



UNIL | Université de Lausanne

UNIVERSITE DE LAUSANNE
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

Parents vieillissants, un fardeau à porter ?

Analyse de l'influence des valeurs filiales et des rôles
sociaux sur le bien-être des enfants adultes aidants

SESSION D'AUTOMNE 2021

Mémoire de maîtrise universitaire ès Science en Psychologie

Présenté par : Naomi Helfenstein-Agosta

Dirigé par : Prof. Daniela Jopp

Expertisé par : Charikleia Lampraki

PARENTS VIEILLISSANTS, UN FARDEAU À PORTER ?

Remerciements

J'aimerais remercier infiniment toutes les personnes qui ont permis l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire Prof. D. Jopp pour avoir accepté de suivre cette étude et pour ses conseils précieux.

Un grand merci à Mme C. Lampraki pour sa disponibilité, son grand aide et pour tout le temps qu'elle a dédié à la partie d'analyse quantitative et aux corrections.

Je remercie Gaia et Rachele pour leurs conseils et leur aide considérable. Je tiens à remercier Natacha pour ses précieuses corrections et la relecture du travail.

Finalement, j'aimerais remercier de tout cœur Mathias pour ses relectures et son soutien constant, et ma famille pour l'encouragement qui n'a jamais manqué.

Résumé

Le vieillissement de la population accroît la nécessité d'apporter des soins aux personnes âgées. Les proches sont souvent les personnes les plus impliquées dans ce rôle, mais les conséquences sur leur bien-être sont généralement négatives. Cette étude a pour objectif d'analyser le fardeau des aidants informels suite à un tel engagement auprès de leurs parents âgés et le lien entre ce fardeau et le bien-être, en considérant les possibles atténuations ou aggravations de certains facteurs. Les analyses de régression hiérarchique et de modération se basent sur un échantillon suisse composé de personnes vieillissantes et de leurs enfants adultes. L'étude a constaté que le rôle du proche aidant reste toutefois une fonction lourde ; les enfants aidants ressentent une charge qui est liée à son tour à moins de satisfaction de vie et à plus de stress. Les rôles sociaux parviennent à atténuer ces conséquences négatives sur le bien-être des enfants aidants, tandis que de fortes valeurs familiales chez les parents empirent la satisfaction de vie lorsque les aidants ressentent une lourde charge.

Mots clés :

Proches aidants, sentiment de fardeau, valeurs familiales, rôles sociaux multiples, satisfaction de vie, stress.

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	- 8 -
1.1 OBJECTIFS.....	- 9 -
2. REVUE DE LA LITTÉRATURE	- 10 -
2.1 PROCHE AIDANT.....	- 10 -
2.1.1 <i>Enfant adulte aidant</i>	- 11 -
2.1.2 <i>Support social</i>	- 12 -
2.1.3 <i>Charge liée aux soins</i>	- 13 -
2.1.4 <i>Bien-être de l'aïdant</i>	- 15 -
2.1.5 <i>Différence de genre</i>	- 16 -
2.1.6 <i>Motivations</i>	- 18 -
2.2 VALEURS FAMILIALES.....	- 19 -
2.2.1 <i>Familisme, piété filiale, communalisme</i>	- 19 -
2.2.2 <i>Changement au fil du temps</i>	- 21 -
2.2.3 <i>Rôle protecteur et attentes différentes</i>	- 22 -
2.3 RÔLES SOCIAUX MULTIPLES.....	- 23 -
2.3.1 <i>Les rôles simultanés d'aïdant, de travailleur, de parent et de conjoint</i>	- 25 -
2.3.2 <i>Différence d'âge</i>	- 26 -
3. PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE.....	- 27 -
3.1 PROBLÉMATIQUE.....	- 27 -
3.2 QUESTIONS DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES.....	- 28 -
4. MÉTHODE	- 31 -
4.1 DONNÉES.....	- 31 -
4.2 ÉCHANTILLON.....	- 31 -
4.3 MESURES.....	- 32 -
4.3.1 <i>Engagement dans les soins aux parents</i>	- 32 -
4.3.2 <i>Sentiment de charge lié aux soins</i>	- 32 -
4.3.3 <i>Satisfaction de vie</i>	- 33 -
4.3.4 <i>Stress</i>	- 34 -
4.3.5 <i>Valeurs familiales</i>	- 34 -
4.3.6 <i>Rôles sociaux</i>	- 35 -
4.3.7 <i>Variables démographiques et de santé</i>	- 36 -
4.4 MÉTHODE D'ANALYSE.....	- 36 -
5. RÉSULTATS.....	- 39 -
5.1 CORRÉLATIONS.....	- 39 -
5.2 EXAMEN DE LA NORMALITÉ.....	- 41 -
5.3 RÉGRESSION HIÉRARCHIQUE.....	- 41 -
5.4 MODÈLES 1 ET 2 DE MODÉRATION.....	- 44 -
5.5 MODÈLES 3 ET 4 DE MODÉRATION.....	- 45 -
5.6 MODÈLE 5 DE MODÉRATION.....	- 47 -
5.7 MODÈLE FINAL.....	- 49 -
6. DISCUSSION.....	- 53 -
6.1 L'INFLUENCE DES VALEURS FAMILIALES SUR L'ENGAGEMENT AUX SOINS.....	- 53 -
6.2 EFFET D'AGGRAVATION DES VALEURS FAMILIALES DES PARENTS ÂGÉS.....	- 55 -
6.3 EFFET D'ATTÉNUATION DES RÔLES SOCIAUX.....	- 57 -
6.4 LES VALEURS FAMILIALES ET LES RÔLES SOCIAUX.....	- 59 -
6.5 POSSIBLES RAISONS DE L'IMPORTANCE DES RÔLES SOCIAUX.....	- 60 -
6.6 L'INFLUENCE DE L'ÂGE, DU GENRE ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ.....	- 61 -
6.7 LIMITES.....	- 63 -
7. CONCLUSION	- 64 -
8. BIBLIOGRAPHIE	- 66 -
ANNEXES	- 79 -
ANNEXE A - QUESTIONNAIRES : ATTEINDRE ENSEMBLE UN ÂGE TRÈS AVANCÉ.....	- 79 -
ANNEXE B - EFFETS CONDITIONNELS DES MODÉRATIONS.....	- 83 -

1. Introduction

Le vieillissement de la population, notamment dans ces dernières décennies, est une problématique qui préoccupe énormément de domaines. En Suisse notamment, l'OFS (Office fédéral de la statistique, 2020) indique une augmentation notable des personnes âgées résultant d'une espérance de vie toujours plus importante et d'un taux de fécondité qui s'affaiblit (Carr & Utz, 2020; Christensen et al., 2009). Ce phénomène implique un prolongement de la période de prise en charge des soins des personnes âgées par la société (Cicirelli, 1990; cité dans Silverstein et al., 2006). Les soins apportés aux personnes âgées peuvent être de plusieurs sortes, notamment formels ou informels. Une grande partie des personnes âgées préfèrent rester dans leur habitation plutôt que se déplacer dans des maisons de retraite (Carmichael & Charles, 2003), en privilégiant également les soins apportés par leur entourage (Song et al., 2017). C'est dans ce contexte de soin que le concept de proche aidant ou d'aide informelle prend forme. De plus, les enfants adultes sont les plus impliqués dans l'assistance des soins à leurs parents et ils sont le contact social le plus importante (Hooyman & Kiyak, 2005b).

