, 2007 ; Snedker et Hooven, 2013 ; Zheng et *al.*, 2014). Ils constituent un groupe à risque auquel la promotion de la santé mentale doit accorder une attention particulière (Power, 2010 ; *World Health Organization*, 2004). Par exemple, certains jeunes adultes, n'étant plus aux études, peuvent être confrontés aux défis spécifiques liés à leur âge tels que l'insertion professionnelle, la parentalité, l'acquisition des compétences, l'autonomie, la confiance en soi (Snedker et Hooven, 2013 ; Zheng et *al.*, 2013). Ces difficultés rencontrées peuvent entraver leur bien-être futur et les rendre plus vulnérables. Il est donc crucial de promouvoir la SMP des jeunes de 18 à 29 ans. Cela pourrait contribuer à prévenir les effets néfastes des problèmes de santé mentale et des comportements à risque et à favoriser leur SMP. Malheureusement, on connaît mal les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires associés à la SMP chez ces derniers. Le manque de recherche sur la SMP chez les jeunes adultes limite la compréhension des facteurs qui y sont associés, de même les possibilités de surveiller les impacts des politiques et des pratiques visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être (Barry, 2009). La présente étude vise à combler, en partie, les lacunes des connaissances sur la SMP et à mieux comprendre les facteurs qui y sont associés chez les jeunes adultes.

La présente recherche porte sur les jeunes adultes de 18 à 29 ans ayant participé à l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes – Santé Mentale 2012 (ESCC–SM 2012) (Statistique Canada, 2013, 2015).

1.2. Objectifs de l'étude

La présente étude a pour objectif principal d'étudier les relations entre les facteurs individuels, sociodémographiques, familiaux, communautaires et la SMP chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans. De façon spécifique, elle permettra d'examiner : 1) les facteurs sociodémographiques et la SMP chez les jeunes adultes ; 2) les facteurs individuels et la SMP chez ces derniers ; 3) les facteurs familiaux et la SMP ; 4) les facteurs communautaires et la SMP ; et 5) les relations entre les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux, communautaires et la SMP chez les jeunes adultes.

L'objectif secondaire de cette étude est de vérifier si les relations entre ces facteurs et la SMP varient en fonction de l'âge et du genre chez ces derniers.

CHAPITRE 1 : REVUE DE LITTÉRATURE

La revue de littérature s'appuie sur les études réalisées sur la SMP, les dimensions et sous-dimensions du bien-être (émotionnel, social, psychologique), parentes à la SMP (voir le tableau VII, annexe 1). Des recherches documentaires dans les bases de données telles que *PsycInfo*, *PubMed* et *Embase* sur une période allant généralement de 1946 à 2016, ont été effectuées à partir des mots clés suivants : *wellbeing*, *well-being*, *positive mental*, *health flourishing*, *young adults*, *young women*, *young men*, *college students*, *university students*, *mental health*, *psychology*. Les résultats de ces recherches sont limités essentiellement aux articles en anglais et en français, portant sur les jeunes adultes et sur des populations occidentales. D'autres publications sont prises en compte au cas où elles offriraient des informations nouvelles et pertinentes qui ne sont pas dans les études occidentales. En outre, des recherches complémentaires ont été faites à partir des références bibliographiques des articles consultés.

1.1. Santé mentale des jeunes adultes

Les jeunes adultes constituent une tranche de la population ayant la prévalence des troubles mentaux la plus élevée par rapport aux autres tranches d'âges. Les plus courants sont les troubles anxieux, de l'humeur ou de dépendance, la schizophrénie (Fleury et Grenier, 2013). Les prévalences des troubles mentaux et de la dépendance d'alcool sont estimées respectivement à 7% et 18,4% chez les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans. La prévalence de la consommation abusive d'alcool est de 30,7% chez les personnes âgées de 20 à 34 ans. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Fleury et Grenier, 2013). La prévalence de la consommation de la marijuana chez les jeunes canadiens âgés de 14 à 25 ans s'élève à plus de 40% (Barnes et *al.*, 2005). Pour Langlois et *al.* (2012), la prévalence des troubles liés à l'utilisation de cannabis est la plus élevée chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans. Ils ajoutent que la dépression majeure, un des principaux facteurs de risque de suicide, se manifeste généralement chez les jeunes adultes âgés de 15 à 30 ans. Skinner et *al.* (2016), l'OMS (2001) et Navaneelan (2012) précisent que le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les

jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans. Près de 40% des personnes souffrant de schizophrénie font une tentative de suicide (Langlois et *al.*, 2012).

Les troubles mentaux chez les jeunes adultes représentent un lourd fardeau tant sur le plan individuel, familial, communautaire que sociétal (Hansson, 2002 ; Langlois et *al.*, 2012 ; OMS, 2001).

Sur le plan individuel, les troubles mentaux ont des répercussions énormes sur la qualité de vie des jeunes adultes, leur bien-être, leur fonctionnement social, professionnel, leur santé physique et mentale et leur vitalité (Hansson, 2002). Il peut s'agir de l'isolement, de la solitude, du manque de concentration, de l'altération de la pensée, de l'humeur et du comportement, d'une faible estime de soi, des difficultés de prise de décision, d'insertion professionnelle, des échecs scolaires, des douleurs abdominales et musculo-squelettiques, des pertes de poids, d'énergie (Barnes et *al.*, 2005; Langlois et *al.*, 2012).

Sur le plan familial, il peut s'agir d'une augmentation de la charge familiale, de difficultés financières, de relations familiales conflictuelles, du stress dû aux comportements perturbateurs du malade (OMS, 2001).

Sur le plan communautaire, on peut citer le coût des soins, la perte de productivité, les problèmes d'ordre juridique, les relations interpersonnelles conflictuelles, la violence (OMS, 2001).

Sur le plan sociétal, les conséquences peuvent être le coût des services sanitaires et sociaux, le chômage, la baisse de la productivité, la criminalité, la délinquance, l'insécurité, le décès prématuré (OMS, 2001). Une étude menée aux Pays-Bas a observé que 28,4% du budget du système de santé est attribué aux troubles mentaux. Les personnes âgées de 15 à 44 ans représentent 8% du coût économique total des maladies mentales (Meerding et *al.*, 1998). En 2003, au Canada, le fardeau économique des troubles mentaux est évalué à 51 millions de dollars (Lim et *al.*, 2008).

1.2. Définition de la santé mentale positive

La SMP est un concept multidimensionnel. Chaque dimension est reliée à divers aspects de la santé et est influencée par plusieurs facteurs (Barry, 2008, 2009 ; Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Selon la littérature scientifique actuelle, une multitude de termes est employée pour décrire la SMP (Ganga et Kutty, 2012 ; Gilmour, 2014 ; Keyes, 2010 ; Keyes, 2002, 2005 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Lamers, 2012 ; Vaingankar et *al.*, 2012) (Agence de santé publique du Canada, 2016). Ce sont le bien-être hédonique et eudémonique, le bien-être mental, bien-être subjectif (Schwartz et *al.*, 2013) et le bien-être psychologique (Pelletier et *al.*, 1995).

Ces concepts sont envisagés souvent comme similaires, mais parfois traités comme des notions distinctes (Barry, 2008). Plusieurs définitions existent (voir le tableau VIII, annexe 1) et diffèrent selon la culture, le contexte, le lieu et le temps. Cela pose des défis d'ordre méthodologique (divers instruments de mesure : MCH-SF (*Mental Health Continuum-Short Form*), WEMWBS (*Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*), etc.) (Barry, 2007, 2009). À ce jour, il n'existe aucun consensus sur le concept et ses mesures à l'échelle nationale et internationale (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Cependant, dans les dernières décennies, il existe un consensus croissant que la SMP est plus que l'absence de maladie mentale (Ganga, 2015 ; Keyes, 2002). Les définitions actuelles soulignent trois éléments essentiels pour le fonctionnement optimal de l'individu et la réalisation de son potentiel. Il s'agit du bien-être, du fonctionnement efficace dans la vie individuelle et du fonctionnement optimal dans la vie communautaire, sociale (Agence de santé publique du Canada, 2016 ; Barry, 2009 ; Ganga, 2015 ; Institut canadien d'information sur la santé, 2009 ; Keyes, 2002, 2002 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Schwartz et *al.*, 2013 ; Vaingankar et *al.*, 2012). En outre, ces définitions prennent en compte simultanément les dimensions hédonique et eudémonique (voir le tableau IX, annexe 1) (Barry, 2009 ; Keyes, 1998 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Ryff, 1989).

Ces deux dimensions sont considérées comme qualitativement distinctes, mais interreliées (Waterman, 2008 ; Waterman, Schwartz et Conti, 2008). La tradition hédonique provient des concepts de certains philosophes, psychologues tels qu'Aristippe, Bentham, Kraut, Diener.

Ils admettent que le bien-être est l'expérience des états émotionnels positifs, du bonheur subjectif et de satisfaction des désirs, et la maximisation du plaisir en minimisant les douleurs (Deci et Ryan, 2008 ; Diener et Suh, 1997 ; Diener et *al.*, 1999 ; Disabato et *al.*, 2016 ; Henderson et Knight, 2012 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Ryan et Deci, 2001 ; Waterman, 1990, 1993, 2007 ; Waterman et *al.*, 2008). Les tenants de cette conception considèrent le plaisir et les douleurs comme indicateurs du bien-être et du mal-être. Ils soutiennent l'idée que l'obtention d'un meilleur bien-être n'est possible qu'à l'atteinte des objectifs, des buts fixés par l'individu qui sont uniquement liés au plaisir. Ce qui procurerait, chez ce dernier, la satisfaction et le bonheur (Deci et Ryan, 2008 ; Diener et Suh, 1997 ; Diener et *al.*, 1999 ; Ryan et Deci, 2001 ; Waterman, 1990 ; Waterman et *al.*, 2008). Ainsi, la tradition hédonique reflète les émotions, la cognition et comprend le bien-être subjectif et émotionnel avec deux indicateurs principaux à savoir les affects positifs (bonheur/heureux) et la satisfaction à l'égard de la vie (Diener et *al.*, 1999 ; Keyes, 2009 ; Keyes et *al.*, 2002). Pour les hédonistes, le plaisir hédonique est associé à certains comportements humains qualifiés d'eudémoniques (Diener et *al.*, 1999). Cependant, chez les tenants de la conception eudémonique, ces sentiments peuvent paraître moins importants dans la vie de l'individu et n'aboutissent pas nécessairement à l'atteinte des buts de ce dernier, ni à sa croissance personnelle. C'est en cela que la tradition eudémonique est complémentaire à l'hédonisme bien qu'il y ait des chevauchements entre les deux concepts. Selon Deci et Ryan (2008), le concept eudémonique qui est capital dans la compréhension du bien-être et de l'épanouissement humain considère la poursuite du but, le développement et l'actualisation du potentiel humain dans une perspective d'amélioration de la vie (Deci et Ryan, 2008 ; Disabato et *al.*, 2016 ; Waterman, 1993, 2007). Cette conception tire sa source dans les travaux de certains philosophes et psychologues comme Aristote, Norton, Allport, Erikson, Maslow. Pour les eudémonistes, le plaisir n'est pas toujours un bon indicateur, ni dans la poursuite d'un but, ni dans l'obtention de la satisfaction dans la vie dans certains contextes, notamment le fait d'avoir des comportements pouvant être répréhensibles, par exemple la consommation de drogues illicites, la délinquance, le vol. Ils admettent qu'il existe des aspects du plaisir qui ne sont pas associés au bien-être et mettent l'accent sur les raisons qui rendent l'individu heureux (Deci et Ryan, 2008 ; Henderson et Knight, 2012 ; Kashdan et *al.*, 2008 ; LaGuardia et Ryan, 2000 ; Ryan et Deci, 2001 ; Waterman, 1990, 2008).

En dépit des divergences conceptuelles et méthodologiques, Waterman (1990, 1993) différencie les deux conceptions en s'inspirant de la conception d'Aristote. Selon Waterman, la tradition hédonique favorise le plaisir, la satisfaction, le bonheur. Ce plaisir peut découler d'un éventail d'activités qui ne nécessite pas la poursuite de buts, ni la croissance personnelle, ni la réalisation de soi. En outre, les efforts réalisés par l'individu peuvent être actifs ou passifs et peuvent ne pas avoir pour objectif la réalisation de soi. La tradition eudémonique, pour sa part, vise les efforts nécessitant des actions. Lesquels efforts doivent être liés à des activités spécifiques et faisant appel constamment au développement personnel et significatif, au fonctionnement psychologique optimal, à la réalisation de soi et au but dans la vie. Ryff et Singer (1998, 2008) renforcent cette définition du bien-être en allant au-delà du bonheur, de l'atteinte du plaisir. Ils décrivent le bien-être à partir de six principales dimensions en s'appuyant sur les théories développementales de la vie humaine de Rogers, Allport, Neugarten, Bürler, Erikson, Frankl, Jahoda, Jung, Maslow (Ryff, 1995 ; Ryff et Singer, 1998, 2008). Il s'agit de l'acceptation de soi, du but dans la vie, de la maîtrise de l'environnement, des relations positives avec les autres, de la croissance personnelle et de l'autonomie. Ryff et Keyes (1995) l'identifient au bien-être psychologique, distinct du bien-être émotionnel, subjectif. En outre, cette tradition eudémonique met en évidence le fonctionnement optimal de la vie de l'individu dans la société en prenant en compte le fait que ce dernier possède un bon fonctionnement psychologique dans sa communauté. En conséquence, la tradition eudémonique évalue le bien-être dans une perspective multidimensionnelle qui tient compte du bien-être psychologique et du bien-être social (Keyes, 2002, 1998 ; Lamers et *al.*, 2011). Les composantes du bien-être social sont la contribution sociale, l'intégration sociale, l'actualisation sociale, l'acceptation sociale et la cohésion sociale (Keyes, 1998).

Au regard de ces différences méthodologiques et conceptuelles, il apparaît que le bien-être est fondé sur une composante multidimensionnelle impliquant à la fois, les aspects hédonique et eudémonique du bien-être (Ryan et Deci, 2001). C'est dans cette perspective que s'inscrit le modèle de continuum de santé mentale de Keyes qui indique que la santé mentale et la maladie mentale ne se situent pas sur les extrémités opposées d'un seul continuum et qu'elles constituent deux concepts distincts, toutefois reliées (Keyes, 2002, 2005 ; Lamers et *al.*, 2011). Selon l'auteur, la SMP est définie comme la présence, à la fois, des trois dimensions du bien-

être émotionnel, psychologique et social (Keyes, 2002, 2005).

Le bien-être émotionnel renvoie aux aspects positifs tels que le bonheur, le fait d'être heureux, la satisfaction à l'égard de la vie (Diener et *al.*, 1999 ; Larsen et Eid, 2008). La notion du bonheur confère un état dans lequel les affects positifs sont considérés en minimisant les affects négatifs. Autrement dit, le bien-être augmente en maximisant les affects positifs (Diener, 2000). Quant à la satisfaction à l'égard de la vie, elle renvoie au jugement global par rapport à la vie, par exemple les aspirations, la satisfaction de la vie actuelle et future (Diener et *al.*, 1985 ; Diener et *al.*, 1999 ; Keyes, 2002, 2009 ; Pavot et Diener, 1993).

Le bien-être psychologique, élaboré par Ryff et Keyes à partir du modèle traditionnel, le bien-être eudémonique, reflète le fonctionnement positif de l'individu. Ils en reconnaissent les six construits que sont l'acceptation de soi, la maîtrise de l'environnement, les relations positives avec autrui, le but de la vie, la croissance personnelle et l'autonomie (Ryff, 1995, 2014 ; Ryff et Keyes, 1995). Pour Keyes (1995), il n'existe aucun fonctionnement optimal de l'individu sans la dimension sociale. Alors, il incorpore le bien-être social qui comprend cinq construits : intégration sociale, acceptation sociale, contribution sociale, cohésion sociale, actualisation sociale (Gilmour, 2014 ; Keyes, 1995, 2002 ; 1998 ; Lamers et *al.*, 2011).

Cette définition de la SMP de Keyes englobe la dimension positive et holistique de la santé mentale. Elle résume et épouse bien la définition de la santé mentale de l'OMS et la consolide (Keyes, 2002 ; Orpana et *al.*, 2016). Sa compréhension a permis à plusieurs auteurs de conceptualiser la SMP. De façon générale, son concept comprend les aspects émotionnels (affect / sentiment), psychologiques (fonctionnement positif, but dans la vie), sociaux (relations avec les autres et la société), le bien-être spirituel (Barry, 2008, 2009 ; Ganga et Kutty, 2015 ; Keyes, 2002, 2005 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Pelletier et *al.*, 1995 ; Vaingankar et *al.*, 2012, Agence de santé publique Canada, 2016) (voir le tableau VIII, annexe 1).

Dans le cadre de la présente étude, la définition de SMP utilisée est celle développée par Keyes s'appuyant sur celle de la santé mentale de l'OMS (Keyes et *al.*, 2010 ; Keyes, 2002 ; Westerhof et Keyes, 2010 ; *World Health Organization*, 2004). Sa définition permet non seulement d'évaluer la santé mentale dans sa globalité et sa dimension positive, mais aussi de

s'aligner sur les définitions de la plupart des auteurs et des institutions s'intéressant à ce concept et surtout sur celle de l'OMS. Cette manière de l'appréhender permet de mieux la définir et d'élaborer des mesures afférentes au concept (Ganga et Kutty, 2015 ; Ganga et Kutty, 2012 ; Keyes et *al.*, 2010 ; Keyes, 2005 ; Vaingankar et *al.*, 2012 ; Westerhof et Keyes, 2010; Agence de santé publique du Canada, 2016).

1.3. Mesure de la santé mentale positive

La compréhension conceptuelle actuelle de la SMP au sujet de la définition de l'OMS (2004), ses dimensions et sous-dimensions, a occasionné le développement d'un certain nombre de mesures desdits concepts dans la recherche. Les plus utilisés sont l'échelle de satisfaction avec la vie (Diener et *al.*, 1985), l'échelle de bien-être psychologique (Ryff, 1995 ; Ryff, 1989; Ryff et Keyes, 1995), l'échelle de bien-être social (Keyes, 1998), le *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS) (Tennant et *al.*, 2007), et le Continuum de santé mentale-version courte (*Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF)) (Keyes, 2002, 2005, 2009 ; Keyes et *al.*, 2008 ; Lamers et *al.*, 2011).

1.3.1. Échelle de satisfaction avec la vie

L'échelle de satisfaction avec la vie (*Satisfaction With Life Scale* (SWLS)) mesure le jugement global de la satisfaction de la vie de l'individu avec cinq items. Par exemple, l'individu est appelé à répondre à l'item : « *en général, ma vie correspond de près à mes idéaux* ». Ces items sont cotés sur une échelle ordinale de type Likert à 7 points allant de fortement en désaccord (1) à tout à fait en accord (7). Le score le plus élevé indique le niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie (Diener et *al.*, 1985 ; Diener et *al.*, 1999 ; Keyes, 2002, 2009 ; Pavot et Diener, 1993).

L'évaluation des premières propriétés psychométriques de l'échelle a été réalisée avec la participation des étudiants de premier cycle de l'université d'Illinois et des habitants d'Urbana-Champaign aux États-Unis (Diener et *al.*, 1985).

L'analyse factorielle confirmatoire révèle une échelle unidimensionnelle. Les premiers tests psychométriques indiquent une cohérence interne avec un alpha de Cronbach à 0,87 et une fiabilité test-retest ayant une corrélation de 0,82 sur une période de deux mois. Les analyses de plusieurs études montrent que la fiabilité interne varie de 0,79 à 0,89. La fiabilité test-retest indique une corrélation oscillant entre 0,50 et 0,84 sur une période de quatre années. Ce qui révèle une stabilité temporelle (Diener et *al.*, 1985 ; Pavot et Diener, 1993). L'échelle a une bonne validité (Pavot et *al.*, 1991). Elle est corrélée avec les autres mesures du bien-être subjectif telles que les échelles des affects positifs ($r= 0,51$) et négatifs ($r= -0,32$), l'échelle de satisfaction des domaines de la vie ($r= 0,57$).

1.3.2. Échelle de bien-être psychologique

Ryff a développé l'échelle de bien-être psychologique (*Psychological well-being scale*) en s'inspirant des modèles théoriques élaborés par Johada, Bühler, Jung, Allport, Rogers. L'auteur s'est également appuyé sur les travaux de Bradburn (1969). Cette échelle se compose de six dimensions évaluant le fonctionnement psychologique optimal de l'individu. Ces dimensions sont l'acceptation de soi, la maîtrise de l'environnement, les relations positives avec autrui, le but dans la vie, la croissance personnelle et l'autonomie (Ryff, 1995 ; Ryff, 1989, 2014).

À l'origine, chaque dimension comportait 32 items (16 négatifs et 16 positifs). D'où un total de 192 items. Les items sont cotés sur une échelle à six points allant de « fortement en désaccord » (1) à « tout à fait en accord » (5). Le score le plus élevé reflète le niveau élevé de bien-être psychologique. Une évaluation préliminaire permet de retenir 20 items par dimension avec un total de 120 items, selon un certain critère notamment l'ambiguïté ou la redondance des items. Pendant cette évaluation, les items ayant une forte corrélation entre eux sont supprimés. Au moyen de l'alpha de Cronbach, les coefficients de cohérence interne de l'échelle totale et des sous-échelles varient entre 0,86 à 0,93. La fiabilité test-retest donne une corrélation oscillant entre 0,81 et 0,88 sur une période de six semaines (Ryff, 1995, 1989).

Les évaluations des propriétés psychométriques réalisées auprès de 321 femmes et hommes américains de la communauté, âgés de 25 ans et plus, montrent, à l'aide de la régression linéaire multiple, que l'acceptation de soi et la maîtrise de l'environnement sont fortement associées aux mesures de satisfaction de la vie, d'équilibre des affects, de l'estime de soi avec une corrélation variant entre 0,25 et 0,73. À l'aide des coefficients de corrélation de Pearson, l'échelle est positivement corrélée avec les mêmes mesures que précédemment. Elle est négativement corrélée avec la dépression, les affects négatifs avec une corrélation allant de -0,60 à -0,30. L'analyse avec le MANOVA (*Multivariate Analysis Of Variance*) montre que l'invariance entre le genre et l'âge n'est pas observée (Ryff, 1989).

Une deuxième évaluation des propriétés psychométriques de l'échelle a permis de réduire les 120 items à 84, soit 14 items par sous-échelle. D'après les analyses des coefficients de corrélation de Pearson, cette étude montre une corrélation positive avec les mesures du bonheur ($0,16 < r > 0,53$) et de la satisfaction de la vie ($0,12 < r > 0,64$) et une corrélation négative avec la dépression ($-0,70 < r > -0,22$) (Ryff et Keyes, 1995).

Après les premières évaluations de l'échelle du bien-être psychologique de Ryff (1989), Ryff et Keyes (1995) ont revu le modèle multidimensionnel de manière plus parcimonieuse avec les données de l'enquête de MIDUS (*Midlife in the United-States*) réalisée auprès de 1108 hommes et femmes, âgés de 25 ans et plus. Cette recherche a permis de réduire les 120 items à 18 items, soit trois items par sous-échelle en considérant ceux qui sont fortement liés au concept de bien-être psychologique. À l'aide des estimations par la méthode des moindres carrés dans LISREL 7.2 (Jöreskog et Sörbom, 1989), fondée sur la matrice de variance/covariance utilisant PRELIS (Jöreskog et Sörbom, 1988), l'analyse factorielle confirmatoire atteste la structure à six facteurs du bien-être psychologique : acceptation de soi, maîtrise de l'environnement, relations positives avec autrui, but dans la vie, croissance personnelle, autonomie. Au moyen de l'alpha de Cronbach, les coefficients de cohérence interne des sous-échelles varient de 0,33 à 0,56, montrant des cohérences faibles. Dans leur analyse avec les coefficients de corrélation de Pearson, ils observent que l'acceptation de soi et la maîtrise de l'environnement sont fortement corrélées ($r = 0,85$). Ce qui est en accord avec les résultats de Ryff (1989). Alors, ils suggèrent le maintien de cinq facteurs dans le modèle en

fusionnant ces deux indicateurs. La version courte de l'échelle du bien-être psychologique est corrélée entre 0,70 et 0,89 avec la version longue. En outre, elle est positivement corrélée avec les mesures du bonheur avec une corrélation ($0,08 < r > 0,36$) et de la satisfaction de la vie avec une corrélation ($0,10 < r > 0,42$). La corrélation ($-0,50 < r > 0,14$) est inverse avec la dépression.

Pour faire suite à l'étude de Ryff et de Keyes (1989, 1995), d'autres chercheurs ont examiné les propriétés psychométriques dans différents échantillons de divers contextes culturels (Canada, Chine, Italie). Par exemple, une étude canadienne sur la santé et le vieillissement (*Canadian Study of Health and Aging* : CHSA), effectuée auprès de 4 960 adultes avec un âge moyen de 75,5 ans, a exploré la structure du bien-être psychologique de Ryff et de Keyes (1995) avec les 18 items (Clarke et al., 2001). L'analyse factorielle confirmatoire par le modèle d'équation structurale utilisant la version 5.6 d'EQS des estimations des probabilités maximales (Bentler, 1995) confirme la structure à six facteurs de l'échelle. À l'aide de l'alpha de Cronbach, les coefficients de cohérence interne des sous-échelles varient de 0,26 à 0,52. Cela montre une cohérence interne faible. L'analyse des coefficients de corrélation de Pearson montre que l'acceptation de soi et la maîtrise de l'environnement sont fortement corrélées ($r = 0,67$). Ce qui est cohérent avec les conclusions de Ryff et de Keyes (1995). Toutefois, les auteurs recommandent le remplacement ou la révision des items liés à ces deux sous-échelles afin de maximiser la cohérence interne de l'échelle. Car, leur présence est nécessaire dans la compréhension du concept de bien-être psychologique.

Par ailleurs, Kafka et Kozma (2002) ont évalué les propriétés psychométriques de l'échelle de bien-être psychologique de Ryff (1989) auprès d'un échantillon de 277 étudiants canadiens âgés de 10 à 48 ans en utilisant les analyses de composantes principales avec rotation varimax. L'analyse factorielle confirmatoire ne confirme pas la structure à six facteurs comme l'ont indiqué les études antérieures. En outre, les auteurs observent une forte corrélation entre l'acceptation de soi et la maîtrise de l'environnement ($r = 0,68$). Ce qui est conforme avec les résultats de Ryff et de Keyes (1995). Ils trouvent des corrélations faibles entre les sous-

échelles de l'échelle originale de Ryff (1989) et l'échelle de satisfaction de la vie ($0,15 < r > 0,44$).

Van Dierendonck (2004) a évalué la structure factorielle et la validité de contenu des échelles de Ryff auprès d'un échantillon de 233 étudiants allemands en psychologie avec une moyenne d'âge de 22 ans et d'un échantillon de 420 professionnels allemands avec une moyenne d'âge de 36 ans de divers milieux professionnels à l'aide de l'analyse factorielle confirmatoire en utilisant LISREL 8.5 et la méthode des estimations des probabilités maximales. Les analyses factorielles confirmatoires attestent que la version à 18 items est supérieure à la version à 54 items, qui elle, est supérieure à la version à 84 items. Il a observé que l'analyse factorielle pour la structure à six facteurs est plus crédible pour la version à 18 items avec un modèle de facteurs à second ordre que les autres versions. Les coefficients de cohérence interne des sous-échelles des versions à 84 items varient de 0,77 à 0,90, à 54 items de 0,61 à 0,83 et à 18 items, de 0,17 à 0,68. Toutefois, la cohérence interne de ces trois types d'échelles est faible comparativement aux niveaux généralement acceptés. Dans le but d'avoir une meilleure qualité des propriétés psychométriques, Van Dierendonck (2004) suggère la réduction de la longueur des 14 items par sous-échelle à 6, 7 ou 8. En outre, il élabore une nouvelle version à 39 items (acceptation de soi (6), maîtrise de l'environnement (6), relations positives avec les autres (6), croissance personnelle (7), autonomie (8), but dans la vie (6)) de l'échelle fondée sur la version à 84 items avec des coefficients de cohérence interne allant de 0,72 à 0,81.

Dans un souci de guider d'autres chercheurs intéressés par l'utilisation de l'échelle du bien-être psychologique de Ryff, Van Dierendonck et *al.* (2008) réalisent une autre étude avec un échantillon de 919 participants, dont 592 espagnols et 327 colombiens, âgés de 16 à 74 ans. Ils ont réalisé l'étude à l'aide de l'analyse factorielle confirmatoire utilisant Mplus 4.2 et de la méthode de moindres carrés pondérés et de la variance ajustée. L'analyse factorielle confirmatoire confirme la structure à six facteurs avec un facteur de bien-être de deuxième ordre dans une culture non anglo-saxonne. Toutefois, ils observent des chevauchements notables de quatre des six facteurs à savoir la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle, le but dans la vie, l'acceptation de soi. Les coefficients de la cohérence interne

des sous-échelles varient entre 0,68 à 0,79. Ils constatent une corrélation forte ($r = 0,97$) entre l'acceptation de soi et le but dans la vie. Ce qui est en désaccord avec les résultats d'Abbott et al. (2006). Les auteurs stipulent que ces quatre facteurs constituent le modèle le plus parcimonieux de l'échelle du bien-être psychologique de Ryff.

Une autre étude réalisée auprès de 1 259 adultes chinois âgés de 18 à 86 ans, volontaires des hôpitaux à Hong Kong, a examiné les propriétés psychométriques de l'échelle originale à l'aide de l'analyse factorielle confirmatoire utilisant LISREL 8.52 et de PRELIS par la méthode des estimations des probabilités maximales. L'analyse factorielle confirme également la structure multidimensionnelle de l'échelle (six facteurs). Les coefficients de cohérence interne des sous-échelles varient de 0,52 à 0,68 (Cheng et Chan, 2005). Les auteurs suggèrent la réduction des 120 items à 24 au lieu de 18, soit 4 items par sous-échelle. Ils justifient par la faiblesse de la cohérence interne de l'échelle de bien-être psychologique de Ryff et de Keyes (1995) ($0,33 < \alpha > 0,56$) comparativement à celle de leur étude qui semble plus crédible ($0,52 < \alpha > 0,68$) et aussi par le fait que certains items ont besoin de remplacement et de révision (Cheng et Chan, 2005).

Springer et Hauser (2006) ont également examiné les propriétés psychométriques de l'échelle du bien-être psychologique de Ryff et de Keyes (1995) à l'aide de l'analyse factorielle confirmatoire utilisant LISREL, de PRELIS par la méthode des estimations des moindres carrés pondérés et des corrélations polichoriques. Les participants américains proviennent de trois enquêtes dont 6 038 du « *Wisconsin Longitudinal Survey* » (WLS), 2 731, âgés de 25 à 74 ans, pour le MIDUS et 9 240 pour le « *National Survey of Health and Households* » (NSFH II). Avec l'analyse factorielle confirmatoire, les auteurs confirment partiellement la structure à six facteurs comme le montrent certaines études antérieures. Les coefficients de corrélations des sous-échelles sont élevés et vont jusqu'à 0,97, particulièrement avec l'acceptation de soi, la maîtrise de l'environnement, le but dans la vie et la croissance personnelle. Au regard de tout ce qui précède, ils proposent une nouvelle version avec 42 items avec 6 282 participants de WLS. Ainsi, les coefficients de corrélations des sous-échelles varient entre 0,64 et 0,95. Ryff et Singer (2006) recommandent la révision de l'échelle et de sa

multidimensionnalité bien qu'ils reconnaissent des preuves empiriques et distinctes sur la validité factorielle.

Une étude longitudinale conduite depuis 1946 et réalisée auprès de 1 179 femmes âgées de 47 à 54 ans provenant de l'enquête nationale sur la santé et le développement (*National Survey of Health and Development* (NSHD)) du Conseil de recherches médicales du Royaume-Uni a évalué les propriétés psychométriques de l'échelle de Ryff (1989) au moyen de l'analyse factorielle confirmatoire et de la méthode de moindres carrés pondérés robustes (Abbott et *al.*, 2006). L'étude observe que quatre des six facteurs (maîtrise de l'environnement, croissance personnelle, but dans la vie, acceptation de soi), bien que fortement corrélés, permettent d'obtenir un modèle parcimonieux comme dimension du bien-être général de second ordre ($r > 0,80$). Toutefois, les analyses ne permettent pas d'illustrer l'inclusion des deux sous-échelles (autonomie, relations positives avec les autres). Par conséquent, ils suggèrent 42 items, soit sept par sous-échelle, bien que leur étude néglige les effets des caractéristiques sociodémographiques (échantillon composé seulement de femmes). Par ailleurs, ils constatent une association inverse entre le bien-être psychologique et la sévérité de la détresse psychologique influencée par la contribution de la maîtrise de l'environnement, après une mesure d'une année d'intervalle. Cela est conforme aux résultats des études antérieures montrant une corrélation entre le bien-être psychologique et la dépression.

Pour faire suite à ces recherches, d'autres chercheurs ont examiné les propriétés psychométriques de l'échelle du bien-être psychologique de Ryff et de Keyes (1995) dans différents échantillons provenant de divers contextes culturels et pays. Par exemple, une étude portugaise avec 1 963 élèves adolescents âgés de 10 à 20 ans, répartis en trois groupes d'études, confirme la structure multidimensionnelle de l'échelle de Ryff et de Keyes avec l'analyse factorielle confirmatoire utilisant la méthode d'estimation de probabilités maximales (Fernandes et *al.*, 2010). À l'aide de l'alpha de Cronbach, les coefficients de cohérence interne des sous-échelles des deux premières études varient de 0,28 à 0,50, ce qui montre une cohérence interne faible. Après la troisième étude utilisant la version avec 84 items, les auteurs suggèrent la révision de l'échelle à 30 items (alpha Cronbach total = 0,90 / 0,33 < alpha Cronbach des sous-échelles > 0,56) au détriment de la version de Ryff et de Keyes (1995) qui

semble être trop courte. Selon eux, cette nouvelle version est mieux adaptée aux adolescents en vue d'évaluer davantage leur bien-être psychologique et de favoriser les recherches et interventions dans divers domaines. Ces domaines peuvent être l'éducation, le sport, la santé de façon générale, en particulier la SMP. Cependant, aucune étude sur l'analyse factorielle confirmatoire, la fiabilité n'est effectuée (Li, 2014). Une autre étude italienne et russe, réalisée auprès de 1 114 étudiants italiens et russes âgés de 15 et plus, a révélé l'invariance culturelle au moyen de l'analyse factorielle multigroupe (Sirigatti et *al.*, 2013).

Dans l'optique de développer une nouvelle version plus courte de l'échelle de Ryff – version chinoise, une étude a été effectuée auprès de 820 personnes âgées de 31 à 95 ans en utilisant le modèle d'équation structurelle et la méthode des estimations de probabilités maximales. En se basant sur la version de l'échelle de Ryff à 84 items, les résultats de Li (2014) confirment ceux de la première version chinoise sur la multidimensionnalité de l'échelle. Le coefficient de cohérence interne de l'échelle globale est 0,92 et celui des sous-échelles varie de 0,60 à 0,75. Les coefficients de corrélations des sous-échelles de la nouvelle version chinoise de l'échelle du bien-être psychologique avec 18 items et ceux de la version de l'échelle de Ryff à 84 items varient entre 0,64 et 0,83. Cela montre des fortes cohérences internes et corrélations. Il existe une corrélation négative entre le bien-être psychologique et la dépression ($r = -0,21$) et une corrélation positive avec la qualité de vie ($r = 0,52$). Les auteurs concluent que la nouvelle version chinoise de l'échelle de Ryff à 18 items indique des validités plus crédibles.

Malgré la problématique sur la validité et la fiabilité de l'échelle de bien-être psychologique, plusieurs études ont approuvé une partie de l'échelle. Actuellement, les études ont validé 42 items. La plupart, fondées sur l'échelle avec 84 items, ont élaboré plusieurs versions selon les contextes culturels différents (Abbott et *al.*, 2006 ; Burns et Machin, 2009 ; Li, 2014).

1.3.3. Échelle de bien-être social

L'échelle de bien-être social est fondée sur le modèle multidimensionnel de Keyes qui évalue le fonctionnement de l'individu dans la société, les défis sociaux auxquels il peut être confronté, ses relations interpersonnelles et les adaptations qu'il fait vis-à-vis de la société. Ce modèle renferme cinq dimensions : l'intégration sociale, l'acceptation sociale, la contribution sociale, la cohésion sociale et l'actualisation sociale (Gilmour, 2014 ; Keyes, 1995 ; Keyes, 2002, 1998 ; Lamers et *al.*, 2011). À l'origine, l'échelle comprend 50 items cotés sur une échelle ordinale de type Likert à 7 points allant de fortement en désaccord (1) à tout à fait en accord (7). Le score le plus élevé indique le niveau élevé de bien-être social (Keyes, 1998).

Keyes (1998) a examiné les propriétés psychométriques dans un échantillon de 373 adultes américains âgés de 18 et plus, vivant dans les régions de Dane, Wisconsin aux États-Unis et dans un autre échantillon de 3 032 adultes âgés de 25 à 74 ans, vivant dans 48 états américains. Plusieurs techniques statistiques ont été utilisées dans les analyses statistiques notamment le LISREL 8, le PRELIS 2 (Jöreskog et Sorbom 1993) par la méthode des estimations des moindres carrés pondérés, des probabilités maximales, la matrice de variance/covariance. L'analyse factorielle confirmatoire valide la structure à cinq facteurs dans les deux études. À l'aide de l'alpha de Cronbach, les coefficients de cohérence interne des sous-échelles varient entre 0,41 et 0,81. Suite à cette étude, Keyes (1998) retient 15 items pour l'évaluation du bien-être social, soit 3 par sous-échelle. De façon convergente, cette nouvelle échelle est corrélée avec certaines mesures telles que les mesures d'anomie, de contraintes sociales perçues, de l'implication communautaire. En ce qui concerne la validité discriminante, l'échelle est corrélée avec les mesures de dysphorie, du bien-être global, de la santé physique et de l'optimisme.

1.3.4. *Warwick–Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)*

Le WEMWBS a été construit à partir de l'échelle Affectometer 2, développée en Nouvelle-Zélande dans les années 1980 visant à mesurer le bien-être et couvrant à la fois les aspects hédonique et eudémomique de la santé mentale. Dans le souci d'une surveillance du

bien-être mental positif de la population et de l'évaluation des interventions de promotion de la santé mentale, le WEMWBS a été créé pour mesurer la santé mentale de la population en général (Tennant et *al.*, 2007). Au terme de sa validation sur des échantillons de 115 étudiants anglais et écossais et de 1 749 participants de la population anglaise et écossaise, âgés de 16 ans et plus, l'instrument, composé de 14 items, s'est avéré être une mesure du bien-être mental. Il se concentre uniquement sur les aspects positifs de la santé mentale englobant les affects positifs (sentiments d'optimisme, gaieté, relaxation), les relations interpersonnelles satisfaisantes et le fonctionnement positif (énergie, pensée claire, acceptation de soi, croissance personnelle, compétence et autonomie) (Tennant et *al.*, 2007). Le score global, allant de 14 à 70, est la somme de chaque item. Plus le score est élevé, plus le niveau de bien-être est élevé. L'échelle couvre la majorité des notions associées à la SMP. Lors des premiers tests psychométriques, les analyses factorielles confirmatoires attestent l'hypothèse d'un seul facteur (Tennant et *al.*, 2007). À l'aide de l'alpha Cronbach, les coefficients de la cohérence interne de WEMWBS sont 0,89 pour l'échantillon d'étudiants et de 0,91 pour l'échantillon de la population. L'échelle est acceptable et facile à comprendre. D'après les coefficients de corrélations interclasses, le coefficient de test-retest pour l'échantillon d'étudiants est 0,83 sur une période d'une semaine. Les analyses de la corrélation de rang de Spearman indiquent que l'échelle est corrélée fortement et positivement avec d'autres échelles de mesure de la santé mentale telles que les échelles « *Positive and Negative Aspects of Affect* » (PANAS) (PANAS_PA : $r = 0,71$), *Overall health* ($r = 0,43$) et l'échelle de « *Satisfaction With Life Scale* » (SWLS) ($R = 0,73$) et négativement avec « *Positive and Negative Aspects of Affect* » (PANAS_NA : $r = -0,54$) (Tennant et *al.*, 2007).

Au regard de la redondance de certains items de l'échelle et en vue de maintenir sa pertinence en tant qu'indicateur de santé mentale de la population en général, Stewart-Brown et *al.* (2009) ont réexaminé les propriétés psychométriques de l'instrument auprès de 1 796 vétérinaires suisses avec une moyenne d'âge de 48,9 ans. Ils proposent une réduction de sept items pour une unidimensionnalité. La nouvelle échelle SWEMWBS est unidimensionnelle et concise comparativement au WEMWBS. Cependant, elle restreint la mesure du bien-être sur ses dimensions hédoniques (Bartram et *al.*, 2011).

D'autres études confirment et reconforment la validité de WEMWBS, sa fiabilité au sein de populations adultes âgées de 16 ans et plus, chez des adolescents et différents groupes culturels (Royaume-Uni, Espagne, Angleterre, Écosse, Brésil), sa sensibilité aux changements (communauté, écoles, hôpitaux psychiatriques) (Bartram et al., 2011 ; Castellví et al., 2014 ; Clarke et al., 2011 ; López et al., 2013 ; Maheswaran et al., 2012 ; Santos et al., 2015 ; Stewart-Brown et Janmohamed, 2008). À l'aide de l'alpha de Cronbach, les coefficients de cohérence interne varient de 0,87 à 0,97.