La préoccupation du montant de charge que les enfants adultes assument pour s'occuper de leurs parents est un sujet d'étude déjà présent dans la littérature. Les chercheurs se sont en particulier focalisés sur leur santé mentale et physique (Borg & Hallberg, 2006; Kikuzawa, 2015; Merz et al., 2010) en se questionnant sur leur gestion des activités et leurs rôles dans la société (Adelmann, 1994; A. E. Barnett, 2015; Hong & Seltzer, 1995). D'autres (Bengtson & Roberts, 1991; Ng et al., 2000) se sont intéressés aux motivations qui amènent les enfants adultes à prendre du temps pour soutenir leurs parents et plus précisément aux valeurs et aux normes filiales sous-jacentes (Gans & Silverstein, 2006; Schwarz et al., 2005).

La charge que doivent porter les enfants qui s'occupent de leurs parents est susceptible d'augmenter, ceci principalement en raison des changements démographiques (Carr & Utz, 2020) ; les membres de la famille disponibles pour apporter du soin sont en diminution, notamment avec la participation toujours plus active de la femme sur le marché du travail (Bauer & Sousa-Poza, 2015; Franks et al., 2003).

Le problème découle du fort besoin de proches aidants qui prendraient en charge les personnes âgées, alors que les conséquences qui découlent de ce rôle d'aidant sont souvent négatives. Il est également important de considérer la diminution de la cohésion des relations intergénérationnelles avec le changement au fil du temps des normes filiales (Fingerman et al., 2020 ; Gans & Silverstein, 2006).

1.1 Objectifs

Un des objectifs principaux de ce travail est d'analyser le bien-être des individus lors de la prise en charge de leurs parents en âge avancé. Une attention particulière sera mise sur l'analyse des bénéfices et des conséquences négatives du soin informel. Plus en particulier, il sera intéressant de comprendre l'influence des valeurs familiales sur la perception du bien-être des aidants, ainsi que celle liée à d'autres rôles sociaux de ces mêmes personnes. Un autre objectif sera d'observer des différences au niveau du genre, car la division genrée des rôles est encore très présente dans nos sociétés ; les femmes sont toujours considérées comme les premières aidantes (Carmichael & Charles, 2003; Carr & Utz, 2020; Hooyman & Kiyak, 2005a). Finalement, la prise en considération de l'âge est également un facteur important à observer, étant donné que les aidants se trouvent dans différentes phases de vie avec des attentes au niveau des rôles sociaux qui sont diverses (Grundy & Henretta, 2006).

2. Revue de la littérature

2.1 Proche aidant

Premièrement, avant d'aller plus loin dans les problématiques concernant directement les proches aidants, il est essentiel d'exposer différents systèmes de soin existants. Le système de soin des personnes âgées est différent selon les pays, au sein même de l'Europe. Haberkern et Szydlik (2010) différencient certains pays d'Europe selon un système de soins basé sur les services publics ou, au contraire, basé sur la famille. Ils constatent que dans les pays Scandinaves et les Pays Bas, les services de soins sont financés par l'État et, par conséquent, très utilisés par la population. Au contraire, la plupart des pays d'Europe du Sud et centrale fournissent un support financier réduit à ce type de service, résultant dans une utilisation faible de la part de la population, qui a tendance à considérer la famille comme source d'aide principale. Fuller-Iglesias et Antonucci (2016) remarquent la même dynamique : la famille joue un rôle plutôt secondaire dans des pays Scandinaves étant donnée la prise en charge étatique, au contraire d'un pays méditerranéen, comme par exemple l'Espagne, où il revient aux proches de prendre soin des personnes en âge avancé. En Suisse le système est mixte ; nous avons une présence partielle de l'État pour l'apport du soin, mais sa contribution s'avère non exhaustive, et la famille reste très impliquée.

Les personnes âgées préfèrent généralement rester à la maison (Carmichael & Charles, 2003), ce qui implique une grande mobilisation des soins à domicile qui peuvent être de nature formelle ou informelle. Les personnes en besoin peuvent bénéficier des soins formels à domicile, mais des études montrent que les bénéficiaires favorisent d'avantage les soins apportés par un membre de la famille, soit un soin de type informel (Finch & Mason, 1990; Gondodiputro, 2019; Song et al., 2017). L'aide informelle,

comme souligne le nom, est une aide qui n'est pas apportée par des professionnels de la santé et donc n'est pas rétribuée (Ennuyer, 2013). Parallèlement, étant donné le phénomène du vieillissement de la population, la demande d'aide et de soin augmente, ce qui requiert alors un majeur apport de soin informel (Bauer & Sousa-Poza, 2015). Le concept de proche aidant apparaît donc comme important premièrement en raison d'un système de soins qui n'est pas forcément pris en charge complètement par l'État, et deuxièmement à cause de la demande toujours plus importante des personnes âgées d'un apport de soin par un membre de la famille.

2.1.1 Enfant adulte aidant

En suivant une logique hiérarchique de la prise en charge, les conjoints se trouvent à la première place, en étant les personnes les plus proches du bénéficiaire des soins. Un des problèmes majeurs se trouve dans l'état d'affaiblissement fréquent des conjoints, limitant leurs capacités d'apport d'aide. D'autre part la personne pourrait être veuve ou séparée. Ce qui est intéressant, c'est la succession dans cette hiérarchisation : souvent les enfants se trouvent en deuxième position (I.-F. Lin et al., 2012), cependant ils n'apportent pas uniquement de l'aide à leur parent en âge avancé, mais deviennent également le contact social le plus important (Hooyman & Kiyak, 2005b). Selon certains bénéficiaires vieillissants, les enfants sont les personnes les plus aptes à s'occuper de leurs parents âgés, d'autant plus qu'ils offrent de l'amour et des soins de manière inconditionnelle (Gondodiputro et al., 2019). À l'âge adulte, cette relation devient la plus courante par rapport à d'autres liens (Fingerman et al., 2020). C'est ainsi que l'enfant devient le principal proche aidant susceptible de s'occuper des soins informels de ses parents.

Avant de décrire les effets propres à ce rôle d'aidant, il est intéressant de faire un pas en arrière pour souligner des aspects importants du soutien social.

2.1.2 Support social

Le support social est décrit comme l'approvisionnement des ressources matérielles et psychologiques (S. Cohen, 2004), en faisant émerger un sentiment de prise en charge et de confiance chez la personne, car elle peut compter sur son réseau social en cas de besoin. Tout cela l'amène à se sentir aimée (Campos et al., 2014), « respected, valued, and esteemed » (Pines et al., 2002; cité dans Gurung & Von Dras, 2007, p. 116). De plus, le support social présuppose une certaine contrainte réciproque dans la relation concernée (Schwarz et al., 2005).

Dans la littérature, le support social est souvent divisé en trois types : instrumental, informationnel et émotionnel (S. Cohen, 2004; Merz et al., 2009; Umberson et al., 2010) ; cela permet de clarifier certains enjeux spécifiques à un type de support plutôt qu'à un autre. Le support instrumental se réfère à l'aide matérielle, telle que des tâches concrètes et pratiques (S. Cohen, 2004; Merz et al., 2009; Umberson et al., 2010). Le support informationnel est lié à la provision d'information et de conseil (S. Cohen, 2004; Umberson et al., 2010), tandis que le dernier est rattaché à l'empathie et à la réponse émotionnelle (S. Cohen, 2004; Merz et al., 2009).

De manière générale, lorsqu'une personne offre du support à une autre, ou dans le cas d'échange de support, les perceptions sur ce qui est donné et reçu sont différentes. Selon la théorie de Self-enhancement (Kreuger 1998; cité dans K. Kim et al., 2011), les perceptions liées aux soins sont souvent divergentes. Les parents tendraient à percevoir moins de soin de la part des enfants adultes par rapport au soin effectivement apporté, tandis que ces derniers auront une perception complètement opposée, en percevant comme riche le soutien amené à leurs proches. La même réflexion se retrouve également dans la perception des conflits, signalés comme moins fréquents chez les parents par rapport aux enfants (Fingerman, 1996; cité dans Swartz, 2009). Les auteurs se basent

également sur la théorie des systèmes familiaux, qui indique une perception différente de la part de tous les membres de la famille concernant les événements et les processus (Cox et Paley 1997; cité dans K. Kim et al., 2011). Cicirelli (1990; cité dans Silverstein et al., 2006) souligne aussi la différence de perception chez les enfants concernant l'état de santé des parents. Le décalage qui se crée peut être expliqué par des types de facteurs structurels comme les besoins, les ressources et les caractéristiques dyadiques, alors que les facteurs psychologiques, les plus conformes à l'écart, révèlent des obligations familiales et l'importance des relations (K. Kim et al., 2011).

2.1.3 Charge liée aux soins

Plusieurs auteurs soulignent la présence de conséquences négatives dans l'apport de soins informels. Celles-ci peuvent surtout être de nature physique, émotionnelle et financière (Carr & Utz, 2020), souvent liées à un fort sentiment de stress et de fardeau (Hooyman & Kiyak, 2005a). Étant donné que l'aide informelle est une activité qui n'est pas rémunérée, selon certains auteurs, elle amène alors des coûts (Bauer & Sousa-Poza, 2015). Tout d'abord, il s'agit d'un grand investissement de temps et de ressources physiques, mais il peut se révéler aussi stressant et impactant au niveau mental. Bauer et Sousa-Poza (2015) considèrent par conséquent l'influence de cette prise en charge comme perturbatrice de la carrière et de la santé de l'aidant, et ils constatent alors qu'apporter du soin est souvent perçu comme un fardeau. Schwarz et collaborateurs (2005) que bien que le parent puisse être en bonne santé, le sentiment de fardeau pour l'enfant reste élevé. De plus, les auteurs montrent souvent une relation positive entre le montant de charge, ou les heures consacrées au soin, et le sentiment de fardeau (Bauer & Sousa-Poza, 2015; Cicirelli, 1993).

Même si les aspects négatifs sont multiples et très discutés dans la littérature, un des problèmes majeurs actuels résulte du manque d'appel aux services de soutien et

d'aide formelle existants. Les effets négatifs sembleraient être multiples, cependant il s'avère que demander du soutien n'en devient pas pour autant une option ; les chercheurs montrent que seulement un quart des aidants font appel à de l'aide de type professionnel (Wolff et al., 2016) et le manque d'aide de la part d'autrui est perçue comme une source de stress (Williams et al., 2008).

Après avoir identifié le fort sentiment de fardeau d'une telle prise en charge, il est également important d'analyser l'autre face de la médaille, à savoir les effets positifs. À partir de l'étude de Pristavec (2019) émergent cinq types d'expérience d'aidant, selon le niveau de fardeau ou de bénéfice. Le groupe majeur est celui des aidants satisfaits, qui est caractérisé principalement par un fort sentiment de gains, suivi du groupe des aidants relationnels qui perçoit peu de fardeau limité à la sphère interpersonnelle et notablement de bénéfices émotionnels. Un autre groupe est défini par les aidants qui ressentent du fardeau mais de manière modérée, avec l'ajout d'un niveau élevé de bénéfices, tandis qu'un autre se caractérise de manière opposée par un fort niveau de fardeau avec des bénéfices modérés. Il est intéressant de remarquer que les aidants qui apportent un montant d'heures de prestation de soin très élevé n'expérimentent pas uniquement un fardeau, mais également des bénéfices ; ceci peut être expliqué par une plus grande proximité avec le bénéficiaire et une plus grande satisfaction. Les enfants adultes peuvent être reconnaissants de toute l'aide reçue au cours de leur vie par leurs parents, au point qu'ils sont contents de pouvoir en donner en retour (Henretta et al., 1997; Hooyman & Kiyak, 2005b; Merz et al., 2010). Par ailleurs, l'apport du soin fait apparaître également d'autres aspects positifs, comme un sentiment d'efficacité personnelle, des valeurs personnelles, de la fierté, une augmentation de la signification du rôle d'aidant, l'affirmation de soi (Hooyman & Kiyak, 2005a; Kramer, 1997) et de la satisfaction (C. A. Cohen et al., 2002). Dans une étude qualitative de Cheng et collègues (2016), dix thèmes ressortent quant aux bénéfices auprès des aidants ayant un membre de la famille

affecté, par exemple, par Alzheimer. Ce qui émerge notamment est le sentiment d'utilité et de gratification lorsque le bénéficiaire va mieux. Bien que l'on voie qu'il existe plusieurs aspects positifs dans la prise en charge des soins d'une personne, ceux-ci restent beaucoup plus rares et sont souvent accompagnés par des aspects négatifs (Bauer & Sousa-Poza, 2015).