En tant qu'indicateur global du bien-être mental, le WEMWBS est corrélé négativement à la dépression, à l'anxiété, aux pensées suicidaires et positivement aux conditions de travail telles que les perceptions psychosociales favorables du travail, la réduction du risque au travail lié au stress (Bartram et al., 2011). Bien qu'il soit un instrument de mesure robuste en matière de surveillance du bien-être mental, le WEMWBS possède certaines limites. L'échelle n'a pas pris en compte des concepts tels que la spiritualité, le but de la vie et présente une redondance de certains items. En outre, l'invariance n'est pas observée entre les femmes et les hommes (Bartram et al., 2011 ; Stewart-Brown et Janmohamed, 2008).

1.3.5. Continuum de santé mentale- version abrégée

Toujours dans un souci d'élaboration de mesures fiables et valides de la SMP, le Continuum de santé mentale-version abrégée (*Mental Health Continuum-Short Form: MHC-SF*), inspiré du Continuum de santé mentale-version longue (*Mental Health Continuum- Long Form : MHC-LF*) (40 items), a été développé en une version abrégée (Keyes, 2002). Le MHC-LF comprend 7 items pour le bien-être émotionnel, 15 pour le bien-être social et 18 pour le bien-être psychologique (Magyar-Moe, 2009 ; Ryff et Keyes, 1995). Les propriétés psychométriques du MHC-LF sont obtenues en se basant sur les évaluations des propriétés psychométriques des échelles qui le composent à savoir le bien-être émotionnel, social et psychologique (Keyes, 1998, 1989 ; Ryff et Keyes, 1995). Les cohérences internes des trois sous-échelles du bien-être ont des alphas de Cronbach supérieurs à 0,80. Ces sous-échelles ont des validités convergentes et discriminantes (Keyes, 2002, 2005, 2009 ; Keyes et al., 2002 ;

Robitschek et Keyes, 2009). Dans le MHC-SF, les items les plus prototypiques du MHC-LF sont retenus pour chaque facette de bien-être. Chaque dimension est décrite par un seul item (Keyes et *al.*, 2008 ; Keyes, 2009 ; Robitschek et Keyes, 2009). Le MHC-SF couvre les dimensions du bien-être global et comprend 14 items dont 3 pour le bien-être émotionnel (affects positifs (bonheur/heureux), la satisfaction de la vie), 5 pour le bien-être social (contribution sociale, intégration sociale, actualisation sociale, acceptation sociale, cohésion sociale) et 6 pour le bien-être psychologique (acceptation de soi, maîtrise de l'environnement, relations positives avec les autres, croissance personnelle, autonomie, but dans la vie) (voir le tableau VIX, annexe 2).

L'évaluation des propriétés psychométriques réalisée auprès de 1 050 adultes âgés de 30 à 80 ans vivant dans la province nord-ouest d'Afrique du Sud, permet de corroborer l'unidimensionnalité de l'échelle. Les analyses factorielles confirmatoires révèlent une structure à trois facteurs : bien-être émotionnel, social et psychologique. Par ailleurs, d'après l'analyse de l'alpha de Cronbach, le coefficient de la consistance interne du MHC-SF total qui est 0,74 est satisfaisant. Les coefficients de la cohérence interne des sous-échelles varient entre 0,59 et 0,67. L'hypothèse de l'existence de deux facteurs distincts, mais liés pour la santé mentale et la maladie mentale est également démontrée. Cela dénote une validité discriminante (Keyes, 2002). Des études antérieures attestent une sensibilité aux changements temporels. La structure de l'échelle est identique tant chez les hommes que chez les femmes (Keyes, 2005 ; Keyes et *al.*, 2008 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Robitschek et Keyes, 2009).

Le MHC-SF est corrélé positivement et de façon significative avec d'autres échelles en l'occurrence la mesure des affects positifs, d'auto-efficacité, l'échelle SWLS évaluant la satisfaction de la vie dans son ensemble. Les sous-échelles sont corrélées positivement avec les aspects du bien-être et du fonctionnement, et négativement avec les mesures de maladies mentales (Diener et *al.*, 1985 ; Keyes et *al.*, 2008 ; Lamers et *al.*, 2011).

La fiabilité et la validité sont rapportées dans plusieurs études avec des échantillons nationaux représentatifs d'adultes âgés de 18 ans et plus (Jovanović, 2015 ; Keyes et *al.*, 2008 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Machado et Bandeira, 2015 ; Petrillo et *al.*, 2015), 16 à 81 ans (Karaš et *al.*, 2014), jeunes adultes (Salama-Younes, 2011a), d'étudiants (de Bruin et du Plessis, 2015 ;

Doré et *al.*, 2016 ; Guo et *al.*, 2015 ; Joshanloo, 2016 ; Joshanloo et *al.*, 2013 ; Jovanović, 2015 ; Robitschek et Keyes, 2009 ; Yin, He et Fu, 2013) et d'adolescents (Keyes, 2009 ; Lim, 2013 ; Singh et *al.*, 2015 ; Salama-Younes, 2011b) dans plusieurs pays et cultures tels que les États-Unis, les Pays-Bas, l'Afrique du Sud, l'Iran, la Suisse, la France, la Corée du Sud, l'Italie, le Brésil, la Pologne, l'Égypte, la Chine, la Serbie, l'Inde et le Canada. Ces études montrent des coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) variant entre 0,74 et 0,94 pour l'échelle globale et de 0,37 à 0,92 pour les sous-échelles. L'échelle possède également une stabilité temporelle suffisante des trois dimensions du bien-être (Lamers et *al.*, 2011).

En somme, le MCH-SF est fiable, valide et court. Il est un instrument de mesure en vue de l'évaluation globale de la SMP et constitue un des meilleurs questionnaires disponibles actuellement pour l'évaluation de la SMP chez les adolescents, les jeunes adultes et les adultes de différents contextes culturels. En outre, il confirme le modèle de deux continuums de la santé mentale (Keyes, 2002 ; Keyes et *al.*, 2008 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Rankin, 201). Il est à noter que c'est l'instrument qui a été choisi pour mesurer la SMP dans ESCC–SM 2012 (Doré et *al.*, 2016 ; Statistique Canada, 2015).

Au-delà des qualités des propriétés psychométriques, le MHC-SF présente certaines limites. L'échelle utilise un seul item pour chaque dimension du bien-être et comprend trois items pour évaluer le bien-être émotionnel comparativement à cinq pour le bien-être social et six pour le bien-être psychologique. De plus, la plupart des sous-échelles ont des questions de formes courtes (Lamers et *al.*, 2011). Cela ne permet pas de bien cerner la complexité et la portée du concept de bien-être, ni une évaluation complète du concept de bien-être, ni celle de la santé mentale. Par ailleurs, la plupart des études antérieures ne considèrent pas les sources d'inadéquation dans la composition de l'échelle. Par exemple, les propriétés psychométriques de l'échelle du bien-être psychologique ont fait l'objet de beaucoup de polémiques. Car, l'échelle semble être problématique. Certains auteurs suggèrent le remplacement de certains items et la réduction du nombre d'items (Ryff et Keyes, 1995 ; Springer et Hauser, 2006 ; Van Dierendonck, 2004). En outre, certaines études antérieures suggèrent un modèle bifactoriel du MCH-SF à savoir le bien-être général et les facteurs émotionnels, psychologiques et sociaux, et résiduels (De Bruin et Du Plessis, 2015). Ils proposent également une réévaluation de

l'échelle qui assure une mesure de l'individu en fonction des trois dimensions distinctes du bien-être en tenant compte de la variance unique du bien-être qui va au-delà de son facteur général (Jovanović, 2015).

1.4. Cadre conceptuel

La présente étude se fonde sur le cadre conceptuel de surveillance de la SMP conçu par l'Agence de santé publique du Canada (voir la figure 1) (Orpana et *al.*, 2016). Ce modèle est élaboré dans une perspective d'établir un portrait de la SMP au Canada. Les auteurs énumèrent les facteurs de risque et de protection de la SMP. Plusieurs étapes ont permis le développement de ce cadre. D'abord, des recherches documentaires ont été effectuées pour élaborer un cadre conceptuel. Cela a abouti à identifier quatre niveaux contextuels selon cinq critères de sélection (pertinence, exploitabilité, exactitude, faisabilité, stabilité) et le parcours de vie (enfance (0-11 ans), jeunesse (12-17 ans), adulte (18 ans et plus)) en s'inspirant du modèle écologique. Il s'agit des niveaux individuels, familiaux, communautaires, sociaux. En vue de rendre le cadre plus simple et compréhensible, les termes semblables sont regroupés. Cela conduit à repérer cinq indicateurs de résultats et 77 indicateurs de déterminants de la SMP. Selon les deux premiers critères de sélection (pertinence, exploitabilité), des consultations d'experts en santé mentale, des partenaires gouvernementaux et des intervenants indépendants aboutissent à sélectionner cinq indicateurs de résultats de la SMP et vingt-cinq facteurs déterminants repartis en quatre niveaux contextuels : individuel, familial, communautaire, social (Orpana et *al.*, 2016). Les cinq indicateurs de résultats qui le composent sont la santé mentale autoévaluée, le bonheur, la satisfaction à l'égard de la vie, le bien-être psychologique et le bien-être social.

Selon le cadre conceptuel de l'Agence de santé publique du Canada, les 25 facteurs déterminants pouvant influencer la SMP sont des facteurs de risque et de protection et sont repartis, par priorité, en quatre niveaux contextuels : individuel, familial, communautaire, social. Les facteurs individuels sont la résilience, l'adaptation, les expériences favorables dans

l'enfance, la maîtrise de soi et l'auto-efficacité, la violence, l'état de santé, l'activité physique, la consommation problématique des substances (drogues/alcool) et la spiritualité.

Les facteurs familiaux comprennent les relations familiales, le style parental, l'état de santé physique et mentale de la famille, la consommation de substances des membres de la famille, la composition du ménage et le revenu du ménage.

Les facteurs communautaires sont l'implication communautaire, les réseaux sociaux, le soutien social, l'environnement scolaire, l'environnement du travail, l'environnement social et l'environnement bâti du quartier.

Les facteurs sociaux comprennent les inégalités, la discrimination et la participation politique.

Le cadre conceptuel de surveillance de la SMP s'avère pertinent dans la présente étude dans la mesure où il nous permet de mieux cerner le concept de SMP et ses facteurs associés aux niveaux individuels, familiaux, communautaires, sociaux (Orpana et *al.*, 2016), qui en sont l'objet de l'étude. Ce modèle prend en compte, à la fois, les facteurs de risque et de protection utiles pour mieux appréhender la SMP. Dans l'intérêt de la présente étude et sous recommandation de certaines études sur la SMP, il est impérieux d'intégrer les facteurs sociodémographiques (Barry, 2008, 2009 ; Orpana et *al.*, 2016). Ces facteurs sont indispensables dans l'étude sur la SMP, car ils semblent lui être associés.

C'est dans cette optique que le prochain chapitre centré sur l'exposé des travaux mettant en lumière les principaux facteurs susceptibles d'être associés à la SMP chez les jeunes adultes sera abordé.

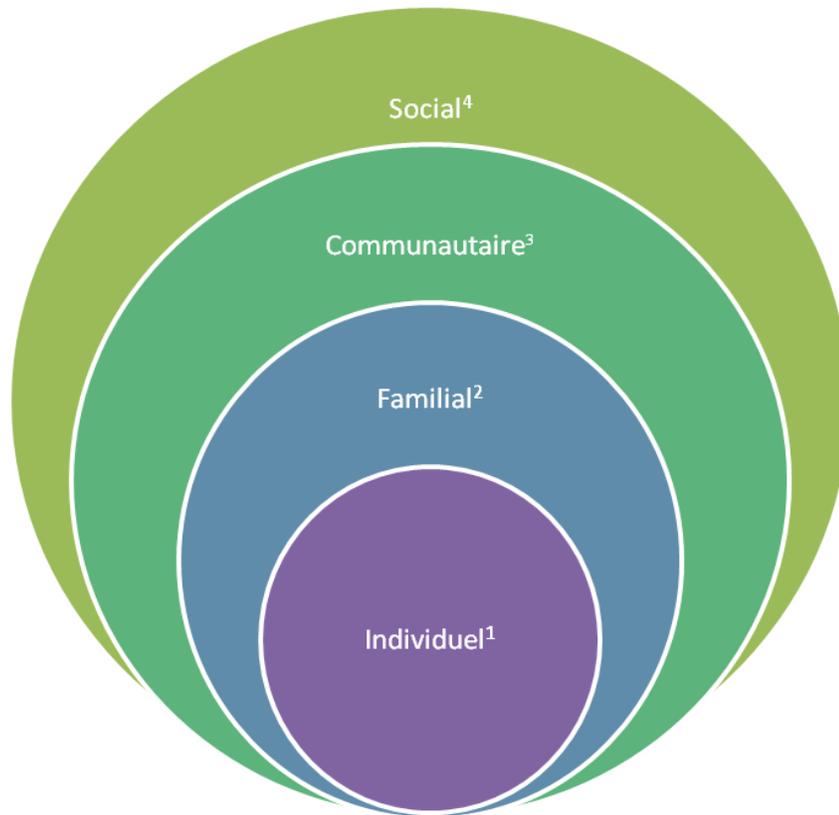


Figure 1. Cadre conceptuel de surveillance de la SMP (Orpana et *al.*, 2016)

¹ : résilience, adaptation, expériences favorables dans l'enfance, maîtrise de soi et auto-efficacité, violence, état de santé, activité physique, consommation problématique des substances (drogues/alcool) et spiritualité

³ : relations familiales, style parental, état de santé physique et mentale de la famille, consommation de substances des membres de la famille, composition du ménage et revenu du ménage

⁴ : implication communautaire, réseaux sociaux, soutien social, environnement scolaire, environnement du travail, environnement social et environnement bâti du quartier

⁵ : inégalités, discrimination et participation politique

Plusieurs déterminants influencent la SMP chez les jeunes adultes et interagissent de façon complexe. Pour les besoins de la présente étude, cinq niveaux de facteurs contextuels - individuel, familial, communautaire, social et sociodémographique - sont cernés (voir le tableau VII, annexe 1).

1.5. Facteurs individuels

Que ce soit chez les jeunes aux études (Acun-Kapikiran, 2011 ; Bersamin et *al.*, 2014 ; Bowman, 2010 ; Ridner et *al.*, 2016) ou chez les jeunes adultes dans la population générale (Ganga et *al.*, 2014 ; Winzer et *al.*, 2014), l'association entre les facteurs individuels et la SMP est bien documentée dans la littérature pour plusieurs déterminants. Ces facteurs sont très pertinents au cours de la durée de vie et particulièrement pendant les périodes de transition (Barry, 2008).

1.5.1. État de santé général

L'état de santé physique et mentale est un facteur associé à la SMP. Sivis-Cetinkaya (2013) a montré que les personnes en bonne santé ont un niveau plus élevé d'affects positifs que celles qui ont des problèmes de santé. Schmidt et *al.* (2014) approuvent cette conclusion en ajoutant la satisfaction à l'égard de la vie. Pour ces derniers, l'état de santé diminue cette sous-dimension du bien-être subjectif. Schwartz et Drotar (2009) ne partagent pas cet avis. Dans leur étude portant sur trois groupes de jeunes adultes ayant respectivement des fibroses kystiques, survécus à un cancer dans l'enfance et aucun antécédent de maladies chroniques, ils ne trouvent aucune association entre la perception de la santé et le bien-être subjectif. Selon les auteurs, le bien-être subjectif diminuerait avec les événements négatifs vécus dans la vie, les obstacles liés à la santé tels que le changement d'emploi, les nouvelles relations, la mort d'un être cher, la pauvreté, les conflits interpersonnels, le divorce.

1.5.2. Habitudes de vie

Des études ont montré une relation significative entre la SMP et les habitudes de vie telles que l'activité physique, les habitudes alimentaires et le sommeil. Les recherches de Davoren et *al.* (2013) ont montré que le niveau d'activité d'intensité modérée ou élevée augmente le niveau de SMP. Ridner et *al.* (2016) et Schmid et *al.* (2010) confirment cette conclusion dans leurs études respectives sur le bien-être et sur le bien-être psychologique.

Par ailleurs, Conner et *al.* (2015) ont montré que les habitudes alimentaires sont associées positivement au bien-être eudémonique. Plus les jeunes adultes consomment des fruits et légumes pendant plusieurs jours successifs, plus ils indiquent un niveau élevé de bien-être eudémonique.

Parmi les habitudes de vie, la qualité du sommeil est liée positivement aux dimensions du bien-être psychologique (Schmid et *al.*, 2010). En revanche, la réduction de la durée du sommeil est associée à un plus faible bien-être (Ridner et *al.*, 2016).

1.5.3. Toxicomanie et comportements à risque pour la santé

En ce qui concerne l'association entre la consommation de substances (drogues/alcool/tabac) et la SMP, les résultats sont controversés. Dans leur étude, Ridner et *al.* (2016), ont observé des niveaux significativement plus faibles du bien-être chez les consommateurs de tabac.

Une autre étude a révélé que la consommation élevée et fréquente d'alcool augmente le bien-être subjectif. En revanche, ses conséquences indésirables, notamment l'échec scolaire, les conflits dans les relations interpersonnelles, les sanctions pénales, diminuent les niveaux de satisfaction de vie, des affects positifs (Molnar et *al.*, 2009). Une autre recherche sur le bien-être émotionnel confirme ces résultats que ce soit chez les hommes ou les femmes (Blank et *al.*, 2016). Par contre, Davoren et *al.* (2013) et Yörük et Yörük (2012) ne trouvent aucune association significative entre la consommation du tabac, de l'alcool, de la drogue et la SMP ou le bien-être psychologique.

Des études antérieures ont établi des relations entre les habitudes sexuelles à risque et le bien-être. Cependant, les résultats des études sont controversés. L'étude de Davoren et *al.* (2013) a observé que les étudiants irlandais âgés de 18 à 22 ans, ayant un ou plusieurs partenaires sexuels, ont un niveau plus élevé de SMP et de bien-être que ceux n'en ayant pas. Ridner et *al.* (2016) aboutissent à des conclusions semblables avec un échantillon d'hétérosexuels américains âgés de 18 à 25 ans. Par contre, Burris et *al.* (2009) ne trouvent aucune association entre le nombre de partenaires sexuels et le bien-être psychologique des étudiants américains âgés de 17 à 29 ans. Pour Bersamin et *al.* (2014), le niveau de bien-être psychologique des étudiants américains âgés de 18 à 25 ans diminue avec le fait d'avoir des rapports sexuels occasionnels.

1.5.4. Patrimoine biologique et génétique

Une étude menée auprès des jumeaux monozygotes et dizygotes a révélé que les facteurs génétiques sont positivement et significativement associés au niveau de bien-être psychologique en dépit de la qualité de l'environnement. Ils expliquent entre 37% et 64% de la variance totale du bien-être psychologique (Gigantesco et *al.*, 2011). Selon eux, cette variation pourrait être attribuée à certains facteurs environnementaux tels que les relations parentales conflictuelles, les événements stressants dans la vie, les difficultés financières des parents.

1.5.5. Traits de personnalité

Les traits de personnalité ont des effets dominants sur la SMP ou le bien-être psychologique ou subjectif ou la satisfaction de la vie ou le bonheur (Fagley, 2012 ; Joshanloo et *al.*, 2012).

Des études ont montré que l'intelligence est associée à des niveaux plus élevés de satisfaction à l'égard de la vie (Costa et *al.*, 2013 ; Proctor et *al.*, 2011), de bonheur (Furnham et Petrides, 2003), et de SMP (Lim, 2015a ; Rankin, 2015). Les résultats sont controversés. Pour Di Fabio et Palazzeschi (2015), il n'existe aucune association entre l'intelligence et le but

dans la vie. Cependant, ils reconnaissent une relation significative avec certains traits de personnalité et la résilience. Dans leur étude, ils concluent que les individus qui ont une forte résilience sont capables de faire face aux difficultés de la vie et de surmonter les adversités. Par conséquent, ils ont une plus grande satisfaction globale de la vie, des émotions positives et des buts dans la vie.

Des recherches au Canada, aux États-Unis, en Turquie, au Liban ont révélé que les niveaux de satisfaction à l'égard de la vie (Chow, 2005 ; Wang et Castañeda-Sound, 2008 ; Sivis-Cetinkaya, 2013 ; Yetim, 2003) et d'affects positifs (Ayyash-Abdo et Alamuddin, 2007) augmentent avec l'estime de soi. Sivis-Cetinkaya (2013) ajoute que les personnes optimistes sont plus satisfaites de leur vie que les pessimistes. Les études de Ayyash-Abdo et Alamuddin (2007), de Burris et *al.* (2009) et de Lim (2015a) réalisées dans des pays tels que le Liban, les États-Unis, la Corée du Sud, sur les niveaux d'affects positifs, de bien-être psychologique, de SMP confirment ces résultats.

D'autres études sur les traits de personnalité ont montré que le fait d'être empathique, d'avoir des vertus telles que la sagesse, la gentillesse, le courage, la créativité, l'auto-efficacité est associé à des niveaux plus élevés de bien-être psychologique (Acun-Kapikiran, 2011) et de SMP (Lim, 2015a ; Tamannaefar et Motaghedifard, 2014). D'autres auteurs comme Joshanloo et *al.* (2012), Proctor et *al.* (2011) et Rankin (2015) arrivent à des résultats semblables dans leur étude sur les niveaux de bien-être social, de satisfaction à l'égard de la vie, de SMP. À ces traits de personnalité, ils ajoutent, avec d'autres auteurs, la conscience, l'esprit d'ouverture, l'humour, l'amour, la reconnaissance, l'extraversion, la maîtrise de soi, l'authenticité, l'espérance. Ceux-ci sont également associés à des niveaux plus élevés de bien-être subjectif (Vitterso, 2001), de satisfaction à l'égard de la vie (Boyras et *al.*, 2014 ; Fagley, 2012 ; O'Sullivan, 2011 ; Sivis-Cetinkaya, 2013 ; Yetim, 2003), du bien-être psychologique (Park et *al.*, 2014). Selon Di Fabio et Palazzeschi (2015) et Vitterso (2001), l'extraversion influence non seulement les niveaux de satisfaction globale de la vie et des émotions positives, du bien-être subjectif, mais aussi le niveau du but dans la vie. Les auteurs arguent que l'augmentation de ces niveaux est renforcée par une stabilité émotionnelle. Pour Coffman et Gilligan (2002) et Wang et Castañeda-Sound (2008), il n'existe aucune association entre le fait

d'être auto-efficace et le niveau de satisfaction à l'égard de la vie, ainsi qu'entre certains traits de personnalité tels que l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, la gentillesse, la conscience et le bonheur (Furnham et Petrides, 2003).

D'autres études ont observé que les personnes indépendantes sont plus heureuses que les personnes dépendantes (Duncan et *al.*, 2013).

D'autres recherches ont conclu que les forces de caractère, telles que l'amour, le leadership, sont associées à des niveaux plus élevés de SMP (Lim, 2015a ; Rankin, 2015), et de satisfaction à l'égard de la vie (Proctor et *al.*, 2011).

Selon l'étude de Cardak (2013), un faible contrôle des impulsions engendre un niveau faible de bien-être psychologique.

Par ailleurs, les personnes qui déclarent avoir plus des comportements affectueux et positifs évaluent leur vie plus satisfaisante que celles qui ont des comportements négatifs et violents. Ces dernières ont des activités positives qui sont associées positivement au niveau de bien-être émotionnel et psychologique (Steger et *al.*, 2008).

1.5.6. Spiritualité et religiosité

La religion/spiritualité fait partie des facteurs associés à la SMP. L'étude de Ganga et *al.* (2014) a révélé que le niveau de SMP est plus élevé chez les jeunes chrétiens et les jeunes hindous que chez les jeunes musulmans. Les résultats sont controversés. Burris et *al.* (2009) et Rankin (2015) ne constatent aucune association significative entre la spiritualité, la religion et les niveaux de bien-être psychologique et de SMP.

1.5.7. Stress de la vie courante

Des études ont révélé une association significative entre le stress perçu et les niveaux de bien-être émotionnel, de satisfaction de la vie, du bien-être psychologique et social. Le niveau

élevé de stress interpersonnel perçu est associé à des niveaux plus faibles de satisfaction à l'égard de la vie (Coffman et Gilligan, 2002), de bien-être psychosocial (Murdock et *al.*, 2015). Park et *al.* (2014) précisent, dans leur étude, que le stress lié à la réussite scolaire est associé à un niveau plus faible de bien-être psychologique. Michalec et Keyes (2013) ajoutent que le niveau de stress interpersonnel augmenterait d'abord avec les niveaux de bien-être social, psychologique avant d'atteindre le niveau de bien-être émotionnel. O'Sullivan (2011), quant à elle, explique que le niveau de satisfaction à l'égard de la vie tend à augmenter avec les réactions positives lorsque les personnes sont face au stress. Cependant, pour Iwamoto et Liu (2010), le stress interpersonnel perçu n'est pas significativement associé au niveau de bien-être psychologique.

Au regard de ce qui précède, l'on reconnaît l'association entre les facteurs individuels et la SMP chez les jeunes adultes vivant dans la société.

1.6. Facteurs familiaux

Peu d'études documentent les facteurs familiaux liés aux trois dimensions du bien-être (bien-être émotionnel, psychologique, social) et la SMP. Parmi les facteurs considérés se retrouvent les relations familiales, le style parental, le revenu du ménage.

1.6.1. Relations familiales

Les relations familiales sont associées positivement au bien-être psychologique. Les résultats d'une étude révèlent que l'affection parentale est un facteur important du bien-être psychologique. Les personnes de familles non recomposées avaient des niveaux plus élevés de bien-être psychologique que celles de familles recomposées (Love et Murdock, 2004). Cela pourrait s'expliquer par le fait que certains jeunes adultes ne vivant plus avec leurs parents biologiques n'ont plus de liens affectifs avec ces derniers.

Une autre étude a montré que les étudiants habitant avec leurs parents, leurs familles ont un niveau plus élevé de bien-être subjectif que ceux vivant dans les résidences (dortoir, location, avec d'autres familles) (Sivis-Cetinkaya, 2013). Les résultats sont controversés. La recherche de Chow (2005) n'observe aucune association entre les relations familiales telles que l'environnement récréatif et de cohésion au sein de la famille et le niveau de satisfaction à l'égard de la vie.

1.6.2. Style parental

Une étude américaine a révélé que le niveau de satisfaction à l'égard de la vie des étudiants âgés de 18 à 23 ans diminue avec le niveau élevé de contrôle parental. Plus ils reçoivent de contrôles parentaux, plus leur niveau de satisfaction à l'égard de la vie est faible. Cela semblerait les éloigner psychologiquement de leurs parents et empêcherait aussi leur bonheur, leur autonomie et leur épanouissement psychologique (Schiffirin et *al.*, 2014).

1.6.3. Revenu du ménage

Le revenu du ménage est associé à des niveaux plus élevés de bien-être subjectif (émotionnel), de bien-être psychologique. Les personnes de niveau de revenu élevé ont un niveau élevé de bien-être subjectif. Ils sont plus heureux et ont un fonctionnement plus positif que ceux à revenu faible (Sivis-Cetinkaya, 2013). Une étude ajoute le niveau intermédiaire du revenu. Les auteurs rapportent que les personnes de familles à faible revenu ont un niveau de bien-être psychologique identique à ceux venant de familles à revenu intermédiaire (Bowman, 2010). Ils ont des niveaux inférieurs d'autonomie. Cette relation se justifie par le fait qu'avoir moins de problèmes financiers procurerait plus d'autonomie, de satisfaction dans la vie et de sentiments plus positifs (Bowman, 2010 ; Sivis-Cetinkaya, 2013).

1.7. Facteurs communautaires

Certaines études ont montré que les facteurs communautaires associés à la SMP sont aussi importants que les facteurs individuels et familiaux. En effet, l'implication communautaire, les réseaux sociaux, le soutien social sont des déterminants robustes de la SMP.

1.7.1. Implication communautaire

Les personnes qui participent à des activités communautaires telles que les clubs d'étudiants, la participation aux événements sociaux, aux activités sportives, récréatives, vacancières ont des niveaux élevés de satisfaction à l'égard de la vie et des affects positifs (Allan et *al.*, 2013). Les résultats d'une étude suédoise révèlent que la participation aux événements sociaux est associée à un meilleur niveau de SMP (Winzer et *al.*, 2014). Cicognani et al. (2008), Siviş-Cetinkaya (2013), Steger et *al.* (2008) et Syed et *al.* (2013) observent des relations similaires dans leurs études italienne, turque, iranienne et américaine. Les auteurs affirment que la participation aux activités sociales positives organisées par les clubs étudiants, les groupes ethniques auxquels l'individu appartient, est associée à des niveaux plus élevés de bien-être social, subjectif, hédonique et eudémonique. Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que les relations entre les pairs permettant le partage des activités communes, des expériences, favoriseraient la manifestation des sentiments plus positifs (Siviş-Cetinkaya, 2013 ; Steger et *al.*, 2008).

1.7.2. Réseaux sociaux

Les études sur le lien entre les réseaux sociaux et la SMP ont donné des résultats controversés. Certains auteurs comme Cardak (2013) et Kross et *al.* (2013) ont montré que l'utilisation de l'internet et le contact social direct interfèrent de façon significative pour prédire les changements négatifs de satisfaction à l'égard de la vie, du bien-être psychologique dans le temps. Dans l'étude de Kross et *al.* (2013), plus les personnes utilisent Facebook avec une fréquence élevée, plus leur niveau de satisfaction à l'égard de la vie diminue. Cardak

(2013) précise, en utilisant la mesure du bien-être psychologique, que la diminution du niveau de bien-être est tributaire du niveau élevé de dépendance à l'internet qui est susceptible de provoquer un niveau faible de bien-être psychologique. Cet avis ne fait pas l'unanimité. Une étude montre que les réseaux sociaux semblent avoir de faibles impacts directs sur le niveau de bien-être psychologique (Liu et Yu, 2013). Pour Park et *al.* (2014), il n'existe aucune association significative entre l'utilisation du Facebook ou de l'internet et le bien-être psychologique. Selon les auteurs, l'association ne devient significative que chez des personnes qui ont une faible capacité à surmonter les difficultés de la vie. Elle dépend aussi de la manière d'utiliser les réseaux sociaux, de la nature de la communication ainsi que des objectifs à atteindre lors des échanges.

1.7.3. Soutien social

Le soutien social est un facteur important de la SMP ou du bien-être psychologique. Liu et Yu (2013) et Pesigan et *al.* (2014) observent que le soutien social augmente avec le niveau de bien-être psychologique. Bien que l'étude ne soit pas faite avec le même instrument de mesure, Coffman et Gilligan (2002) confirment ces résultats sur la satisfaction à l'égard de la vie. D'autres recherches ne peuvent mettre en lumière cette association dont celles de Gülaçti (2010) et de Wang et Castañeda-Sound (2008) qui ne trouvent aucune relation significative entre le soutien social ni avec la famille, ni avec les amis et les niveaux de bien-être subjectif ou de satisfaction à l'égard de la vie.

Outre les facteurs communautaires en l'occurrence l'implication communautaire, les réseaux sociaux, le soutien social, d'autres, identiques, influencent la SMP chez les jeunes adultes. Entre autres, les déterminants qui ont des impacts sur les trois dimensions du bien-être (émotionnel, psychologique, social) sont l'environnement du travail, l'environnement social ou bâti du quartier, l'appartenance sociale.

1.7.4. Environnement social ou bâti du quartier

Des études ont observé que la qualité de l'environnement, familial et social du quartier ou de l'université ont des effets notables directs sur les niveaux de SMP, de satisfaction à l'égard de la vie ou de bien-être psychologique. Pour Chow (2005) et Ganga et *al.* (2014), les meilleures conditions de vie telles que l'aspect physique du lieu de résidence, les personnes avec qui l'individu vit dans le quartier ou dans la famille, favorisent un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie et de SMP.

Une autre étude précise que les facteurs environnementaux sont moins associés au niveau de bien-être psychologique des jumeaux monozygotes et dizygotes que les facteurs génétiques qui expliquent entre 37 et 64% de la variance totale du bien-être psychologique (Gigantesco et *al.*, 2011).

1.7.5. Appartenance sociale

Des études ont montré que l'identité raciale, ethnique, l'appartenance à une organisation sociale sont positivement liées aux niveaux de bien-être subjectif, psychologique ou eudémonique (Schwartz et *al.*, 2013) ou de SMP (Ganga et *al.*, 2014). Iwamoto et Liu (2010) trouvent une relation identique dans leur recherche sur l'association entre l'identité ethnique, l'affirmation de cette identité et le niveau de bien-être psychologique. Toutefois, certains auteurs ne réussissent pas à montrer cette association entre l'appartenance sociale et les niveaux de bien-être subjectif ou eudémonique. Pour Syed et *al.* (2013), la recherche de cette identité est négativement associée au niveau de bien-être subjectif, eudémonique. De même, l'absence de reconnaissance à une activité communautaire, les sentiments développés par l'identité ethnique, culturelle diminueraient les niveaux de satisfaction à l'égard de la vie, des affects positifs (Allan et *al.*, 2013) ou du bien-être subjectif (Schmidt et *al.*, 2014).

1.7.6. Relations avec les pairs et les amis

Dans une étude, Chow (2005) a montré que les individus qui ont un niveau élevé de relation interpersonnelle enrichissante et satisfaisante montrent un niveau plus élevé de la satisfaction de la vie. Il ajoute que les personnes qui entretiennent des relations avec des personnes importantes sont plus satisfaites de leur vie. Pour les auteurs comme Schmidt et *al.* (2014) et Bowman (2010), les interactions sociales faibles ou négatives contribuent à de faibles niveaux de bien-être subjectif, psychologique.

1.8. Facteurs sociaux

1.8.1. Stigmatisation

Une étude a révélé que les expériences perçues de stigmatisation sont significativement liées aux niveaux inférieurs de bien-être psychologique (Baams et *al.*, 2013). Cette relation est particulièrement démontrée chez les jeunes adultes de minorités sexuelles.

1.8.2. Culture et valeurs

Une étude a révélé que les valeurs liées aux comportements favorisant la santé en l'occurrence la pratique de l'activité physique, l'évitement de la consommation d'alcool sont associées à un meilleur niveau de bien-être psychologique (Burris et *al.*, 2009). Vansteenkiste et *al.* (2006) trouvent que les valeurs extrinsèques (réussite financière, image, apparence physique) sont inversement associées au bien-être subjectif. Ils montrent également une association positive avec les valeurs intrinsèques (croissance, contribution communautaire, affiliation). Schwartz et *al.* (2013) constatent une association similaire dans leur étude américaine réalisée auprès d'immigrants. Les auteurs observent que les valeurs individuelles sont positivement et significativement associées au niveau de bien-être psychologique mais moins fortement au niveau de bien-être subjectif. Pour Yetim (2003), le niveau de satisfaction à l'égard de la vie augmente avec l'individualisme. Par ailleurs, Schwartz et *al.* (2013) et

Yetim (2003) affirment que les valeurs collectives sont négativement liées aux niveaux de bien-être psychologique, de satisfaction à l'égard de la vie comparativement aux valeurs individuelles. Selon Schwartz *et al.* (2013), ces résultats se justifient par le fait que les valeurs individuelles sont plus liées aux aspects du bien-être psychologique, à l'autonomie et à la maîtrise de l'environnement contrairement aux valeurs collectives. Une autre étude révèle une association inverse entre les valeurs accordées au matérialisme et le niveau de bien-être subjectif (Karabati et Cemalcilar, 2010). Ce n'est pas le cas pour Lim (2015b) pour qui, les valeurs accordées à une personne ou à quelque chose seraient associées à un meilleur niveau de SMP. Iwamoto et Liu (2010) arrivent à des résultats identiques dans leur étude auprès d'étudiants internationaux asiatiques, américains et asiatiques bien que les instruments de mesure soient différents. Les auteurs concluent que l'importance que les étudiants asiatiques accordent à leurs valeurs augmente leur niveau de bien-être psychologique. Ils précisent que ces valeurs ont des effets modérateurs sur la relation entre le stress lié à leur statut d'étudiants internationaux et le niveau de bien-être psychologique. Selon eux, cette augmentation du bien-être psychologique est possible grâce aux relations positives qu'ils entretiennent avec autrui, à l'acceptation de leurs passé et idéologie.

1.9. Facteurs sociodémographiques

Certaines caractéristiques sociodémographiques s'avèrent incontournables dans l'analyse des effets des facteurs liés à la SMP. Des études ont identifié des facteurs sociodémographiques notamment l'âge, le genre, le statut matrimonial, le niveau de scolarité, l'ethnicité. Toutefois, leur relation avec la SMP n'est pas toujours claire.

1.9.1. Âge

La littérature a montré des résultats controversés sur l'association entre l'âge et la satisfaction à l'égard de la vie ou le bonheur ou le bien-être psychologique ou la SMP. Ainsi, Duncan *et al.* (2013), dans leur étude concluent que le bonheur augmente avec l'âge. Bowman

(2010) et Winzer et *al.* (2014) trouvent des relations inverses. Pour eux, les niveaux de bien-être psychologique et de SMP diminuent avec l'âge. Bowman (2010) précise que l'âge a un effet modérateur sur la relation entre le niveau d'éducation et le niveau de but dans la vie. Selon l'auteur, les étudiants de premier cycle collégial âgés de plus de 20 ans ont un niveau plus élevé de but dans la vie que ceux ayant moins de 20 ans. Winzer et *al.* (2014) tentent d'expliquer cette différence par la croissance du chômage pendant ces dernières décennies. Chow (2005), Costa et *al.* (2013), Fagley (2012), Lim (2015a), Michalec et Keyes (2013), ainsi que Park et *al.* (2014) ne partagent pas cet avis. Dans leurs études, il n'existe aucune association significative entre l'âge et la satisfaction à l'égard de la vie ou la SMP ou le bien-être psychologique.

1.9.2. Genre

Les recherches relatives à l'association entre le genre et la satisfaction à l'égard de la vie ou le bonheur ou le bien-être subjectif ou le bien-être psychologique ou la SMP ont donné des résultats controversés. Certains travaux antérieurs ont trouvé une association significative et positive entre le genre et la SMP, le bien-être subjectif ou psychologique. Sivis-Cetinkaya (2013) a montré que les femmes turques sont plus satisfaites que les hommes. Cependant, les hommes ont de meilleurs niveaux d'affects positifs, de SMP que les femmes (Ganga et *al.*, 2014 ; Sivis-Cetinkaya, 2013). Pour Ganga et *al.* (2014) qui ont réalisé leur étude avec un échantillon de jeunes adultes indiens, ces différences sont tributaires des inégalités sexuelles faites par les parents et des stéréotypes liés aux contextes culturels. Ces conclusions ne font pas l'unanimité. Pour Duncan et *al.* (2013), les femmes italiennes et écossaises sont plus heureuses que les hommes. Bowman (2010) trouve une relation similaire dans son étude chez des américains en dépit des différences méthodologiques. Il conclut que les femmes ont un meilleur niveau de bien-être psychologique que les hommes. Yetim (2003) et Joshanloo et *al.* (2012) observent que le genre a un effet modérateur sur la relation entre le statut d'étudiants et le niveau de satisfaction à l'égard de la vie ou le bien-être social d'étudiants. Yetim (2003) affirme que chez les étudiants académiciens, les femmes sont plus satisfaites de leur vie que les hommes. En revanche, lorsqu'ils sont aux études universitaires, les hommes sont plus

satisfaits que les femmes. Joshanloo et *al.* (2012) partagent cet avis dans leur étude sur le bien-être social. Selon eux, les hommes ont un niveau plus élevé de bien-être social que les femmes. D'autres n'observent aucune différence significative entre le genre et la satisfaction à l'égard de la vie, le bien-être psychologique et la SMP (Chow, 2005 ; Costa et *al.*, 2013 ; Fagley, 2012 ; Baams et *al.*, 2013 ; Park et *al.*, 2014 ; Lim, 2015a ; Liu et Yu, 2013 ; Michalec et Keyes, 2013 ; Murdock et *al.*, 2015; Ridner et *al.*, 2016).

1.9.3. Niveau de scolarité

Peu d'études ont établi l'association entre le niveau de scolarité et le bien-être subjectif ou la SMP des jeunes adultes. Parmi celles qui l'ont fait, il existe des résultats controversés. Une étude a montré que le niveau de bien-être subjectif augmente avec le niveau de scolarité (Schwartz et Drotar, 2009). La recherche de Hu (2015), bien que réalisée dans un contexte culturel différent, parvient à la même conclusion. Pour lui, les jeunes adultes résidants en zone urbaine ayant des niveaux élevés de scolarité sont plus heureux que ceux qui ont de faibles niveaux de scolarité. Ridner et *al.* (2016) ne trouvent aucune association significative dans leur étude.

1.9.4. Réussite scolaire

Des recherches ont montré des associations significatives entre la réussite scolaire et les niveaux de bien-être subjectif ou de satisfaction à l'égard de la vie, de bien-être psychologique. Selon Sivas-Cetinkaya (2013) et Bowman (2010), le fait de réussir aux études est associé à des niveaux élevés de bien-être subjectif d'étudiants, de bien-être psychologique. Chow (2005) ajoute qu'au-delà de cette réussite scolaire ou universitaire, les étudiants qui sont satisfaits de leur expérience scolaire ou universitaire sont plus satisfaits de leur vie que ceux qui sont insatisfaits de cette expérience. Dans leur étude, Park et *al.* (2014) tentent d'expliquer ces résultats par les compétences qu'ont les personnes. Par exemple, les personnes qui sont compétentes en anglais ont un niveau élevé de bien-être psychologique.

1.9.5. Statut d'étudiants

Le statut d'étudiant est un facteur sociodémographique associé aux niveaux de satisfaction à l'égard de la vie, de bien-être social, de la SMP des jeunes adultes. Les études de Ganga et *al.* (2014), Joshanloo et *al.* (2012) et Yetim (2003) ont montré que le fait d'être étudiant est meilleur pour la SMP, le bien-être social, la satisfaction à l'égard de la vie que lorsqu'on ne l'est pas, par exemple, pour être satisfait dans la vie, heureux, intégré dans la société et y contribuer efficacement, pour avoir des relations positives avec autrui, maîtriser son environnement, s'accepter ou être autonome.