2.1.4 Bien-être de l'aidant

Thomas (2010) affirme que contribuer au support est généralement bénéfique pour le bien-être, excepté pour les cas de véritables prestations de soin. En effet, l'apport du soin est souvent associé avec un niveau de bien-être plus bas (Merz et al., 2010). Il est ainsi intéressant d'approfondir dans les prochains paragraphes l'influence que l'apport du soin et le sentiment de fardeau peuvent avoir sur le bien-être des proches aidants.

Tout d'abord, il est important de préciser une différence quant à la charge des aidants informels. En effet, il existe une différence entre une charge objective et une charge subjective ; la première englobe l'expérience de prestation de soins au niveau des tâches à effectuer, tandis que la deuxième prend moins en compte la partie pratique mais laisse plus de place pour les sentiments et les émotions (Hooyman & Kiyak, 2005a). Par ailleurs, les deux peuvent s'influencer mutuellement.

Pinquart et Sörensen (2003) et Merz et collaborateurs (2010) ont effectué une méta-analyse et découvert la présence de plusieurs études qui explorent le lien entre l'apport de soin et le bien-être de l'aidant ; leurs conclusions présentent une relation souvent négative entre les deux. De plus, il existe un lien entre un niveau d'apport de soin élevé, souvent mesuré par le montant d'heures de prestation, et une faible satisfaction de vie de l'aidant (Borg & Hallberg, 2006). La prestation de soin est ainsi associée à un

niveau de stress plus élevé, notamment pour les enfants adultes, si comparés avec les conjoints des bénéficiaires (I.-F. Lin et al., 2012).

D'autres études, en revanche, mettent l'accent sur la charge subjective et plus en particulier sur le sentiment de fardeau en lien avec le bien-être. Des recherches montrent que les aidants qui ressentent un niveau élevé de fardeau mentionnent également avoir un niveau élevé de dépression (W. F. Lin et al., 2013; Khalaila & Litwin, 2011). Bauer et Sousa-Poza (2015) considèrent le fardeau comme un prédicteur du bien-être des aidants ; un plus haut niveau de sentiment de fardeau est associé à un plus bas niveau de bien-être. Ils combinent cependant les aspects objectifs et subjectifs, en considérant que le montant de la prestation de soin augmente l'éventualité que l'aidant ressente du fardeau et diminue, par conséquence, son niveau de bien-être.

Certaines caractéristiques peuvent entraver encore plus le bien-être chez les aidants, en particulier l'état de santé du bénéficiaire et une mauvaise qualité de la relation avec l'aidant. Dans l'étude de Bangerter et collègues (2017), l'enfant adulte éprouve plus d'affects négatifs si son parent a plus de problèmes de santé et la déficience mentale des bénéficiaires est liée négativement au bien-être des aidants (Bauer & Sousa-Poza, 2015). De plus, la perception de l'aidant par rapport à la tension dans sa relation avec le bénéficiaire est associée négativement à la santé et positivement à la dépression de l'aidant (Lyons et al., 2002). Une relation dysfonctionnelle est considérée un prédicteur du sentiment de fardeau de l'aidant (Braithwaite, 2000), et de manière générale un mauvais fonctionnement familial entraîne chez les aidants une moins bonne santé émotionnelle (Williams et al., 2008).

2.1.5 Différence de genre

Tout d'abord, il existe une différence de culture selon le genre dans les relations intergénérationnelles. La différence la plus remarquée est celle entre une culture

occidentale et asiatique ; la première considère les filles comme plus impliquées dans les relations intergénérationnelles, tandis que dans la deuxième, les fils sont mis davantage au centre, reçoivent plus d'aide de leurs parents et en même temps sont soumis à plus d'exigences de leur part (Fingerman et al., 2020).

Le rôle d'aidant est souvent considéré par la société occidentale comme une activité féminine, ce qui engendre chez la femme un sentiment de pression et d'obligation par rapport à ce rôle (Bauer & Sousa-Poza, 2015; Lee, 2010). Bien que les rôles genrés soient relativement moins forts de nos jours, l'apport des soins reste une activité propre aux femmes (Carmichael & Charles, 2003; Carr & Utz, 2020; Hooyman & Kiyak, 2005a) : ce sont en effet les filles qui apportent le plus de soin à leurs parents (Silverstein et al., 2006). Non seulement la fille est plus susceptible d'être désignée la soignante principale de ses parents, mais également la belle-fille et non pas directement le fils (Hooyman & Kiyak, 2005a). D'autres raisons concernant cette divergence se trouvent dans la différence de l'espérance de vie ; en effet les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes (Blaise, 2019). De plus, les aidants sont souvent des personnes très peu présentes sur le marché du travail et cela même avant leur acquisition du rôle d'aidant, c'est pourquoi ils peuvent plus facilement s'occuper de leurs parents. Ce sont davantage les femmes qui se trouvent dans ces conditions (Bauer & Sousa-Poza, 2015), notamment si hétérosexuelles (Reczek & Umberson, 2016). Pour les femmes, le rôle d'aidant est lié à une expérience plus négative par rapport à celle des hommes (I.-F. Lin et al., 2012), à un plus haut niveau de dépression (Kikuzawa, 2015), de stress (Hooyman & Kiyak, 2005a), d'anxiété et à un bas niveau de satisfaction de vie (Merz et al., 2010; Yee & Schulz, 2000). Le sentiment de fardeau est aussi généralement plus ressenti par les femmes (Adelmann, 1994; Bauer & Sousa-Poza, 2015; Khalaila & Litwin

2011; Pinquart & Sörensen, 2006) et elles perçoivent de manière plus forte les tensions émotionnelles, comparé aux hommes (Williams et al., 2008).

Certaines études, en revanche, ne manifestent pas de différence significative ni pour la prédiction dans l'engagement aux soins (Franks et al., 2003) ni au niveau des conséquences sur la santé (A. E. Barnett, 2015).

2.1.6 Motivations

Les motivations qui pousseraient des individus à se donner du support sont multiples et différentes selon les auteurs. Certains soulignent l'importance de la qualité de la relation (Schwarz et al., 2005), de la prédominance de l'affect (Swartz, 2009) de l'amour, de l'altruisme et de l'échange de réciprocité (Ng et al., 2000; Seltzer & Bianchi, 2013; Silverstein et al., 2002). D'autres mettent l'accent sur les obligations familiales (Seltzer & Bianchi, 2013), sur l'attachement filial comme attachement continu dans la vie de l'adulte, et sur l'obligation de filiation comme sentiment que les enfants adultes ont vis-à-vis de leurs obligations et responsabilités dans l'aide aux parents âgées (Cicirelli 1990; cité dans Silverstein et al., 2006). Bengtson et Rogers (1991) introduisent la théorie de solidarité familiale intergénérationnelle avec le but de représenter les « patterns of solidarity » (p. 856) au sein de la relation parent-enfant à l'âge adulte. La solidarité est placée comme le fondement de la famille pour atteindre un bénéfice mutuel. Une des dimensions est notamment la solidarité normative, qui explore les normes du familisme en prenant en compte les attentes et les standards de la relation. Selon certains auteurs, ce sont précisément les valeurs du familisme et la solidarité qui orientent envers l'échange du support (Schwarz et al., 2005). Ces croyances normatives, également appelées croyances sur les normes familiales et filiales (Klimaviciute et al., 2017; Polenick et al., 2017), définissent la conviction des individus face à l'apport de soutien que les enfants

adultes devraient fournir à leurs parents. D'autres termes présents dans la littérature pour désigner un mécanisme similaire sont le familisme et la piété filiale, abordées dans le chapitre suivant.

2.2 Valeurs familiales

2.2.1 Familisme, piété filiale, communalisme

Le concept de valeur familiale est très vaste, dans cette partie du travail il sera nécessaire de définir les principaux concepts présents dans la littérature afin de mieux comprendre leur implication dans les relations intergénérationnelles.

Tout d'abord, la solidarité normative introduite par Bengtson et Rogers (1991) met en opposition deux aspects, le familisme étant considéré comme positif et l'individualisme comme négatif. Le familisme est défini par certains auteurs comme la valorisation de la famille, composée par une série de normes et d'attitudes qui visent à la mise en avant de celle-ci par rapport à soi-même (Campos et al., 2014; Corona, 2019; Heller, 1970). L'intérêt de la famille est considéré une priorité. Cela comporte de la réciprocité et de la loyauté, ainsi qu'un certain niveau d'identification et d'attachement à la famille (Sabogal, 1987; cité dans Gans & Silverstein, 2006). Losada et collaborateurs (2008) analysent trois dimensions qui caractérisent le familisme ; la première comporte l'obligation familiale, décrite comme l'obligation de l'individu de soutenir les membres de sa famille en cas de besoin. La deuxième se réfère au soutien que l'individu perçoit de la part de sa famille, qui lui permet de leur faire confiance en cas de difficulté (Song et al., 2017). La famille comme référente est la dernière dimension décrite par les auteurs ; celle-ci analyse les comportements et les attitudes qui devraient être pris en compte pour rentrer dans les normes fixées par la famille.

L'obligation familiale est rendue plus spécifique lorsqu'elle vise une obligation de la génération successive, appelé ainsi obligation filiale. Néanmoins, il émerge une différence entre obligation filiale et responsabilité filiale. Les deux s'occupent des devoirs des enfants adultes envers les besoins de leurs parents, mais la deuxième répond à quelque chose de plus large, à une attitude plus sociétale, tandis que la première est propre à l'attitude envers un comportement adéquat dans le cadre d'une relation spécifique (Stein et al., 1998). La responsabilité filiale est vue comme un aspect qui englobe et qui est plus large que les normes du familisme (Gans & Silverstein, 2006).

La piété filiale par ailleurs est un concept beaucoup plus développé dans la culture asiatique, car elle renvoie à une éthique confucéenne. Les principes de base de la piété filiale sont le respect des membres de la famille, notamment des anciens, l'intimité (Hwang, 1999) et les obligations entre parents et enfants, qui découlent d'une idéologie d'interdépendance mutuelle (Conway, 2019). Elle est considérée comme une attitude qui suit des normes comportementales concernant le soutien que les individus doivent apporter à la génération vieillissante (Lai, 2010).

Schwartz et collègues (2010) analysent de manière détaillée le concept de communalisme, de familisme et de piété filiale et ils les regroupent en un seul facteur appelé « family/relationship primacy » (p. 550), car ils constatent la présence d'une unique idéologie de base qui renvoie au collectivisme. Les trois concepts sont propres et dérivent de groupes culturels différents ; le communalisme a été étudié notamment dans une population afro-américaine, le familisme appartient principalement à une culture hispanique, tandis que la piété filiale à une culture asiatique. Ce qui les rassemble est la mise en avant des besoins de la famille et des liens familiaux (Schwartz et al., 2010).

Cela dit, nous allons par la suite partir de l'idées que ces valeurs ont une signification équivalente.

2.2.2 Changement au fil du temps

Dans certaines cultures les normes du familisme sont notablement plus présentes, mais la différence à l'intérieur du groupe culturel, et en particulier au sein de la famille, n'est pas toujours prise en compte. Une différence propre aux cultures est apparente, mais les environnements sociaux responsables de la formation des valeurs normatives sont multiples et ne sont pas complètement propres à la famille. Gans et Silverstein (2006) analysent la malléabilité des normes filiales pour le soin apporté aux parents dans le parcours de vie de l'individu, en s'appuyant sur le modèle *lifelong openness* (Alwin et McCammon, 2003; cité dans Gans et Silverstein, 2006). Le modèle considère la période historique et également le contexte social comme des caractéristiques qui influencent le développement humain, voilà pourquoi les valeurs de l'individu ont la possibilité de changer au fil du temps. Un changement peut donc être revendiqué, sans pourtant mettre de côté le familisme propre à un groupe culturel. Blieszner et Voorpostel (2016) soulignent sur l'importance de la fluidité de la famille, concernant les dimensions de la solidarité intergénérationnelle et également la signification de la famille en soi. En outre, il existe des expériences de vie qui influencent de manière considérable les attitudes du soin envers les personnes âgées, notamment les voyages internationaux et le niveau élevé d'éducation. Les deux amèneraient l'individu à adopter des croyances plus éloignées des obligations familiales (Compernelle, 2015; Franks et al., 2003). D'autres facteurs suscitent une diminution des croyances et des responsabilités liées au soin des parents âgés, ce sont les perturbations parentales, notamment le divorce et les familles reconstruites (Fingerman et al., 2012; Fingerman et al., 2020; Mureşan, 2017).

Même si les normes filiales peuvent être malléables selon certains auteurs (Gans & Silverstein, 2006), l'obligation ressentie par les enfants adultes peut être ancrée dans

les croyances intergénérationnelles et corrélée avec l'attente de la génération précédente (Ng et al., 2000).