1.9.6. Autres facteurs sociodémographiques

D'autres recherches sur les facteurs tels que le statut d'emploi, le statut matrimonial, le statut socioéconomique, le statut ethnique et racial, la durée de l'immigration présentent également des résultats controversés.

Une étude a révélé que le statut d'emploi, en l'occurrence le fait d'avoir une profession, est associé positivement à la SMP (Ganga et *al.*, 2014).

En ce qui a trait à l'association avec le statut matrimonial, la même étude a observé que les jeunes adultes mariés ont un niveau modérément plus faible de SMP que ceux qui ne le sont pas. Les auteurs expliquent ce résultat par le fait que les jeunes femmes étaient mariées précocement et que l'échantillon des répondants mariés représentait plus de 90% de femmes mariées.

Par ailleurs, Chow (2005) constate dans son étude que les personnes qui ont un niveau élevé de statut socioéconomique sont plus satisfaites de leur vie que celles qui ont un niveau faible.

En outre, une étude a montré que les étudiants d'origines hispanique, asiatique, amérindienne présentent des niveaux plus élevés de bien-être psychologique que ceux d'origine afro-américaine et d'autres races ou ethnies (Bowman, 2010). Fagley (2012),

Schwartz et Drotar (2009), Wang et Castañeda-Sound (2008) et Michalec et Keyes (2013) ne trouvent aucune association significative entre l'origine ethnique ou raciale et les niveaux de satisfaction à l'égard de la vie, ou de bien-être subjectif, ou encore de SMP.

Pour ce qui est de l'association entre la durée d'immigration et le bien-être psychologique, Park et *al.* (2014) n'observent aucune association significative.

1.10. Résumé

La SMP est un concept large englobant plusieurs dimensions, par exemple le bien-être émotionnel, psychologique, social qui semble être difficile à circonscrire et à comprendre. Cette complexité entraîne une pluralité de définitions qui souvent ne sont pas claires. Jusqu'à ce jour, il n'existe aucun consensus universel sur la définition (Institut canadien d'information sur la santé, 2009, 2011). Cependant, plusieurs études sont réalisées et montrent que la SMP est plus que l'absence de maladie mentale (Keyes, 2002). Cette nouvelle vision du concept a permis la réalisation d'études dans ce domaine. Cependant, elles sont encore peu nombreuses. La plupart des recherches sont faites en considérant, soit une seule dimension, par exemple le bien-être émotionnel, soit un seul aspect d'une dimension, par exemple, le bonheur, la satisfaction à l'égard de la vie faisant partie du bien-être émotionnel. Ces études ont mis en évidence certains facteurs individuels notamment, l'état de santé perçue, les habitudes de vie (activité physique, habitudes alimentaires et sexuelles à risque), la consommation de substances (alcool, drogue, tabac), les traits de personnalité, le stress, la spiritualité, les facteurs familiaux tels que les relations familiales, le revenu du ménage, et les facteurs communautaires, en l'occurrence l'implication communautaire, les réseaux sociaux, le soutien social, et les facteurs sociaux tels que la culture et les valeurs. Les résultats des études, pour la majorité de ces facteurs, sont controversés. En outre, les études présentent d'énormes différences méthodologiques caractérisées par le chevauchement des âges (16-25 ans, 17-32 ans, 18-24 ans, 19-35, 23-24 ans, 25-32 ans) et diverses échelles de mesure de la SMP telles que les échelles de la satisfaction avec la vie (Diener et *al.*, 1985), du bien-être social (Keyes, 1998), du bien-être psychologique (Ryff et Keyes, 1995), le MCH-SF (Keyes, 2002, 2005).

Par ailleurs, la plupart des quatre niveaux de facteurs associés à la SMP sont souvent pris isolément et réalisés sur les jeunes aux études. Certaines études montrent également l'association entre certains facteurs et la SMP en fonction de l'âge et du genre. Par exemple, Yetim (2003), Joshanloo et *al.* (2012) et Bowman (2010) montrent que les effets du statut d'étudiants sur le niveau de satisfaction à l'égard de la vie, du but dans la vie varient selon l'âge et le genre. Rares sont les études qui ont pris en compte les jeunes adultes dans la population générale et aussi les effets des facteurs sur la SMP selon l'âge et le genre. Cette insuffisance entraîne une méconnaissance de ces facteurs permettant de promouvoir la SMP chez cette tranche d'âge de la population. Ainsi, notre étude contribuera à combler, en partie, des lacunes importantes sur les connaissances portant sur ce concept chez des jeunes adultes de 18 à 29 ans.

1.11. Questions de recherche

La présente étude tente de répondre aux questions suivantes :

Quels sont 1) les facteurs sociodémographiques associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ? ; 2) les facteurs individuels associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ? ; 3) les facteurs familiaux associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ? ; 4) les facteurs communautaires associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ? ; 5) les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux, communautaires associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ? Et est-ce que les associations entre ces facteurs et la SMP varient en fonction de l'âge et du genre chez les jeunes adultes ?

La présente étude est réalisée à partir des données dans l'ESCC-SM 2012. Les facteurs disponibles, à la fois, dans l'ESCC-SM et dans le cadre conceptuel élaboré par Orpana et *al.* (2016). La figure 2 présente les facteurs identifiés par Orpana et *al.* (colonne # 1), les facteurs inclus dans l'analyse (colonne # 2) et le concept de SMP utilisé dans la présente étude (colonne # 3). Certains facteurs sont exclus de l'analyse parce qu'ils n'étaient pas documentés dans l'ESCC ou qu'ils comportaient des valeurs manquantes ne pouvant pas être imputées. Ce sont le statut d'immigration, le statut socioéconomique pour les facteurs

sociodémographiques, l'indice de masse corporelle, le sommeil pour les facteurs individuels, la composition du ménage pour les facteurs familiaux, l'environnement du travail pour les facteurs communautaires et la discrimination pour les facteurs sociaux.

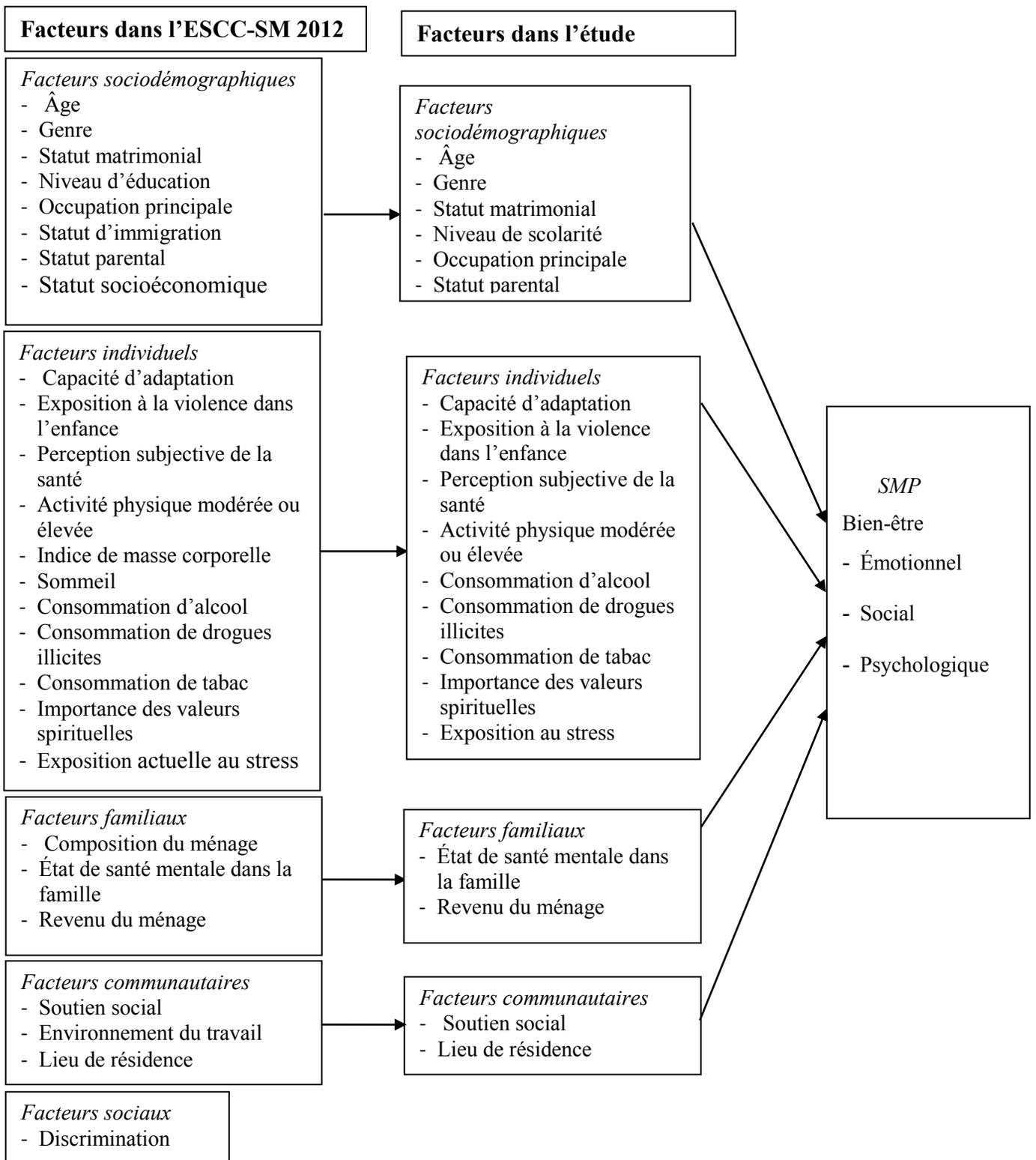


Figure 2. Cadre conceptuel de la SMP proposé par la présente étude

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre décrit la démarche méthodologique adoptée dans cette étude. Il s'agit de la source de données, de la population cible et de l'échantillon, des variables à l'étude, des méthodes d'analyse ainsi que des considérations éthiques.

La présente étude est effectuée à partir des données de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes – Santé Mentale 2012 (ESCC–SM 2012). Cette enquête est transversale. Son but est de recueillir des renseignements relatifs à l'état de santé mentale de la population canadienne, aux déterminants de la santé, à l'utilisation des services de santé mentale et aux traitements reçus en santé mentale (consultations médicales, hospitalisations, thérapies, conseils, consommation de médicaments, etc.) (Statistique Canada, 2013, 2015).

2.1. Sources de données

L'enquête populationnelle ESCC-SM 2012, conduite par Statistique Canada, s'est déroulée du 2 janvier au 31 décembre 2012. Elle a ciblé la population âgée de 15 ans et plus, vivant dans les 10 provinces canadiennes. L'enquête exclut les résidents des trois territoires, les personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones, les membres à temps plein des forces canadiennes et la population vivant en établissement. Ensemble, les personnes exclues de l'ESCC-SM 2012 correspondent environ 3% de la population canadienne (Statistique Canada, 2013, 2015).

Une procédure d'échantillonnage en trois phases a été effectuée : 1) la sélection des régions géographiques ou grappes, réparties en fonction de la taille de population ; 2) la sélection d'un échantillon de ménages choisis au hasard à l'intérieur de chaque grappe ; et 3) la sélection d'un répondant âgé de 15 ans et plus, par ménage. La collecte des données s'est déroulée pendant six périodes de deux mois, sans chevauchement. Elle a été effectuée au moyen de la méthode IPAO (Interview sur Place Assistée par Ordinateur) (Statistique Canada, 2013, 2015).

Les entrevues ont été faites, soit en personne (87%), soit par téléphone, selon la disponibilité du participant. Afin de faciliter la compréhension des questions, de réduire le fardeau de déclaration et de favoriser la réponse aux questions délicates et confidentielles, un livret de réponses a été présenté au répondant (Statistique Canada, 2013, 2015).

2.2. Population cible et échantillon

Au total, 25 113 personnes, représentatives des 28,3 millions de Canadiens ont participé à cette enquête de façon volontaire ; le taux de réponse est de 68,9%. L'échantillon utilisé dans la présente étude comprend 4242 répondants âgés de 18 à 29 ans, dont 52,7 % de femmes et 47,3 % d'hommes. Le taux de réponse pour les 18-29 ans n'a pas pu être obtenu en dépit des démarches effectuées auprès de Statistique Canada. Cependant, les taux de réponse pour les 15-24 ans et 25-44 ans sont respectivement 79,0% et 84,5%. Celui des 18-29 ans est compris entre ces proportions (Statistique Canada, 2013).

2.3. Définition des variables

2.3.1. Variable dépendante

La variable dépendante est la SMP. La définition de cette variable s'appuie sur celles de l'OMS (*World Health Organization*, 2004), de Keyes (2002, 2005) et de l'Agence de santé publique du Canada (2016) qui prônent la présence du bien-être émotionnel, du bien-être social et du bien-être psychologique. De manière opérationnelle, cette variable est définie par la fréquence de survenue des sentiments de bien-être au cours du dernier mois et est mesurée au moyen du Continuum de santé mentale-version abrégée (*Mental Health Continuum-Short Form* : MHC-SF) développée par Keyes (Keyes, 2002, 2005, 2007). Le MHC-SF est dérivé du *Mental Health Continuum-Long Form* (MHC-LF) comportant 40 items dont 7 pour le bien-être émotionnel, 15 pour le bien-être social et 18 pour le bien-être psychologique (Diener et al, 1985; Diener et al, 1999 ; Keyes, 1998, 2002, 2009 ; Magyar-Moe, 2009 ; Pavot et Diener, 1993; Ryff et Keyes, 1995).

Le MHC-SF mesure trois dimensions du bien-être global. Il comprend 14 items dont 3 pour le bien-être émotionnel (1 à 3), 5 pour le bien-être social (4 à 8) et 6 pour le bien-être psychologique (9 à 14) (Keyes, 2002, 2005, 2007 ; Keyes et *al.*, 2008) (voir le tableau X, annexe 2). Les items sont cotés sur une échelle ordinale de type Likert à 6 points allant de « jamais » (0) à « tous les jours » (5). Par exemple, l’item 1 est « *Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti heureux(se) ?* ». Les 6 niveaux de réponses pour chaque item sont, « jamais », « une fois ou deux fois/semaine », « une fois/semaine », « deux ou trois fois/semaine », « presque tous les jours » et « tous les jours » (Keyes, 2009 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Lamers, 2012 ; Robitschek et Keyes, 2009 ; Westerhof et Keyes, 2010). Le score de l’échelle globale varie de 0 à 70 dont 0 à 15 pour le bien-être émotionnel, 0 à 25 pour le bien-être social et 0 à 30 pour le bien-être psychologique. Plus le score moyen de SMP est élevé, plus le répondant possède un niveau élevé de SMP (Keyes, 2007, 2009 ; Lamers et *al.*, 2011).

La première évaluation des propriétés psychométriques du MHC-SF, réalisée auprès de 1050 adultes âgés de 30 à 80 ans vivant dans des communautés sud-africaines, a révélé la validité, et la fiabilité de l’échelle. En utilisant le modèle de facteurs confirmatoires des théories de la structure latente, l’existence d’une structure à trois facteurs a été confirmée. D’après les analyses des alphas de Cronbach, le MHC-SF total possède un coefficient de consistance interne de 0,74 et ceux des sous-échelles vont de 0,59 à 0,67 (Keyes et *al.*, 2008). Le principe des deux continuums qui stipule que la santé mentale et la maladie mentale sont deux concepts distincts mais liés est attesté (Keyes, 2002). Ainsi, l’échelle a des corrélations modérément inverses avec l’échelle GHQ (*General Health Questionnaire*) ($r = -0,22$) et ses sous-échelles. En outre, ses corrélations avec certaines échelles notamment les échelles de la satisfaction avec la vie ($r = 0,37$), du sens de la cohérence ($r = 0,32$), d’auto-efficacité ($r = 0,39$), de « *Affectometer Positive Affect Scale* » ($r = 0,52$) sont modérément positives. L’évaluation des propriétés psychométriques du MHC-SF reprise aux Pays-Bas auprès d’un échantillon représentatif de 1 662 répondants âgés de 18 à 87 ans a confirmé ces résultats. Les analyses factorielles confirmatoires dans LISREL 8.7 ont mis en lumière la présence d’une structure à trois facteurs de bien-être (émotionnel, social et psychologique) et la mesure d’une seule dimension (Lamers et *al.*, 2011). D’après les résultats de l’alpha de Cronbach, les coefficients de consistance interne sont respectivement 0,89 pour l’échelle globale et 0,83 pour

le bien-être émotionnel, 0,74 pour le bien-être social et 0,83 pour le bien-être psychologique. Cela montre une cohérence interne élevée et acceptable. Lors de cette évaluation, la fiabilité test-retest indique une corrélation de 0,68 en moyenne pendant trois périodes successives de trois mois. La fiabilité test-retest sur une période de 9 mois donne une corrélation de 0,65. Le MHC-SF possède une bonne validité discriminante et convergente. (Keyes, 2009 ; Lamers et *al.*, 2011). L'invariance de l'échelle selon le sexe est également confirmée (Keyes, 2009 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Lamers, 2012 ; Robitschek et Keyes, 2009).

Suite à ces évaluations, plusieurs études antérieures ont vérifié les propriétés psychométriques de l'échelle dans différents groupes d'âges (adolescents, jeunes adultes, adultes) et divers contextes culturels, linguistiques tels que les États-Unis, les Pays-Bas, l'Afrique du Sud, l'Iran, la Suisse (De Bruin et Du Plessis, 2015 ; Joshanloo, 2016 ; Joshanloo et Lamers, 2016 ; Joshanloo, Wissing et *al.*, 2013 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Lamers, 2012 ; Robitschek et Keyes, 2009), la France (Salama-Younes, 2011a), l'Égypte (Salama-Younes, 2011b), la Chine (Guo et *al.*, 2015 ; Yin et *al.*, 2013), la Corée du Sud (Lim, 2014), la Pologne (Karaś et *al.*, 2014), l'Italie (Pettillo et *al.*, 2015), le Brésil (Machado et Bandeira, 2015), la Serbie (Jovanović, 2015), l'Inde (Singh et *al.*, 2015), le Canada (Doré et *al.*, 2016). Les résultats des analyses de ces études confirment une structure à trois facteurs corrélés. Des coefficients de consistance interne variant entre 0,74 et 0,94 pour l'échelle globale et de 0,37 à 0,92 pour les sous-échelles ont été observés, ainsi qu'une stabilité temporelle suffisante. Les analyses de validité convergente et discriminante confirment le modèle des deux continuums développé par Keyes (2002) (Diener et *al.*, 1985 ; Keyes et *al.*, 2008 ; Lamers et *al.*, 2011 ; Pavot et Diener, 1993).

Dans la présente étude, les résultats des analyses de l'alpha de Cronbach indiquent un coefficient de consistance interne de l'échelle globale de 0,88, soit 0,89 pour les hommes et 0,88 pour les femmes. Les coefficients des consistances internes sont 0,82 pour le bien-être émotionnel, 0,79 pour le bien-être social et 0,82 pour le bien-être psychologique. Ils sont élevés et proches de ceux obtenus lors de l'évaluation des propriétés psychométriques du MHC-SF aux Pays-Bas (Lamers et *al.*, 2011 ; Lamers, 2012).

2.3.2. Variables indépendantes

Au regard de la pertinence de certaines variables dans l'étude des facteurs associés à la SMP, la présente étude examine celles qui sont à la fois présentes dans la base de données et dans le cadre conceptuel. Ainsi, les variables retenues dans le cadre de l'étude sont de quatre ordres : sociodémographiques, individuelles, familiales et communautaires. Ces variables représentent les trois premiers niveaux contextuels définis dans le cadre conceptuel à savoir les niveaux individuels, familiaux, communautaires. Le niveau sociodémographique a été ajouté au vu de son importance dans l'étude de facteurs explicatifs de la SMP (Orpana et *al.*, 2016).

Le tableau XI de l'annexe 2 présente ces variables, leur définition opérationnelle ainsi que les instruments ayant servi à les mesurer.

2.3.2.1. Variables sociodémographiques

L'âge, allant de 18 à 29 ans, est obtenu en utilisant l'âge au moment de l'entrevue. Il est considéré comme une variable continue et est recodé de 0 à 11 à des fins d'analyse.

Le genre est une variable dichotomique et est codé tel que constaté par l'interviewer. Les modalités sont femme (codé 0) et homme (codé 1).

Le statut matrimonial est une variable dichotomique. La valeur 0 indique l'absence de conjoint (veuf, séparé, divorcé, célibataire ou jamais marié) et 1, la présence de conjoint (marié ou union libre).

Le niveau de scolarité correspond au plus haut diplôme obtenu par le répondant. Cette variable ordinale est regroupée en 4 catégories : aucun diplôme, diplôme secondaire, diplôme d'études postsecondaires, diplôme d'études universitaires (Statistique Canada, 2013). Les scores vont d'aucun diplôme (0) à diplôme universitaire (3).

L'occupation principale, variable catégorielle, est obtenue au moyen du statut d'emploi et du statut d'étudiant pour indiquer la profession ou l'emploi que le participant exerce la majeure partie de son temps au cours de la dernière semaine. Quatre catégories sont définies comme suit : ni emploi/ni études (codé 0), emploi seulement (codé 1), études seulement (codé 2), emploi et études (codé 3). Des variables *dummy* sont créées pour la variable « occupation principale » car elle présente 4 catégories.

Le statut parental est déterminé à partir de la présence (codé 1) ou l'absence (codé 0) d'un enfant du répondant au sein du ménage.

2.3.2.2. Variables individuelles

La capacité d'adaptation est mesurée à l'aide des items de type Likert à 5 points, évaluant la capacité qu'a le répondant à faire face aux situations imprévues dans sa vie quotidienne. Cette variable ordinale comprend 2 items : 1) « *En général, comment évaluez-vous votre capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles, par exemple, une crise familiale ou personnelle ? Diriez-vous que votre capacité est... ?* » et 2) « *En général, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie, par exemple, faire face aux responsabilités vis-à-vis du travail, de la famille et du bénévolat ? Diriez-vous que votre capacité est... ?* ». Cette variable est recodée en 5 points allant de mauvaise (0) à excellente (4) (Statistique Canada, 2013). La moyenne de ces 2 items constitue le score total pour cette variable.

L'exposition à la violence dans l'enfance est mesurée à l'aide des réponses des participants indiquant avoir été victimes ou non de violence avant l'âge de 16 ans. Cette variable est dérivée des items liés à l'exposition aux violences entre les parents du répondant (CEX_Q01) (CEX : *Childhood Experiences*), à la violence physique des parents ou autres adultes (CEX_Q02 à CEX_Q04) et à la violence sexuelle (CEX_Q05 à CEX_Q06) (voir le tableau X, annexe 2). Ces items sont de type Likert allant de jamais (1) à plus de 10 fois (5) et sont estimés par la fréquence des types de violence. La violence est requise lorsqu'au moins un item répond à la fréquence minimale requise. Lorsqu'il s'agit des items pour les violences

sévères, il est classé comme violences sévères. Ces items proviennent de la version abrégée du « *Childhood Experiences of Violence Questionnaire (CEVQ-SF)* » qui est composée de sept items. Le CEVQ-SF est un bref questionnaire développé par Walsh et *al.* (2008) pour l'évaluation de la victimisation chez les jeunes de 12 à 18 ans. La première évaluation des propriétés psychométriques du CEVQ-SF réalisées auprès des jeunes ontariens montre de bonnes fiabilités et sensibilités. Les coefficients de fiabilité test-retest intraclasse sur une période de deux semaines sont 0,85 pour les violences physiques, 0,77 pour les violences physiques sévères, 0,92 pour les violences sexuelles et 0,87 pour les violences sexuelles sévères. En comparant les jugements des cliniciens et l'auto-évaluation des jeunes pour les mêmes types de violences, les coefficients de Kappa de Cohen sont respectivement 0,67, 0,64, 0,70 et 0,50. Une deuxième évaluation, effectuée auprès des jeunes ontariens âgés de 14 à 17 ans, confirme la fiabilité et la validité du CEVQ-SF. Une cohérence interne de 0,85 pour la violence physique seulement (alpha de Cronbach) et une fiabilité test-retest modérée, sur une période de deux semaines sont observées. Les coefficients Kappa de Cohen sont respectivement 0,61 pour la violence physique, 0,72 pour la violence physique sévère et 0,91 pour la violence sexuelle (Tanaka et *al.*, 2012). La validité de construit des évaluations psychométriques révèle que les jeunes ayant connu des expériences de maltraitance ont des prévalences élevées des troubles comportementaux et affectifs par rapport à ceux n'ayant pas été victimes (Tanaka et *al.*, 2012, Walsh et *al.*, 2008). Les prévalences de la dépression varient de 2,20 à 2,8 pour la violence physique et de 2,30 à 2,40 pour la violence sexuelle. Les prévalences des préoccupations sexuelles, des dissociations vont de 21,70 à 3,50 pour la violence physique et de 1,80 à 4,50 pour la violence sexuelle (Tanaka et *al.*, 2012).

Ces items ont été administrés aux participants âgés de 18 ans et plus pour des besoins de l'ESCC-SM. Dans la présente étude, les participants à l'ESCC-SM qui n'ont jamais subi de violence sont considérés comme des non-victimes et les autres, des victimes d'au moins un de ces types de violences. Il s'agit donc d'une variable dichotomique, avec les modalités oui (codé 1) et non (codé 0).

La perception subjective de la santé est mesurée par la perception que le participant a de sa santé au moyen d'une réponse à l'item : « *En général, diriez-vous que votre santé est... ?* ». À

l'aide d'un item de type Likert à 5 points, les participants sont appelés à répondre par excellente (1), très bonne (2), bonne (3), passable (4), mauvaise (5). Cette variable ordinale est recodée de manière à ce qu'un score plus élevé reflète une meilleure santé perçue (Statistique Canada, 2013). De plus, les modalités « mauvaise » et « passable » sont regroupées en raison de leur faible fréquence. Ainsi, les scores finaux vont de pas bonne (0) à excellente (3).

L'activité physique, variable continue, correspond au nombre moyen d'heures d'activités physiques modérées ou élevées au cours des 7 jours. Le nombre d'heures va de 0 (absence d'activité physique modérée ou élevée) à 70 heures par semaine, désignant le niveau le plus élevé d'activité physique d'intensité modérée ou élevée.

La consommation d'alcool, variable continue, correspond au nombre moyen de verres d'alcool consommés par jour au cours des 12 derniers mois. L'évaluation de cette variable s'appuie sur le questionnaire « *World Health Organization - Composite International Diagnostic Interview* (WHO-CIDI) » (Cooper et al., 1998).

Dans la présente étude, la variable a été adaptée en modifiant certains items du WHO-CIDI en vue de répondre aux besoins de l'ESCC-SM (Cooper et al., 1998 ; Kessler et al., 1998 ; Kessler et al., 1998 ; Statistique Canada, 2013). Le score varie de 0 à 30.

La consommation de drogues illicites est opérationnalisée par la consommation ou la non-consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois. Cette consommation peut être la consommation de plusieurs types de drogues illégales (cannabis, marijuana, etc.), incluant la consommation de médicaments à des fins non médicales. Comme la consommation d'alcool, cette variable dichotomique est issue de WHO-CIDI (Cooper et al., 1998 ; Kessler et al., 1998 ; Kessler et al., 1998 ; Statistique Canada, 2013). Les modalités de réponses pour cette variable sont oui (codé 1) et non (codé 0). Les participants ayant déclaré avoir consommé uniquement du cannabis une seule fois sont exclus des consommateurs de drogues illégales.

La consommation de cigarettes, variable continue, est obtenue au moyen de la quantité de cigarettes fumées par jour : « *Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour ?* ». Les participants sont invités à indiquer une consommation allant de 1 à 70 cigarettes par jour (Statistique Canada, 2013).

L'importance des valeurs spirituelles ou religieuses, variable ordinale, est déterminée au moyen de la question suivante : « *En général, dans quelle mesure les croyances religieuses ou spirituelles sont-elles importantes dans votre vie de tous les jours ?* ». La question provient du WHO-CIDI et de l'*Australian National Survey of Mental Health and Well-Being* de 2007. Cette dernière est une enquête épidémiologique visant à étudier la prévalence des troubles mentaux (Cooper et al., 1998 ; Slade et al., 2009 ; Statistique Canada, 2013). La variable est recodée en inversant les codes de sorte que, plus le score est élevé, plus les valeurs religieuses sont importantes. Nous avons obtenu un item de type Likert à 4 points allant de « pas du tout importantes » (0) à « très importantes » (3).

L'exposition au stress est mesurée à l'aide d'un item de type Likert à 5 points allant de pas du tout stressantes à extrêmement stressantes : « *En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont... ?* ». Cette question est issue de l'ESCC-SM et bien-être de 2002 et adapté pour les besoins de l'ESCC-SM 2012 (Statistique Canada, 2013). Après recodage de cette variable ordinale en inversant les codes, le score en 5 points varie de pas du tout stressantes (0) à extrêmement stressantes (4).

2.3.2.3. Variables familiales

L'état de santé mentale de la famille est mesuré par la présence ou l'absence d'un ou des membres de famille ayant des problèmes de santé mentale, d'alcool ou de drogues. La question « *un ou des membres de votre famille ont-ils des problèmes concernant leurs émotions, leur santé mentale ou leur consommation d'alcool ou de drogue ?* » provient également de WHO-CIDI et de l'*Australian National Survey of Mental Health and Well-Being* de 2007 (Cooper et al., 1998 ; Slade et al., 2009 ; Statistique Canada, 2013). Les modalités de réponse sont oui (codé 1) et non (codé 0).

Le revenu du ménage est classé en déciles allant de 1 (recodé à 0) à 10 (recodé à 9) à partir de la distribution de l'ensemble des revenus des ménages à l'échelle nationale. Plus le décile est élevé, plus le revenu du ménage est élevé. Il permet de comparer, de façon proportionnelle, le revenu du ménage de chaque répondant à l'ensemble des revenus des ménages répondants.

Cette variable découle de l'ESCC-Santé mentale et bien-être de 2002 et est une adaptation pour les besoins de l'ESCC-SM 2012 (Statistique Canada, 2013).

Dans le but d'éviter des analyses biaisées, de conserver la distribution du ménage et d'avoir des analyses appropriées, les données manquantes du revenu du ménage ont été imputées par Statistique Canada (2013). La stratégie d'imputation utilisée est la méthode du plus proche voisin. Cette méthode est fondée sur une modélisation du revenu du ménage avec quatre étapes. La première étape est la modélisation du revenu individuel, la deuxième, l'addition des valeurs individuelles pour obtenir le revenu du ménage, la troisième, la détermination indirecte de la valeur fiscale et la quatrième étape, l'amélioration de la valeur modélisée de l'étape 2 (Statistique Canada, 2013).

2.3.2.4. Variables communautaires

Le soutien social est mesuré à l'aide de l'Échelle de provisions sociales, créée par (Cutrona et Russell, 1987) et validée dans sa version française abrégée par Caron (1996).

L'échelle de provisions sociales originale, développée par Cutrona et Russell comprend 24 items mesurés sur une échelle de type Likert à 4 points allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (4). L'instrument mesure six dimensions du soutien social qui sont l'attachement, les conseils, l'intégration sociale, l'aide tangible, le besoin de se sentir utile et la réassurance. Quatre items mesurent chacune de ces dimensions. Le score global, allant de 14 à 70, est la somme du score des items. Les analyses factorielles confirmatoires valident la présence des six facteurs. Le coefficient de consistance interne (alpha Cronbach) de l'échelle globale est 0,91 (Caron, 1996 ; Cutrona et Russell, 1987 ; Cutrona et Russell, 1987).

Cet outil de mesure de la perception du soutien social reçu est validé en version française par Caron (Caron, 1996 ; Caron et Guay, 2005). Dans le cadre de l'ESCC-SM 2012, Caron (1996) a élaboré une version abrégée qui conserve les propriétés psychométriques des échelles originales. Il comprend 10 items mesurés sur une échelle de type Likert à 4 niveaux allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (4). Le score total de l'échelle globale varie

entre 10 et 40 (Statistique Canada, 2013). Le coefficient de la consistance interne de l'échelle est 0,96 (alpha Cronbach). Il est identique à celui de la présente étude, soit 0,92 pour les hommes et 0,94 pour les femmes (Caron, 1996 ; Caron et Guay, 2005). Dans le cadre de cette étude, l'échelle a fait l'objet d'un recodage de manière à ce que plus le score est élevé, plus le soutien social perçu est important. Cette variable ordinale est recodée de 0 à 30 à des fins d'analyse.

Le lieu de résidence est une variable dichotomique. Si le répondant vit dans une région qui a une concentration démographique d'au moins 1000 habitants et une densité populationnelle d'au moins 400 habitants au kilomètre carré, il est considéré comme vivant en milieu urbain. S'il habite dans une région dont la concentration démographique et la densité populationnelle sont au-dessous de ces seuils, il est considéré comme vivant en zone rurale. Les modalités sont: rurale (codé 0) et urbaine (codé 1).

2.4. Analyse des données

Les données sont analysées en utilisant SPSS 22.0.

Les analyses sont basées sur des données pondérées. La pondération consiste à diffuser les données représentatives de la population couverte par l'enquête. Pour ce faire, un poids de sondage est affecté à chaque répondant de l'échantillon. Ce dernier représente le nombre de personnes attribué au répondant dans l'ensemble de la population de l'enquête, en plus du répondant lui-même. Pour ce faire, les poids ont été calculés par Statistique Canada pour tenir compte du plan de sondage et de la non-réponse (Statistique Canada, 2013).

2.4.1. Imputation des valeurs manquantes

Quelques variables figurant dans le cadre conceptuel d'Orpana et *al* (2016) comme l'indice de masse corporelle, le sommeil, ont été exclues de l'analyse dans la présente étude en raison de leur nombre élevé de valeurs manquantes (voir la figure 2).

Les valeurs manquantes de certaines variables ont été imputées. Pour la SMP et le soutien social, les valeurs manquantes de chaque item ont été remplacées par la moyenne des valeurs rapportées par les répondants ayant une valeur valide pour cet item à la condition que le répondant ait une valeur valide pour un certain nombre d'items. Par exemple, pour la SMP, le répondant devait avoir une valeur valide pour au moins 10 des 14 items du MHC-SF et au moins 8 des 10 items de l'échelle de provisions sociales. Pour les autres variables, la stratégie utilisée est d'imputer les valeurs manquantes en se basant sur les réponses du répondant aux items d'une ou de plusieurs variables. Par exemple, l'imputation des valeurs manquantes pour le statut matrimonial s'appuie sur le type et la taille du ménage. Les parties 1 et 2 des tableaux XII de l'annexe 2 présentent le nombre de répondants pour lesquels des valeurs manquantes ont été imputées pour chaque variable.

Les valeurs manquantes de certaines variables (ex. capacité d'adaptation) n'ont pu être imputées. Moins de 3% (2,95% : 129/4371) des répondants de 18 à 29 ans ayant participé à l'ESCC-SM ont été exclus des analyses parce qu'ils avaient une valeur manquante pour une ou plusieurs variables étudiées. La comparaison du profil des répondants inclus et des répondants exclus (voir les parties 1 à 4 des tableaux XIII, annexe 2) suggère que l'exclusion des 129 répondants n'a pas créé de biais de sélection.

2.4.2. Description du profil des répondants

La description du profil des répondants selon le genre a été effectuée par une comparaison des pourcentages (test du Khi deux) pour les variables dichotomiques et catégorielles et par une comparaison des moyennes (Test T) pour les variables continues et ordinales.

2.4.3. Analyses de régressions linéaires simples et multiples

La présente étude vise à répondre aux questions suivantes :

Quels sont 1) les facteurs sociodémographiques associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ?; 2) les facteurs individuels associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ?; 3) les facteurs familiaux associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ?; 4) les facteurs communautaires associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ?; 5) les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux, communautaires associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ? Et est-ce que les associations entre ces facteurs et la SMP varient en fonction de l'âge et du genre chez les jeunes adultes ?

Des analyses de régression linéaire simple (une variable indépendante par régression) et multiple (une catégorie de facteurs, par exemple, facteurs sociodémographiques, par régression) sont effectuées.

Les coefficients de régression sont estimés par la méthode des moindres carrés. Les coefficients standardisés sont déterminés par la méthode des moindres carrés qui minimise la somme des carrés des erreurs. Les coefficients de régressions simples correspondent à l'association brute (i.e., bivariée) entre une variable indépendante et une variable dépendante. Les coefficients de régressions multiples correspondent à l'association entre une variable indépendante et une variable dépendante lorsque cette association est ajustée pour les autres variables dans le modèle. Les coefficients de régressions multiples ne peuvent être utilisés pour comparer l'importance de chaque variable indépendante dans la prédiction des valeurs de la variable dépendante parce que la valeur de ces coefficients dépend, entre autres, de l'échelle de mesure des variables. Les coefficients de régressions standardisés sont des coefficients de régressions multiples estimés à partir des valeurs centrées et réduites des variables de telle sorte que toutes les variables dans le modèle ont la même variance (i.e., 1) et la même moyenne (i.e., 0). Ces coefficients standardisés peuvent être utilisés pour comparer l'importance de chaque variable indépendante dans la prédiction des valeurs de la variable dépendante lorsqu'il n'y a pas de problème de multicolinéarité entre les variables indépendantes. Comme les corrélations, les coefficients standardisés varient de -1 à 1; plus le

coefficient standardisé est élevé (en valeur absolue), plus la contribution de la valeur indépendante à la prédiction des valeurs de la variable dépendante est importante.

2.4.4. Analyse de régression linéaire hiérarchique

La présente étude consiste à répondre à la question suivante :

Quels sont les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux, communautaires associés de façon significative à la SMP des jeunes adultes ? Et est-ce que les associations entre ces facteurs et la SMP varient en fonction de l'âge et du genre chez les jeunes adultes ?

Les analyses de régression linéaire hiérarchique ont servi à déterminer l'importance relative des associations entre ces variables et la SMP.

Les variables par bloc avec la méthode « *enter* » sont entrées. Le modèle de régression hiérarchique est composé de cinq blocs. Le premier bloc du modèle est composé des facteurs sociodémographiques ; les facteurs individuels sont entrés dans le deuxième bloc ; les facteurs familiaux, dans le troisième bloc ; et les facteurs communautaires, dans le quatrième bloc. Le cinquième bloc utilise la méthode pas-à-pas (stepwise) pour sélectionner les interactions de l'âge et du genre avec chaque variable indépendante des quatre premiers blocs. Les interactions dont le niveau de signification est inférieur à $p < 0,05$ sont retenues dans le modèle final. La validité du modèle de régression final s'appuie sur des analyses de résidus telles que les différences entre les valeurs observées de la SMP et les valeurs prédites par le modèle. La statistique Durbin-Watson est utilisée pour vérifier l'indépendance des erreurs ; une valeur près de 2 confirme cette indépendance.

Pour étudier la présence de multicolinéarité, les VIF (*Variance Inflation Factor*) avec un seuil de 5% sont examinés ; une valeur de VIF supérieure à 10 signale un problème de multicolinéarité.

Le test de Kolmogorov-Smirnov vérifie la normalité de la distribution des résidus ; la plupart des valeurs des résidus doivent se rapprocher de la moyenne qui est zéro.

2.5. Considérations éthiques

Sur le plan de la protection des répondants et de la confidentialité, un consentement oral, libre et éclairé est obtenu par Statistique Canada. Par ailleurs, les données nominales des répondants ne figurent pas dans la base de données (Statistique Canada, 2013, 2015).

La présente étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.

Par ailleurs, l'autorisation de Statistique Canada pour l'accès aux microdonnées à des fins de recherche a été obtenue.

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

Cette section présente d'abord le profil des répondants (tableaux I, parties 1 et 2), ensuite, l'association entre des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux, communautaires et la SMP (tableaux II à V) et enfin, les résultats de la régression linéaire hiérarchique (tableaux VI, parties 1, 2 et 3).

3.1. Profil des répondants

Les tableaux I (parties 1 et 2) présentent le profil des répondants regroupé par facteurs (sociodémographique, individuel, familial, communautaire) et selon le genre. Les intervalles de confiance sont indiqués dans les tableaux XIV de l'annexe 3 (parties 1 et 2).

La moyenne des répondants pour la SMP se situe à 53,51 sur un score allant de 0 à 70. Quant à la médiane, elle est à 55. Cela montre une distribution approximativement symétrique, donc normale.

Sur le plan sociodémographique, la moyenne d'âge des répondants est 23,5 ans.

Parmi les répondants, 27,3% des répondants sont mariés. Pour ce qui est du niveau de scolarité, la moyenne des répondants se situe à 1,7 sur un score allant de 0 (aucun diplôme) à 3 (diplôme universitaire). Plus de 57% des répondants sont en emploi, alors qu'environ 30% sont aux études et plus de 10% n'ont ni emploi, et ne sont pas aux études. De plus, 10,7% ont des enfants.

Sur le plan individuel, la moyenne de l'ensemble des répondants pour la capacité d'adaptation est 2,7 sur un score variant entre 0 et 4. Environ 40% des jeunes adultes ont été exposés à la violence dans leur enfance. La moyenne des répondants pour la perception subjective de leur santé se situe à 1,9 sur un score variant de 0 à 3.

En outre, la moyenne de l'échantillon se situe à 4,2 heures d'activités physiques modérées ou élevées par semaine et à 2,7 verres d'alcool par jour au cours des douze

derniers mois. Environ 25% des répondants ne consomment pas d'alcool. Chez les fumeurs, le nombre moyen de cigarettes par jour est 1,9 et plus de 84% ne fument pas.

Plus de 30% des répondants consomment des drogues illicites. En ce qui concerne l'importance des valeurs spirituelles et l'exposition actuelle au stress, les moyennes des répondants se situent respectivement à 1,3 sur un score allant de 0 à 3 et à 1,8 sur un score variant entre 0 à 4.

Sur le plan familial, près de 40% des répondants ont un membre de la famille avec des problèmes de santé mentale. Le décile moyen du revenu du ménage se situe à 4,2 sur un score allant de 0 à 9.

Sur le plan communautaire, la moyenne de l'ensemble des répondants se situe à 26,6 sur un score variant de 0 à 30 pour le soutien social perçu. Plus de 88% des jeunes adultes vivent en zone urbaine.

Tableau I. Profil des répondants - Partie 1

Variables	Femmes (moyenne/%) (n= 2004)	Hommes (moyenne/%) (n = 2238)	Total (moyenne/%) (n = 4242)
SMP	53,4	53,6	53,51
Facteurs sociodémographiques			
Âge	23,4	23,7	23,5
Statut matrimonial			
<i>Aucun conjoint</i>	68,4%	76,6%	72,7%
<i>Avec conjoint</i>	31,6%	23,5%	27,3%
Niveau de scolarité ^à	1,8	1,6	1,7
Occupation principale			
<i>Ni emploi, ni études</i>	13,3%	8,8%	10,9%
<i>Emploi seulement</i>	51,3%	62,5%	57,2%
<i>Étude seulement</i>	27,6%	22,2%	24,8%
<i>Emploi et études</i>	7,7%	6,5%	7,1%
Statut parental			
<i>Aucun enfant</i>	85,2%	92,9%	89,3%
<i>Avec enfant</i>	14,8%	7,1%	10,7%
Facteurs individuels			
Capacité d'adaptation	2,6	2,8	2,7
Exposition à la violence dans l'enfance			
<i>Non</i>	63,2%	57,8%	60,4%
<i>Oui</i>	36,8%	42,2%	39,6%
Perception subjective de la santé	1,9	1,9	1,9
Activité physique modérée ou élevée ^b	3,1	5,2	4,2
Consommation d'alcool ^c	2,0	3,4	2,7
Consommation de drogues illicites ^d			
<i>Non</i>	77,2%	63,0%	69,7%
<i>Oui</i>	22,8%	37,0%	30,3%

Tableau I - Profil des répondants - Partie 2

Variables	Femmes (moyenne/%) (n= 2004)	Hommes (moyenne/%) (n = 2238)	Total (moyenne/%) (n = 4242)
Facteurs individuels			
Consommation de tabac ^e	1,5	2,3	1,9
Importance des valeurs spirituelles	1,5	1,2	1,3
Exposition actuelle au stress	1,9	1,6	1,8
Facteurs familiaux			
État de santé mentale de la famille			
<i>Non</i>	55,0%	64,9%	60,2%
<i>Oui</i>	45,0%	35,1%	39,8%
Revenu du ménage ^f	3,9	4,4	4,2
Facteurs communautaires			
Soutien social	27,0	26,3	26,6
Lieu de résidence			
<i>Rural</i> ^g	12,4%	11,5%	11,9%
<i>Urbain</i> ^h	87,6%	88,5%	88,1%

^a Plus haut diplôme obtenu

^b Nombre moyen d'heures d'activité physique modérée ou élevée par semaine

^c Nombre de verres d'alcool consommés par jour au cours des 12 derniers mois

^d Toute consommation de drogues illicites excluant une seule fois le cannabis au cours des 12 derniers mois

^e Nombre de cigarettes fumées par jour

^f Décile du revenu total du ménage par rapport à la moyenne nationale

^g Centre de population ayant une concentration démographique d'au moins 1000 habitants et une densité populationnelle d'au moins 400 habitants au kilomètre carré

^h Région ayant une concentration démographique en deçà de 1000 habitants et une densité populationnelle en dessous de 400 habitants au kilomètre carré.

Intervalles de confiance des moyennes et proportions (voir les tableaux XIV (parties 1 & 2), annexe 3)

3.2. Facteurs sociodémographiques associés à la SMP

Les coefficients de régressions simples (deuxième colonne du tableau II) révèlent que les facteurs sociodémographiques sont associés de façon positive et statistiquement significative à la SMP à l'exception de l'âge et du genre (voir les parties 1 et 2 des tableaux XV, Annexe 3 : Comparaison de moyennes, corrélations et intervalles de confiance des coefficients de régressions). Ces coefficients indiquent que le niveau moyen de SMP augmente de 1,17 pour chaque niveau additionnel de scolarité et qu'il est plus élevé chez les jeunes adultes ayant un conjoint, un enfant ou une occupation que chez ceux qui, respectivement, n'ont pas de conjoint, d'enfant ou d'occupation.

La troisième colonne du tableau II présente les coefficients de régressions pour les facteurs sociodémographiques par rapport à la SMP. Lorsqu'on tient compte simultanément de tous ces facteurs, on constate que les coefficients de régression de l'âge et du genre augmentent considérablement et qu'ils sont maintenant statistiquement significatifs. Le niveau moyen de SMP diminue de 0,24 pour chaque année d'âge et est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, on observe une augmentation des coefficients de régression de 20,5% ($[1,53-1,27] / 1,27 = 20,5\%$) du statut matrimonial, de 22,2% du niveau de scolarité, de 57,4% du statut parental et une diminution des coefficients de régression de 17,2% de l'emploi seulement.

Les facteurs sociodémographiques expliquent 2,6% ($F= 14,38, p<0,001$) de la variance totale de SMP.

Selon les coefficients de régressions standardisés (quatrième colonne du tableau II), le niveau de scolarité et le fait d'être seulement aux études sont les principaux facteurs sociodémographiques associés à la SMP.

Tableau II. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs sociodémographiques par rapport à la SMP

Variables	Coefficients de régressions		
	Simple	Ajustés (R ² =0,026)	Standardisés
Âge	-0,01	-0,24***	-0,08
Genre (<i>Femme vs Homme</i>)	0,27	0,82*	0,04
Statut matrimonial (<i>Aucun vs Avec conjoint</i>)	1,27**	1,53**	0,06
Niveau de scolarité ^a	1,17***	1,43***	0,13
Occupation principale (<i>Ni emploi, ni études</i> ^b)			
<i>Emploi seulement</i>	2,73***	2,26***	0,10
<i>Étude seulement</i>	3,27***	3,19***	0,13
<i>Emploi et études</i>	3,74***	3,47***	0,08
Statut parental (<i>Aucun vs Avec enfant</i>)	1,22*	1,92**	0,06

^a Plus haut diplôme obtenu

^b Catégorie de référence

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Intervalles de confiance des coefficients de régressions (voir les tableaux XV (parties 1 & 2), annexe 3)

3.3. Facteurs individuels associés à la SMP

Tous les facteurs individuels sont associés de façon statistiquement significative à la SMP (voir les parties 1 et 2 des tableaux XVI, Annexe 3 : Comparaison de moyennes, corrélations et intervalles de confiance des coefficients de régressions). Les coefficients de régressions simples (Deuxième colonne du Tableau III) indiquent que le niveau moyen de SMP augmente de 6,39 pour chaque niveau additionnel de capacité d'adaptation, de 4,03 pour chaque niveau additionnel de perception subjective de la santé, de 0,21 pour chaque niveau additionnel d'activité physique. Par ailleurs, on observe une augmentation du niveau moyen de SMP pour chaque niveau additionnel d'importance des valeurs spirituelles et une diminution pour chaque consommation additionnelle d'alcool par jour, pour chaque cigarette additionnelle fumée par jour et pour chaque niveau additionnel d'exposition au stress. Le niveau moyen de SMP est moins élevé chez les jeunes adultes qui ont été exposés à la violence pendant leur enfance et chez les consommateurs de drogues illicites que chez ceux n'ayant pas été exposés à la violence et que chez les non-consommateurs de drogues.

La troisième colonne du tableau III présente les coefficients de régressions pour les facteurs individuels par rapport à la SMP. Elle révèle que des changements des coefficients de régression apparaissent lorsque tous les facteurs individuels sont considérés conjointement. Alors, on observe une diminution des coefficients de régressions de 39,6% avec l'exposition à la violence dans l'enfance, 66,7% pour la consommation du tabac, 59,5% pour l'exposition actuelle au stress, de 22,5% avec la capacité d'adaptation, de 55,1% pour la perception subjective de la santé, de 13,6% pour l'importance des valeurs spirituelles.

La variance totale de SMP expliquée par les facteurs individuels est de 30,3% ($F=204,39$, $p<0,001$).

Les coefficients de régressions standardisés de la quatrième colonne du tableau III donnant l'impact des variables montrent que la capacité d'adaptation est le principal facteur individuel associé à la SMP.

Tableau III. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs individuels par rapport à la SMP

Variables	Coefficients de régressions		
	Simple	Ajustés (R ² =0,303)	Standardisés
Capacité d'adaptation	6,39***	4,95***	0,35
Exposition à la violence dans l'enfance (<i>Non vs Oui</i>)	-5,35***	-3,23***	-0,15
Perception subjective de la santé	4,03***	1,81***	0,14
Activité physique modérée ou élevée ^a	0,21***	0,16***	0,07
Consommation d'alcool ^b	-0,30***	0,04	0,01
Consommation de drogues illicites ^c (<i>Non vs Oui</i>)	-4,28***	-1,72***	-0,07
Consommation de tabac ^d	-0,21***	-0,07	-0,04
Importance des valeurs spirituelles	1,40***	1,21***	0,12
Exposition actuelle au stress	-2,84***	-1,15***	-0,10

^a Nombre moyen d'heures d'activité physique modérée ou élevée par semaine

^b Nombre de verres d'alcool consommés par jour au cours des 12 derniers mois

^c Toute consommation de drogues illicites excluant une seule fois le cannabis au cours des 12 derniers mois

^d Nombre de cigarettes fumées par jour

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Intervalles de confiance des coefficients de régressions (voir les tableaux XVI (parties 1 & 2), annexe 3)

3.4. Facteurs familiaux associés à la SMP

Il existe une association statistiquement significative entre les deux facteurs familiaux et la SMP (tableau XVII, Annexe 3 : Comparaison de moyennes, corrélations et intervalles de confiance des coefficients de régressions). Les coefficients de régressions simples (Deuxième colonne du Tableau IV) indiquent que le niveau moyen de SMP est moins élevé chez les jeunes adultes ayant un membre de la famille avec des problèmes de santé mentale, de drogue ou d'alcool que chez ceux n'en ayant pas et qu'il augmente de 43% pour chaque décile additionnel du revenu du ménage.

La troisième colonne du tableau IV présente les coefficients de régressions pour les facteurs familiaux par rapport à la SMP. Elle montre de faibles modifications des coefficients de régression pour les facteurs familiaux par rapport à la SMP lorsqu'on tient compte conjointement des deux facteurs.

Les facteurs familiaux expliquent 3,4% ($F= 75$, $p<0,001$) de la variance totale de SMP. L'analyse des coefficients de régressions standardisés de la quatrième colonne du tableau IV indique que l'état de santé de la famille et le revenu du ménage ont des associations similaires avec la SMP.

Tableau IV. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs familiaux par rapport à la SMP

Variables	Coefficients de régressions		
	Simple	Ajustés ($R^2=0,034$)	Standardisés
État de santé mentale de la famille (<i>Non vs Oui</i>)	-3,14***	-3,22***	-0,15
Revenu du ménage ^a	0,43***	0,45***	0,12

^a Décile du revenu total du ménage par rapport à la moyenne nationale

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Intervalles de confiance des coefficients de régressions (voir le tableau XVII annexe 3)

3.5. Facteurs communautaires associés à la SMP

Les deux facteurs communautaires sont associés de façon statistiquement significative à la SMP (tableau XVIII, annexe 3 : Comparaison de moyennes, corrélations et intervalles de confiance des coefficients de régressions). Les coefficients de régressions simples (Deuxième colonne du Tableau V) indiquent que le niveau de SMP croît de 1,14 pour chaque niveau additionnel de soutien social et est moins élevé chez les jeunes adultes urbains que chez les jeunes adultes qui vivent dans une plus petite communauté, c'est-à-dire dans un centre de population ayant une concentration démographique inférieure à 1 000 habitants et une densité de population inférieure à 400 habitants par kilomètre carré.

La troisième colonne du tableau V présente les coefficients de régressions pour les facteurs communautaires par rapport à la SMP. Elle révèle une augmentation de 45,6% du coefficient de régression du lieu de résidence lorsqu'on tient compte du soutien social.

Les facteurs communautaires expliquent 18,2% ($F= 471,83$, $p<0,001$) de la variance totale de SMP. Les coefficients de régressions standardisés de la quatrième colonne du tableau V montrent que le soutien social est le principal facteur communautaire associé à la SMP.

Tableau V. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs communautaires par rapport à la SMP

Variables	Coefficients de régressions		
	Simple	Ajustés ($R^2=0,182$)	Standardisés
Soutien social	1,14***	1,14***	-0,42
Lieu de résidence (<i>Rural</i> ^a vs <i>Urbain</i> ^b)	-1,95***	-1,06*	-0,03

^a Centre de population ayant une concentration démographique d'au moins 1000 habitants et une densité populationnelle d'au moins 400 habitants au kilomètre carré

^b Région ayant une concentration démographique en deçà de ces seuils.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Intervalles de confiance des coefficients de régressions (voir le tableau XVIII, annexe 3)

3.6. Facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires associés à la SMP (tableaux VI, bloc 4)

Les résultats de l'analyse de régression hiérarchique montrent que lorsque tous les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires sont pris en compte simultanément, le modèle explique 39,1% ($F= 129$, $p<0,001$) de la variation totale de SMP (tableaux VI (parties 1 à 3), bloc 4). On observe également une augmentation des variances expliquées des blocs 1 à 4. La variance expliquée par le bloc 2 augmente considérablement, de 28,7% comparativement à celle du bloc 1. En outre, on note une augmentation minimale des variances expliquées des blocs 3 (0,6%) et 4 (7,8%) par rapport à celle du bloc 2. Par ailleurs, dans le bloc 4, la majorité des facteurs sociodémographiques ainsi que quelques facteurs individuels, familiaux et communautaires ne sont plus statistiquement significatifs comparativement aux blocs 1 à 3.

On observe, soit une augmentation, soit une diminution de certains coefficients de régressions. Par exemple, parmi les facteurs sociodémographiques, on observe une augmentation du coefficient de régression de 79,2% avec l'âge. Les coefficients de régressions diminuent de 99,3% ($[0,01-1,53] / 1,53*100 = 99,3$; bloc 1 et 4) avec le statut matrimonial, de 41,2% avec l'emploi seulement, de 15,9% avec l'emploi et étude, de 31% avec le fait d'être seulement aux études comparativement aux coefficients de régression du bloc 4 des parties 1 à 3 des tableaux VI. Au nombre des facteurs individuels, on constate une diminution des coefficients de régressions de 18,6% pour la capacité d'adaptation, de 31% avec la perception subjective de la santé, de 22,2% avec l'activité physique et une augmentation de 20,8% avec l'exposition à la violence dans l'enfance et de 12,9% avec l'exposition au stress par rapport aux coefficients de régression du bloc 4 des tableaux VI.

Toujours en comparaison avec les coefficients de régressions du bloc 4 des tableaux VI, il existe des modifications des coefficients de régressions des facteurs familiaux et communautaires. On constate une diminution de 65,4% avec le revenu du ménage et une augmentation des coefficients de régressions de 35,1% avec l'état de santé mentale de la famille, de 14,1% avec le soutien social.

Les coefficients de régressions standardisés du bloc 4 des tableaux VI indiquent que la capacité d'adaptation est le principal facteur associé à la SMP ($\beta_{\text{standardisé}} = 0,28$; $p < 0,001$).

Il convient d'indiquer que les intervalles de confiance des coefficients de régressions sont présentés en annexe (voir les tableaux XIX (parties 1 à 4), annexe 3).

Tableau VI. Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP - Partie 1

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4		Bloc 5
Variabes	Coefficients ajustés (R²=0,026)	Coefficients ajustés (R²=0,313)	Coefficients ajustés (R²=0,319)	Coefficients ajustés (R²=0,391)	Coefficients standardisés	Coefficient ajusté (R²=0,397)
Facteurs sociodémographiques						
Âge	-0,24***	-0,12*	-0,13*	-0,05	-0,02	0,74**
Genre (<i>Femme vs Homme</i>)	0,82*	-0,58	-0,76*	0,04	0,00	3,08**
Statut matrimonial (<i>Aucun vs Avec conjoint</i>)	1,53***	0,62	0,55	0,01	0,00	0,12
Niveau de scolarité ^a	1,43***	0,62***	0,49**	0,14	0,01	1,10***
Occupation principale (<i>Ni emploi, ni études</i> ^b) :						
<i>Emploi seulement</i>	2,26***	1,51***	1,15*	1,33**	0,06	1,38**
<i>Étude seulement</i>	3,19***	2,50***	2,33***	2,20***	0,09	2,24***
<i>Emploi et études</i>	3,47***	3,09***	2,70***	2,92***	0,07	2,87***
Statut parental (<i>Aucun vs Avec enfant</i>)	1,92**	1,27*	1,58**	1,65***	0,05	1,58***

Tableau VI - Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP - Partie 2

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4	Bloc 5	
Variables	Coefficients ajustés (R²=0,026)	Coefficients ajustés (R²=0,313)	Coefficients ajustés (R²=0,319)	Coefficients ajustés (R²=0,391)	Coefficients standardisés	Coefficient ajusté (R²=0,397)
Facteurs individuels						
Capacité d'adaptation		4,90 ^{***}	4,89 ^{***}	3,99 ^{***}	0,28	4,79 ^{***}
Exposition à la violence dans l'enfance (<i>Non vs Oui</i>)		-3,18 ^{***}	-3,00 ^{***}	-2,52 ^{***}	-0,11	-2,53 ^{***}
Perception subjective de la santé		1,71 ^{***}	1,59 ^{***}	1,18 ^{***}	0,09	1,16 ^{***}
Activité physique modérée ou élevée ^c		0,18 ^{***}	0,18 ^{***}	0,14 ^{***}	0,06	0,14 ^{***}
Consommation d'alcool ^d		0,06	0,02	-0,04	-0,01	-0,04
Consommation de drogues illicites ^e (<i>Non vs Oui</i>)		-1,55 ^{***}	-1,38 ^{***}	-1,67 ^{***}	-0,07	-1,74 ^{***}
Consommation de tabac ^f		-0,03	-0,03	-0,02	-0,01	-0,02
Importance des valeurs spirituelles		1,18 ^{***}	1,16 ^{***}	1,08 ^{***}	0,11	0,71 ^{***}
Exposition actuelle au stress		-1,32 ^{***}	-1,29 ^{***}	-1,15 ^{***}	-0,10	-1,19 ^{***}
Facteurs familiaux						
État de santé mentale de la famille (<i>Non vs Oui</i>)			-1,11 ^{***}	-1,50 ^{***}	-0,07	-1,47 ^{***}
Revenu du ménage ^g			0,26 ^{***}	0,09	0,02	0,11 [*]

Tableau VI - Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP - Partie 3

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4	Bloc 5	
Variables	Coefficients ajustés (R ² =0,026)	Coefficients ajustés (R ² =0,313)	Coefficients ajustés (R ² =0,319)	Coefficients ajustés (R ² =0,391)	Coefficients standardisés	Coefficient ajusté (R ² =0,397)
Facteurs communautaires						
Soutien social				0,78***	0,29	0,89***
Lieu de résidence (<i>Rural</i> ^h vs <i>Urbain</i> ⁱ)				-0,51	-0,02	-0,48
Interactions						
Âge*soutien social						-0,02*
Âge *niveau de scolarité						-0,16***
Genre*capacité d'adaptation						-1,44***
Genre*valeurs spirituelles						0,63**

^a Plus haut diplôme obtenu

^b Catégorie de référence

^c Nombre moyen d'heures d'activité modérée ou élevée par semaine

^d Nombre de verres d'alcool consommés par jour au cours des 12 derniers mois

^e Toute consommation de drogues illicites excluant une seule fois le cannabis au cours des 12 derniers mois

^f Nombre de cigarettes fumées par jour

^g Décile du revenu total du ménage par rapport à la moyenne nationale

^h Centre de population ayant une concentration démographique d'au moins 1000 habitants et une densité populationnelle d'au moins 400 habitants au kilomètre carré

ⁱ Région ayant une concentration démographique en deçà de 1000 habitants et une densité populationnelle en dessous de 400 habitants au kilomètre carré.

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

3.7. Interactions avec l'âge et le genre (tableaux VI, bloc 5)

L'introduction des interactions statistiquement significatives dans le modèle contenant tous les facteurs augmente de 0,6% le pourcentage de variance totale de la SMP expliquée, le portant à 39,7% ($F= 111,06$, $p<0,001$) (tableaux VI, partie 3, bloc 5) comparativement à celui du bloc 4. Les interactions significatives sont observées entre l'âge et le soutien social ($\beta = -0,02$, $p = 0,028$), entre l'âge et le niveau de scolarité ($\beta = -0,16$, $p<0,001$), entre le genre et la capacité d'adaptation ($\beta = -1,44$, $p = 0,007$), et entre le genre et l'importance des valeurs spirituelles ($\beta = 0,63$, $p = 0,01$).

L'interaction entre l'âge et le soutien social indique que l'âge a un effet modérateur sur la relation entre le soutien social et la SMP lorsque le modèle est ajusté pour les autres variables. Le niveau moyen de SMP augmente en fonction du soutien social. La figure 3 montre que les répondants moins âgés voient leur SMP augmenter lorsqu'ils reçoivent un meilleur soutien social comparativement aux plus âgés. Le niveau moyen de SMP augmente avec l'âge lorsqu'il y a un soutien social. Lorsqu'il n'y a pas de soutien social, le niveau de SMP est plus élevé chez les plus âgés que chez les moins âgés. Par contre, il devient identique, quel que soit l'âge lorsque le soutien social est égal à 30.

Il convient de souligner que le choix de 18 ans, 23 ans et 29 ans se justifie par le fait que l'âge des répondants se situe entre 18 et 29 ans et que 23 ans est le chiffre qui est le plus proche de 23,5 constituant leur moyenne d'âge des répondants.

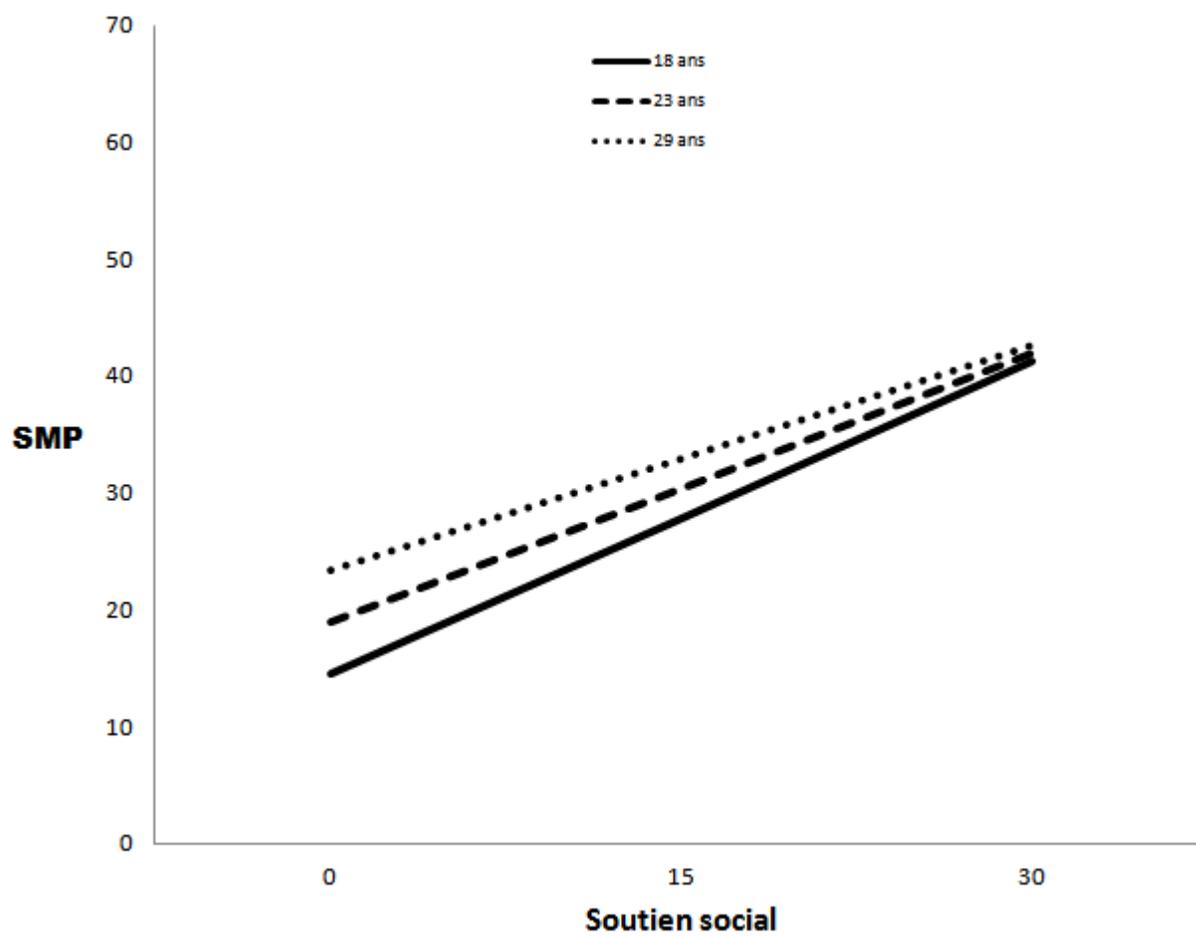


Figure 3. Interaction entre l'âge et le soutien social

L'interaction entre l'âge et le niveau de scolarité révèle que l'âge a un effet modérateur sur la relation entre le niveau de scolarité et la SMP lorsque le modèle est ajusté pour les autres variables. Le niveau moyen de SMP augmente en fonction du niveau de scolarité. Il augmente en fonction de la scolarité chez les plus jeunes et diminue en fonction de la scolarité chez les plus âgés (figure 4). Quel que soit le niveau de scolarité, les plus âgés ont un niveau de SMP plus élevé que les moins âgés.

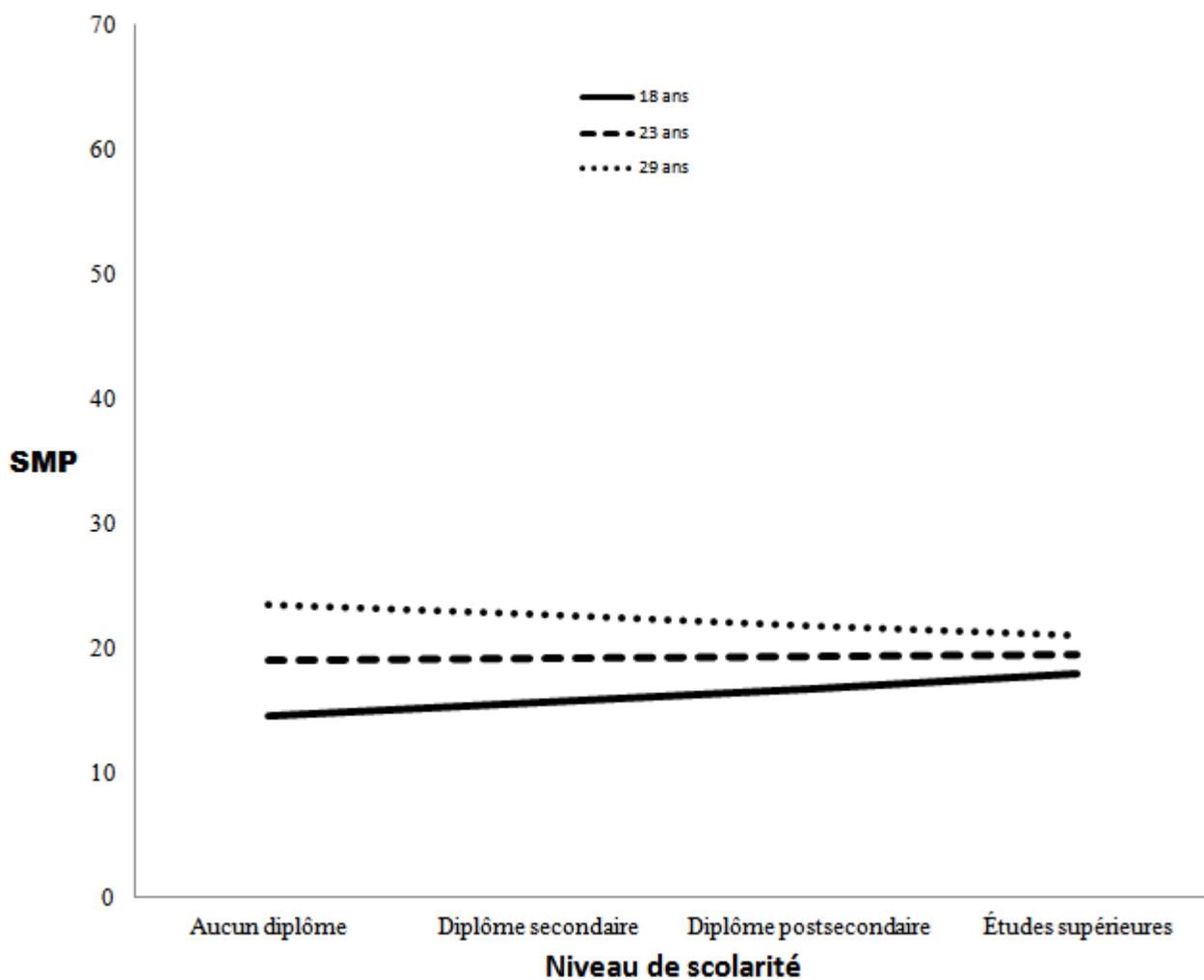


Figure 4. Interaction entre l'âge et le niveau de scolarité

L'interaction entre le genre et la capacité d'adaptation montre que le genre a un effet modérateur sur la relation entre la capacité d'adaptation et la SMP lorsque le modèle est ajusté pour les autres variables. Le niveau moyen de SMP augmente en fonction de la capacité d'adaptation. La figure 5 révèle que le niveau moyen de SMP est plus élevé chez les hommes que chez les femmes lorsque la capacité d'adaptation est faible. Par contre, il devient plus élevé chez les femmes que chez les hommes lorsque la capacité d'adaptation est excellente.

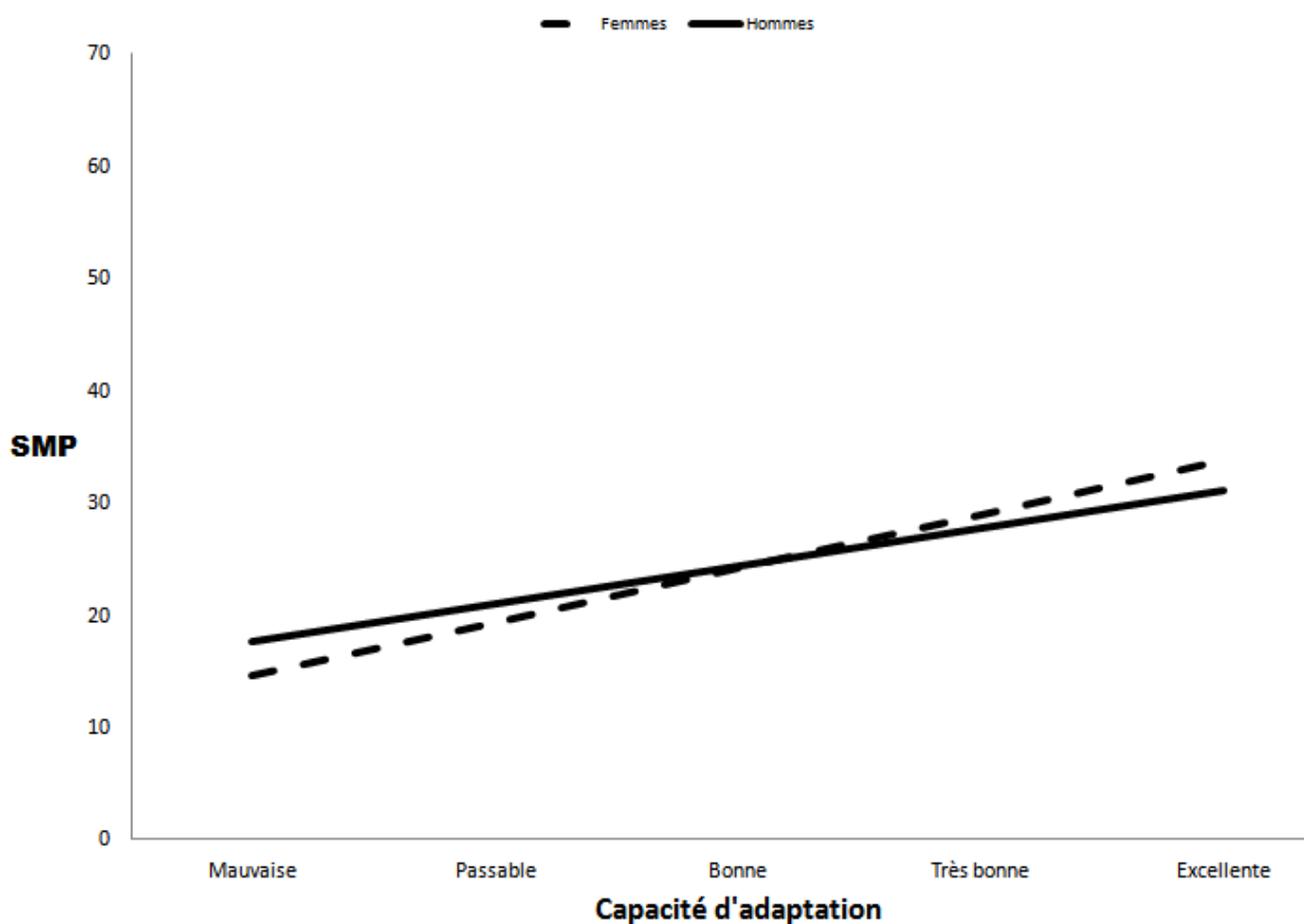


Figure 5. Interaction entre le genre et la capacité d'adaptation

L'interaction entre le genre et l'importance des valeurs spirituelles indique que le genre a un effet modérateur sur la relation entre l'importance des valeurs spirituelles et la SMP lorsque le modèle est ajusté pour les autres variables. Le niveau moyen de SMP augmente en fonction de l'importance des valeurs spirituelles. En effet, en fonction de l'importance des valeurs spirituelles, l'augmentation de la SMP est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Par conséquent, la différence de SMP chez les hommes par rapport aux femmes augmente en fonction de l'importance des valeurs spirituelles (figure 6). Chez les femmes, l'augmentation du niveau de SMP est moins importante. Par contre, elle l'est plus chez les hommes.

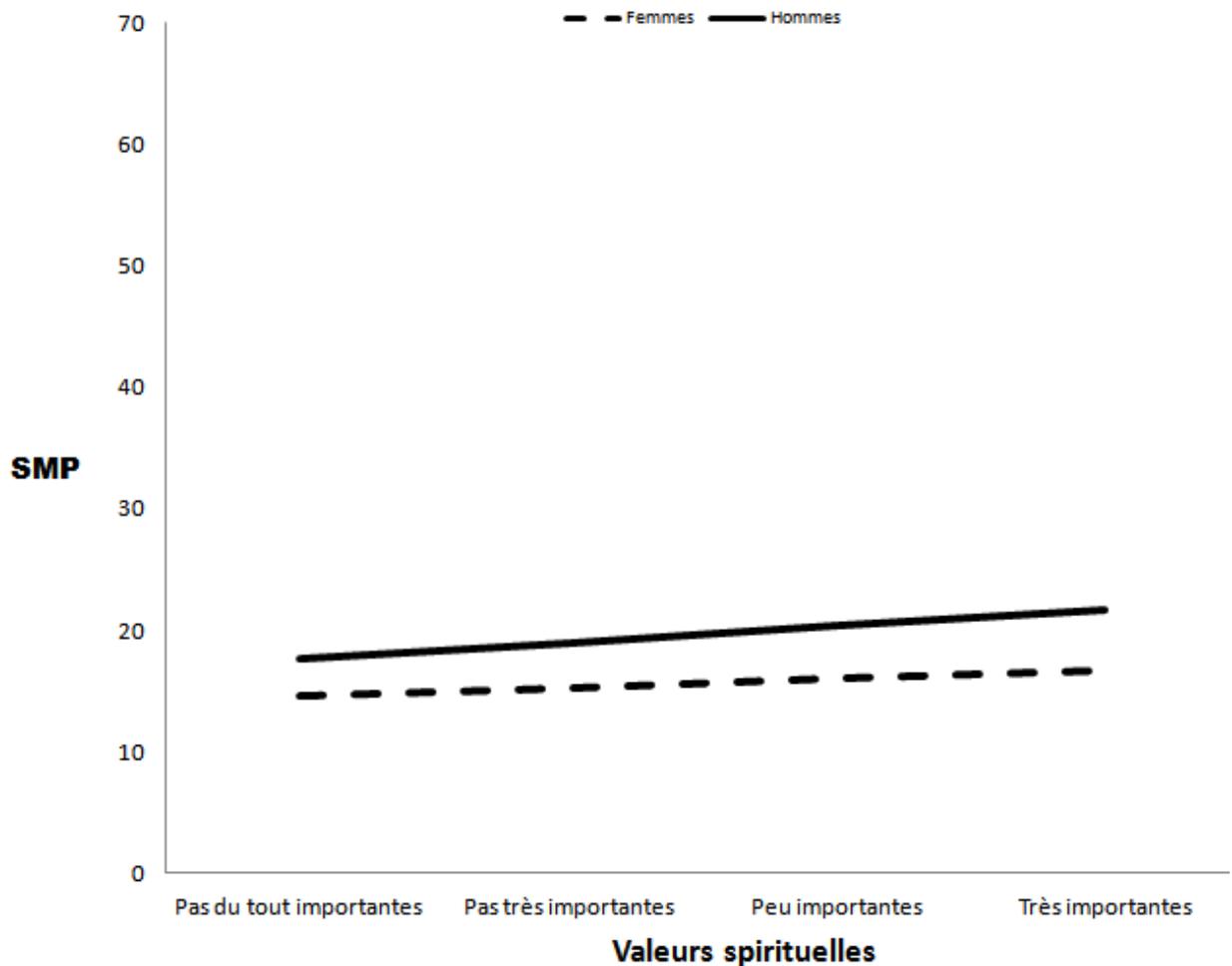


Figure 6. Interaction entre le genre et l'importance des valeurs spirituelles

Suite à ces analyses, la validation du modèle de régression a été effectuée. Cette procédure s'est effectuée à partir de l'analyse des résidus en vue de vérifier la relation de normalité entre les valeurs prédites et celles observées. L'homocédasticité, l'indépendance des erreurs, la normalité de la distribution des résiduels et la présence des valeurs extrêmes au sein des résidus ont été vérifiées. Les résultats montrent un modèle bien ajusté, une homogénéité des valeurs résiduelles à tous les niveaux des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires. Il n'existe pas de corrélation entre les résidus et les erreurs sont indépendantes. La statistique Durbin-Watson était de 1,91. Le principe est que cette valeur soit proche de 2 pour indiquer une absence de corrélation. Par ailleurs, il y avait une normalité dans la distribution des résiduels. Le pourcentage de valeurs extrêmes était inférieur à 1 %. Pour vérifier l'existence d'une éventuelle multicollinéarité entre les variables, nous avons calculé les VIF (*Variance Inflation Factor*). Selon les principes, une valeur de VIF supérieure à 10 serait problématique. Ce qui indiquerait une présence de multicollinéarité. Dans la présente étude, la majorité des valeurs de VIF entre les variables tournaient autour de 1. Cela confirme une absence d'un problème de multicollinéarité.

Par ailleurs, on observe une distribution normale des résidus. La majorité des valeurs des variables se rapprochent de la moyenne 0.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

4.1. Interprétation des résultats

La présente recherche visait à étudier les relations entre les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux, communautaires et la SMP chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans. Il ressort de cette étude que plusieurs de ces facteurs sont associés significativement à la SMP. Ils expliquent 39,7% de la variation totale du niveau moyen de la SMP des jeunes adultes. Les facteurs individuels exercent les effets les plus importants (30%), suivis des facteurs communautaires (18,2%). Ils constituent la principale catégorie de facteurs associés à la SMP des jeunes 18 à 29 ans. Les facteurs familiaux (3,4%) et sociodémographiques (2,6%) semblent avoir moins d'influence sur le niveau moyen de la SMP. La capacité d'adaptation est le principal facteur associé à la SMP chez ces derniers selon les coefficients standardisés ($\beta_{\text{standardisé}} = 0,28; p < 0,001$). Les associations entre certains facteurs et la SMP varient selon l'âge et le genre. L'âge a un effet modérateur sur la relation entre le niveau de scolarité, le soutien social et la SMP, de même que le genre avec la capacité d'adaptation et l'importance des valeurs spirituelles lorsque le modèle est ajusté pour les autres variables.

Dans la prochaine section, les résultats de l'étude et de ses limites seront discutés. Dans le but de mieux présenter ces résultats et de faciliter la compréhension, les quatre déterminants identifiés à savoir les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires sont discutés séparément et ce, en fonction des tableaux VI, parties 1 à 3, bloc 5.