2.2.3 Rôle protecteur et attentes différentes

L'attachement aux valeurs familiales a la capacité, dans certains cas spécifiques, d'assumer une fonction protectrice face à des situations difficiles de la vie de l'individu. Tout d'abord, Fuller-Iglesias et Antonucci (2016) constatent que le familisme est lié à une plus grande satisfaction de vie et à moins de symptômes dépressifs. De manière générale les valeurs collectivistes préservent l'individu du ressenti d'anxiété et de symptômes dépressifs (Zhang et al., 2007, cité dans Schwartz et al., 2010). Plus en particulier, le fort attachement à ces valeurs pour des aidants informels pourrait avoir un effet d'atténuation envers les impacts potentiellement négatifs de cet engagement (He & van Heugten, 2020; Khalaila & Litwin, 2011; Parveen & Morrison, 2009) et permet de percevoir la charge comme moins coûteuse (Lai, 2010). Des explications possibles résident dans l'effet positif des liens sociaux, du support entre membres de la famille (Schwartz et al., 2010), du gain personnel et d'une meilleure réputation (He & van Heugten, 2020).

En revanche, la piété filiale pourrait engendrer de la peur et de la culpabilité en poussant les aidants à expérimenter encore plus de stress (He & van Heugten, 2020). Le familisme peut également révéler des attentes que les personnes âgées ont par rapport aux soins que leurs enfants adultes devraient leur apporter (Cicirelli, 1990; cité dans Silverstein et al., 2006). Seltzer et Bianchi (2013) décrivent les obligations familiales comme des règles informelles qui sont renforcées par des sanctions informelles. Une divergence envers les normes familiales entre membres de la famille pourrait entraîner des malentendus, des attentes différentes et même des conflits (Stuifbergen & Van

Delden, 2011). En se basant sur l'approche relationnelle, des chercheurs (Parveen & Morrison, 2009) ont montré que les jeunes ont des attitudes envers les normes filiales généralement plus fortes que les personnes âgées car les jeunes ne savent encore pas ce qu'implique une telle gestion des soins et ils n'ont pas encore eu la possibilité de payer en retour leurs parents pour tout ce qu'ils ont fait pour eux. Les personnes âgées ne veulent cependant pas faire vivre à leurs enfants les expériences de charge qu'ils ont vécu eux-mêmes (Gans & Silverstein, 2006; Merz et al., 2010). Selon d'autres auteurs en revanche, les personnes plus âgées se retrouvent avoir des normes du familisme plus élevées (Fuller-Iglesias & Antonucci, 2016) et en même temps s'avèrent être plus exigeants envers les normes d'obligation filiale, notamment lorsqu'ils se trouvent en situation de veuvage ou divorce et en mauvaise santé (Marshall et al., 1987).

2.3 Rôles sociaux multiples

Les proches aidants n'occupent pas seulement le rôle d'aidant auprès de leurs parents, mais assument aussi d'autres rôles dans la société. Un rôle social selon Turner (1990) est une entité, souvent avec des attentes, qui est chargée de devoirs et de droits, reconnue par autrui et qui a l'utilité de situer un individu au sein d'une société.

Dans la littérature il existe plusieurs théories et études concernant les rôles multiples, une partie desquelles défend l'idée d'un effet négatif et l'autre d'un effet positif sur la santé des individus. La première est caractérisée par une perspective d'épuisement (Bainbridge et al., 2006; Merton, 1957), selon laquelle chaque individu dispose d'énergie et de ressources limitées qui doivent donc être réparties entre les différents rôles ; cela signifie qu'une dépense majeure de ressources et d'énergie dans un seul rôle provoquerait une diminution des disponibilités pour les autres. L'hypothèse de « role strain » (Goode, 1960) va dans le même sens et se concentre ainsi sur les conséquences psychologiques négatives qui découlent de ces multiples rôles, cela en

considérant l'incapacité de l'individu à satisfaire tous les besoins. En effet, les tâches peuvent s'accumuler, entrer en conflit et générer de l'épuisement émotionnel chez la personne ; la surcharge découle donc de la présence de différentes exigences et attentes propres à chaque rôle et par le débordement de l'expérience de stress vécu au sein d'un rôle sur un autre (Rothbard, 2001). Le modèle de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989) se différencie de celui de l'épuisement. Bainbridge et collègues (2006) se basent sur ce modèle pour indiquer un développement des ressources au contraire d'un appauvrissement. Dans la même direction, l'hypothèse de l'accumulation des rôles (Sieber, 1974) considère la gratification comme plus importante par rapport au stress. Sieber affirme que « the psychological and social benefits of buffering are enough to offset the strains that might emanate from conflict or overload produced by more demanding or more frequently activated roles » (1974, p.574). Les rôles qui apportent des résultats positifs auraient donc un effet d'atténuation sur les rôles considérés comme stressants. De plus, de ce point de vue, les ressources d'énergie seraient flexibles car elles auraient la possibilité de se développer et de se contracter (Marks, 1977). Le modèle de la complexité de soi de Linville (1987) affirme similairement que des individus ayant plusieurs aspects de soi auront moins de conséquences néfastes sur la santé physique et mentale. En effet, ce modèle explique que la personne se représente selon des structures cognitives d'ordres différents qui caractérisent divers aspects de soi, comme les rôles, les relations et les activités.

Plusieurs recherches illustrent un effet positif sur le bien-être, en particulier le fait que les personnes âgées atteignant huit rôles expérimentent un niveau de bien-être psychologique plus élevé que des individus avec moins de rôles (Adelmann, 1994) et ces rôles multiples sont associés à un niveau plus bas de dépression pour les aidants (Hong et Seltzer, 1995).