4.1.1. Facteurs sociodémographiques

Selon les résultats des analyses, il ressort que certains facteurs sociodémographiques sont associés à la SMP chez les jeunes adultes (voir le tableau VI, partie 1, bloc 5). En effet, le niveau moyen de SMP est plus élevé chez les jeunes adultes qui travaillent et/ou étudient que chez ceux ne travaillant pas, et chez ceux qui ont un enfant par rapport à ceux qui n'en ont pas. Ainsi, les facteurs sociodémographiques associés à la SMP sont relatifs au fait d'étudier et d'étudier en travaillant, et au statut parental. Le fait d'étudier et d'étudier en travaillant est le

facteur le plus important (voir le tableau VI, partie 1, bloc 4 : coefficients standardisés). Il est associé à une meilleure SMP. Par ailleurs, il n'existe aucune association entre le statut matrimonial et la SMP chez les jeunes adultes lorsqu'on tient compte de tous les facteurs simultanément.

Les facteurs sociodémographiques expliquent 2,6% de la variance totale du niveau de SMP.

Dans la présente étude, l'association entre l'âge et la SMP est significative chez les jeunes adultes lorsqu'on tient compte des interactions entre l'âge et le niveau de scolarité, et le soutien social (voir le tableau VI, partie 1, bloc 5). Les résultats de Duncan et *al.* (2013), Winzer et *al.* (2014) et de Bowman (2010) sont en accord avec ceux de la présente étude bien que ces études soient parfois réalisées auprès d'échantillons de petite taille. Toutefois, les groupes d'âge diffèrent et les avis sont mitigés. Par exemple, l'étude de Duncan et *al.* (2013) montre que le bonheur augmente avec l'âge (19-35 ans/n = 815) en considérant les variables genre et indépendance. Cela est cohérent avec les résultats de la présente étude qui révèlent que le niveau moyen de SMP des jeunes adultes augmente avec l'âge lorsqu'on tient compte des interactions entre l'âge et le niveau de scolarité, et le soutien social. Plus les jeunes adultes augmentent en âge, plus ils sont satisfaits de leur vie, heureux, autonomes, plus ils ont un but dans la vie, une croissance personnelle et contribuent à la société. Winzer et *al.* (2014) ne partagent pas cet avis. Pour eux, la SMP diminue avec l'âge (16-29 ans/n = 41 668) après ajustement avec la variable la participation aux événements sociaux. Bowman (2010) arrive à une conclusion semblable à celle de Winzer et *al.* (2014), avec un autre instrument de mesure, le bien-être psychologique (19-20 ans/n = 3081) et en considérant d'autres variables telles que le revenu du ménage, le niveau de scolarité, le genre, les interactions sociales. Ces différences entre les résultats des études pourraient être imputées à des différences méthodologiques et conceptuelles. En effet, Winzer et *al.* (2014) mesurent la santé mentale avec le *General Health Questionnaire*, (GHQ-12) en évaluant l'aspect positif et négatif de la santé mentale. Or, le MHC-SF prend en compte la dimension positive de la santé mentale. De plus, Bowman (2010) a utilisé l'échelle de bien-être psychologique qui constitue une sous-échelle de la SMP. Par conséquent, le fait de modifier le concept et de prendre les dimensions isolément pourrait

donner des résultats différents. En désaccord avec certaines recherches antérieures, l'âge n'est pas associé au niveau moyen de la SMP (Lim, 2015a ; Michalec et Keyes, 2013), de la satisfaction à l'égard de la vie (Chow, 2005 ; Costa et *al.*, 2013 ; Fagley, 2012), du bien-être psychologique (Park et *al.*, 2014). Ces divergences pourraient être expliquées par des différences méthodologiques. En effet, ces études ont mesuré la santé mentale différemment avec diverses tailles d'échantillons, excepté celles de Lim (2015) et Michalec et Keyes (2013) utilisant la même mesure. Costa et *al.*, 2013 justifient ces résultats par les tranches d'âge qui diffèrent les unes des autres. Dans son étude, la majorité des répondants avait un âge inférieur à 25 ans. Par ailleurs, les variables utilisées pour ajuster le modèle sont le genre, l'intelligence émotionnelle. En outre, les résultats de la présente étude montrent que l'âge modifie les associations entre le soutien social, et le niveau de scolarité et la SMP lorsque le modèle est ajusté pour les autres variables. Le niveau moyen de SMP augmente en fonction du niveau de scolarité chez les moins âgés et diminue en fonction du niveau de scolarité chez les plus âgés. Quel que soit le niveau de scolarité, les plus âgés ont un niveau de SMP plus élevé que les moins âgés (voir figure 4). Les résultats de Bowman (2010) confirment cette conclusion bien que son étude soit réalisée sur une sous-dimension de la SMP. Selon lui, les personnes qui sont âgées de plus de 20 ans et aux études collégiales ou universitaires ont un niveau élevé de buts dans la vie par rapport à ceux de moins de 20 ans. Par contre, ils ont des niveaux faibles de l'autonomie, de la maîtrise de l'environnement, des relations positives avec autrui, de l'acceptation de soi. Winzer et *al.* (2014) attribuent les résultats de Bowman (2010) à l'augmentation du chômage chez les jeunes adultes et au prolongement de la durée des études au cours des deux dernières décennies. Certains pourraient connaître des échecs scolaires. D'autres seraient encore sous la responsabilité de leurs parents. Ces situations créeraient chez les plus âgés des affects négatifs, des niveaux faibles de croissance personnelle, d'autonomie, de maîtrise de l'environnement, d'acceptation de soi, d'intégration sociale et de contribution sociale. En effet, les jeunes adultes, étant dans une période de transition à l'âge adulte, sont souvent confrontés à divers défis tels que l'insertion professionnelle, l'acquisition d'autonomie, le manque de confiance en soi (Zheng et *al.*, 2013). Ainsi, le retour aux études aurait pour objectif d'avoir un niveau plus élevé de bien-être chez les plus âgés, d'améliorer leurs conditions de vie tant sur le plan professionnel, financier, familial que social. Par ailleurs, les résultats de la présente étude observent que l'âge a un effet modérateur sur

l'association entre le soutien social et la SMP (voir la figure 3). Les jeunes adultes moins âgés ont leur SMP qui augmente lorsqu'ils reçoivent un soutien social par rapport aux plus âgés. Ces résultats pourraient être justifiés par le fait que les moins âgés comparativement aux plus âgés ont moins d'expériences personnelles, universitaires, professionnelles, familiales. Ils ont des défis différents à relever qui peuvent être l'insertion professionnelle, l'acquisition de confiance en soi, d'autonomie, de compétences. Par exemple, un jeune adulte de 28 ans pourrait dépasser cette étape de sa vie et rencontrer d'autres défis tels que la parentalité, des responsabilités professionnelles et sociales comparativement à un jeune adulte de 18 ans. Alors, les moins âgés auraient plus besoin de soutien de la part des personnes plus âgées (familles, communautés) pour avoir un niveau plus élevé de SMP, pour être plus heureux, autonomes, pour croître personnellement et contribuer efficacement à la société. Ainsi, il apparaît que le soutien social peut influencer le niveau moyen de SMP d'un individu au cours de son cycle de vie. Par ailleurs, les besoins en santé mentale d'une personne peuvent varier d'une période de sa vie (adolescence) à une autre (adulte) et d'un individu à un autre selon qu'il est jeune ou plus âgé à un moment donné. Par exemple, un jeune de 18 ans aura plus besoin du soutien de ses parents pour acquérir la croissance personnelle, l'autonomie qu'un jeune de 29 ans qui a déjà acquis ces compétences. Ces constats suggèrent de considérer les différences liées à l'âge dans une étude explicative des facteurs associés à la SMP chez les jeunes adultes afin de réduire les inégalités en santé mentale entre les différents groupes de la population. Cela pourrait favoriser l'amélioration de l'état de santé mentale et permettre des programmes et des interventions en promotion de la santé mentale plus diversifiés et complets.

Dans la présente étude, le genre est associé au niveau moyen de SMP chez les jeunes adultes lorsqu'on tient compte des interactions entre le genre et la capacité d'adaptation, et l'importance des valeurs spirituelles (voir le tableau VI, partie 1, bloc 5). En d'autres termes, le niveau moyen de SMP est plus élevé chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes. Ces résultats sont en accord avec ceux de Yetim (2003) bien qu'il utilise une autre mesure de la santé mentale et ajuste le modèle pour d'autres variables comme l'estime de soi, la maîtrise de soi, le statut d'étudiants. Sivis-Cetinkaya (2013) arrive à la même conclusion avec une autre mesure de la santé mentale (le *Positive And Negative Affect Schedule*) en prenant en compte certaines variables sociodémographiques (réussite scolaire), individuelles (état de

santé, auto-efficacité, estime de soi, optimisme), familiales (relations familiales, revenu de ménage) et communautaires (participations aux activités). Chez ce dernier, le niveau d'affects positifs est plus élevé chez les hommes que les femmes. Ces résultats pourraient s'expliquer par les inégalités sociales liées non seulement à la nature biologique de l'être humain (i.e., le sexe), mais aussi à la construction culturelle et sociale du genre. Les hommes sont biologiquement, et parfois émotionnellement plus forts que les femmes. De plus, la société et la culture leur offrent plus d'avantages que les femmes (Abdel-Khalek, 2010). Par conséquent, les hommes seraient plus satisfaits, plus heureux que les femmes.

Par ailleurs, les résultats de certaines études sont en désaccord avec ceux de la présente étude (Duncan et *al.*, 2013 ; Sivis-Cetinkaya, 2013 ; Bowman, 2010). L'étude de Sivis-Cetinkaya (2013) utilisant une échelle autre que le *Positive And Negative Affect Schedule* (échelle de satisfaction avec la vie), argue que le niveau de satisfaction à l'égard de la vie est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Duncan et *al.* (2013) arrivent à la même conclusion avec d'autres instruments. Selon eux, les femmes sont plus heureuses que les hommes. Les résultats de Bowman (2010) vont dans le même sens alors qu'il mesure le bien-être psychologique dans une étude longitudinale d'une durée de neuf mois. Le niveau de bien-être psychologique est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Ces différences selon le genre peuvent être imputables à des diversités culturelles entre les études (États-Unis, Italie, Turquie, Corée du Sud) ou à des différences méthodologiques (17-32 ans, 17-29 ans, 19-20 ans), culturelles notamment les pratiques éducatives. Par exemple, dans certaines cultures orientales et africaines, les femmes ont tendance à être encouragées à avoir des relations sociales, à ressentir facilement les sentiments et à les exprimer (Abdel-Khalek, 2010 ; Tiliouine, 2009). Il peut arriver que les affects positifs l'emportent sur les sentiments négatifs ou que les sentiments négatifs l'emportent également sur les affects positifs, et ce, selon la situation dans laquelle les femmes se trouvent.

De plus, selon certaines études, il n'existe aucune association entre le genre et le niveau de satisfaction à l'égard de la vie (Chow, 2005 ; Costa et *al.*, 2013 ; Fagley, 2012), respectivement au Canada, en Espagne, aux États-Unis, le bien-être psychologique aux Pays-Bas (Baams et *al.*, 2013), à Taïwan (Liu et Yu, 2013), aux États-Unis (Park et *al.*, 2014), le

bien-être psychosocial aux États-Unis (Murdock et *al.*, 2015), la SMP en Corée du Sud (Lim, 2015a), aux États-Unis (Michalec et Keyes, 2013) et le niveau de bien-être aux États-Unis (Ridner, et *al.*, 2016). Bien que les mesures, les tailles d'échantillons soient différentes, à des âges différents (18-30 ans, 19-20 ans, 16-24 ans) et dans des divers contextes culturels différents (États-Unis, Espagne, Pays-Bas), les conclusions de ces recherches se rejoignent. Par exemple, l'étude de Chow (2005) a montré que l'association entre le genre et le niveau de satisfaction à l'égard de la vie n'est pas significative après ajustement de certaines variables telles que l'estime de soi, les relations familiales, l'âge, le statut socioéconomique. Costa et *al.* (2013) attribuent ces résultats aux différences culturelles. Celles-ci l'emporteraient sur les différences biologiques. La SMP, le bien-être psychologique, la satisfaction de la vie varient en fonction du contexte culturel et non du genre (Barry, 2007, 2009). Cela expliquerait la diversité dans sa conceptualisation et la difficulté à la circonscrire. S'il est plausible que la SMP soit fonction du contexte culturel, la présente étude montre que les associations entre certains facteurs tels que la capacité d'adaptation, l'importance des valeurs spirituelles et la SMP varient en fonction du genre lorsque le modèle est ajusté pour les autres variables.

Premièrement, le niveau moyen de SMP est plus élevé chez les hommes que chez les femmes lorsque la capacité d'adaptation est mauvaise. En revanche, il devient plus élevé chez les femmes que chez les hommes lorsque la capacité d'adaptation est excellente (voir la figure 5). Cette différence selon le genre pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs notamment des différences biologiques, des divergences liées aux normes sociales et culturelles créées par les institutions sociales telles que le système éducatif, la famille, la culture. Ces institutions définissent les attentes sociales et rôles que devraient avoir les hommes et les femmes. Lorsque les individus ne parviennent pas à satisfaire à ces exigences, ni à s'adapter, des pressions culturelles, économiques, familiales, professionnelles et le stress peuvent subvenir. Les réactions face à ces éléments perturbateurs ainsi que la capacité à leur faire face diffèrent selon que l'on est homme ou femme. Par conséquent, ils influenceraient différemment le niveau de SMP et ce, en fonction du genre. Or, d'un point de vue biologique (physiologie, hormone, morphologie) et culturel (coutumes), les hommes seraient considérés comme des êtres ayant la force physique, l'autorité. Ces attributs feraient d'eux des personnes plus heureuses, satisfaites de la vie, autonomes, qui contribueraient efficacement à la société,

pourraient croître personnellement même si leur capacité d'adaptation est mauvaise. Par contre, les femmes peuvent être considérées comme des êtres faibles, celles qui seraient chargées d'éduquer les enfants, de s'occuper du ménage et de sa gestion financière. Elles seraient également appelées à veiller au bien-être de toute leur famille (Ganga et *al*, 2014 ; Abdel-Khalek, 2010). Toutefois, elles peuvent avoir de l'autorité. Lorsqu'elles parviennent à surmonter ces pressions de leur vie, à faire face aux difficultés rencontrées quotidiennement, à tirer des avantages des expériences quotidiennes de leur vie, leur niveau moyen de SMP devient meilleur comparativement aux hommes. Elles deviennent plus satisfaites de leur vie, plus heureuses, plus autonomes, ont une croissance personnelle et contribuent utilement à la société.

Deuxièmement, le niveau moyen de SMP est plus élevé chez les jeunes hommes qui considèrent les valeurs spirituelles importantes que chez les jeunes femmes (voir la figure 6). Cela montre que l'importance des valeurs spirituelles associée à la SMP est envisagée différemment en fonction du genre. Les hommes et les femmes agissent de façon distincte. Les premiers estimant les valeurs spirituelles importantes disposent des niveaux élevés d'affectifs positifs, sont plus satisfaits de leur vie que les dernières. Ils ont de bonnes relations interpersonnelles positives, sont plus autonomes, ont une bonne maîtrise de leur environnement et une excellente intégration sociale par rapport aux femmes. En considérant les variables telles que l'état de santé physique, mentale, l'étude d'Abdel-Khalek (2010) au Koweït, confirme les résultats de la présente étude et ceux de Costa et *al*. (2013) bien que les contextes culturels soient également différents. Abdel-Khalek (2010) constate que les niveaux de satisfaction à l'égard de la vie et du bonheur sont plus élevés chez les étudiants musulmans que chez les étudiantes musulmanes. Il rejoint Costa et *al*. (2013) pour expliquer que ces différences se situent dans les pratiques éducatives, dans la socialisation des pays arabes où les hommes ont plus de liberté que les femmes. Les résultats de Tiliouine (2009), et de Tiliouine et Belgoumidi (2009) sur les musulmans algériens, avec la même mesure de santé mentale que celle de l'étude précédente, sont en contradiction. Les auteurs montrent que les étudiantes musulmanes sont plus satisfaites de leur vie que les étudiants musulmans en raison de leur expressivité. Pour Tiliouine (2009), ces diverses habitudes culturelles sont plutôt locales qu'universelles. Par conséquent, il faut tenir compte des interactions entre certains facteurs et

le genre, du cadre social et culturel dans l'interprétation des résultats d'études afin de mieux comprendre leur influence sur la santé mentale et plus précisément sur la SMP. Cela permettrait de réduire les inégalités en santé mentale entre les sous-groupes de la population. L'occupation principale est associée positivement à la SMP. Les résultats de la présente étude corroborent ceux de Lehmann et *al.* (2011), de Ganga et *al.* (2014) et de Yetim (2003) en dépit des diversités culturelles (Inde, Allemagne) et méthodologiques (18-24 ans, 14-59 ans). Par exemple, l'étude de Ganga et *al.* (2014) mesurant la SMP avec l'AMCPMHS auprès de 453 jeunes adultes indiens, après ajustement de certaines variables sociodémographiques (genre, statut d'étudiants, statut d'emploi, statut matrimonial) et communautaires (environnement social du quartier, appartenance à une organisation), soutient que les travailleurs et les étudiants ont un niveau moyen de SMP plus élevé que les chômeurs, et les non-étudiants. Le meilleur niveau de SMP pourrait être attribué au fait que le travail et les études fournissent aux jeunes adultes une opportunité de développement social, de sentiment de contribuer à la société, à la vie communautaire, d'être autonomes, d'avoir une image positive d'eux-mêmes. Torres Stone et *al.* (2016) soulignent qu'ils sont parfois en mesure de subvenir à leurs besoins, de faire face aux situations de la vie quotidienne.

Les résultats concernant l'association entre le statut parental et le niveau moyen de SMP des jeunes adultes sont en accord avec ceux de Dreger et *al.* (2014) ($n = 43\ 635$), après ajustement des variables telles que l'âge, le niveau de scolarité, le statut matrimonial, le soutien social, la religion, et de Jibeen et Khalid (2010) ($n = 308$) alors qu'ils mesurent la SMP avec des instruments différents et dans un échantillon d'âges différents (18 ans et plus, 25-50 ans), de taille différente et de contextes différents (Europe). Le niveau moyen de SMP est plus élevé chez les personnes ayant des enfants. Cependant, l'étude de Jibeen et Khalid (2010) qui prend en compte les variables telles que le soutien social, le revenu, le niveau de scolarité montre que l'âge des enfants peut avoir un impact sur le niveau de SMP des parents. La présente étude n'a pas trouvé d'association entre le statut matrimonial et la SMP chez les jeunes adultes. Ces résultats ne concordent pas avec ceux de Ganga et *al.* (2014). Selon les auteurs, le niveau moyen de SMP est modérément plus faible chez les jeunes adultes mariés par rapport aux non-mariés. Les auteurs expliquent ces résultats par la différence culturelle en l'occurrence le mariage précoce des jeunes adultes indiens. Ces résultats sont surprenants. Car,

dans la présente étude et celle de Gimour (2014), lorsque le statut matrimonial est pris isolément et ensuite simultanément avec les autres facteurs sociodémographiques en l'occurrence l'âge, le genre, le niveau de scolarité, les personnes avec conjoint ont une meilleure SMP que ceux qui n'en ont pas. Cependant, sa prise en compte de façon simultanée avec d'autres facteurs tels que les facteurs sociodémographiques, individuels (état de santé, spiritualité), familiaux et communautaires (lieu de résidence) le rend non significatif. Au regard de ces résultats discordants, il est crucial d'étudier une variété de facteurs afin d'identifier une pluralité de facteurs associés à la SMP chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans pour connaître sa contribution à la SMP. De plus, cette différence pourrait être due aussi à des aspects méthodologiques dans la mesure où la taille de l'échantillon de l'étude de Ganga est petite ($n = 453$) et qu'il existe une différence de tranche d'âge (18-24 ans) et d'instrument de mesure par rapport à la présente étude. En effet, l'AMCPMHS utilisée pour mesurer la SMP vient d'être élaborée et n'a pas encore fait l'objet d'étude de validation approfondie.

En ce qui a trait au niveau de scolarité, la présente étude révèle que le niveau de scolarité est positivement et statistiquement associé à la SMP chez les jeunes adultes lorsqu'on tient compte de l'interaction entre l'âge et le niveau de scolarité (voir le tableau VI, partie 1, bloc 5). Ces résultats sont cohérents avec ceux de Ganga et *al.* (2014), et de Schwartz et Drotar (2009) prenant en compte certaines variables telles que la perception de la santé, le niveau de scolarité, l'ethnicité. Ces études sont réalisées avec différentes mesures de la santé mentale (AMCPMHS, échelle de satisfaction avec la vie) et des échantillons de petite taille. Schwartz et Drotar (2009) attribuent ces résultats par un surinvestissement universitaire des jeunes adultes dans le but d'être satisfaits à l'égard de leur vie, d'être autonomes, d'intégrer la société et d'y contribuer efficacement. Le surinvestissement ne peut, à lui seul, expliquer ces résultats. Car, la présente étude a montré que l'âge a un effet modérateur sur la relation entre le niveau de scolarité et la SMP des jeunes adultes lorsque le modèle est ajusté avec les autres variables (voir la figure 4). Alors, il est important de tenir compte de l'âge dans les interprétations des résultats. Selon que l'on est plus ou moins âgé et à un certain niveau de scolarité, le niveau moyen de SMP diffère. Par exemple, la présente étude a observé que les plus âgés ont une meilleure SMP que les moins âgés, quel que soit le niveau de scolarité.

4.1.2. Facteurs individuels

Dans la présente étude, la plupart des facteurs individuels sont associés à la SMP chez les jeunes adultes (voir le tableau VI, partie 2, bloc 5). Le niveau moyen de SMP augmente pour chaque niveau additionnel de la capacité d'adaptation, de la perception subjective de la santé, de l'activité physique et de l'importance des valeurs spirituelles, et diminue pour chaque niveau additionnel d'exposition au stress. Il est plus élevé chez ceux n'ayant pas été exposés à la violence dans leur enfance, ne consommant pas de drogue illicite que chez ceux ayant été exposés et consommant des drogues. Autrement dit, le fait d'avoir une excellente capacité d'adaptation, une bonne perception de sa santé, de pratiquer l'activité physique, d'accorder de l'importance aux valeurs spirituelles, de ne pas être exposé au stress, à la violence dans l'enfance, de ne pas consommer de drogue est meilleur pour la santé mentale. La capacité d'adaptation, l'exposition à la violence dans leur enfance, l'importance des valeurs spirituelles, la perception subjective de la santé et la consommation de drogues illicites sont les facteurs individuels les plus associés à la SMP chez les jeunes adultes selon les coefficients standardisés (voir le tableau VI, partie 2, bloc 4). Il n'existe aucune association entre la consommation d'alcool, de tabac et la SMP chez ces derniers lorsque tous les facteurs sont considérés simultanément.

Les facteurs individuels expliquent 30,3% de la variance totale du niveau moyen de SMP.

En ce qui concerne la capacité d'adaptation, il existe une association statistiquement et significativement positive avec la SMP. Le niveau moyen de la SMP augmente pour chaque niveau additionnel de la capacité d'adaptation. Ce facteur est le plus important des facteurs individuels ($\beta_{\text{standardisé}} = 0,28$; $p < 0,001$: voir le tableau VI, partie 2, bloc 4). Que la capacité d'adaptation soit prise isolément ou conjointement avec les facteurs individuels ou toutes les catégories de facteurs, elle a toujours été statistiquement significative et positivement associée à la SMP des jeunes adultes de 18 à 29 ans. Bien que réalisés dans divers contextes culturels (États-Unis, Suède), avec des outils de mesure différents (échelle de satisfaction avec la vie), auprès des échantillons de petite taille et d'âges différents, les résultats de recherches antérieures sont similaires (Jibeen et Khalid, 2010 ; Persson et Kjølhede, 2008 ; Stein et *al.*, 2013). L'étude de Stein et *al.* (2013) auprès de 222 jeunes adultes américains avec un âge

moyen de 20,5 ans, montre que la capacité de s'adapter aux pressions économiques est liée à un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie après ajustement de certaines variables telles que l'âge, le genre, le soutien social, l'adaptation religieuse. Face à ces pressions, les individus cherchent des stratégies pour surmonter ces pressions en développant des aptitudes et comportements par le moyen de l'éducation, la communication, le soutien social. Lorsqu'ils perçoivent ces difficultés positivement et s'adaptent, ils sont plus satisfaits de leur vie et se fixent des buts dans la vie. Stein et *al.* (2013) considèrent ce facteur très important dans la promotion de la santé mentale des jeunes adultes. Pour eux, les réactions des individus diffèrent selon le genre. Cet aspect a été observé par la présente recherche (voir la figure 5). En effet, l'association entre la capacité d'adaptation et la SMP varie en fonction du genre chez les jeunes adultes lorsqu'il y a ajustement du modèle avec les autres variables. Chez les hommes par rapport aux femmes, la SMP est plus élevée lorsque le niveau de capacité est faible. En revanche, elle devient plus élevée chez les femmes que chez les hommes lorsque la capacité d'adaptation est excellente. Alors, il est important de tenir compte de la capacité d'adaptation en vue de permettre le développement personnel, l'autonomie des jeunes adultes et d'avoir des interventions de promotion de la santé mentale plus efficaces et mieux adaptées à cette tranche de la population. Bien que la capacité d'adaptation soit le facteur le plus important dans la présente étude, elle a fait l'objet de peu d'études. Cela se justifie par le fait que la capacité d'adaptation est souvent considérée comme une dimension de la SMP. En étudiant la SMP, certains auteurs l'intègrent dans la conceptualisation de la SMP (Agence de santé publique, 2016 ; Ganga et Kutty, 2015 ; Vaingankar et al, 2012) (voir le tableau VIII, annexe 1). Par exemple, Ganga et Kutty (2015) considèrent quatre dimensions de la SMP parmi lesquelles se trouve la capacité d'adaptation. Vaingankar et *al* (2012) définissent la SMP comme la capacité à construire et à entretenir des relations, à posséder des aptitudes d'adaptation, à poursuivre une croissance personnelle et une autonomie, et à participer à des pratiques religieuses et spirituelles. Or, la capacité d'adaptation et la SMP sont deux concepts distincts. La plupart des auteurs qui ont étudié la SMP, en l'occurrence Keyes (2002, 2005), Barry (2008, 2009), Lamers et *al* (2011), considèrent la SMP comme la présence de trois dimensions du bien-être (émotionnel, psychologique, social) en excluant la capacité d'adaptation. Cette conceptualisation de la SMP rend difficile la recherche sur l'association

entre la SMP et ce facteur, très important dans une étude visant à expliquer les facteurs individuels associés à la SMP.

Pour ce qui est de l'exposition à la violence dans l'enfance, le niveau moyen de SMP est plus élevé chez les jeunes adultes n'ayant pas été exposés à la violence dans leur enfance que chez les exposés. Les études sur l'association entre ce facteur et la SMP chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans ont été presque inexistantes. Cependant, des études faites sur l'exposition à la violence dans l'enfance ont montré ses associations avec la maladie mentale (Sachs-Ericsson et *al.*, 2007 ; Springer et *al.*, 2007 ; Styron et Janoff-Bulman, 1997). Par exemple, Styron et Janoff-Bulman (1997), dans leur étude avec un échantillon de 879 étudiants et un instrument de mesure différent (le *Beck depression inventory*) et après ajustement des variables en l'occurrence l'attachement paternel, la perception maternelle, attestent que les étudiants qui ont subi des violences sexuelles, verbales, physiques dans leur enfance sont plus dépressifs et plus susceptibles d'utiliser des comportements violents, destructeurs dans des situations conflictuelles (manque de respect, violences physiques, verbales) que leurs homologues non abusés. Ces expériences vécues dans l'enfance qui semblent créer chez ces individus des sentiments d'insécurité, d'impuissance, des symptômes de stress post-traumatiques, des niveaux faibles d'estime de soi pourraient avoir un impact sur leur santé mentale et affecter leur comportement, leurs relations interpersonnelles, leur sentiment de bien-être (Sachs-Ericsson et *al.*, 2007 ; Styron et Janoff-Bulman, 1997).

La perception subjective de la santé est associée statistiquement et positivement à la SMP chez les jeunes adultes. Ces résultats sont en accord avec ceux de Burris et *al.* (2009), Schmidt et *al.* (2014) et de Sivis-Cetinkaya (2013) alors que la santé mentale est mesurée avec des instruments de mesure différents (échelles de « *Positive and Negative Affect Schedule* » (PANAS), de satisfaction avec la vie), et ce, dans des échantillons de diverses tailles avec des âges différents (18-25 ans, 17-32 ans). Par exemple, Sivis-Cetinkaya (2013), dans son étude avec un outil de mesure de santé mentale différent (PANAS) et après ajustement de certaines variables comme le genre, l'optimisme, les relations familiales, le revenu, affirme que le niveau d'affects positifs est plus élevé chez les personnes n'ayant aucun problème de santé que chez ceux en ayant un. Par conséquent, le fait de percevoir sa santé fragile ou mauvaise

entraînerait une réduction du niveau de bien-être subjectif (Lamers et *al.*, 2015). Burris et *al.* (2009) tentent d'expliquer l'augmentation du niveau du bien-être psychologique par l'importance accordée aux valeurs à la santé en utilisant un autre instrument de mesure de la santé mentale, le « *Mental Health Inventory* ». Pour les auteurs, ces personnes ont des comportements favorisant leur santé, par exemple l'évitement de l'alcool, la pratique de l'activité physique. En effet, ces études antérieures montrent l'importance de la perception que l'individu a de sa santé. Car, cette perception qui est reflétée dans ses comportements et actions, semble déterminer son niveau de SMP dans la société. En revanche, les résultats de la présente étude sont en contradiction avec ceux de l'étude de Schwartz et Drotar (2009) en prenant en compte certaines variables telles que l'auto-efficacité, le niveau de scolarité. Ils ne trouvent aucune association significative entre la perception subjective de la santé des jeunes adultes et le bien-être subjectif, et ce, qu'ils soient en excellente santé ou non. Pour eux, le niveau de bien-être subjectif diminue avec les événements négatifs de la vie, les obstacles liés à la santé tels que la maladie physique, la dépression, le changement d'emploi, le décès d'un être cher. Cette différence de résultats peut être expliquée par des divergences d'ordre méthodologique en ce sens que l'auteur a utilisé un échantillon de petite taille (n= 210) et une autre échelle de mesure (la satisfaction de la vie et l'humeur) que celle utilisée dans le cadre de cette étude.

Un autre facteur qui montre une association positive avec la SMP est l'activité physique, qu'elle soit prise isolément ou conjointement avec les autres facteurs et avec quelques modifications des coefficients de régressions. Ces résultats vont dans le même sens que ceux des études de Schmid et *al.* (2010) (n = 786) et de Ridner et *al.* (2016) (n = 568) lorsqu'ils évaluent la santé mentale avec le bien-être psychologique et avec des échantillons de petite taille après ajustement de certaines variables en l'occurrence le genre, la consommation de tabac, le sommeil. Ils affirment que la pratique soutenue de l'activité sportive est associée statistiquement et positivement au niveau de bien-être psychologique des individus. Davoren et *al.* (2013), dans leur recherche utilisant un échantillon de grande taille (n = 2 044) et un autre instrument de mesure, le WEMWBS, parviennent à la même conclusion en ajustant le modèle pour les variables comme la consommation d'alcool, de drogue, de tabac, les comportements sexuels à risque. La pratique de l'activité physique a plusieurs avantages. Par

exemple, elle libère les personnes du stress, de certaines pressions familiales, professionnelles, de certaines maladies cardiovasculaires. Elle favorise également les relations interpersonnelles positives, la maîtrise de soi, la croissance personnelle, la contribution sociale, l'intégration sociale qui sont des sous-dimensions de la SMP.

Les résultats de la présente étude en ce qui a trait à la consommation d'alcool concordent avec ceux de recherches antérieures pour lesquelles il n'existe aucune association avec le niveau de SMP lorsqu'on tient compte simultanément des facteurs individuels ou de toutes les catégories de facteurs. Il s'agit de l'étude de Davoren et *al.* (2013) et celle de Yörük et Yörük (2012) sur la SMP et le bien-être psychologique alors qu'ils évaluent la santé mentale avec d'autres outils de mesure (*Composite Psychological Well-Being Index, une adaptation de Mental Health Inventory Subscale (MHI-5), WEMWBS*). Selon Davoren et *al.* (2013), ces résultats s'expliquent par le fait que les influences de la consommation d'alcool sur la SMP ne sont pas encore bien clarifiées. C'est en ce sens qu'il convient de l'examiner avec un large éventail de facteurs pour connaître sa contribution réelle à la SMP chez les jeunes adultes. D'où l'importance de la prise en compte, à la fois, des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires dans une étude explicative des facteurs associés à la SMP chez ces derniers. Toutefois, certaines études sont en contradiction avec les résultats de la présente étude (Blank et *al.*, 2016 ; Molnar et *al.*, 2009). Par exemple, l'étude de Molnar et *al.* (2009), à la fois transversale et longitudinale (3 ans), montre qu'une grande consommation d'alcool, que ce soit en quantité ou en fréquence, est associée à un niveau élevé de bien-être subjectif. Ils observent également que les niveaux de satisfaction de vie, des affects positifs sont plus faibles chez les étudiants ayant des conséquences indésirables dues à la consommation d'alcool. Les auteurs soutiennent l'idée que la consommation d'alcool, sans tenir compte de ses conséquences, favorise la cohésion sociale, la socialisation, les relations interpersonnelles positives. Cette même étude a montré que l'association entre la consommation d'alcool et le bien-être subjectif cesse d'être significative lorsque son utilisation ultérieure varie. Ces divergences observées dans les recherches pourraient être dues aux différences méthodologiques (âge = 18-25 ans, 18-22 ans, 19-22 ans; échelle = WEMWBS, échelle de satisfaction avec la vie).

Concernant l'association entre la consommation de drogues illicites et la SMP, les résultats de la présente étude sont cohérents avec ceux de l'étude de Gilmour (2014) réalisés au Canada auprès d'une population adulte. En utilisant la même échelle que celle de la présente étude (MHC-SF), à des âges différents (18 ans et plus), Gilmour (2014) montre que le niveau moyen de SMP chez les non-consommateurs de drogues illicites est plus élevé que chez les consommateurs lorsqu'on tient compte de certaines variables comme l'âge, le genre, le niveau de scolarité, l'état de santé, la spiritualité. Les consommateurs de drogues supportent difficilement les obstacles rencontrés dans la vie. Alors, ils peuvent consommer des substances afin d'oublier les difficultés, leur tristesse pendant une certaine période. Tandis que les non-consommateurs ont une certaine maîtrise d'eux-mêmes, de leur environnement. Ce qui créerait chez eux, une meilleure SMP. Les résultats de l'étude de Davoren et *al.* (2013) ne sont pas cohérents avec ceux de la présente étude. Pour eux, la consommation de drogues n'est pas associée à la SMP alors qu'elle est mesurée par un outil de mesure différent (WEMWBS) auprès de 2 044 étudiants turcs âgés de 18 à 22 ans et ajustée avec certaines variables telles que la consommation d'alcool, de drogue, de tabac, les comportements sexuels à risque. La contradiction dans les recherches s'expliquerait par des différences contextuelles (Canada, Turquie) et méthodologiques (restriction de la tranche d'âge, instruments de mesure, biais de désirabilité). Les participants peuvent sous-déclarer leur consommation de drogues illicites dans la mesure où sa grande consommation est souvent prohibée par la loi. Par conséquent, il pourrait y avoir une désirabilité sociale. Ainsi, le consommateur de drogues illicites pourrait se faire passer pour une personne qui a des problèmes de santé mentale, qui ne maîtrise pas son environnement, qui n'est pas autonome ni intégrée socialement. Cela peut entraîner des biais dans les résultats.

En conformité avec l'étude précédente utilisant un autre outil de mesure (Davoren et *al.*, 2013), la présente étude révèle que la consommation de tabac n'est pas associée à la SMP chez les jeunes adultes. Leurs auteurs expliquent ces résultats par une sous-estimation des répondants lors des enquêtes. Dans la présente étude, les non-fumeurs représentent plus de 80% des répondants dans l'échantillon. Ce qui pourrait expliquer cette conclusion. Les résultats de l'étude de Ridner et *al.* (2016) ne sont pas conformes à ces conclusions. Pour les auteurs, le niveau de bien-être est plus élevé chez les non-consommateurs de tabac que chez

les consommateurs après ajustement de certaines variables en l'occurrence le genre, l'activité physique, le comportement sexuel, le sommeil. D'autres aspects méthodologiques pourraient expliquer ces différences de résultats. Dans l'étude de Ridner et *al.* (2016), non seulement, l'échantillon a une petite taille ($n = 568$) et la population d'étude est composée uniquement d'étudiants, mais aussi, l'instrument de mesure est différent que celui utilisé dans la présente étude (*Public Health Surveillance Well-Being scale*).

En ce qui a trait à l'association entre l'importance des valeurs spirituelles et la SMP, les résultats sont en accord avec ceux des études de Ganga et *al.* (2014), d'Abdel-Khalek (2010) et de Tiliouine et Belgoumidi (2009) alors que la santé mentale est évaluée par différents outils de mesure (satisfaction avec la vie, AMCPMHS), à des âges différents (17-35 ans, 18-24 ans) et dans divers contextes culturels (Inde, Algérie, Koweït). Le niveau moyen de SMP augmente pour chaque niveau additionnel de l'importance des valeurs spirituelles lorsqu'on tient compte des facteurs de façon isolée ou simultanée. Selon l'étude de Ganga et *al.* (2014), la SMP diffère en fonction du type de communauté religieuse ou spirituelle. Ainsi, le niveau de SMP est plus élevé chez les jeunes chrétiens, les jeunes hindous que chez les musulmans après ajustement de certaines variables comme le genre, le statut d'étudiants, d'emploi. Quant à Tiliouine et Belgoumidi (2009), le fait d'avoir des grands engagements religieux conduirait généralement à un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie. Ganga et Kutty (2013) tentent aussi d'expliquer que la religion ou la spiritualité fournit aux individus des stratégies, des ressources - en l'occurrence la prière, les méditations, les jeûnes, l'aumône - pour résoudre leurs problèmes. Ces diverses pratiques religieuses ou spirituelles renforcent l'aptitude des individus à faire face aux situations de la vie, à surmonter les difficultés quotidiennes, à avoir des affects positifs, le bonheur, à atténuer les émotions négatives telles que la dépression, l'anxiété. Par conséquent, ces habitudes religieuses ou spirituelles interviennent comme un mécanisme pour faire face aux problèmes de santé mentale et comme un tampon contre ces troubles mentaux (Abdel-Khalek, 2010). Ainsi, la religion offre un cadre de référence et des lignes directrices qui ont des conséquences positives sur le mode de vie, la SMP de l'individu (Tiliouine et Belgoumidi, 2009). Par ailleurs, les communautés religieuses ou spirituelles fournissent des environnements où les personnes peuvent avoir des relations positives avec autrui, une croissance personnelle, être autonomes, acceptées et intégrées socialement. Par

ailleurs, la présente étude montre que le genre a un effet modérateur sur la relation entre l'importance des valeurs spirituelles et la SMP après ajustement du modèle pour les autres variables. Des études antérieures auprès de 353 étudiants américains (Burris et *al.*, 2009) et de 109 étudiants anglais (Rankin, 2015) sont en contradiction. Elles n'ont observé aucune association entre la religion et le bien-être psychologique ou la SMP. Pour Rankin (2015), l'association entre la religion et la SMP ne peut être significative que si elle interagit avec les forces de caractère de l'individu. Ces divergences peuvent s'expliquer par les aspects méthodologiques notamment les différents outils de mesure de la santé mentale utilisés (échelle « *Mental Health Inventory* »), la différence d'âge (17-29 ans, 18- 23 ans), la différence de taille de l'échantillon.

L'exposition au stress est négativement associée à la SMP. Le niveau moyen de SMP des jeunes adultes diminue pour chaque niveau additionnel d'exposition au stress lorsque l'on considère conjointement les autres facteurs. Les résultats de la présente étude sont cohérents avec ceux d'études antérieures utilisant des instruments de mesure différents avec des échantillons de tailles différentes (Coffman et Gilligan, 2002 ; Murdock et *al.*, 2015 ; O'Sullivan, 2011 ; Park et *al.*, 2014). O'Sullivan (2011) conclut, avec une autre mesure de santé mentale et dans une perspective différente, que le niveau moyen de satisfaction à l'égard de la vie de 118 étudiants américains est positivement associé au fait d'avoir des réactions positives au stress, surtout lorsque d'autres facteurs tels que l'auto-efficacité sont pris en compte. D'où l'importance de considérer plusieurs facteurs dans l'étude des associations entre la SMP et les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires chez les jeunes adultes. Pour Jibeen et Khalid (2010), cette diminution de la SMP pourrait être tributaire d'une accumulation de stress réduisant la capacité à un meilleur fonctionnement émotionnel, social et psychologique. Les résultats sont partiellement compatibles avec ceux de Michalec et de Keyes (2013) dans une recherche longitudinale d'une durée d'un an, utilisant la même mesure que celle de la présente étude (MHC-SF), avec un échantillon de petite taille (n = 237) et après ajustement de certaines variables telles que l'âge, le genre. Ces auteurs constatent que le stress influence d'abord le bien-être psychologique et le bien-être social et après le bien-être émotionnel. Leur étude soutient que les étudiants qui ont au début de leurs études, des niveaux élevés de bien-être social et ayant connu une augmentation de cette

dimension du bien-être au cours de l'année académique avaient tendance à avoir un niveau élevé de bien-être émotionnel à la fin de leur étude. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le stress qui est une réaction due aux stimulations extérieures, en provenance de la société, fait plus appel au bien-être psychologique (croissance personnelle, acceptation de soi, maîtrise de l'environnement, relations interpersonnelles positives) et atteint les émotions, les affects par la suite. Dans leur étude avec un autre instrument de mesure, auprès de 402 étudiants internationaux asiatiques aux États-Unis, Iwamoto et Liu (2010) n'observent aucune association entre l'exposition au stress et la SMP. Ils vont plus loin en montrant que le stress n'est plus significativement associé au bien-être psychologique en cas d'interaction avec la race. D'où l'importance d'étudier les interactions dans une telle étude. Ils tentent d'expliquer que ce résultat est le reflet d'un état de stress antérieurs liés aux expériences racistes et non un état de stress actuel. Cela pourrait traduire la contradiction dans les résultats. Cette divergence pourrait être interprétée par des différences culturelles, méthodologiques telles que les tailles d'échantillons différentes, le chevauchement d'âge (18-22 ans, 18-25 ans), les divers instruments de mesure de la santé mentale (échelles de bien-être psychologique, de satisfaction avec la vie, MCH-SF).

4.1.3. Facteurs familiaux

Les résultats des analyses révèlent que, parmi les facteurs familiaux expliquant 3,4% de la variance totale du niveau moyen de SMP, l'état de santé mentale de la famille et le revenu du ménage sont associés statistiquement et significativement à la SMP chez les jeunes adultes lorsqu'on les prend isolément (voir le tableau IV) ou de manière conjointe avec tous les facteurs (voir le tableau VI, partie 2, bloc 5). Ainsi, le niveau moyen de SMP est plus élevé chez les jeunes adultes qui n'ont aucun membre de famille avec un problème de santé mentale que chez ceux qui en ont. Par ailleurs, il augmente pour chaque décile additionnel du revenu du ménage ($p < 0,05$, voir le tableau VI, partie 2, bloc 5).

En ce qui a trait à l'état de santé mentale de la famille¹, ce facteur est associé à la SMP. Les études sur l'association entre l'état de santé mentale de la famille et la SMP chez les jeunes adultes ont été presque inexistantes. Toutefois, des recherches réalisées sur l'état de santé de la famille ont révélé ses relations avec la maladie mentale (dépression, détresse psychologique) (Arango et *al.*, 2001 ; Yoon, 2003 ; Lee, 2001). Par exemple, les conclusions de l'étude longitudinale d'une période de 20 ans de Lee (2001) avec un grand échantillon de 11 939 femmes adultes australiennes, âgées de 70 à 75 ans, affirment que le niveau de bien-être émotionnel des personnes ayant un membre de la famille avec une démence ou une confusion mentale est plus faible que chez celles qui n'en ont pas. Quant à Yoon (2003), il conclut, dans un échantillon de population adulte, qu'une prévalence de dépression est plus élevée chez des personnes ayant un ou des membres de famille avec une déficience fonctionnelle, cognitive que chez celles qui n'en ont pas. L'état de santé mentale de ces personnes pourrait avoir un impact sur leurs finances, leur santé, leur emploi du temps et engendrer des sentiments d'abandon. Ces recherches montrent l'importance d'examiner les associations entre l'état de santé mentale de la famille et la SMP en prenant en considération ce facteur. Car, qu'il soit pris isolément (voir le tableau IV) ou conjointement avec les autres facteurs (voir le tableau VI, partie 2, bloc 5), la présente étude a montré qu'il est associé de façon statistiquement et négativement à la SMP chez les jeunes adultes.

En ce qui concerne le revenu du ménage, les résultats de cette étude sont en conformité avec les études de Bowman (2010) et de Sivis-Cetinkaya (2013) qui mesurent la santé mentale avec la satisfaction avec la vie et le bien-être psychologique. Dans la présente étude, le niveau moyen de la SMP augmente avec le revenu du ménage chez les jeunes adultes. Les recherches de Sivis-Cetinkaya (2013) montrent que le niveau moyen de bien-être subjectif ou de satisfaction à l'égard de la vie ou de fonctionnement positif est plus élevé chez les étudiants à revenu élevé que chez ceux à revenu faible en ajustant avec certaines variables sociodémographiques (genre, réussite scolaire), individuelles (état de santé, auto-efficacité,

¹ Les travaux sur l'association entre l'état de santé mentale de la famille et le niveau moyen de SMP chez les jeunes adultes étant inexistantes, la discussion de cette relation se fait avec les recherches sur la santé mentale des personnes âgées.

estime de soi, l'optimisme), familiales (relations familiales,) et communautaires (participations aux activités). Pour l'auteur, avoir moins de problèmes financiers produirait des niveaux élevés de satisfaction de la vie, ce qui favorise l'apparition de sentiments positifs. L'étude longitudinale de Bowman (2010), d'une durée de 9 mois, avec un échantillon de grande taille (n = 3081) et avec un autre instrument de mesure de santé mentale, confirme ces conclusions par rapport au bien-être psychologique en considérant certaines variables telles que l'âge, le genre, le niveau de scolarité, les interactions sociales. Pour l'auteur, les étudiants à revenu faible et intermédiaire présentent des résultats semblables. Cependant, l'association entre le revenu du ménage et le niveau de bien-être psychologique diffère selon les dimensions du bien-être. Par exemple, l'association est significativement positive avec toutes les dimensions (acceptation de soi, maîtrise de l'environnement, relations positives avec les autres, but dans la vie), excepté la croissance personnelle et l'autonomie. Selon Bowman (2010), le niveau moyen d'autonomie est plus élevé chez les étudiants à revenu élevé que chez ceux à revenu faible. Comparativement aux étudiants à revenu moyen, le niveau moyen d'autonomie est plus faible chez les étudiants à revenu faible. Pour le but dans la vie, le niveau est plus élevé et l'acceptation de soi, modérément élevé chez les étudiants à revenu faible que chez ceux à revenu moyen. Ces constats prouvent l'importance du revenu dans le ménage contribuant à l'augmentation du niveau moyen de SMP, du bien-être chez les jeunes adultes. Toutefois, l'étude de Bowman (2010) n'a trouvé aucune relation significative entre le revenu du ménage et la croissance personnelle.

Ces divergences dans ces résultats d'études peuvent être d'ordre méthodologique (diverses tailles de l'échantillon, différence d'âge (17-32 ans, 19-20 ans), outils de mesure différents, différences culturelles (Turquie, États-Unis), techniques d'échantillonnage différentes). Dans la présente étude, le revenu du ménage a fait l'objet d'imputation par Statistique Canada en vue de réduire le biais de non-réponse et de conserver le revenu du ménage pour des analyses appropriées. Ce processus d'imputation s'est fait à l'aide de la stratégie de l'imputation par le plus proche voisin fondée sur une modélisation du revenu du ménage. Cette modélisation est obtenue à partir d'un processus à quatre étapes ; la première étape est la modélisation du revenu individuel, la deuxième, l'addition des valeurs individuelles pour obtenir le revenu du ménage, la troisième, la détermination indirectement de la valeur fiscale et la dernière étape

est l'amélioration de la valeur modélisée de l'étape 2. À la troisième étape qui est la détermination indirectement de la valeur fiscale, la valeur médiane est considérée. Or, cette valeur provient du Fichier des familles T1 (FFT1) de l'Agence du revenu du Canada et est fonction du code postal et de la taille du ménage. Lors de l'estimation de la taille du ménage à partir de FFT1, seules les personnes âgées de 25 ans ou plus sont considérées. Les personnes âgées de 18 à 24 ans ne le sont pas à cause du fait qu'elles ne sont pas tenues de déclarer leur impôt avant d'obtenir un revenu. Par conséquent, elles ne sont pas souvent déclarées sur le formulaire d'impôt de leur parent. Alors survient un problème de sous-déclaration chez ces derniers (Yeung et Thomas, 2013). Or, la majorité de la population de la présente étude se trouve dans cette tranche d'âge (âge moyen = 23,5). Ce qui pourrait justifier le fait que le revenu du ménage n'est pas associé significativement au niveau moyen de SMP chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans lorsqu'on tient compte simultanément de toutes les variables sans les interactions (voir le tableau VI, partie 2, blocs 4). En revanche, son association avec le niveau moyen de SMP devient significative lorsqu'on considère les interactions (voir le tableau VI, partie 2, bloc 5).

4.1.4. Facteurs communautaires

Les analyses des résultats de la présente étude montrent que le soutien social est le seul facteur communautaire associé à la SMP chez les jeunes adultes lors de sa prise en compte isolément (voir le tableau V) ou simultanément avec les autres facteurs (voir le tableau VI partie 3, bloc 5). Leur niveau moyen de SMP augmente avec le soutien social. Il n'existe aucune association significative entre le lieu de résidence et la SMP chez ces derniers lorsque le modèle est ajusté pour les autres variables (voir le tableau VI partie 3, bloc 5). Par ailleurs, les facteurs communautaires expliquent 18,2% de la variance totale du niveau moyen de SMP.

Les résultats des études relatives à l'association entre le soutien social et la SMP sont controversés. Bien que la santé mentale soit mesurée par des outils de mesures de santé mentale différents (bien-être psychologique, satisfaction avec la vie), les conclusions de Coffman et Gilligan (2002), de Liu et Yu (2013), et de Pesigan et *al.* (2014) sont cohérentes

avec celles de la présente étude ; lesquelles stipulent que le niveau moyen de SMP des jeunes adultes augmente avec le soutien social. Alors que la taille de l'échantillon est petite ($n = 94$), le contexte culturel est différent (États-Unis, Taïwan) et que le modèle est ajusté pour d'autres variables telles que le stress, les traits de personnalité, Coffman et Gilligan (2002), et Diener et Fujita (1995) parviennent à la même conclusion avec un autre outil de mesure de la santé mentale, l'échelle de satisfaction à l'égard de la vie. Les jeunes adultes qui reçoivent le soutien social, que ce soit des conseils, des orientations pour leur vie, des encouragements, peuvent connaître une croissance personnelle, des relations interpersonnelles positives. Ils peuvent également s'accepter tels qu'ils sont, se sentir acceptés par autrui, être intégrés socialement. Ces sentiments de bien-être, à leur tour, vont créer des affects positifs et de la satisfaction à l'égard de leur vie. Le fait qu'une personne contribue au bien-être d'une autre pourrait procurer chez elle un sentiment d'être utile, de contribuer à la société (Caron et Guay, 2005). L'étude de Gülaçti (2010) confirme partiellement ces résultats tandis que la santé mentale est évaluée par le bien-être subjectif, un instrument de mesure différent du MCH-SF utilisé dans la présente étude. Pour l'auteur, il existe une association significativement positive entre le soutien familial et le bien-être subjectif. Toutefois, il ne trouve aucune relation avec le soutien social avec les amis. Cette divergence pourrait être expliquée par des différences méthodologiques ($n = 87$), culturelles (Turquie). Wang et Castañeda-Sound (2008) soutiennent cette dernière conclusion bien que le contexte culturel soit différent (États-Unis). Ils ajoutent que le soutien perçu de la famille n'est aucunement associé au niveau de satisfaction à l'égard de la vie après ajustement des variables telles que l'estime de soi, l'auto-efficacité, le statut ethnique et racial. Cette sous-dimension du bien-être fait plutôt appel aux facteurs individuels. De plus, la présente étude révèle que l'âge a un effet modérateur sur l'association entre le soutien social et la SMP chez les jeunes adultes lorsque le modèle est ajusté pour les autres variables.

Dans la présente étude, aucune relation significative n'est observée entre le lieu de résidence et la SMP chez les jeunes adultes. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Dreger et *al.* (2014) auprès de 43 635 personnes adultes de 34 pays européens, âgées de 18 ans et plus, alors que la SMP est mesurée par le « *Mental Well-being Index* » (WHO-5). Ces conclusions pourraient être attribuées au fait que vivre dans un milieu urbain ou rural

n'empêche pas l'individu d'intégrer la société, ni d'y contribuer efficacement, ni d'avoir de bonnes relations positives avec autrui et une croissance personnelle. Quel que soit le lieu de résidence, tous ces éléments peuvent favoriser la manifestation de sentiments positifs et une satisfaction à l'égard de la vie chez l'individu. Van Lente et *al.* (2012), en ajustant avec certaines variables telles que l'âge, le genre, le niveau de scolarité, le statut matrimonial, le statut socioéconomique, le soutien social, avec une taille également très grande d'échantillon et un instrument de mesure différent (*Short Health Survey (SF-36)*) trouvent des résultats contradictoires. Les résultats de leur étude réalisée auprès de 10 364 adultes irlandais montrent que vivre en milieu urbain est associé à un niveau plus élevé de SMP comparativement à une vie en zone rurale. Cela peut se justifier par des discordances méthodologiques (instruments de mesure différents, âge = 18 ans et plus) et culturelles.

En guise de synthèse, la présente étude a montré que parmi tous les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires, les facteurs individuels constituent la principale catégorie de facteurs associés à la SMP des jeunes 18 à 29 ans. La majorité des études sur la SMP, le bien-être émotionnel ont confirmé ces résultats avec la prise en compte d'un grand nombre de facteurs individuels et leur pertinence dans une étude explicative des facteurs associés à la SMP. Au nombre des facteurs individuels, la capacité d'adaptation est le principal facteur associé à la SMP des jeunes adultes de 18 à 29 ans. Par ailleurs, cette recherche a révélé que les associations entre certains facteurs notamment le soutien social, le niveau d'éducation, la capacité d'adaptation et l'importance des valeurs spirituelles, et la SMP varient en fonction de l'âge et du genre. À cet effet, plusieurs études antérieures ont servi à comparer les résultats de la présente étude avec d'autres résultats de recherches. Certaines études confirment les résultats de la présente étude en dépit des divergences culturelles, méthodologiques. D'autres, par contre, sont en contradiction. Toutefois, la comparaison stricte semble être difficile en raison des différences méthodologiques notamment le chevauchement d'âges (17-30 ans, 18-29 ans, 18-23 ans, 18-25 ans, 19-22 ans, etc.), la variation de la taille des échantillons (82, 948, 2 044, 3 907, 4242, etc.), le concept large de SMP prenant en compte les dimensions et sous-dimensions du bien-être notamment le bien-être émotionnel, social, psychologique, la satisfaction à l'égard de la vie, le bonheur et aussi la capacité d'adaptation. Ce concept est évalué par une multitude

d'instruments de mesure de santé mentale tels que le MCH-SF, le WEMWBS, le bien-être psychologique, social, la satisfaction avec la vie, le PANAS. Ce qui crée une pluralité de résultats n'ayant pas toujours les mêmes impacts selon que le concept ou dimension ou sous-dimension est envisagé. Par exemple, lorsqu'une ou deux dimensions ou sous dimensions sont examinées comparativement à l'étude de plusieurs dimensions simultanément, les effets sont différents. Les études de Proctor et *al.* (2011), Furnham et Petrides (2003), de Bersamin et *al.* (2014), de Lim (2015a), de Syed et *al.* (2013) et de Ganga et *al.* (2014) en sont des exemples. Les trois premières études ont des impacts plus faibles sur la santé mentale que les trois dernières. Car, celles-ci ont examiné la santé mentale en prenant en compte, à la fois, deux ou trois dimensions. Il en est de même des facteurs qui sont étudiés. Par ailleurs, ces difficultés résident dans le fait que la plupart des études ont été réalisées en milieu collégial et universitaire. Peu d'études chez les jeunes adultes ont été conduites dans la population générale. Ces insuffisances énumérées limitent la comparaison stricte de la présente étude avec les études antérieures.

4.2. Forces et limites de l'étude

La présente étude comporte un certain nombre de forces et limites qu'il convient de souligner.

Une des forces est la grande taille de l'échantillon ($n = 4242$) et sa représentativité. Cela permet une puissance statistique et un niveau élevé de précision des résultats. Une deuxième force est la prise en compte de façon simultanément des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires dans une étude populationnelle. En effet, l'examen simultané de ces facteurs dans une telle étude permet d'avoir une meilleure compréhension des facteurs associés à la SMP et de mettre en place des interventions de promotion de la santé mentale plus spécifiques et plus efficaces chez les jeunes adultes.

Au nombre des limites, l'on peut citer celles liées à la méthodologie, à l'élaboration des variables indépendantes et à la nature de l'enquête.

Premièrement, les analyses sont basées sur une étude transversale, ce qui rend difficile l'établissement des liens de causalité, de temporalité, entre les facteurs à l'exception de l'exposition à la violence dans l'enfance et quelques facteurs sociodémographiques comme le genre et l'âge. Les recherches futures devraient envisager des études longitudinales afin de tester les effets causaux des différents facteurs sur le niveau moyen de la SMP et cerner les changements de ce niveau dans le temps. Il faut aussi envisager des études qualitatives afin de mieux comprendre le concept de SMP, dans toute sa complexité et son ampleur.

Deuxièmement, l'étude est réalisée auprès des jeunes adultes canadiens. Ainsi, se pose le problème de généralisation des résultats à d'autres cultures ou à d'autres tranches d'âge de la population, en l'occurrence les adolescents ou les adultes. Il faut continuer l'étude avec d'autres tranches d'âge afin de mieux comprendre le concept de SMP selon les cycles de la vie. Car, les interactions des facteurs avec l'âge ont montré que les associations entre les facteurs et la SMP varient selon l'âge quand le modèle est ajusté pour les autres variables.

Troisièmement, les facteurs familiaux et communautaires présents dans le cadre conceptuel de surveillance de la SMP sont peu nombreux dans l'enquête comparativement aux facteurs individuels. Par ailleurs, certains facteurs sociodémographiques (statut d'immigration, statut socioéconomique), individuels (indice de masse corporelle, sommeil), familiaux (composition du ménage), communautaires (environnement du travail) et sociaux (discrimination) ont été supprimés dans la présente étude en raison du nombre élevé de valeurs manquantes, de leur pertinence. Cela pourrait expliquer le fait que les facteurs individuels expliquent une grande partie de la variance totale de la SMP chez les jeunes adultes. Par conséquent, il faut de plus en plus intégrer les facteurs familiaux, communautaires et sociaux dans l'ESCC-SM et autres enquêtes populationnelles tels que l'EPA (Enquête sur la population active).

CONCLUSION

Le concept de SMP est multidimensionnel et complexe. Il est appréhendé sous divers angles et de différentes manières. Plusieurs études ont montré des associations entre différents facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires et la SMP des jeunes adultes. La majorité de ces recherches ont exploré ces relations en considérant les facteurs de façon isolée. La présente étude a permis d'examiner simultanément plusieurs facteurs appartenant à différentes catégories de facteurs. Cela a permis une meilleure compréhension des facteurs qui sont associés à la SMP chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans. En effet, les facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le genre, le niveau de scolarité, l'occupation principale, le statut parental, les facteurs individuels comme la capacité d'adaptation, la perception subjective de la santé, l'activité physique, l'importance des valeurs spirituelles, l'exposition au stress et à la violence dans l'enfance, la consommation de drogues illicites, les facteurs familiaux, en l'occurrence l'état de santé mentale de la famille, le revenu du ménage et les facteurs communautaires, notamment le soutien social sont associés significativement à la SMP des jeunes adultes. Plus précisément, le fait d'être plus âgé, d'être un homme, d'avoir un niveau plus élevé de scolarité, le fait d'avoir une occupation (être étudiant), et d'avoir un enfant est meilleur pour la SMP que d'être moins âgé, d'être une femme, d'avoir un niveau plus faible de scolarité, de ne pas avoir d'occupation, d'enfant. De plus, avoir une bonne capacité d'adaptation et une bonne perception de sa santé, pratiquer de l'activité physique, accorder de l'importance aux valeurs spirituelles est mieux pour la SMP des jeunes de 18 à 29 ans. Par ailleurs, ne pas être exposé au stress quotidiennement et à la violence dans l'enfance, ne pas consommer de drogue illicite, avoir un niveau plus élevé de revenu du ménage et avoir un soutien social contribuent à une meilleure SMP. Les facteurs individuels sont la principale catégorie des facteurs associés à la SMP des jeunes adultes. La capacité d'adaptation constitue le principal facteur associé à la SMP chez cette tranche de la population. La présente recherche a également porté une attention particulière aux interactions entre l'âge, le genre et les autres facteurs. Cette approche a permis de comprendre que l'âge a un effet modérateur sur la relation entre le soutien social, le niveau d'éducation, et la SMP, de même que le genre avec la capacité d'adaptation et l'importance des valeurs spirituelles. Autrement dit, les associations

entre ces facteurs et la SMP varient en fonction de l'âge et du genre. La SMP augmente avec l'âge lorsque le jeune adulte reçoit un soutien social. De plus, elle augmente en fonction du niveau de scolarité chez les plus jeunes et diminue chez les plus âgés. Cependant, cette augmentation n'est pas la même lorsqu'il a 18 ans ou 23 ans ou 29 ans. En outre, que le jeune adulte soit homme ou femme, sa SMP diffère lorsqu'il a une mauvaise ou bonne capacité d'adaptation ou accorde de l'importance aux valeurs spirituelles. La prise en compte de ces différences et d'un grand éventail de facteurs de façon simultanée dans une telle étude est instructive pour la promotion de la santé mentale chez ce groupe de la population. Elle pourrait favoriser la mise en place d'interventions et de programmes de promotion de la santé mentale plus complets, ciblés, efficaces, ouverts à la diversité (âge, genre) et mieux adaptés. Cela aiderait les décideurs à développer des stratégies susceptibles d'améliorer la santé mentale et de promouvoir la SMP auprès des jeunes adultes présentant divers défis tels que la parentalité, l'insertion professionnelle, l'acquisition de compétences, d'autonomie, de confiance en soi. Ces stratégies de promotion contribueraient également à la réduction de la prévalence des troubles mentaux et ainsi, à les protéger contre les conséquences néfastes liées à la maladie mentale, en considérant également les facteurs associés positivement à la SMP dans la présente étude. En outre, elles favoriseraient la réduction des inégalités en santé mentale entre les différents groupes de la population. Pour ce faire, ces interventions doivent se situer à plusieurs niveaux à savoir individuel, familial, communautaire et sociétal.

Sur les plans individuel et familial, les interventions visant la promotion de la SMP doivent tenir compte du cycle de vie de l'individu (enfance, jeunesse, adulte) et du genre afin d'identifier les zones d'interventions mieux adaptées (Ganga, 2015 ; Keyes, 2010 ; 2013). Les réactions des individus diffèrent selon que l'on est enfant, jeune adulte ou adulte ou homme ou femme. Les interventions doivent également cibler le développement de l'autonomisation personnelle, des capacités d'adaptation et des compétences individuelles et sociales en gestion du stress et de conflits, la promotion des relations saines, sans violence. À cet effet, les activités de promotion de la santé mentale, qu'elles soient individuelles ou collectives, doivent s'orienter vers des formations, des conseils pratiques, des accompagnements individuels et/ou collectifs dans les établissements scolaires et universitaires, les lieux de travail, dans les familles, etc.

Sur le plan communautaire, les interventions peuvent se faire dans les établissements scolaires et universitaires, les communautés, les milieux de travail. Par exemple, les établissements doivent promouvoir l'activité physique, organiser des formations adressées non seulement aux jeunes adultes, mais aussi aux enseignants et autorités, en vue de l'acquisition de compétences en gestion du stress et des conflits de manière saine, développer et favoriser des relations avec des pairs ou des professionnels (mentorat, parrainage). Par ailleurs, les communautés telles que les clubs de soutien, les communautés professionnelles, religieuses, ethniques doivent mettre en place des activités visant à favoriser et maintenir le soutien, les échanges entre leurs jeunes adultes.

Sur le plan sociétal, les autorités politiques, gouvernementales et les responsables de santé publique doivent élaborer des politiques par la création et la promotion des emplois, l'amélioration de l'accès des jeunes adultes à l'éducation. En outre, les autorités politiques, gouvernementales et les responsables de santé publique doivent investir dans des programmes et recherches visant la réduction des inégalités en santé mentale entre les groupes de la société, la promotion de la santé mentale, plus précisément de la SMP des jeunes adultes, et non seulement dans des programmes orientés vers le traitement et l'étude des troubles mentaux dans le but de réduire l'incidence et la prévention des troubles mentaux. Car, les recherches ont prouvé que la prévalence de ces troubles chez les jeunes adultes demeure toujours élevée en dépit des investissements dans les traitements et la réduction des maladies mentales (Keyes, 2010). Par conséquent, la promotion d'une meilleure santé mentale ne peut se focaliser uniquement sur la réduction de la maladie mentale. Alors, il y a nécessité d'agir en amont, et de s'orienter vers une nouvelle approche de la santé mentale publique. Cette nouvelle approche amène une perspective positive de la santé mentale contribuant à distinguer les actions de prévention des maladies mentales de celles favorisant la SMP afin d'améliorer la santé mentale et le développement optimal des jeunes adultes dans leur communauté. La santé mentale n'est pas seulement l'absence de maladie mentale, mais aussi la présence de bien-être. Elle va au-delà de la maladie mentale (Ganga, 2015 ; Keyes, 2010, 2013 ; Orpana et *al.*, 2016 ; *World Health Organization*, 2004). Comme l'indique Keyes (2013), la santé mentale complète est un état dans lequel l'individu est exempt de maladie mentale et a une meilleure santé mentale. Elle implique la prise en compte de la SMP dans la promotion de la santé mentale.

Alors, il faut envisager une perspective d'une santé mentale complète, optimale par la prise en compte des symptômes psychopathologiques, et ce, de façon simultanée. À cet effet, des programmes et recherches doivent se perpétuer pour mieux comprendre cette nouvelle vision de la santé mentale. Ils doivent également intervenir dans des conditions favorables qui aideront les jeunes adultes à mieux s'épanouir dans la vie.

Le cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale développé par Orpana et *al.* (2016) et servant d'appui dans la présente étude n'a pas considéré les facteurs sociodémographiques. Ces facteurs restent à développer et à y être intégrés car ils constituent un aspect incontournable dans une étude explorant les facteurs explicatifs de la SMP chez les jeunes adultes.

Eu égard à la complexité du concept de SMP et de l'être humain, des recherches doivent se poursuivre pour mieux les appréhender en examinant les associations entre les facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux, communautaires et la SMP, et aussi avec chaque dimension du bien-être à savoir le bien-être émotionnel, social, psychologique. Ce qui permettrait d'optimiser la santé mentale des jeunes adultes pour une génération avec une santé mentale complète.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E., & Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 1
- Abdel-Khalek, A. M. (2010). Quality of life, subjective well-being, and religiosity in Muslim college students. *Quality of Life Research*, 19(8), 1133–1143.
<https://doi.org/10.1007/s11136-010-9676-7>
- Acun-Kapikiran, N. (2011). Focus on Positive and Negative Information as the Mediator of the Relationship between Empathy Tendency Guilty and Psychological Well-Being in University Students. *Educational Sciences : Theory and Practice*, 11(3), 1141–1147
- Agence de la santé publique du Canada Promotion de la santé mentale :
- Promouvoir la santé mentale, c'est promouvoir le meilleur de nous même
[internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada
[Modification le 6 mai 2014 ; consultation le 13 juin 2016]. Consultable en
ligne à la page : <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/index-fra.php>
- Allan, B. A., Steger, M. F., & Shin, J. Y. (2013). Thanks? Gratitude and well-being over the Thanksgiving holiday among college students. *The Journal of Positive Psychology*, 8(2), 91–102. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.776623>
- Arango Lasprilla, J. C., Moreno, A., Rogers, H., & Francis, K. (2009). The Effect of Dementia Patient's Physical, Cognitive, and Emotional/ Behavioral Problems on Caregiver Well-Being: Findings From a Spanish-Speaking Sample From Colombia, South America. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(5), 384–395.
<https://doi.org/10.1177/1533317509341465>

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2006). Emerging Adulthood in Europe: A Response to Bynner. *Journal of Youth Studies*, 9(1), 111–123. <https://doi.org/10.1080/13676260500523671>
- Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood, a 21st century theory: A rejoinder to Hendry and Kloep. *Child Development Perspectives*, 1(2), 80–82
- Ayyash-Abdo, H., & Alamuddin, R. (2007). Predictors of Subjective Well-Being Among College Youth in Lebanon. *The Journal of Social Psychology*, 147(3), 265–284. <https://doi.org/10.3200/SOCP.147.3.265-284>
- Baams, L., Beek, T., Hille, H., Zevenbergen, F. C., & Bos, H. M. W. (2013). Gender Nonconformity, Perceived Stigmatization, and Psychological Well-Being in Dutch Sexual Minority Youth and Young Adults: A Mediation Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 765–773. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0055-z>
- Barnes, G. E., Barnes, M. D., & Patton, D. (2005). Prevalence and Predictors of “Heavy” Marijuana Use in a Canadian Youth Sample. *Substance Use & Misuse*, 40(12), 1849–1863. <https://doi.org/10.1080/10826080500318558>
- Barry, M. M. (2007). Generic Principles of Effective Mental Health Promotion. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(2), 4–16. <https://doi.org/10.1080/14623730.2007.9721834>
- Barry, M. M. (2008). The influence of social, demographic and physical factors on positive mental health in children, adults and older people. Retrieved from <https://aran.library.nuigalway.ie/handle/10379/2684>
- Barry, M. M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4–17. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>

- Bartram, D. J., Yadegarfar, G., Sinclair, J. M. A., & Baldwin, D. S. (2011). Validation of the Warwick–Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) as an overall indicator of population mental health and well-being in the UK veterinary profession. *The Veterinary Journal*, 187(3), 397–398. <https://doi.org/10.1016/j.tvjl.2010.02.010>
- Bersamin, M. M., Zamboanga, B. L., Schwartz, S. J., Donnellan, M. B., Hudson, M., Weisskirch, R. S., ... Caraway, S. J. (2014). Risky Business: Is There an Association between Casual Sex and Mental Health among Emerging Adults? *The Journal of Sex Research*, 51(1), 43–51. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.772088>
- Blank, M.-L., Connor, J., Gray, A., & Tustin, K. (2016). Alcohol use, mental well-being, self-esteem and general self-efficacy among final-year university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 431–441. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1183-x>
- Bowman, N. A. (2010). The Development of Psychological Well-Being Among First-Year College Students. *Journal of College Student Development*, 51(2), 180–200. <https://doi.org/10.1353/csd.0.0118>
- Boyratz, G., Waits, J. B., & Felix, V. A. (2014). Authenticity, life satisfaction, and distress: A longitudinal analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 61(3), 498–505. <https://doi.org/10.1037/cou0000031>
- Bradburn, N. M. (1969). The structure of psychological well-being. Chigago. Aldine, 67–27388. Retrieved from : http://www.norc.org/PDFs/publications/BradburnN_Struc_Psych_Well_Being.pdf
- Burns, R. A., & Machin, M. A. (2009). Investigating the Structural Validity of Ryff’s Psychological Well-Being Scales Across Two Samples. *Social Indicators Research*, 93(2), 359–375. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9329-1>
- Burris, J. L., Brechting, E. H., Salsman, J., & Carlson, C. R. (2009). Factors Associated With the Psychological Well-Being and Distress of University Students. *Journal of American College Health*, 57(5), 536–544. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.5.536-544>

- Cardak, M. (2013). Psychological well-being and Internet addiction among university students. *TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 12(3). Retrieved from <http://search.proquest.com/openview/d47b1f622d616c0883e9a48ac572c3bf/1?pq-origsite=gscholar>
- Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158. <https://doi.org/10.7202/032403ar>
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15. <https://doi.org/10.7202/012137ar>
- Castellví, P., Forero, C. G., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., ... Alonso, J. (2014). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of Life Research*, 23(3), 857–868. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0513-7>
- Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada (2016). Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive, édition 2016. <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/positive-mental-health/index-fr.aspx>. Consulté le 13 juin 2016
- Cheng, S.-T., & Chan, A. C. M. (2005). Measuring psychological well-being in the Chinese. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1307–1316. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.013>
- Chow, H. P. (2005). Life satisfaction among university students in a Canadian prairie city: A multivariate analysis. *Social Indicators Research*, 70(2), 139–150
- Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2008). Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students. *Social Indicators Research*, 89(1), 97–112. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9222-3>

- Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Wheaton, B. (2001). Measuring Psychological Well-Being in the Canadian Study of Health and Aging. *International Psychogeriatrics*, 13(S1), 79–90. <https://doi.org/10.1017/S1041610202008013>
- Coffman, D. L., & Gilligan, T. D. (2002). Social support, stress, and self-efficacy: Effects on students' satisfaction. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*, 4(1), 53–66.
- Conner, T. S., Brookie, K. L., Richardson, A. C., & Polak, M. A. (2015). On carrots and curiosity: Eating fruit and vegetables is associated with greater flourishing in daily life. *British Journal of Health Psychology*, 20(2), 413–427. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12113>
- Cooper, L., Peters, L., & Andrews, G. (1998). Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *Journal of Psychiatric Research*, 32(6), 361–368.
- Costa, H., Ripoll, P., Sánchez, M., & Carvalho, C. (2013). Emotional Intelligence and Self-Efficacy: Effects on Psychological Well-Being in College Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 16. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.39>
- Cutrona, C. E., & Russell, D. (1987). Social Provisions Scale, 472–479
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The Provisions of Social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37–67
- Damodaran, D. K., & Varghese, K. P. (2016). Gender and Mental Health: Are There Differences? Retrieved from http://www.academia.edu/download/45266749/Gender_and_Mental_Health.pdf
- Davoren, M. P., Fitzgerald, E., Shiely, F., & Perry, I. J. (2013). Positive Mental Health and Well-Being among a Third Level Student Population. *PLoS ONE*, 8(8), e74921. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074921>

- De Bruin, G. P., & du Plessis, G. A. (2015). Bifactor analysis of the Mental Health Continuum-Short Form (MCH-SF). *Psychological Reports*, 116(2), 438–446. <https://doi.org/10.2466/03.02.PR0.116k20w6>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
- Di Fabio, A., & Palazzeschi, L. (2015). Hedonic and eudaimonic well-being: the role of resilience beyond fluid intelligence and personality traits. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01367>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). Satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 926
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40(1–2), 189–216
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *The American Psychological Association*, 125(2), 276–302
- Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2016). Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being. *Psychological Assessment*, 28(5), 471–482. <https://doi.org/10.1037/pas0000209>
- Doré, I., O’Loughlin, J. L., Sabiston, C. M., & Fournier, L. (2016). Psychometric Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF) in French Canadian Young Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1–9

- Dreger, S., Buck, C., & Bolte, G. (2014). Material, psychosocial and sociodemographic determinants are associated with positive mental health in Europe: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 4(5), e005095. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005095>
- Duncan, E., & Grazzani-Gavazzi, I. (2004). Positive emotional experiences in Scottish and Italian young adults: A diary study. *Journal of Happiness Studies*, 5(4), 359–384
- Ertan Yörük, C., & Yörük, B. K. (2012). The impact of drinking on psychological well-being: Evidence from minimum drinking age laws in the United States. *Social Science & Medicine*, 75(10), 1844–1854. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.020>
- Fagley, N. S. (2012). Appreciation uniquely predicts life satisfaction above demographics, the Big 5 personality factors, and gratitude. *Personality and Individual Differences*, 53(1), 59–63. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.02.019>
- Fleury, M.-J., & Grenier, G. (2013). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être Québec. Retrieved from <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3285015>
- Furnham, A., & Petrides, K. V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31(8), 815–823. <https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.8.815>
- Ganga, N. S. (2015). Positive mental health of young people: a policy framework. *International Journal of Adolescence and Youth*, 20(2), 256–260. <https://doi.org/10.1080/02673843.2013.799039>
- Ganga, N. S., & Kutty, V. R. (2012). Identifying key strategies to promote positive mental health of young people in the state of Kerala, India. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14(5), 276–288. <https://doi.org/10.1080/14623730.2013.789627>

- Ganga, N. S., & Kutty, V. R. (2015). Measuring Positive Mental Health Development of the Achutha Menon Centre Positive Mental Health Scale. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1893–NP1906
- Ganga, N. S., Raman Kutty, V., & Thomas, I. (2014). Determinants of positive mental health: a path model. *Mental Health Review Journal*, 19(1), 47–60.
<https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2013-0018>
- Gigantesco, A., Stazi, M. A., Alessandri, G., Medda, E., Tarolla, E., & Fagnani, C. (2011). Psychological well-being (PWB): a natural life outlook? An Italian twin study on heritability of PWB in young adults. *Psychological Medicine*, 41(12), 2637–2649.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711000663>
- Gilmour, H. (2014). Santé mentale positive et maladie mentale. *Rapports Sur La Santé*, 25(9), 3–10
- Gülaçti, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3844–3849.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.602>
- Guo, C., Tomson, G., Guo, J., Li, X., Keller, C., & Söderqvist, F. (2015). Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Chinese adolescents – a methodological study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1).
<https://doi.org/10.1186/s12955-015-0394-2>
- Hansson, L. (2002). Quality of life in depression and anxiety. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 185–189. <https://doi.org/10.1080/09540260220144966>
- Henderson, L., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 196–221. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.3>

- Hu, A. (2015). The Changing Happiness-Enhancing Effect of a College Degree Under Higher Education Expansion: Evidence from China. *Journal of Happiness Studies*, 16(3), 669–685. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9528-1>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive. Ottawa, ICIS
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). Reconnaître et explorer la santé mentale positive - dialogue sur les politiques : synthèse et analyse. Ottawa (Ont.), ICIS. Retrieved from https://secure.cihi.ca/free_products/recognizing_exploring_positive_mental_health_fr.pdf
- Iwamoto, D. K., & Liu, W. M. (2010). The impact of racial identity, ethnic identity, Asian values, and race-related stress on Asian Americans and Asian international college students' psychological well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 57(1), 79–91. <https://doi.org/10.1037/a0017393>
- Janca, A., Robins, L. N., Cottler, L. B., & Early, T. S. (1992). Clinical observation of assessment using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). An analysis of the CIDI Field Trials–Wave II at the St Louis site. *The British Journal of Psychiatry*, 160(6), 815–818
- Jibeen, T., & Khalid, R. (2010). Predictors of Psychological well-being of Pakistani Immigrants in Toronto, Canada. *International Journal of Intercultural Relations*, 34(5), 452–464. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2010.04.010>
- Joshanloo, M. (2016). A New Look at the Factor Structure of the MHC-SF in Iran and the United States Using Exploratory Structural Equation Modeling: Factor Structure of MHC-SF. *Journal of Clinical Psychology*, 72(7), 701–713. <https://doi.org/10.1002/jclp.22287>

- Joshanloo, M., Rastegar, P., & Bakhshi, A. (2012). The Big Five personality domains as predictors of social wellbeing in Iranian university students. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(5), 639–660. <https://doi.org/10.1177/0265407512443432>
- Joshanloo, M., Wissing, M. P., Khumalo, I. P., & Lamers, S. M. A. (2013). Measurement invariance of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) across three cultural groups. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 755–759. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.06.002>
- Jovanović, V. (2015). Structural validity of the Mental Health Continuum-Short Form: The bifactor model of emotional, social and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 75, 154–159. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.026>
- Kafka, G. J., & Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 57(2), 171–190
- Karabati, S., & Cemalcilar, Z. (2010). Values, materialism, and well-being: A study with Turkish university students. *Journal of Economic Psychology*, 31(4), 624–633. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2010.04.007>
- Karaś, D., Ciecuch, J., & Keyes, C. L. M. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.011>
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219–233. <https://doi.org/10.1080/17439760802303044>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, B., & Wittchen, H.-U. (1998). The World Health Organization composite international diagnostic interview short-form (cidi-sf). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(4), 171–185

- Kessler, R. C., Wittchen, H.-U., Abelson, J. M., Mcgonagle, K., Schwarz, N., Kendler, K. S. Zhao, S. (1998). Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US national comorbidity survey (NCS). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(1), 33–55
- Keyes, C. L. (2013). *Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health*. Dordrecht: Springer Netherlands. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8>
- Keyes, C. L. (2010). The next steps in the promotion and protection of positive mental health. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 42(3), 17–28
- Keyes, C. L., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366–2371
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207–222
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2009). Atlanta: Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF).
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.1007>
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-

speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181–192.
<https://doi.org/10.1002/cpp.572>

Keyes, C. L., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164–2172

Kross, E., Verduyn, P., Demiralp, E., Park, J., Lee, D. S., Lin, N., Ybarra, O. (2013). Facebook Use Predicts Declines in Subjective Well-Being in Young Adults. *PLoS ONE*, 8(8), e69841. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069841>

LaGuardia, J. G., & Ryan, R. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : Théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de Psychologie*, 21(2), 281–304

Lamers, S. M. (2012). Positive mental Health : measurement, relevance and implications. Enschede : University of Twente [Host

Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20741>

Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553–560. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1015156>

Langlois, K., Samokhvalov, A., Rehm, J., Spence, S., & Connor Gorber, S. (2012). Descriptions des états de santé au Canada : maladies mentales. Ottawa, Ont.: Statistique Canada. Retrieved from <http://site.ebrary.com/id/10545164>

Larsen, R. J., & Eid, M. (2008). Ed Diener and the science of subjective well-being. *The Science of Subjective Well-Being*, 1–13

- Lee, C. (2001). Experiences of family caregiving among older Australian women. *Journal of Health Psychology, 6*(4), 393–404
- Lehmann, A., Burkert, S., Daig, I., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2011). Subjective underchallenge at work and its impact on mental health. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 84*(6), 655–664.
<https://doi.org/10.1007/s00420-011-0628-5>
- Li, R.-H. (2014). Reliability and validity of a shorter Chinese version for Ryff's psychological well-being scale. *Health Education Journal, 73*(4), 446–452.
<https://doi.org/10.1177/0017896913485743>
- Lim, K.-L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada, 28*(3), 92–98
- Lim, Y.-J. (2013). Psychometric Characteristics of the Korean Mental Health Continuum–Short Form in an Adolescent Sample. *Journal of Psychoeducational Assessment, 0734282913511431*.
- Lim, Y.-J. (2015a). Relations between virtues and positive mental health in a Korean population: A Multiple Indicators Multiple Causes (MIMIC) model approach: VIRTUES. *International Journal of Psychology, 50*(4), 272–278.
<https://doi.org/10.1002/ijop.12096>
- Lim, Y.-J. (2015b). Relationship between positive mental health and appreciation in Korean individuals. *International Journal of Psychology*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijop.12220/pdf>
- Liu, C.-Y., & Yu, C.-P. (2013). Can Facebook Use Induce Well-Being? *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 16*(9), 674–678.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0301>