2.3.1 Les rôles simultanés d'aidant, de travailleur, de parent et de conjoint

L'activité professionnelle occupe une place de plus en plus fondamentale dans notre société, notamment pour les femmes (Kikuzawa, 2015) et cela s'ajoute à la prise en charge des parents. Bainbridge et collègues (2006) présentent une recherche en lien avec le rôle d'aidant et l'activité professionnelle, en se basant sur la théorie de l'enrichissement de Marks (1977) et Sieber (1974) ; l'expérience négative de perte de ressources due au rôle d'aidant serait compensée par l'emploi qui atténue le sentiment de stress, mais seulement dans le cas d'invalidité mentale du bénéficiaire. Parallèlement, une recherche de Borg et Hallberg (2006) constate que le travail est associé positivement à la satisfaction de vie ; étant donné que celle-ci est faible chez les aidants, le travail permettrait alors d'atténuer ce niveau. En outre, pour des aidants, le bénévolat n'a pas cet effet bénéfique que procure la participation au monde du travail (Moen et al., 1995), mais le contraire est vrai pour des individus qui n'assument pas le rôle d'aidant (Moen et al., 1992). Certaines recherches révèlent la présence des deux arguments expliqués auparavant. Le processus d'épuisement s'étale premièrement de manière unilatérale du travail à la famille pour les femmes, puisqu'il est plus délicat d'amener les problèmes familiaux au travail (Rothbard, 2001) et deuxièmement pour des individus qui travaillent et qui ont des enfants mineurs, car leur charge dans le rôle d'aidant est plus importante (Y. Kim et al., 2006). Le processus d'enrichissement pour les femmes s'étale de la famille au travail, alors que pour les hommes il est vécu dans l'autre sens (Rothbard, 2001). Cet enrichissement est davantage présent pour des travailleurs qui n'ont pas d'enfants en charge, étant donné une meilleure capacité à donner un sens au rôle d'aidant (Y. Kim et al., 2006).

Un autre rôle discuté dans la recherche est celui du statut matrimonial. D'une part la personne pourrait recevoir du soutien par son conjoint pour faire face aux tâches d'aidant (Bauer & Sousa-Poza, 2015), d'autre part le partenaire pourrait être un poids

supplémentaire. Selon la recherche de Kikuzawa (2015), le fait d'assumer le rôle de conjoint a un effet bénéfique pour le bien-être des hommes aidants, car il est associé avec moins de dépression et plus de satisfaction. D'autres auteurs soulignent, au contraire, un déclin important de la qualité du mariage pour les couples hétérosexuels lorsqu'un des partenaires, souvent la femme, se prend en charge des soins de ses parents âgés, notamment dans le cas de vision différente d'obligation filiale (Polenick et al., 2017). Lorsque les maris des femmes qui soutiennent leurs parents quotidiennement ont une faible obligation filiale, leur satisfaction conjugale résulte être plus faible, bien que ce ne soit pas le cas pour les femmes (Polenick et al., 2017). Les raisons expliquées par les chercheurs sont liées à l'incongruence des rôles d'aidant et de conjoint (Reczek & Umberson, 2016). Stephens et Franks (1995) analysent en particulier le débordement qu'un rôle peut avoir sur l'autre, qui peut être de nature positive ou négative ; la répercussion du rôle d'aidant sur le rôle de conjoint se révèle être un prédicteur de dépression, alors que la répercussion contraire est un prédicteur de la satisfaction conjugale.

Les aidants assument également dans certains cas le rôle de parent. L'étude de Y. Kim et collègues (2006) montre que remplir le rôle d'employé en même temps que celui de parent et d'aidant augmente le stress et l'affect négatif chez la personne. Des résultats différents sont observés par Kikuzawa (2015) qui constate que, pour les aidants plus que pour les non-aidants, la satisfaction peut être davantage ressentie lorsqu'ils sont engagés simultanément dans le rôle de conjoint, de parent et de travailleur.

2.3.2 Différence d'âge

La génération sandwich a été analysée de manière particulière (Brody, 1981; Miller, 1981) car il s'agit de la génération des personnes professionnellement actives, en

âge moyen et qui s'occupent des parents âgés tout autant que de leurs enfants en-dessous de quinze ans (Grundy & Henretta, 2006). Les recherches l'ont beaucoup étudiée étant donné cette particularité de concilier plusieurs rôles et donc également d'accomplir différentes tâches à un moment précis de leur vie. Parallèlement, il existe également la génération qui transite à la retraite. Gangbé et Ducharme (2005) considèrent les nouveaux retraités peu invalides, c'est pourquoi il existe un écart entre leurs habilités et les rôles possibles offerts par la société. Ce déséquilibre est appelé fossé structurel (Riley & Riley, 1994) et il peut être une source de diminution de bien-être chez les personnes âgées car il y a un manque de reconnaissance de leurs capacités dans la société. La théorie des rôles met l'accent sur cette perte des rôles afin de mettre l'attention sur la conséquence de la diminution du bien-être (Riley & Riley, 1994).

3. Présentation de la recherche

3.1 Problématique

Dans la littérature, le phénomène des proches aidants a été repris par de nombreux auteurs. Les aspects positifs et négatifs de cet engagement ont été analysés à plusieurs reprises de façon différente. Le concept du familisme est souvent utilisé pour montrer une motivation importante de la prise en charge des soins des parents par leurs enfants adultes. Un autre enjeu souvent étudié est l'effet positif qui découle de l'engagement dans la prise en charge ou, au contraire, son effet néfaste. Parallèlement, le fait d'être impliqué dans plusieurs rôles pose la question des possibles conséquences psychologiques. Il existe encore des nombreuses positions dans le champ des rôles sociaux qui s'opposent. Certaines théories défendent l'idée d'un conflit entre les rôles sociaux à cause de ressources limitées, tandis que d'autres y constatent des aspects positifs. En outre, la différence de genre est également une source de débat ; certaines recherches ont

découvert une différence significative dans l'apport aux soins informels de la part des filles par rapport aux fils, cependant d'autres ne montrent pas une telle différence. Les attentes de ce rôle sont pour leur part beaucoup plus présentes envers les filles selon une partie des auteurs.

L'objectif de cette recherche s'inscrit donc dans l'analyse des conséquences qui peuvent ressortir d'un tel engagement dans les soins aux parents âgés, notamment sur le bien-être des enfants adultes aidants. Plus spécifiquement, il sera intéressant d'intégrer les valeurs familiales pour clarifier les différentes positions à ce sujet. Ensuite, il sera avantageux d'explorer également les valeurs familiales propres aux parents, afin d'approfondir le discours des attentes que ces derniers ont envers leurs enfants, peu développé par les chercheurs. De même, il est intéressant d'analyser l'apport positif ou négatif qui découle des rôles sociaux multiples pour le soignant informel, dans le but de clarifier le débat présent ; il sera intéressant de découvrir son impact dans le contexte d'un âge avancé. Pour finir, nous chercherons dans cette recherche à examiner également la différence de genre dans un contexte où la femme est de plus en plus intégrée dans le monde professionnel.

3.2 Questions de recherche et hypothèses

Questions de recherche

La question de base de ce travail est la suivante : quel impact ont les valeurs familiales et les rôles sociaux sur le bien-être des enfants aidants.

Question 1

Avant de préciser la question pour ensuite mieux l'opérationnaliser, il est également utile de se poser la question de la prédiction que l'attachement aux valeurs familiales pourrait avoir sur l'engagement dans les soins aux parents âgés (Q. 1).