- López, M. A., Gabilondo, A., Codony, M., García-Forero, C., Vilagut, G., Castellví, P., Alonso, J. (2013). Adaptation into Spanish of the Warwick–Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) and preliminary validation in a student sample. *Quality of Life Research*, 22(5), 1099–1104. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0238-z>
- Love, K. M., & Murdock, T. B. (2004). Attachment to Parents and Psychological Well-Being: An Examination of Young Adult College Students in Intact Families and Stepfamilies. *Journal of Family Psychology*, 18(4), 600–608. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.4.600>
- Machado, W. de L., & Bandeira, D. R. (2015). Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum – Short Form. *Psico-USF*, 20(2), 259–274. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200207>
- Magyar-Moe, J. L. (2009). *Therapist’s guide to positive psychological interventions*. Academic Press.
- Maheswaran, H., Weich, S., Powell, J., & Stewart-Brown, S. (2012). Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1
- Meerding, W. J., Bonneux, L., Polder, J. J., Koopmanschap, M. A., & van der Maas, P. J. (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. *Bmj*, 317(7151), 111–115
- Michalec, B., & Keyes, C. L. M. (2013). A multidimensional perspective of the mental health of preclinical medical students. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 89–97. <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.687825>
- Molnar, D. S., Busseri, M. A., Perrier, C. P., & Sadava, S. W. (2009). A longitudinal examination of alcohol use and subjective well-being in an undergraduate sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(5), 704–713

- Murdock, K. K., Gorman, S., & Robbins, M. (2015). Co-rumination via cellphone moderates the association of perceived interpersonal stress and psychosocial well-being in emerging adults. *Journal of Adolescence*, 38, 27–37.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.10.010>
- Navaneelan, T. (2012). Les taux de suicide : un aperçu. Statistique Canada. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001 La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: Organisation mondiale de la santé
- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., & Jayaraman, G. (2016). Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. *Promotion de La Santé et Prévention des Maladies chroniques au Canada recherche, politiques et pratiques*, 36(1), 1–11
- O'Sullivan, G. (2011). The Relationship Between Hope, Eustress, Self-Efficacy, and Life Satisfaction Among Undergraduates. *Social Indicators Research*, 101(1), 155–172.
<https://doi.org/10.1007/s11205-010-9662-z>
- Park, N., Song, H., & Lee, K. M. (2014). Social networking sites and other media use, acculturation stress, and psychological well-being among East Asian college students in the United States. *Computers in Human Behavior*, 36, 138–146.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.03.037>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164
- Pavot, W. G., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross- method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149–161.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17

- Pelletier, L. G., Vallerand, R. J., Green-Demers, I., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Loisirs et santé mentale : les relations entre la motivation pour la pratique des loisirs et le bien-être psychologique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 27(2), 140–156
- Persson, P., & Kjølhede, P. (2008). Factors associated with postoperative recovery after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 140(1), 108–113.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.03.006>
- Pesigan, I. J. A., Luyckx, K., & Alampay, L. P. (2014). Brief report: Identity processes in Filipino late adolescents and young adults: Parental influences and mental health outcomes. *Journal of Adolescence*, 37(5), 599–604.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.04.012>
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. M. (2015). The Mental Health Continuum—Short Form (MHC–SF) as a Measure of Well-Being in the Italian Context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291–312. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0629-3>
- Power, A. K. (2010). Transforming the nation’s health: Next steps in mental health promotion. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2343–2346
- Proctor, C., Maltby, J., & Linley, P. A. (2011). Strengths Use as a Predictor of Well-Being and Health-Related Quality of Life. *Journal of Happiness Studies*, 12(1), 153–169.
<https://doi.org/10.1007/s10902-009-9181-2>
- Rankin, W. M. (2015). Exploring Relationships among Strengths Use, Spirituality, Religion and Positive Mental Health of College-Attending Emerging Adults. Ohio University. Retrieved from:
https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=ohiou1447765918&disposition=attachment

- Ridner, S. L., Newton, K. S., Staten, R. R., Crawford, T. N., & Hall, L. A. (2016). Predictors of well-being among college students. *Journal of American College Health, 64*(2), 116–124. <https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1085057>
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., ... Towle, L. H. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry, 45*(12), 1069–1077
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology, 56*(2), 321–329. <https://doi.org/10.1037/a0013954>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 141–166
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*(4), 99–104
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081
- Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719–727
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry, 9*(1), 1–28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1

- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103–1119.
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.01.002>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K., & Hernandez, A. (2007). Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 531–547. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.007>
- Salama-Younes, M. (2011a). Positive mental health, subjective vitality and satisfaction with life for French physical education students. *World Journal of Sport Sciences*, 4(2), 90–97.
- Salama-Younes, M. (2011b). Validation of the Mental Health Continuum Short Form and Subjective Vitality Scale with Egyptian Adolescent Athletes. In I. Brdar (Ed.), *the Human Pursuit of Well-Being* (pp. 221–234). Dordrecht: Springer Netherlands. Retrieved from http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-94-007-1375-8_19
- Santos, J. J. A. dos, Costa, T. A. da, Guilherme, J. H., Silva, W. C. da, Abentroth, L. R. L., Krebs, J. A., & Sotoriva, P. (2015). Adaptation and cross-cultural validation of the Brazilian version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 61(3), 209–214. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.03.209>
- Schiffirin, H. H., Liss, M., Miles-McLean, H., Geary, K. A., Erchull, M. J., & Tashner, T. (2014). Helping or Hovering? The Effects of Helicopter Parenting on College Students' Well-Being. *Journal of Child and Family Studies*, 23(3), 548–557. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9716-3>

- Schmid, K., Schönlebe, J., Drexler, H., & Mueck-Weymann, M. (2010). Associations between being overweight, variability in heart rate, and well-being in the young men. *Cardiology in the Young*, 20(01), 54. <https://doi.org/10.1017/S1047951109992009>
- Schmidt, C. K., Piontkowski, S., Raque-Bogdan, T. L., & Ziemer, K. S. (2014). Relational Health, Ethnic Identity, and Well-Being of College Students of Color A Strengths-Based Perspective. *The Counseling Psychologist*, 42(4), 473–496
- Schwartz, L. A., & Drotar, D. (2009). Health-Related Hindrance of Personal Goal Pursuit and Well-Being of Young Adults with Cystic Fibrosis, Pediatric Cancer Survivors, and Peers without a History of Chronic Illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(9), 954–965. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn144>
- Schwartz, S. J., Waterman, A. S., Umaña-Taylor, A. J., Lee, R. M., Kim, S. Y., Vazsonyi, A. T., ... Williams, M. K. (2013). Acculturation and Well-Being Among College Students from Immigrant Families: Acculturation and Well-Being. *Journal of Clinical Psychology*, 69(4), 298–318. <https://doi.org/10.1002/jclp.21847>
- Singh, K., Bassi, M., Junnarkar, M., & Negri, L. (2015). Mental health and psychosocial functioning in adolescence: An investigation among Indian students from Delhi. *Journal of Adolescence*, 39, 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.12.008>
- Sirigatti, S., Penzo, I., Iani, L., Mazzeschi, A., Hatalskaja, H., Giannetti, E., & Stefanile, C. (2013). Measurement Invariance of Ryff's Psychological Well-being Scales Across Italian and Belarusian Students. *Social Indicators Research*, 113(1), 67–80. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0082-0>
- Sivis-Cetinkaya, R. (2013). Turkish College Students' Subjective Wellbeing in Regard to Psychological Strengths and Demographic Variables: Implications for College Counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 35(4), 317–330. <https://doi.org/10.1007/s10447-013-9185-9>
- Skinner, R., McFaull, S., Draca, J., Frechette, M., Kaur, J., Pearson, C., & Thompson, W. (2016). Le suicide et les hospitalisations associées à des blessures auto-infligées au

- Canada (1979 à 2014-2015). Promotion de La Santé et Prévention des Maladies chroniques Au Canada recherche, politiques et pratiques, 36(11), 272–281
- Slade, T., Johnston, A., Oakley Browne, M. A., Andrews, G., & Whiteford, H. (2009). 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 594–605
- Snedker, K. A., & Hooven, C. (2013). Neighborhood Perceptions and Emotional Well-Being in Young Adulthood: Neighborhood Perceptions and Emotional Well-Being in Young Adulthood. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(1), 62–73.
<https://doi.org/10.1111/jcap.12016>
- Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*, 35(4), 1080–1102. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2005.07.004>
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517–530.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.01.003>
- Statistique Canada. (2013). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale : Guide de l'utilisateur Fichiers de microdonnées. Ottawa, Ont.: Canadian Institute for Health Information: Statistics Canada
- Statistique Canada. (2015). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2012 : Santé mentale
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., & Oishi, S. (2008). Being good by doing good : Daily eudaimonic activity and well-being. *Journal of Research in Personality*, 42(1), 22–42.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.03.004>
- Stein, C. H., Hoffmann, E., Bonar, E. E., Leith, J. E., Abraham, K. M., Hamill, A. C., ... Fogo, W. R. (2013). The United States Economic Crisis: Young Adults' Reports of

Economic Pressures, Financial and Religious Coping and Psychological Well-Being. *Journal of Family and Economic Issues*, 34(2), 200–210.
<https://doi.org/10.1007/s10834-012-9328-x>

Stewart-Brown, S., & Janmohamed, K. (2008). Warwick-Edinburgh mental well-being scale. User Guide. Version, 1. Retrieved from
<http://www.cppconsortium.nhs.uk/admin/files/1343987601WEMWBS%20User%20Guide%20Version%201%20June%202008.pdf>

Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 15.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-15>

Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect*, 21(10), 1015–1023

Syed, M., Walker, L. H. M., Lee, R. M., Taylor, A. J., Zamboanga, B. L., Schwartz, S. J., Huynh, Q.-L. (2013). A two-factor model of ethnic identity exploration: Implications for identity coherence and well-being. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 19(2), 143–154. <https://doi.org/10.1037/a0030564>

Tamannaefar, M. R., & Motaghedifard, M. (2014). Subjective well-being and its sub-scales among students: The study of role of creativity and self-efficacy. *Thinking Skills and Creativity*, 12, 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2013.12.003>

Tanaka, M., Wekerle, C., Leung, E., Waechter, R., Gonzalez, A., Jamieson, E., & MacMillan, H. L. (2012). Preliminary evaluation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire short form. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(2), 396–407

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development

and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 63.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>

Tiliouine, H. (2009). Measuring Satisfaction with Religiosity and Its Contribution to the Personal Well-Being Index in a Muslim Sample. *Applied Research in Quality of Life*, 4(1), 91–108. <https://doi.org/10.1007/s11482-009-9074-x>

Tiliouine, H., & Belgoumidi, A. (2009). An Exploratory Study of Religiosity, Meaning in Life and Subjective Wellbeing in Muslim Students from Algeria. *Applied Research in Quality of Life*, 4(1), 109–127. <https://doi.org/10.1007/s11482-009-9076-8>

Torres Stone, R. A., Sabella, K., Lidz, C. W., McKay, C., & Smith, L. M. (2016). The Meaning of Work for Young Adults Diagnosed with Serious Mental Health Conditions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. <https://doi.org/10.1037/prj0000195>

Vaingankar, J. A., Subramaiam, M., Lim, Y. W., Sherbourne, C., Luo, N., Ryan, G., ... Chong, S. A. (2012). From well-being to positive mental health: conceptualization and qualitative development of an instrument in Singapore. *Quality of Life Research*, 21(10), 1785–1794. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0105-3>

Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629–643. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)

Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, 87(3), 473–479. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9174-7>

Van Lente, E., Barry, M. M., Molcho, M., Morgan, K., Watson, D., Harrington, J., & McGee, H. (2012). Measuring population mental health and social well-being. *International Journal of Public Health*, 57(2), 421–430. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0317-x>

- Vansteenkiste, M., Duriez, B., Simons, J., & Soenens, B. (2006). Materialistic values and well-being among business students: Further evidence of their detrimental effect. *Journal of Applied Social Psychology, 36*(12), 2892–2908
- Vitterso, J. (2001). Personality traits and subjective well-being: emotional stability, not extraversion, is probably the important predictor. *Personality and Individual Differences, 31*, 903–914
- Walsh, C. A., MacMillan, H. L., Trocmé, N., Jamieson, E., & Boyle, M. H. (2008). Measurement of victimization in adolescence: Development and validation of the Childhood Experiences of Violence Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 32*(11), 1037–1057. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.05.003>
- Wang, C.-C. D., & Castañeda-Sound, C. (2008). The role of generational status, self-esteem, academic self-efficacy, and perceived social support in college students' psychological well-being. *Journal of College Counseling, 11*(2), 101–118
- Waterman, A. S. (1990). The relevance of Aristotle's conception of eudaimonia for the psychological study of happiness. *Theoretical & Philosophical Psychology, 10*(1), 39
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*(4), 678
- Waterman, A. S. (2007). On the importance of distinguishing hedonia and eudaimonia when contemplating the hedonic treadmill. *American Psychologist, 62*(6), 612–613. <https://doi.org/10.1037/0003-066X62.6.612>
- Waterman, A. S. (2008). Reconsidering happiness: a eudaimonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology, 3*(4), 234–252. <https://doi.org/10.1080/17439760802303002>
- Waterman, A. S., Schwartz, S. J., & Conti, R. (2008). The Implications of Two Conceptions of Happiness (Hedonic Enjoyment and Eudaimonia) for the Understanding of Intrinsic

Motivation. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 41–79. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9020-7>

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

Winzer, R., Lindblad, F., Sorjonen, K., & Lindberg, L. (2014). Positive versus negative mental health in emerging adulthood: a national cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 14(1), 1

World Health Organization. (2004). *promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneva: World Health Organization

Yetim, U. (2003). The impacts of individualism/collectivism, self-esteem, and feeling of mastery on life satisfaction among the Turkish university students and academicians. *Social Indicators Research*, 61(3), 297–317

Yeung, C. W., & Thomas, S. (2013). *L'Imputation du Revenu pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Statistique Canada

Yin, K. L., He, J. M., & Fu, Y. F. (2013). Positive Mental Health: Measurement, Prevalence, and Correlates in a Chinese Cultural Context. In C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental Well-Being* (pp. 111–132). Dordrecht: Springer Netherlands. Retrieved from http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-94-007-5195-8_6

Yoon, H. (2003). Factors associated with family caregivers' burden and depression in Korea. *The International Journal of Aging and Human Development*, 57(4), 291–311

Zheng, G., Lan, X., Li, M., Ling, K., Lin, H., Chen, L. (2014). The effectiveness of Tai Chi on the physical and psychological well-being of college students: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 129

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableaux des définitions et des recherches sur la SMP

Tableau VII. Récapitulatif des travaux réalisés sur la SMP

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
Bien-être émotionnel/subjectif/hédonique				
Schwartz et Drotar (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - La perception de la santé - Auto-efficacité - Niveau de scolarité - Ethnicité 	210 jeunes adultes américains âgés de 18 à 28 ans (fibrose kystique (n = 48), survivantes d'un cancer de l'enfance (n = 57), sans antécédent de maladie chronique (n = 105)	<ul style="list-style-type: none"> - Brève échelle d'évaluation de l'humeur (Diener et Emmons, 1985) - Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et al., 1985) 	<ul style="list-style-type: none"> - Le bien-être subjectif augmente avec le niveau élevé d'éducation, l'auto-efficacité - Aucune association entre la perception de l'état de santé, l'ethnicité et le bien-être subjectif
Molnar et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation de l'alcool - Conséquences liées à la consommation de l'alcool 	627 (temps 1) et 467 (temps 2) étudiants canadiens (Âge moyen = 18,83 ± 0,86)	<ul style="list-style-type: none"> - Échelle de satisfaction avec la vie (Kilpatrick et Cantril, 1960) - <i>Positive and Negative Affect Schedule</i> (Watson et al., 1988) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les conséquences indésirables dues à la consommation d'alcool donnent des niveaux inférieurs de satisfaction de vie, des affects positifs - Une grande consommation d'alcool (Plus grande quantité / fréquence, intoxication plus fréquente, lourde épisodique potable) est associée à un niveau élevé de bien-être subjectif - Aucune association entre les conséquences négatives, les variations ultérieures de l'utilisation de l'alcool et le bien-être subjectif au bout de 3 ans

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
Blank et <i>al.</i> (2016)	Consommation d'alcool	5082 étudiants zélandais âgés de 18 à 25 ans et moins	<i>Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale</i> (WEMWBS)	Une consommation d'alcool modérée ou élevée chez les hommes et une consommation élevée chez les femmes sont associées à un niveau faible de bien- être émotionnel
Costa et <i>al.</i> (2013)	- Intelligence émotionnelle - Âge - Genre	1078 étudiants de premier cycle des universités en Espagne (n= 413), au Mexique (n= 243), au Portugal (n= 161), et au Brésil (n= 261) (Âge moyen = 22,98 ± 6,73)	Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> , 1985)	- Association positive entre l'intelligence émotionnelle et la satisfaction de la vie - Aucune association significative entre l'âge, le genre et la satisfaction à l'égard de la vie
Furnham et Petrides (2003)	- Intelligence émotionnelle - Traits de personnalité (névrosisme, extraversion, ouverture à l'expérience, gentillesse, conscience)	88 étudiants anglais âgés de 18 à 23 ans	<i>Oxford Happiness Inventory</i> (Argyle et <i>al.</i> , 1989)	- Association positive entre l'intelligence émotionnelle et le bonheur - Aucune association entre les traits de personnalité tels que le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, la gentillesse, la conscience et le bonheur

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
Proctor et <i>al.</i> (2011)	Forces de caractère (amour, humour, gentillesse, intelligence sociale, ouverture d'esprit)	135 étudiants anglais âgés de 18 à 27 ans	- <i>Short form 8TM Health Survey</i> (SF-8: Ware et <i>al.</i> , 2001) - Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> , 1985) - <i>Positive And Negative Affect Schedule</i> (PANAS: Watson et <i>al.</i> , 1988)	Association positive entre les caractères forts et la satisfaction de la vie
Yetim (2003)	- Estime de soi - Maîtrise de soi - Individualisme - Collectivisme - Genre - Statut d'étudiants	1392 étudiants turcs (âge moyen = 24, 95)	Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> , 1985)	- L'estime de soi, la maîtrise de soi et l'individualisme sont associés positivement au niveau de satisfaction à l'égard de la vie - Le collectivisme est associé à un niveau faible de satisfaction à l'égard de la vie - Les étudiants universitaires ont un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie que les étudiantes universitaires - Les étudiantes académiciennes ont un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie que les étudiants académiciens
Boyraz et <i>al.</i> (2014)	Authenticité	232 étudiants américains (Âge moyen = 23,34 ± 7,29)	Échelle de Satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> ,	Les personnes authentiques sont plus satisfaites de leur vie

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
			1985)	
O'Sullivan, (2011)	- Auto-efficacité - Espérance - Détresse (avoir des réactions positives au stress)	118 étudiants américains âgés de 18 à 25 ans	Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> , 1985)	Les personnes auto-efficaces, avec une grande espérance et déstressées ont un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie
Sivis-Cetinkaya (2013)	- État de santé - Auto-efficacité - Estime de soi - Optimisme - Reconnaissance familiales - Revenu - Participation aux activités - Genre - Réussite scolaire	1052 étudiants turcs âgés de 17 à 32 ans	- <i>Positive And Negative Affect Schedule</i> (PANAS) (Watson et <i>al.</i> , 1988) - Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> , 1985)	- Les personnes sans problème de santé ont un niveau élevé d'affects positifs que celles ayant un problème de santé - Les personnes auto-efficaces, optimistes sont plus satisfaites de leur vie - Association positive entre l'estime de soi, la reconnaissance et la satisfaction à l'égard de la vie - Les étudiants qui habitent avec leurs parents ont un niveau plus élevé de bien-être subjectif que ceux vivant dans les résidences (dortoir, location, avec d'autres familles) - Les étudiants de revenu élevé ont un niveau plus élevé de bien-être subjectif, sont plus heureux, satisfaits de leur vie et ont un fonctionnement plus positif que ceux à revenu faible - La participation aux activités organisées par les clubs étudiants augmente le niveau du bien-être subjectif.

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
				<ul style="list-style-type: none"> - Les femmes ont un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie - Les hommes ont un niveau élevé d'affects positifs - Association positive et significative entre la réussite scolaire et le bien-être subjectif
Chow (2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Estime de soi - Relations familiales - Condition de vie - Relation avec les pairs - Âge - Genre - Satisfaction de l'expérience scolaire ou universitaire - Réussite scolaire - Statut socioéconomique 	315 étudiants canadiens (Âge moyen = 20,6 ± 4,29)	Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et al., 1985)	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes ayant une grande estime d'elle-même, un haut niveau de statut socioéconomique, une réussite académique, une satisfaction de leur expérience académique, des relations avec des personnes importantes et une meilleure condition de vie sont plus satisfaites de leur vie -Aucune association entre l'âge, le genre, les relations familiales telles que l'environnement récréatif et de cohésion au sein de la famille et la satisfaction à l'égard de la vie
Wang et Castañeda-Sound (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Estime de soi - Auto-efficacité académique - Soutien perçu de la famille - Soutien perçu des 	128 étudiants américains (âge moyen = 21,02 ± 3,60)	Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et al., 1985)	<ul style="list-style-type: none"> - La satisfaction à l'égard de la vie augmente avec l'estime de soi - Aucune association significative entre le statut ethnique et racial, l'auto-efficacité académique, le soutien perçu de la famille, des amis et la satisfaction à

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
	amis - Statut ethnique et racial			l'égard de la vie
Ayyash-Abdo et Alamuddin (2007)	- Estime de soi - Optimisme	689 jeunes collégiens libanais âgés de 17 et 24 ans	- <i>Positive And Negative Affect Schedule</i> (PANAS ; Watson et Tellegen, 1988) - Échelle de satisfaction avec la vie (SWLS ; Diener et <i>al.</i> , 1985)	Relation positive entre l'estime de soi, l'optimisme et les affects positifs
Duncan et <i>al.</i> (2013)	- Indépendance - Genre - Âge	815 étudiants italiens et écossais de 19 à 35 ans	- <i>Subjective Happiness Scale</i> (Lyubomirsky and Lepper, 1999) - <i>Delighted-terrible Faces Scale</i> (Andrews et Withey, 1976)	- Les personnes indépendantes sont plus heureuses - Les femmes sont plus heureuses que les hommes - Le bonheur augmente avec l'âge
Vitterso (2001)	- Stabilité émotionnelle - Extraversion	264 étudiants norvégiens âgés de 16 à 25 ans	- Échelle de satisfaction avec la vie (Pavot et Diener, 1993) - Affect global	La stabilité émotionnelle et l'extraversion augmentent le niveau de bien-être subjectif
Vansteenkiste et <i>al.</i> (2006)	Valeurs intrinsèques et extrinsèques	248 étudiants belges âgés de 18 à 20 ans	Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> , 1985)	- Association inverse entre les valeurs extrinsèques (réussite financière, image, apparence physique) et le bien-être subjectif

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
				<ul style="list-style-type: none"> - Association positive entre les valeurs intrinsèques (croissance, contribution communautaire, affiliation) et le bien-être subjectif - Aucune association significative entre les interactions entre le genre et les valeurs intrinsèques et extrinsèques et le bien-être subjectif
Schiffirin et <i>al.</i> (2014)	Type d'éducation	297 étudiants américains âgés de 18 à 23 ans	Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> 1985)	<ul style="list-style-type: none"> - La satisfaction à l'égard de la vie diminue avec un niveau élevé de contrôle parental - Plus ils reçoivent de contrôles parentaux, plus leur niveau de satisfaction à l'égard de la vie baisse
Allan et <i>al.</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aux activités communautaires - Appartenance sociale 	172 étudiants américains de premier cycle (Âge moyen = 18,96 ± 1,64)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Daily Life Satisfaction</i> (Steger et <i>al.</i> (2008) - <i>Daily Meaning Scale</i> (DMS ; Steger et <i>al.</i>, 2008) - <i>Daily positive and negative affect</i> (Feldman, 1995 ; Watson et Clark, 1994) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes qui participent à des activités communautaires telles que les clubs d'étudiants, la participation aux événements sociaux, aux activités sportives, récréatives, vacancières ont un niveau élevé de satisfaction de la vie et des affects positifs - L'absence de reconnaissance à une activité communautaire diminue la satisfaction de la vie et les affects positifs
Kross et <i>al.</i> (2013)	Réseaux sociaux	82 américains (Âge moyen = 19,52 ± 2,17)	Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> ,	Le niveau de satisfaction à l'égard de la vie diminue avec une fréquence élevée

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
			1985)	d'utilisation du Facebook.
Gülaçti (2010)	- Soutien social - Soutien familial	87 étudiants turcs en formation d'enseignants	Échelle de bien-être subjectif (Tuzgöl-Dost, 2004)	- Aucune relation significative entre le soutien social avec les amis et le bien-être subjectif - Association positive et significative entre le soutien familial et le bien-être subjectif
Schmidt et al. (2014)	- État de santé - Identité ethnique et culturelle - Interactions sociales	229 étudiants américains âgés de 18 à 25 ans	- Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et al., 1985) - <i>Positive And Negative Affect Schedule</i> (PANAS ; Watson et al., 1988)	- La satisfaction à l'égard de la vie et les affects positifs augmentent avec l'état de santé - Le bien-être subjectif diminue avec l'identité ethnique, culturelle - Les interactions sociales faibles ou négatives sont associées à un faible niveau de bien-être subjectif
Fagley (2012)	- Trait de personnalité (conscience, l'extraversion) - Reconnaissance - Âge - Genre - Origine ethnique	243 étudiants américains âgés de 18 à 30 ans	Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et al., 1985)	- Un niveau élevé d'appréciation, la reconnaissance, les traits de personnalité tels que la conscience, l'extraversion, augmentent le niveau de satisfaction à l'égard de la vie - Aucune association entre l'âge, le genre, l'origine ethnique et la satisfaction à l'égard de la vie
Karabati et Cemalcilar	Valeur au matérialisme	948 étudiants turcs (âge moyen = 21,6 ans ± 1,85)	Version turque de l'échelle de satisfaction	Les valeurs accordées au matérialisme sont inversement associées au bien-être

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
(2010)			avec la vie (Diener et <i>al.</i> 1985)	subjectif
Hu (2015)	Niveau de scolarité	1149 résidents urbains chinois âgés de 25 à 32 ans	Questionnaire à cinq items de type Likert évaluant le bonheur (Yang 2008, Veenhoven, 1996)	Association positive entre le niveau élevé de scolarité et le bonheur des résidents urbains
Coffman et Gilligan (2002)	- Auto-efficacité - Stress interpersonnel - Soutien social	94 étudiants américains (Âge moyen = 17,98 ± 0,53)	Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> , 1985)	- Aucune association entre l'auto-efficacité et la satisfaction de la vie - Des niveaux élevés de stress interpersonnel perçus ont été associés à des niveaux plus faibles de la satisfaction à l'égard de la vie - Le niveau de satisfaction à l'égard de la vie augmente avec le soutien social

Bien-être social

Joshanloo et <i>al.</i> (2012)	- Traits de personnalité (extraversion, conscience, amabilité, ouverture à	236 étudiants de premier cycle de l'Université de Téhéran (Iran) (Âge moyen : 21,62 ± 2,28)	Échelle de bien-être social de Keyes (1998)	- Les traits de personnalité tels que l'extraversion, la conscience, l'amabilité, l'ouverture à l'expérience sont associés positivement au bien-être social. - Les étudiants de sexe masculin ont un niveau plus élevé de bien-être social que
--------------------------------	--	---	---	---

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
	l'expérience) - Genre - Statut d'étudiants			les étudiantes
Cicognani et al. (2008)	Participation sociale	200 Italiens âgés de 19 à 28 ans, 125 Américains âgés de 18 à 22 ans et 214 étudiants de l'Université iranienne âgés de 18 à 34 ans	Échelle de bien-être social (Keyes (1998)	Seuls les niveaux élevés de participation sociale des italiens ont augmenté leur bien-être social
Bien-être psychologique/ eudémonique				
Schmid et al. (2010)	- Activité physique - Sommeil	786 jeunes hommes allemands âgés de 16 à 24 ans	<i>Who-five Well-being Index (World Health Organization, version 1998)</i>	La pratique soutenue de l'activité physique, et la qualité et l'augmentation de la durée du sommeil sont liées positivement au bien-être psychologique
Conner et al. (2015)	Habitudes alimentaires	405 étudiants zélandais âgés de 17 à 25 ans	<i>Daily adaptation of the Flourishing Scale (DFS: Diener et al., 2010)</i>	Les habitudes alimentaires ont été associées positivement au bien-être eudémonique
Bersamin et al. (2014)	Habitudes sexuelles à risque	- 3 907 étudiants américains âgés de 18 à 25 ans	- Échelle de satisfaction avec la vie (Diener, 2006) - Échelle de bien-être psychologique	Le bien-être psychologique diminue avec les rapports sexuels occasionnels

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
			(Ryff et Keyes, 1995) - Échelle de bien-être eudémonique (Waterman, 2008) - <i>General Index of Well-Being</i> (Waterman, 2008; Waterman et al., 2010)	
Burris et al. (2009)	- Habitudes sexuelles à risque - Optimisme - Religion - Spiritualité - Valeurs à la santé	353 étudiants américains âgés de 17 à 29 ans d'une grande université publique	<i>Mental Health Inventory</i> (MHI; Ware et al., 1979)	- Aucune association entre le nombre de partenaires sexuels courants, la religion, la spiritualité et le bien-être psychologique - Relation positive entre l'optimisme et le bien-être psychologique - Les valeurs à la santé (comportements favorisant la santé : évitement de l'alcool et activité physique) sont associées positivement à un niveau élevé de bien-être psychologique - Aucune association entre l'âge, le genre et le bien-être psychologique
Gigantesco et al. (2011)	- Facteurs génétiques - Facteurs environnementaux	742 jumeaux dizygotes et monozygotes italiens âgés de 23 à 24 ans	Échelles de bien-être psychologique (Ryff et Keyes, 1995)	Les facteurs génétiques (monozygotes et dizygotes) sont plus associés au bien-être psychologique que les facteurs environnementaux

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
Acun-Kapikiran (2011)	Empathie	314 étudiants turcs âgés de 17 à 32 ans	Échelle de bien-être psychologique (Ryff, (1989))	Les étudiants empathiques ont des niveaux élevés de bien-être psychologique
Cardak (2013)	- Impulsions - Réseaux sociaux	479 étudiants turcs âgés de 18 et 25 ans	Échelle de bien-être psychologique (Ryff, 1989)	- Un faible contrôle des impulsions est associé à un niveau faible de bien-être psychologique - Un niveau élevé de dépendance à l'internet est lié à un niveau faible de bien-être psychologique
Love et Murdock (2004)	Relations familiales	163 étudiants américains âgés de 18 à 21 ans	- <i>Comprehensive Affective Personality Scale</i> (CAPS ; Lubin et Whitlock, 2000) <i>Brief Life satisfaction Scale</i> (BLS, Lubin, 2001)	Les étudiants de familles non recomposées ont des niveaux plus élevés de bien-être psychologique que ceux de familles recomposées
Bowman (2010)	- Revenu du ménage - Interactions sociales - Âge - Genre - Niveau de scolarité - Réussite scolaire - Ethnie raciale	3081 étudiants américains âgés de 19 ans et plus (jeunes adultes de 19-20 ans)	Échelle de bien-être psychologique de Ryff (1989)	- Le bien-être psychologique augmente avec le niveau élevé de revenu du ménage - Les étudiants ayant des familles à faible revenu ont des niveaux inférieurs d'autonomie. - Le bien-être psychologique diminue avec les interactions sociales faibles ou négatives

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
				<ul style="list-style-type: none"> - Relation inverse entre l'âge et le bien-être psychologique - L'âge a un effet modérateur sur la relation entre le niveau de scolarité et le but dans la vie - Les femmes ont des niveaux plus élevés de bien-être psychologique que les hommes - Les hispaniques, asiatiques, amérindiens et la réussite scolaire sont associés à un niveau élevé de bien-être psychologique
Liu et Yu (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux - Soutien social - Genre 	- 330 étudiants taiwanais âgés de 18 à 23 ans	Échelle de bien-être psychologique de Ryff (1995)	<ul style="list-style-type: none"> - Les réseaux sociaux semblent avoir de faibles effets directs sur le bien-être psychologique. Leur relation est médiée par le soutien social général. - Le soutien social général est associé positivement au niveau de bien-être psychologique - Aucune association entre le genre et le bien-être psychologique
Pesigan et al. (2014)	Soutien social	779 Adolescents et jeunes adultes philippiens âgés de 17 à 30 ans	Échelle de bien-être psychologique (Ryff et Singer, 1996)	Le soutien social est lié positivement et significativement au bien-être psychologique
Baams et al.	<ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisation - Genre 	192 jeunes adultes hollandais	<i>Personal and Social</i>	- La stigmatisation est significativement et négativement associée au bien-être

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
(2013)		âgés de 16 à 24 ans	<i>Well-Being Module</i> (Huppert et al., 2009)	psychologique - Aucune association significative entre le genre et le bien-être psychologique
Yörük et Yörük (2012)	Consommation d'alcool	- 9000 jeunes adultes américains âgés de 19 à 22 ans	<i>Composite Psychological Well-Being Index</i> , une adaptation de <i>Mental Health Inventory Subscale</i> (MHI-5, (MHI; Ware et al., 1979)	Aucune association significative entre la consommation d'alcool et le bien-être psychologique
Park et al. (2014)	- Extraversion - Stress - Réseaux sociaux - Âge - Genre - Compétence en Anglais - Durée d'immigration	283 étudiants immigrants coréens et chinois dans une université américaine (âge moyen = 26,83 ± 5,35)	<i>RAND Mental Health Inventory, version 5</i> (Stewart et al., 1992)	- L'extraversion, la compétence en anglais sont associées positivement et significativement au niveau de bien-être psychologique - Le stress de la réussite scolaire est associé négativement au niveau de bien-être psychologique - Aucune association significative entre l'utilisation du Facebook, de l'internet, l'âge, le genre, la durée d'immigration et le niveau de bien-être psychologique
Iwamoto et Liu (2010)	- Stress - Identité ethnique - Affirmation d'appartenance	402 étudiants internationaux américains et asiatiques (Âge moyen = 21,02 ± 3,6)	Échelle de bien-être psychologique de Ryff (SPWB ; Ryff, 1989)	- Les valeurs asiatiques, et l'identité ethnique et l'affirmation d'appartenance, sont liées positivement au bien-être psychologique

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
	- Valeurs raciales			- Aucune association entre le stress et le bien-être psychologique
Au moins deux dimensions du bien-être				
Ridner et al. (2016)	- Activité physique - Sommeil - Consommation de tabac - Comportement sexuel - Genre - Nombre d'années de scolarité	568 étudiants américains âgés de 18 à 25 ans	<i>Public Health Surveillance Well-Being Scale</i> (Bann et al., 2012)	- Le bien-être est plus élevé chez les personnes pratiquant une activité physique, les non-consommateurs de tabac, les hétérosexuels - La réduction de la durée du sommeil diminue le bien-être - Aucune association entre le genre, le nombre d'années scolaires et le bien-être
Di Fabio et Palazzeschi (2015)	- Intelligence - Extraversion - La stabilité émotionnelle - Résilience	168 étudiants italiens du secondaire âgés de 18 à 20 ans	- Version italienne de l'échelle de satisfaction avec la vie (SWLS, Diener et al., 1985) - Version italienne (Terracciano et al., 2003) de « <i>Positive Affect Scale of the Positive And Negative Affect Schedule</i> » (PANAS, Watson et al., 1988)	- Aucune association entre l'intelligence et la satisfaction globale de la vie et les émotions positives et le sens de la vie - Association positive entre, l'extraversion, la stabilité émotionnelle, la résilience et la satisfaction globale de la vie et les émotions positives et le sens de la vie

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
Murdock et al. (2015)	- Stress interpersonnel - Genre	142 étudiants américains âgés de 18 à 22 ans	Continuum de santé mentale- version abrégée (MHC-SF ; Keyes, 2005)	- Le stress interpersonnel perçu est significativement et négativement associé au bien-être psychosocial (santé mentale positive et l'épuisement social) - Aucune association positive entre le genre et le bien-être psychosocial
Steger et al. (2008)	- Comportements affectueux et positifs - Engagement aux activités positives et de plaisir	65 étudiants américains (Âge moyen = 18,9 ± 1,6)	- <i>Positive and Negative Affect Schedule—Expanded Form</i> (PANAS-X ; Watson et Clark, 1994) - Sous-échelle de la signification de la vie (Steger et al., 2006) - Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et al., 1985)	- Les personnes ayant plus de comportements affectueux et positifs sont plus satisfaites de leur vie. - Association positive entre l'engagement aux activités de plaisir et aux activités positives et le bien-être hédonique et eudémonique
Syed et al. (2013)	- Participation aux activités du groupe ethnique - Recherche de l'identité ethnique	3637 étudiants américains des minorités ethniques âgés de 18 à 30 ans	- Questionnaire de bien-être eudémonique (Waterman et al., 2010) - Échelle de bien-être psychologique (Ryff et Keyes, 1995) - Échelle de satisfaction de la vie (Diener et al., 1985)	- La participation aux activités du groupe ethnique est positivement associée au bien-être subjectif, eudémonique - La recherche de l'identité ethnique est négativement associée au bien-être subjectif, eudémonique

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
Schwartz et al. (2013)	- Appartenance sociale - Valeurs individuelles et collectives	2754 étudiants américains, âgés de 18 à 29 ans	- Échelle de satisfaction de la vie (Pavot & Diener, 1993) - Échelle de bien-être psychologique (Ryff et Keyes, 1995) - Questionnaire de bien-être eudémonique (Waterman et al., 2010)	- L'identité raciale, ethnique est positivement liée au bien-être psychologique et eudémonique, subjectif - Les valeurs individuelles étaient positivement et significativement associées au bien-être psychologique mais moins fortement au bien-être subjectif - Les valeurs collectives sont négativement liées au bien-être psychologique que les valeurs individuelles
SMP				
Lim (2015a)	- Vertus Interpersonnelles (gentillesse, intelligence sociale, optimisme, leadership) - Vertus Intellectuelles (sagesse, courage, créativité) - Âge - Genre	876 étudiants coréens âgés de 17 à 29 ans de deux universités à Séoul (Corée du Sud)	Version coréenne du Continuum de santé mentale version abrégée (K-MHC-SF ; Lim et al. 2012), développé par Keyes et al. (2008)	- Les vertus intellectuelles des étudiants sont associées positivement à la SMP - Aucune association entre l'âge, le genre et la SMP
Lim (2015b)	- Valeurs accordées à une personne ou quelque chose	266 étudiants coréens de 17 à 29 ans	Continuum de santé mentale- version abrégée	- Les valeurs accordées à une personne, à quelque chose sont associées positivement et significativement à la

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
			(MHC-SF ; Keyes et <i>al.</i> , 2008)	SMP
Tamannaefar et Motaghedifar d (2014)	- Créativité - Auto-efficacité	355 étudiants iraniens (âge moyen = 23,78 ans)	Questionnaire de bien-être subjectif (Keyes et Magyar-Moe, 2003) incluant le bien-être émotionnel (12 items), psychologique (18) et social (15)	Le bien-être subjectif (SMP) augmente avec la créativité et l’auto-efficacité
Rankin (2015)	- Utilisation des forces de caractère - Spiritualité - Religion	109 étudiants anglais âgés de 18 à 23 ans	Continuum de santé mentale- version abrégée (MHC-SF ; Keyes 2002, 2009)	- L’utilisation des forces est associée positivement à la SMP -Aucune association entre la spiritualité, la religion et la SMP
Michalec et Keyes (2013)	-Stress -Âge -Genre -Origine raciale	237 étudiants américains en médecine préclinique (Âge moyen= 26 ans)	Continuum de santé mentale- version abrégée (MHC-SF) (Keyes, 2006)	- Des niveaux élevés de stress interpersonnel perçu ont été associés en premier lieu, à des niveaux plus faibles de bien-être social et psychologique et après le bien-être émotionnel - Aucune association significative entre l’âge, le genre, l’origine raciale et la SMP

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
Winzer et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aux événements sociaux - Âge 	23 394 femmes et 18 274 hommes suédois âgés de 16 à 29 ans	<i>General Health Questionnaire</i> , GHQ-12 (Goldberg et al., 1988)	<ul style="list-style-type: none"> - La participation aux événements sociaux est associée à un meilleur niveau de SMP - La SMP diminue avec l'âge
Davoren et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Activité physique - Consommation d'alcool, de drogues de tabac - Comportements sexuels à risque 	2 044 étudiants irlandais âgés de 18 à 22 ans et plus de premier cycle	<i>Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale</i> (WEMWBS) (Tennant et al., 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Les niveaux d'activité physique d'intensité modérée et élevée sont associés positivement au niveau élevé de SMP - Les personnes ayant un ou plusieurs partenaires sexuels ont des niveaux élevés de SMP et de bien-être que celles n'ayant pas. - Aucune association entre la consommation d'alcool, de drogues ou le tabac et la SMP et le bien-être
Ganga et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Religion - Environnement social du quartier - Appartenance à une organisation sociale - Genre - Statut d'étudiants - Statut d'emploi - Statut matrimonial 	453 jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans du district de Kannur de l'état du Kerala, en Inde	« <i>Achutha Menon Centre Positive Mental Health Scale</i> » (AMCPMHS) pour mesurer la SMP	<ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de SMP est plus élevé chez les jeunes chrétiens, les jeunes hindous que chez les musulmans. - Association positive entre la qualité de l'environnement d'apprentissage à domicile, l'appartenance à une organisation sociale et la SMP - Le statut d'emploi et le statut d'étudiants ont des effets significativement positifs sur la SMP des jeunes - Les femmes ont des niveaux inférieurs de SMP que les hommes

Études	Facteurs	Échantillon (n)	Mesures de SMP	Conclusion
				- Les mariés ont des niveaux modérément inférieurs de SMP que les non-mariés

Tableau VIII. Quelques définitions de la SMP

Définitions	
Agence de santé publique (2016)	État de bien-être qui nous permet « de ressentir, penser et agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés »
Keyes (2002, 2005)	Présence de bien-être : <ul style="list-style-type: none"> - Émotionnel : affects positifs (bonheur, heureux), satisfaction de la vie - Psychologique : acceptation de soi, maîtrise de l'environnement, relations positives avec les autres, croissance personnelle, autonomie, but dans la vie - Social : contribution sociale, intégration sociale, actualisation sociale, acceptation sociale, cohésion sociale
Ganga et Kutty (2015)	« <i>a dynamic state of well-being in which the individual realizes his or her own potential, with an underlying belief of the dignity and worth of self and others, can cope well with the normal stresses of life, is able to work productively, and can contribute to the community</i> ” (p. 1895) Quatre dimensions : réalisation de son propre potentiel, capacités d'adaptation, réalisation de la valeur d'autrui et productivité
Pelletier et al. (1995)	Présence de trois construits psychologiques positifs (estime de soi, perception de contrôle, satisfaction envers la vie) et d'un construit négatif (dépression)
Vaingankar et al. (2012)	Capacité à construire et à entretenir des relations, à posséder des aptitudes d'adaptation, à poursuivre une croissance personnelle et une autonomie, et à participer à des pratiques religieuses et spirituelles
Barry (2008, 2009)	Présence d'attributs positifs qui contribuent au capital social et à la prospérité économique des sociétés en favorisant la productivité de l'individu
Lamers et al. (2011)	État de bien-être reflétant des sentiments positifs (bien-être émotionnel) et un fonctionnement positif dans la vie individuelle (bien-être psychologique) et dans la vie communautaire (bien-être social)

Tableau IX. Récapitulatif des mesures de la SMP en fonction des traditions hédonique et eudémonique

Mesures	Tradition hédonique	Tradition eudémonique
Échelle de satisfaction avec la vie (Diener et <i>al.</i> , 1985)	X	
Échelle de bien-être psychologique (Ryff, 1995, 1989 ; Ryff et Keyes, 1995)		X
Échelle de bien-être social (Keyes, 1998)		X
<i>Warwick–Edinburgh Mental Well-Being Scale</i> (<i>WEMWBS</i>) (Tennant et <i>al.</i> , 2007)	X	X
Continuum de santé mentale- version abrégée (MHC- SF) (Keyes, 2002, 2005, 2009 ; Keyes et <i>al.</i> , 2008 ; Lamers et <i>al.</i> , 2011)	X	X

ANNEXE 2 : Tableaux des variables et des traitements des données

Tableau X. Items de la variable dépendante :
Mental Health Continuum- Short Form : MHC-SF

Dimensions du bien-être	Sous-dimensions du bien-être	Variables dans l'ESCC-SM	Items	Alpha de Cronbach pour chaque sous-échelle
Émotionnel	Bonheur	PMH_01	PMH_Q01 : Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti heureux (se) ?	$\alpha = 0,82$
	Intérêt pour la vie	PMH_02	PMH_Q02 : (Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) :) ...intéressé(e) par la vie ?	
	Satisfaction face à la vie	PMH_03	PMH_Q03 : (Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) : ...satisfait(e) à l'égard de votre vie ?	
Social	Contribution sociale	PMH_04	PMH_Q04 : Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti ...que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société ?	$\alpha = 0,79$
	Intégration sociale	PMH_05	PMH_Q05 : (Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti :) ...que vous aviez un sentiment d'appartenance à une collectivité (comme un groupe social, votre quartier, votre ville, votre école) ?	
	Actualisation sociale	PMH_06	PMH_Q06 : (Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti :) ...que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous ?	
	Acceptation sociale	PMH_07	PMH_Q07 : Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti...que les gens sont	

Dimensions du bien-être	Sous-dimensions du bien-être	Variables dans l'ESCC-SM	Items	Alpha de Cronbach pour chaque sous-échelle
			fondamentalement bons ?	
	Cohérence sociale	PMH_08	PMH_Q08 : (Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti :) ...que le fonctionnement de la société a du sens pour vous ?	
Psychologique	Acceptation de soi	PMH_09	PMH_Q09 : (Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti :) ...que vous aimiez la plupart des facettes de votre personnalité ?	$\alpha = 0,82$
	Maîtrise de son environnement	PMH_10	PMH_Q10 : Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti...que vous étiez bon(ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien ?	
	Relations positives avec les autres	PMH_11	PMH_Q11 : (Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti :) que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes ?	
	Croissance personnelle	PMH_12	PMH_Q12 : (Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti :)...que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne ?	
	Autonomie	PMH_13	PMH_Q13 : Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e)...capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions ?	
	But dans la vie	PMH_14	PMH_Q14 : (Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti :) ...que votre vie a un but ou une signification ?	

Tableau XI. Variables indépendantes

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
Variables sociodémographiques			
Âge	Âge du répondant pendant l'entrevue Variable continue	Quel est l'âge du [répondant] ?	Codage initial : 18 – 29 ans Recodage : 0 – 12 ans
Genre	Sexe du répondant Variable dichotomique	Est-ce que le répondant est de sexe masculin ou féminin ?	Codage initial : 1 : Masculin; 2 : Féminin Recodage : 0 : Femme ; 1 : Homme
Statut matrimonial	Statut matrimonial du répondant Variable dichotomique	Quel est l'état matrimonial du [répondant] ? Est-il marié, en union libre, veuf, séparé, divorcé, ou célibataire, jamais marié	Codage initial : 1 : Marié ; 2 : En union Libre ; 3 : veuf ; 4 : Séparé ; 5 : Divorcé ; 6 : Célibataire/ jamais marié Recodage : 0 : sans conjoint ; 1 : avec conjoint
Niveau de scolarité	Plus haut diplôme obtenu Variable ordinale		Variable dérivée avec 10 diplômes Codage initial : 1 : 8 ^{ème} année/moins ; 2 : « 9-10 ^{ème} année » ; 3 : « 11-13 ^{ème} année » ; 4 : « Second/post sec. » ; 5 : « Études post-sec. » ; 6 : « dipl-

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
			<p>mét/tech/c »; 7 : « dipl- Cégep/col/i » ; 8 : « Cert. univ < bac » ; 9 : « Baccalauréat » ; 10 : « Cert. univ > Bac »</p> <p>Recodage : 0 : Aucun diplôme ; 1 : Diplôme d'étude secondaire ; 2 : Diplôme d'étude postsecondaire ; 3 : diplôme d'étude universitaire</p>
Occupation principale	Occupation principale du répondant au cours de la dernière semaine		<p>Les variables statut d'emploi et statut d'étudiant ont été utilisées comme proxy</p> <p>Recodage : 0 : Ni emploi/ni études ; 1 : Emploi seulement ; 2 : Études seulement ; 3 : Emploi et études</p>
		Variable catégorielle	
Statut parental	Statut parental		<p>Variable dérivée de la variable « lien familial »</p> <p>Codage initial : 1 : Individu vivant seul ; 2 : Individu vivant avec des partenaires ; 3 : Individu vivant avec conjoint et partenaires ; 4 : Parent avec conjoint/enfant ;</p>
		Variable dichotomique	

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
			5 : Parent monoparental/enfant ; 6 : Enfant avec parent ; 7 : Enfant avec parent/frères/sœurs ; 8 : Enfant avec les 2 parents ; 9 : Enfant avec /les 2 parents et frères/sœurs ; 10 : Autres Recodage : 0 : Aucun enfant; 1 : Avec enfant

Variables individuelles

Capacité d'adaptation	Auto-évaluation de la capacité qu'a le répondant à faire face aux situations imprévues dans sa vie	STS_Q1 : En général, comment évaluez-vous votre capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles, par exemple, une crise familiale ou personnelle ? Diriez-vous que votre capacité est... ?	Codage initial : 1 : Excellente; 2 : Très bonne ; 3 : Bonne ; 4 : Passable ; 5 : Mauvaise Recodage : 0 : Mauvaise ; 1 : Passable ; 2 : Bonne ; 3 : Très bonne ; 4 : Excellente
	Variable ordinale	STS_Q2 : En général, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie, par exemple, faire face aux responsabilités vis-à-vis	La moyenne de ces 2 items constitue cette variable

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
		du travail, de la famille et du bénévolat ? Diriez-vous que votre capacité est... ?	
Exposition à la violence dans l'enfance	<p>Violence subie avant 16 ans</p> <p>Variable dichotomique</p>	<p>CEX_Q01 : Avant l'âge de 16 ans, combien de fois avez-vous vécu l'EXPÉRIENCE 1 (Combien de fois avez-vous vu ou entendu l'un de vos parents, beaux-parents ou tuteurs se frapper ou frapper un autre adulte à la maison ?)?</p> <p>CEX_Q02 : Avant l'âge de 16 ans, combien de fois avez-vous vécu l'EXPÉRIENCE 2 (Combien de fois un adulte vous a-t-il giflé ou tapé sur la tête ou les oreilles, ou encore vous a frappé ou donné la fessée avec quelque chose de dur pour vous faire mal ?)?</p> <p>CEX_Q03 : Avant l'âge de 16 ans, combien de fois avez-vous vécu l'EXPÉRIENCE 3 (Combien de fois un adulte vous a-t-il poussé, agrippé, bousculé ou vous a-t-il lancé quelque chose pour vous faire mal ?) ?</p>	<p>Variable dérivée basée sur les items CEX_Q01 à CEX_Q06</p> <p>Codage : 1 : jamais ; 2 : 1 ou 2 fois ; 3 : 3 à 5 fois ; 4 : 6 à 10 fois ; 5 : plus de 10 fois</p> <p>Recodage : 0 : Non ; 1 : Oui</p>

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
		<p>CEX_Q04 : Avant l'âge de 16 ans, combien de fois avez-vous vécu l'EXPÉRIENCE 4 (Combien de fois un adulte vous a-t-il donné un coup de pied, mordu, frappé du poing, étranglé, brûlé ou attaqué physiquement d'une autre façon ?) ?</p>	
		<p>CEX_Q05 : Avant l'âge de 16, combien de fois avez-vous vécu l'EXPÉRIENCE 5 (Combien de fois un adulte vous a-t-il forcé, ou essayé de vous forcer, à avoir une activité sexuelle non désirée en vous menaçant, en vous immobilisant ou en vous faisant mal d'une autre façon?)?</p>	
		<p>CEX_Q06 : Avant l'âge de 16 ans, combien de fois avez-vous vécu l'EXPÉRIENCE 6 (Combien de fois un adulte vous a-t-il touché contre votre volonté d'une manière sexuelle ? Par cela je veux dire tout ce qui va d'un attouchement non désiré à un</p>	

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
		baiser ou des caresses) ?	
Perception subjective de la santé	Perception subjective de la santé Variable ordinale	GEN_Q01 : En général, diriez-vous que votre santé est... ?	Codage initial : 1 : Excellente; 2 : Très bonne ; 3 : Bonne ; 4 : Passable ; 5 : Mauvaise Recodage : 0 : Pas bonne ; 1 : Bonne ; 2 : Très bonne ; 3 : Excellente
Activité physique	Nombre moyen d'heures d'activités physiques modérées ou élevées au cours des 7 jours Variable continue	PHS_Q01 : Au cours des 7 derniers jours, combien de fois avez-vous fait de l'activité physique d'intensité modérée ou élevée ? PHS_Q02 : À peu près combien de temps en avez-vous fait à chaque fois ? PHSDAPA : 0.0000 - 70.0000 heures	Variable dérivée basée sur PHS_Q01 (0-35 : nombre de fois) et PHS_Q02 (1 : 0 à 15 minutes ; 2 : 16 à 30 minutes; 3 : 31 à 60 minutes ; 4 : 61 minutes à 2 heures ; 5 : plus de 2 heures) 0 à 70
Consommation de l'alcool	Nombre de verres d'alcool consommés par jour au cours des 12 derniers mois	AUD_Q06 : Les jours où vous avez bu au cours des 12 derniers mois, environ combien de verres avez-vous habituellement pris par jour ?	0 à 30

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
	Variable continue		
Consommation de drogues	Toute consommation de drogues illicites excluant une seule fois le cannabis au cours des 12 derniers mois	SUD_Q01D, SUD_Q02D, SUD_Q03D, SUD_Q04B, SUD_Q05B, SUD_Q06B, SUD_Q07B, SUD_Q08B, SUD_Q09B : En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois ?	Variable dérivée basée sur les items sur la consommation et la dépendance de drogues Codage initial : 1 : Oui ; 2 : Non
	Variable dichotomique		
		SUD_Q10B : Avez-vous pris D'autre au cours des 12 derniers mois ?	0 : Non 1 : Oui
Consommation de tabac	Nombre de cigarettes fumées par jour	SMK_Q204 : Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour ?	Codage initial : 1 à 70
	Variable continue		
Importance des valeurs spirituelles	Importance des valeurs spirituelles dans la vie du répondant	SPI_Q01 : En général, dans quelle mesure les croyances religieuses ou spirituelles sont-elles importantes dans votre vie de tous les jours ? ».	Recodage : 0 à 70 Codage initial : 1 : Très importantes ; 2 : Peu importantes ; 3 : Pas très importantes ; 4 : Pas importantes du tout
	Variable ordinale		
			Recodage : 0 : Pas du tout importantes ; 1 : Pas très importantes ; 2 : Peu importantes ; 3 : Très importantes

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
Exposition au stress	Stress ressenti dans la vie Variable ordinale	GEN_Q07 : En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont... ?	Codage initial : 1 : Pas du Tout ; 2 : Pas tellement ; 3 : Un peu ; 4 : Assez ; 5 : Extrêmement Recodage : 0 : Pas du tout ; 1 : Pas tellement ; 2 : Un peu ; 3 : Assez ; 4 : Extrêmement
Variables familiales			
État de santé mentale de la famille	Membre de la famille avec problème de santé mentale/alcool/drogues Variable dichotomique	FMI_Q01A : Un ou des membres de votre famille ont-ils des problèmes concernant leurs émotions, leur santé mentale ou leur consommation d'alcool ou de drogue ?	Codage initial : 1 : oui ; 2 : non Recodage : 0 : Non ; 1 : Oui
Revenu du ménage	Revenu du ménage Variable ordinale		Variable dérivée basée sur les items sur le revenu du ménage à l'échelle nationale Codage initial : 1 : Décile 1 ; 2 : Décile 2 ; 3 : Décile 3 ; 4 : Décile 4 ; 5 : Décile 5 ; 6 : Décile 6 ; 7 : Décile 7 ; 8 : Décile 8 ; 9 : Décile 9 ; 10 : Décile 10 Recodage : 0 : Décile 1 ; 1 :

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
			Décile 2 ; 2 : Décile 3 ; 3 : Décile 4 ; 4 : Décile 5 ; 5 : Décile 6 ; 6 : Décile 7 ; 7 : Décile 8 ; 8 : Décile 9 ; 9 : Décile 10

Variables communautaires

Soutien social	Perception du soutien social	Échelle de provisions sociales - score global à 10 items :	Variable dérivée Codage initial : 1 : fortement en accord ; 2 : D'accord ; 3 : En désaccord ; 4 : fortement en désaccord. Recodage : 1 : fortement en désaccord ; 2 : En désaccord ; 3 : D'accord ; 4 : fortement en accord.
	Variable continue	SPS_Q01 : Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin. SPS_Q02 : Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi. SPS_Q03 : J'ai des personnes proches de moi qui me	10 – 40 Recodage : 0 à 30

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
		procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.	
		SPS_Q04 : Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie	
		SPS_Q05 : J'ai des relations où ma compétence et mon savoir-faire sont reconnus.	
		SPS_Q06 : Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.	
		SPS_Q07 : J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.	
		SPS_Q08 : Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.	
		SPS_Q09 : Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.	
		SPS_Q10 : Il y a des gens sur qui je peux compter en cas	

Variables	Définitions	Items	Transformation des variables et recodage
		d'urgence.	
Lieu de résidence	Lieu de résidence Variable dichotomique		Codage initial : 2 : Rural ; 1 : Urbain Recodage : 0 : Rural ; 1 : Urbain

Tableau XII. Données manquantes – Partie 1

Variabes	Variabes d'origine	Valeurs manquantes avant imputation	Valeurs manquantes après imputation
Facteurs sociodémographiques			
Âge		0	0
Genre		0	0
Statut matrimonial		3	1
Niveau de scolarité ^a		19	13
Occupation principale ^b	Statut d'emploi	NA	NA
	Statut d'étudiant	NA	
Statut parental		15	0
Facteurs individuels			
Capacité d'adaptation ^c	Capacité à faire face aux situations imprévues	6	6
	Capacité à faire face aux demandes quotidiennes	6	6
Exposition à la violence dans l'enfance ^d	Exposition aux violences entre parents	34	0
	Violence physique	113	
	Violence sexuelle	85	
Perception subjective de la santé		1	1
Activité physique modérée ou élevée ^e		7	7
Consommation d'alcool ^e		42	35

Tableau XII - Données manquantes – Partie 2

Variabiles	Variabiles d'origine	Valeurs manquantes avant imputation	Valeurs manquantes après imputation
Facteurs individuels			
Consommation de drogues illicites ^g		22	2
Consommation de tabac ^h		4	4
Importance des valeurs spirituelles		18	1
Exposition actuelle au stress		1	1
Facteurs familiaux			
État de santé mentale de la famille		29	29
Revenu du ménage ⁱ		0	0
Facteurs communautaires			
Soutien social		68	16
Lieu de résidence		0	0
Variable dépendante			
SMP		200	13

^a Plus haut diplôme obtenu

^b est dérivée de statut d'emploi et du statut d'étudiant

^c est dérivée de la Capacité à faire face aux situations imprévues et aux demandes quotidiennes

^d est obtenue à partir des variables exposition aux violences entre les parents, à la violence physique et à la violence sexuelle

^e Nombre moyen d'heures d'activité physique modérée ou élevée par semaine

^f Nombre de verres d'alcool consommés par jour au cours des 12 derniers mois

^g Toute consommation de drogues illicites excluant une seule fois le cannabis au cours des 12 derniers mois

^h Nombre de cigarettes fumées par jour

Tableau XIII. Comparaison des répondants inclus vs exclus – Partie 1

Variables	Inclus (moyenne/% et n) (n = 4242)	Exclus (moyenne/% et n) (n =129)	Total (n =4371)
Facteurs sociodémographiques			
Âge	23,5 (n = 4242)	23,3 (n = 132)	4374
Genre	(n = 4242)	(n = 132)	4374
Femme	47,2 (n = 2004)	40,9 (n = 54)	2058
Homme	52,8 (n = 2238)	59,1 (n = 78)	2316
Statut matrimonial	4242	129	4371
Sans conjoint	72,7 (n= 3084)	93,0 (n = 120)	3204
Avec conjoint	27,3 (n = 1158)	7,0 (n = 9)	1167
Niveau de scolarité ^a	1,7 (n = 4242)	1,3 (n = 97)	4339
Occupation principale ^b	4241	79	4320
Ni emploi, ni études	10,9 (n = 463)	26,6 (n = 21)	484
Emploi seulement	57,3 (n = 2428)	44,3 (n = 35)	2463
Étude seulement	24,8 (n = 1050)	22,8 (n = 18)	1068
Emploi et études	7,1 (n = 300)	6,3 (n = 5)	305

Tableau XIII - Comparaison des répondants inclus vs exclus – Partie 2

Variables	Inclus (moyenne/% et n) (n = 4242)	Exclus (moyenne/% et n) (n =129)	Total (n =4371)
Facteurs sociodémographiques			
Statut parental	4242	132	4374
Pas d'enfant	89,3 (n = 3787)	96,2 (n = 127)	3914
Avec enfant	10,7 (n = 455)	3,8 (n = 5)	460
Facteurs individuels			
Capacité d'adaptation ^c	2,7 (n = 4242)	2,6 (n = 125)	4367
Exposition à la violence dans l'enfance ^d	4242	132	4374
Non	60,4 (n = 2561)	72,0 (n = 95)	2656
Oui	39,6 (n = 1681)	28,0 (n = 37)	1718
Perception subjective de la santé	1,9 (n = 4242)	1,8 (n = 131)	4373
Activité physique modérée ou élevée ^e	4,2 (n = 4242)	4,7 (n = 130)	4372
Consommation d'alcool ^f	2,7 (n = 4242)	2,5 (n = 97)	4339
Consommation de drogues illicites ^g	4242	127	4369
Non	69,7 (n = 2956)	69,3 (n = 88)	3044
Oui	30,3 (n = 1286)	30,7 (n = 39)	1325

Tableau XIII - Comparaison des répondants inclus vs exclus – Partie 3

Variables	Inclus (moyenne/% et n) (n = 4242)	Exclus (moyenne/% et n) (n =129)	Total (n =4371)
Facteurs individuels			
Consommation de tabac ^h	1,9 (n = 4242)	2,6 (n = 129)	4371
Importance des valeurs spirituelles	1,3 (n = 4242)	1,5 (n = 132)	4374
Exposition actuelle au stress	1,8 (n = 4242)	1,7 (n = 131)	4373
Facteurs familiaux			
État de santé mentale de la famille	4242	101	4343
Non	60,2 (n = 2555)	66,3 (n = 67)	2622
Oui	39,8 (n = 1687)	33,7 (n = 34)	1721
Revenu du ménage ⁱ	4,2 (n = 4242)	3,2 (n = 132)	4374
Facteurs communautaires			
Soutien social	26,6 (n = 4242)	23,1 (n = 116)	4358

Tableau XIII - Comparaison des répondants inclus vs exclus – Partie 4

Variables	Inclus (moyenne/% et n) (n = 4242)	Exclus (moyenne/% et n) (n =129)	Total (n =4371)
Facteurs communautaires			
Lieu de résidence	4242	132	4374
Rural	11,9 (n = 506)	15,9 (n = 21)	527
Urbain	88,1 (n = 3736)	84,1 (n = 111)	347
Variable dépendante			
SMP	53,5 (n = 4242)	44,2 (n = 119)	n = 4361

^a Plus haut diplôme obtenu

^b est dérivée de statut d'emploi et du statut d'étudiant

^c est dérivée de la Capacité à faire face aux situations imprévues et aux demandes quotidiennes

^d est obtenue à partir des variables exposition aux violences entre les parents, à la violence physique et à la violence sexuelle

^e Nombre moyen d'heures d'activité physique modérée ou élevée par semaine

^f Nombre de verres d'alcool consommés par jour au cours des 12 derniers mois

^g Toute consommation de drogues illicites excluant une seule fois le cannabis au cours des 12 derniers mois

^h Nombre de cigarettes fumées par jour

ANNEXE 3 : Tableaux des résultats

Tableau XIV. Profil des répondants – Partie 1

Variabes	Femmes (moyenne/%) (n= 2004)	Hommes (moyenne/%) (n = 2238)	Total (moyenne%) (n = 4242)
SMP	53,4 [52,9-53,9]	53,6 [53,2-54,1]	53,51 [53,2-53,8]
Facteurs sociodémographiques			
Âge	23,4 [23,2-23,5]	23,7 [23,5-23,8]	23,5 [23,4-23,6]
Statut matrimonial			
<i>Aucun conjoint</i>	68,4% [65,6 -71,1]	76,6% [73,1 -79,7]	72,7% [70,5 -74,8]
<i>Avec conjoint</i>	31,6% [28,9 -34,4]	23,5% [20,3 -26,9]	27,3% [25,2-29,5]
Niveau de scolarité ^a	1,8 [1,7-1,8]	1,6 [1,5-1,6]	1,7 [1,6-1,7]
Occupation principale			
<i>Ni emploi, ni études</i>	13,3% [11,4-15,5]	8,8% [6,7-11,4]	10,9% [9,5-12,6]
<i>Emploi seulement</i>	51,3% [48,2-54,5]	62,5% [58,8-66,1]	57,2% [54,7 -59,7]
<i>Étude seulement</i>	27,6% [24,9-30,5]	22,2% [19,5-25,2]	24,8% [22,8-26,9]
<i>Emploi et études</i>	7,7% [6,2-9,7]	6,5% [4,9-8,6]	7,1% [5,9 -8,5]
Statut parental			
<i>Aucun enfant</i>	85,2% [83,3-86,9]	92,9% [91,1-94,4]	89,3% [88,0-90,4]
<i>Avec enfant</i>	14,8% [13,1-16,7]	7,1% [5,7-8,9]	10,7% [9,7-12,0]
Facteurs individuels			
Capacité d'adaptation	2,6 [2,6-2,6]	2,8 [2,8-2,8]	2,7 [2,7-2,7]
Exposition à la violence dans l'enfance			
<i>Non</i>	63,2% [60,1-66,2]	57,8% [53,9-61,7]	60,4% [57,8-62,9]
<i>Oui</i>	36,8% [33,8-39,9]	42,2% [38,4-46,1]	39,6% [37,2-42,2]
Perception subjective de la santé	1,9 [1,8-1,9]	1,9 [1,9-2,0]	1,9 [1,9-1,9]
Activité physique modérée ou élevée ^b	3,1 [3,0-3,3]	5,2 [5,0-5,4]	4,2 [4,0-4,4]
Consommation d'alcool ^c	2,0 [1,9-2,1]	3,4 [3,2-3,5]	2,7 [2,6-2,8]
Consommation de drogues illicites ^d			
<i>Non</i>	77,2% [74,7 -79,6]	63,0% [59,2-66,6]	69,7% [67,3 -71,9]
<i>Oui</i>	22,8% [20,4-25,3]	37,0% [33,4-40,8]	30,3% [28,06 -32,7]

Tableau XIV - Profil des répondants – Partie 2

Variabes	Femmes (moyenne/%) (n= 2004)	Hommes (moyenne/%) (n = 2238)	Total (moyenne%) (n = 4242)
Facteurs individuels			
Consommation de tabac ^e	1,5 [1,3-1,7]	2,3 [2,0-2,5]	1,9 [1,7-2,1]
Importance des valeurs spirituelles	1,5 [1,4-1,5]	1,2 [1,1-1,2]	1,3 [1,3-1,4]
Exposition actuelle au stress	1,9 [1,8-1,9]	1,6 [1,6-1,7]	1,8 [1,7-1,8]
Facteurs familiaux			
État de santé mentale de la famille			
<i>Non</i>	55,0% [51,9-58,1]	64,9% [61,0-68,8]	60,2% [57,8-62,7]
<i>Oui</i>	45,0% [41,9-48,1]	35,1% [31,4-39,0]	39,8% [37,4-42,3]
Revenu du ménage ^f	3,9 [3,8-4,1]	4,4 [4,3-4,5]	4,2 [4,1-4,3]
Facteurs communautaires			
Soutien social	27,0 [26,8-27,1]	26,3 [26,1-26,5]	26,6 [26,5-26,9]
Lieu de résidence			
<i>Rural</i> ^g	12,4% [10,6-14,5]	11,5% [9,46-13,83]	11,9% [10,5-13,5]
<i>Urbain</i> ^h	87,6% [85,5-89,4]	88,5% [86,2-90,5]	88,1% [86,5-89,5]

^a Plus haut diplôme obtenu

^b Nombre moyen d'heures d'activité physique modérée ou élevée par semaine

^c Nombre de verres d'alcool consommés par jour au cours des 12 derniers mois

^d Toute consommation de drogues illicites excluant une seule fois le cannabis au cours des 12 derniers mois

^e Nombre de cigarettes fumées par jour

^f Décile du revenu total du ménage par rapport à la moyenne nationale

^g Centre de population ayant une concentration démographique d'au moins 1000 habitants et une densité populationnelle d'au moins 400 habitants au kilomètre carré

^h Région ayant une concentration démographique en deçà de 1000 habitants et une densité populationnelle en dessous de 400 habitants au kilomètre carré.

Tableau XV. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs sociodémographiques par rapport à la SMP – Partie 1

Variables	Moyenne ou corrélation	Test statistique et valeur p	Coefficients de régressions		
			Simple	Ajustés (R ² =0,026)	Standardisés
Âge	r = -0,00	p = 0,806	-0,01 [-0,11 - 0,08]	-0,24*** [-0,36 - - 0,11]	-0,08
Genre					0,04
<i>Femme</i>	53,4 [52,9-53,9]	t = -0,8	0,27 [-0,38 - 0,92]	0,82* [0,16 – 1,49]	
<i>Homme</i>	53,6 [53,2-54,1]	p = 0,4			
Statut matrimonial					0,06
<i>Aucun conjoint</i>	53,2 [52,8-53,6]	t = -3,6	1,27** [0,54 – 2,00]	1,53** [0,67 – 2,39]	
<i>Avec conjoint</i>	54,4 [53,9-55,0]	p < 0,000			
Niveau de scolarité ^a	r = 0,10**	p < 0,000	1,17*** [0,83 - 1,51]	1,43*** [1,05 – 1,81]	0,13
<i>Avec enfant</i>	54,6 [53,7-55,6]				

Tableau XV - Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs sociodémographiques par rapport à la SMP – Partie 2

Variables	Moyenne ou corrélation	Test statistique et valeur p	Coefficients de régressions		
			Simple	Ajustés (R ² =0,026)	Standardisés
Occupation principale					
<i>Ni emploi, ni études^b</i>	50,9 [49,7-52,1]	F = 15,7 p < 0,000			
<i>Emploi seulement</i>	53,6 [53,2-54,0]		2,73*** [1,66 – 3,80]	2,26*** [1,17 – 3,35]	0,10
<i>Étude seulement</i>	54,1 [53,5-54,8]		3,27*** [2,09 - 4,44]	3,19*** [1,97 – 4,42]	0,13
<i>Emploi et études</i>	54,6 [53,6-55,6]		3,74*** [2,17 – 5,30]	3,47*** [1,89 - 5,05]	0,08
Statut parental					
<i>Aucun enfant</i>	53,4 [53,0-53,8]	t = -2,3	1,22* [0,18 - 2,27]	1,92** [0,73 – 3,12]	0,06
<i>Avec enfant</i>	54,6 [53,7-55,6]	p = 0,02			

^a Plus haut diplôme obtenu

^b Catégorie de référence

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Tableau XVI. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs individuels par rapport à la SMP – Partie 1

Variables	Moyenne ou corrélation	Test statistique et valeur p	Coefficients de régressions		
			Simple	Ajustés (R ² =0,303)	Standardisés
Capacité d'adaptation	r = 0,45**	p<0,000	6,39*** [6,02 – 6,77]	4,95*** [4,57 – 5,33]	0,35
Exposition à la violence dans l'enfance					
<i>Non</i>	55,6 [55,3-56,0]	t = 15,8	-5,35*** [-5,99 – -4,70]	-3,23*** [-3,81 – -2,66]	-0,15
<i>Oui</i>	50,3 [49,7-50,8]	p < 0,000			
Perception subjective de la santé	r = 0,32**	p<0,000	4,03*** [3,66 – 4,39]	1,81*** [1,46 – 2,15]	0,14
Activité physique modérée ou élevée ^a	r = 0,09**	p<0,000	0,21*** [0,14 – 0,28]	0,16*** [0,10 – 0,22]	0,07
Consommation d'alcool ^b	r = -0,09**	p<0,000	-0,30*** [-0,40 – -0,19]	0,04 [-0,06 – 0,14]	0,01

**Tableau XVI - Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs individuels
par rapport à la SMP – Partie 2**

Variables	Moyenne ou corrélation	Test statistique et valeur p	Coefficients de régressions		
			Simple	Ajustés (R ² =0,303)	Standardisés
Consommation de drogues illicites ^c					
<i>Non</i>	54,8 [54,4-55,2]	t = 11,6	-4,28*** [-4,97 – -3,59]	-1,72*** [-2,38 – -1,06]	-0,07
<i>Oui</i>	50,5 [50,0-51,2]	p < 0,000			
Consommation de tabac ^d	r = -0,10**	p < 0,000	-0,21*** [-0,27 – -0,15]	-0,07** [-0,13 – -0,02]	-0,04
Importance des valeurs spirituelles	r = 0,14**	p < 0,000	1,40*** [1,10 – 1,70]	1,21*** [0,94 – 1,47]	0,12
Exposition actuelle au stress	r = -0,24**	p < 0,000	-2,84*** [-3,18 – -2,50]	-1,15*** [-1,46 – -0,84]	-0,10

^a nombre moyen d'heures d'activité physique modérée ou élevée par semaine

^b Nombre de verres d'alcool consommés par jour au cours des 12 derniers mois

^c Toute consommation de drogues illicites excluant une seule fois le cannabis au cours des 12 derniers mois

^d Nombre de cigarettes fumées par jour

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

**Tableau XVII. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés
des facteurs familiaux par rapport à la SMP**

Variables	Moyenne ou corrélation	Test statistique et valeur p	Coefficients de régressions		
			Simple	Ajustés (R ² =0,034)	Standardisés
État de santé mentale de la famille					
<i>Non</i>	54,8 [54,4-55,2]	t = 9,1	-3,14*** [-3,80 - -2,48]	-3,22*** [-3,87 - -2,57]	-0,15
<i>Oui</i>	51,6 [51,1-52,2]	p < 0,000			
Revenu du ménage ^a	r = 0,11**	p < 0,000	0,43*** [0,32 - 0,54]	0,45*** [0,34 - 0,56]	0,12

^a Décile du revenu total du ménage par rapport à la moyenne nationale

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Tableau XVIII. Coefficients de régressions simples, ajustés et standardisés des facteurs communautaires par rapport à la SMP

Variables	Moyenne ou corrélation	Test statistique et valeur p	Coefficients de régressions		
			Simple	Ajustés (R ² =0,182)	Standardisés
Soutien social	r = 0,43**	p < 0,000	1,14*** [1,07 – 1,21]	1,14*** [1,06 – 1,21]	0,42
Lieu de résidence					
<i>Rural</i> ^a	55,2 [54,4-56,1]	t = 3,8	-1,95*** [-2,95 – -0,95]	-1,06* [-1,97 – - 0,15]	-0,03
<i>Urbain</i> ^b	53,3 [52,9-53,6]	p < 0,000			

^a Centre de population ayant une concentration démographique d’au moins 1000 habitants et une densité populationnelle d’au moins 400 habitants au kilomètre carré

^b Région ayant une concentration démographique en deçà de 1000 habitants et une densité populationnelle en dessous de 400 habitants au kilomètre carré.

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Tableau XIX. Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP – Partie 1

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4		Bloc 5
Variabiles	Coefficients	Coefficients	Coefficients	Coefficients	Coefficients	Coefficients
	ajustés	ajustés	ajustés	ajustés	standardisés	ajustés
	(R²=0,026)	(R²=0,313)	(R²=0,319)	(R²=0,391)		(R²=0,397)
Facteurs sociodémographiques						
Âge	-0,24*** [-0,36 - -0,11]	-0,12* [-0,23 - -0,01]	-0,13* [-0,23 - -0,02]	-0,05 [-0,15 - 0,05]	-0,02	0,74** [0,23 - 1,25]
Genre (<i>Femme vs Homme</i>)	0,82* [0,16 - 1,49]	-0,58 [-1,17 - 0,01]	-0,76* [-1,35 - -0,17]	0,04 [-0,53 - 0,60]	0,00	3,08** [1,09 - 5,07]
Statut matrimonial (<i>Aucun vs Avec conjoint</i>)	1,53*** [0,67 - 2,39]	0,62 [-0,11 - 1,35]	0,55 [-0,17 - 1,28]	0,01 [-0,68 - 0,70]	0,00	0,12 [-0,57 - 0,81]
Niveau de scolarité ^a	1,43*** [1,05 - 1,81]	0,62*** [0,28 - 0,96]	0,49** [0,15 - 0,84]	0,14 [-0,19 - 0,46]	0,01	1,10*** [0,49 - 1,71]
Occupation principale (<i>Ni Emploi, ni études</i> ^b) :						
<i>Emploi seulement</i>	2,26*** [1,17 - 3,35]	1,51*** [0,59 - 2,44]	1,15* [0,21 - 2,08]	1,33** [0,45 - 2,22]	0,06	1,38** [0,50 - 2,26]
<i>Étude seulement</i>	3,19*** [1,97 - 4,42]	2,50*** [1,46 - 3,55]	2,33*** [1,29 - 3,37]	2,20*** [1,21 - 3,18]	0,09	2,24*** [1,25 - 3,22]
<i>Emploi et études</i>	3,47*** [1,89 - 5,05]	3,09*** [1,74 - 4,43]	2,70*** [1,36 - 4,05]	2,92*** [1,65 - 4,19]	0,07	2,87*** [1,60 - 4,14]

Tableau XIX - Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP – Partie 2

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4		Bloc 5
Variables	Coefficients ajustés (R²=0,026)	Coefficients ajustés (R²=0,313)	Coefficients ajustés (R²=0,319)	Coefficients ajustés (R²=0,391)	Coefficients standardisés	Coefficients ajustés (R²=0,397)
Facteurs sociodémographiques						
Statut parental (<i>Aucun vs Avec enfant</i>)	1,92** [0,73 – 3,12]	1,27* [0,26 – 2,29]	1,58** [0,57 – 2,60]	1,65*** [0,68 – 2,61]	0,05	1,58*** [0,62 – 2,54]
Facteurs individuels						
Capacité d'adaptation		4,90*** [4,52 – 5,29]	4,89*** [4,51 – 5,28]	3,99*** [3,62 – 4,37]	0,28	4,79*** [4,27 – 5,32]
Exposition à la violence dans l'enfance (<i>Non vs Oui</i>)		-3,18*** [-3,76 – -2,61]	-3,00*** [-3,58 - -2,42]	-2,52*** [-3,07 - -1,97]	-0,11	-2,53*** [-3,08 – -1,98]
Perception subjective de la santé		1,71*** [1,32 – 2,06]	1,59*** [1,24 – 1,94]	1,18*** [0,85 – 1,51]	0,09	1,16*** [0,83 – 1,49]
Activité physique modérée ou élevée ^c		0,18*** [0,12 – 0,24]	0,18*** [0,12 – 0,24]	0,14*** [-0,08 – 0,19]	0,06	0,14*** [0,09 – 0,20]
Consommation d'alcool ^d		0,06 [-0,04 – 0,16]	0,02 [-0,08 – 0,12]	-0,04 [-0,13 - -0,06]	-0,01	-0,04 [-0,14 – 0,05]
Consommation de drogues illicites ^e (<i>Non vs Oui</i>)		-1,55*** [-2,21 – -0,89]	-1,38*** [-2,04 - -0,72]	-1,67*** [-2,3 - -1,05]	-0,07	-1,74*** [-2,36 – 1,11]

Tableau XIX - Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP – Partie 3

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4	Bloc 5
Variabes	Coefficients ajustés	Coefficients ajustés	Coefficients ajustés	Coefficients ajustés	Coefficients standardisés ajustés
	(R²=0,026)	(R²=0,313)	(R²=0,319)	(R²=0,391)	(R²=0,397)
Facteurs individuels					
Consommation de tabac ^f		-0,03 [-0,09 – 0,03]	-0,03 [-0,08 – 0,03]	-0,02 [-0,07 – 0,04]	-0,01 [-0,08 – 0,03]
Importance des valeurs spirituelles		1,18*** [0,92 – 1,44]	1,16*** [0,90 – 1,42]	1,08*** [0,83 – 1,33]	0,11 [0,35 – 1,06]
Exposition actuelle au stress		-1,32*** [-1,64 – -1,01]	-1,29*** [-1,62 – -0,98]	-1,15*** [-1,44 – -0,85]	-0,10 [-1,49 – -0,90]
Facteurs familiaux					
État de santé mentale de la famille (<i>Non vs Oui</i>)			-1,11*** [-1,69 – -0,54]	-1,50*** [-2,04 – -0,95]	-0,07 [-2,02 – -0,93]
Revenu du ménage ^g			0,26*** [0,16 – 0,36]	0,09 [-0,01 – 0,19]	0,11* [0,01 – 0,21]
Facteurs communautaires					
Soutien social				0,78*** [0,72 – 0,85]	0,29 [0,77 – 1,02]
Lieu de résidence (<i>Rural^h vs Urbainⁱ</i>)				-0,51 [-1,32 – 0,31]	-0,48 [-1,30 – 0,34]

Tableau XIX - Coefficients de la régression linéaire hiérarchique des facteurs sociodémographiques, individuels, familiaux et communautaires par rapport à la SMP – Partie 4

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4		Bloc 5
Variabes	Coefficients ajustés	Coefficients ajustés	Coefficients ajustés	Coefficients ajustés	Coefficients standardisés	Coefficients ajustés
	(R²=0,026)	(R²=0,313)	(R²=0,319)	(R²=0,391)		(R²=0,397)
Interactions						
Âge*soutien social						-0,02* [-0,04 – -0,00]
Âge *niveau de scolarité						-0,16*** [-0,25 – -0,07]
Genre*capacité d’adaptation						-1,44*** [-2,12 – -0,77]
Genre*valeurs spirituelles						0,63 [0,15 – 1,11]

^a Plus haut diplôme obtenu

^b Catégorie de référence

^c Nombre moyen d’heures d’activité modérée ou élevée par semaine

^d Nombre de verres d’alcool consommés par jour au cours des 12 derniers mois

^e Toute consommation de drogues illicites excluant une seule fois le cannabis au cours des 12 derniers mois

^f Nombre de cigarettes fumées par jour

^g Décile du revenu total du ménage par rapport à la moyenne nationale

^h Centre de population ayant une concentration démographique d’au moins 1000 habitants et une densité populationnelle d’au moins 400 habitants au kilomètre carré

ⁱ Région ayant une concentration démographique en deçà de 1000 habitants et une densité populationnelle en dessous de 400 habitants au kilomètre carré.

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001