Question 2

Dans la suite de cette recherche, nous allons chercher à savoir si les valeurs familiales ont une influence sur la relation entre l'engagement aux soins et le sentiment de charge des aidants. Plus en particulier, il est intéressant d'analyser l'implication des valeurs familiales des personnes âgées (Q. 2.1) et celles de leurs enfants aidants (Q. 2.2) sur le sentiment de charge de ces derniers.

Questions 3 et 4

Ensuite, la question concerne la présence d'un effet modérateur, comme dans le cas précédent, des valeurs familiales des parents (Q. 3) et des enfants adultes (Q. 4), sur la relation, cette fois-ci, entre le sentiment de charge et le bien-être des enfants aidants. Le bien-être sera dans cette étude opérationnalisé en termes de satisfaction de vie (Q. 3.1 et Q. 4.1) et de stress (Q. 3.2 et Q. 4.2).

Question 5

Pour finir, nous questionnerons l'effet modérateur des rôles sociaux sur la relation entre sentiment de charge et le bien-être des enfants adultes, opérationnalisé en satisfaction de vie (Q 5.1) et stress (Q 5.2).

Hypothèses

Les hypothèses se basent sur la recherche de littérature abordée dans le chapitre précédent. Tout d'abord, on s'attend à ce que les valeurs familiales des parents et des enfants motivent les enfants dans l'aide aux soins de leurs parents vieillissants et donc qu'elles prédisent leur implication (Hypothèse 1). Ensuite, on s'attend à un effet de modération des valeurs familiales des parents et celles des enfants adultes sur deux relations. Premièrement, on prévoit que lorsque les enfants sont très engagés dans les soins à leurs parents, leur sentiment de charge va être élevé, ce sentiment étant encore plus fort pour ceux ayant des parents avec un fort attachement aux valeurs familiales (H 2.1). De manière inverse, on prévoit un effet d'atténuation, donc un sentiment moins élevé de charge, pour les enfants plus attachés eux-mêmes aux valeurs familiales (H 2.2). De plus, lorsque l'individu perçoit un fort sentiment de charge, on s'attend à ce qu'il ressente un niveau plus bas de satisfaction de vie (H 3.1) et un niveau plus élevé de stress (H 3.2) ; ces deux facteurs seront plus intensifiés chez les individus ayant des parents avec des fortes valeurs familiales. On prévoit au contraire une atténuation des effets négatifs sur la satisfaction de vie (H 4.1) et sur le stress (H 4.2) pour les individus avec des fortes valeurs. Pour finir, il est probable que lorsque le sentiment de charge est élevé, le niveau de satisfaction de vie sera moins bas (H 5.1) et le niveau de stress moins élevé (H 5.2) pour des individus avec plus de rôles sociaux, en suivant le modèle d'accumulation des rôles et de complexité de soi.

4. Méthode

4.1 Données

Les données utilisées dans cette recherche se réfèrent à l'étude « Vieillir ensemble ». L'étude a été menée en Suisse et sa particularité consiste dans la large exploration de différents aspects de la vie des personnes âgées et de leurs enfants, notamment en prenant en considération leur santé, leurs attitudes/croyances, leur bien-être et également la qualité de la relation entre eux.

4.2 Échantillon

L'échantillon est constitué de 262 participants, parmi lesquelles 115 sont des parents et 147 sont des enfants adultes. Il existe plusieurs configurations de dyades : 134 dyades (51.1%) sont des mères et filles, 65 dyades (24.8%) sont les mères et les fils, 47 (17.9%) sont des pères et des filles et 16 (6.1%) sont des dyades de père et fils.

Les parents ont de 66 à 101 ans, l'âge moyen correspond à 83.7, tandis que celui des enfants est de 56.51, entre 34 et 74 ans. Les femmes parmi les parentes sont 87 (75.7%), tandis que les hommes 28 (24.4%). Concernant les enfants, l'échantillon inclut 104 femmes (70.7%) et 43 hommes (29.3%). La nationalité des participants est de manière générale suisse, elle caractérise 105 parents (94.6%) et 139 (97.9%) enfants. Pour ce qui concerne la résidence il est important de constater que 85 (75.9%) individus parmi les parents résident à la maison, 15 (13.4%) se trouvent en EMS et 12 (10.7%) dans une résidence assistée, alors que les enfants se trouvent exclusivement à la maison.

Le type d'aide et d'aidant peut varier selon la situation du parent. Il existe plusieurs personnes de la famille, des voisins ou des professionnelles qui s'en occupent. 29 (52.7%) parents sont aidés par leur conjoints, 52 (73.2%) par leurs fils, 70 (79.5%) par

leurs filles, 12 (27.9%) par leurs petits-enfants, 7 (17.1%) par leurs frères, 16 (33%) par leurs voisins, 51 (67.1%) comptent sur un professionnel de la santé et 6 (15%) sur d'autres personnes. L'aide d'une personne n'est pas exclusive.

4.3 Mesures

4.3.1 Engagement dans les soins aux parents

Cette variable est composée d'un item unique : « Dans quelle mesure êtes-vous impliqué dans la prise en charge de votre parent ? ». Les réponses sont établies sur une échelle qui va de 0 = *jamais* à 5 = *tout le temps*. Les enfants adultes qui ne se prennent jamais en charge leurs parents sont 13 (9.3%), ceux qui sont rarement impliqués sont 23 (16.4%), ceux qui s'impliquent parfois sont 21 (15.0%), souvent sont 52 (37.1%) et pour finir les enfants adultes qui sont tout le temps impliqués dans les soins à leur parent sont 31 (22.1%).

4.3.2 Sentiment de charge lié aux soins

Le sentiment de charge lié aux soins aux parents a été mesuré sur la base de l'échelle « Zarit Burden Interview », revisitée initialement par Zarit et collaborateurs (1987) avec une version longue à 22 items. Cependant dans cette recherche les items correspondent à la version courte composée par 12 items de Bédard et collaborateurs (2001), traduite dans un deuxième temps en français par Boutoleau-Bretonnière et Vercelletto (2009). L'échelle est composée par les 12 items (voir annexe A.1) dont voici quelques exemples : 1. « Pensez-vous que vous n'avez pas assez de temps pour vous-même parce que vous le consacrez à votre parent ? » ; 2. « Vous sentez-vous tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiale, sociale, travail) ? » ; 3. « Vous sentez-vous en colère quand votre parent est près de vous ? ». Bédard et

collaborateurs (2001) identifient deux facteurs qui équivalent à la tension de rôle et à la tension personnelle, tandis que Boutoleau-Brettonnière et Vercelletto (2009) affirment utiliser une échelle unidimensionnelle. Contrairement à leurs conclusions, en effectuant une analyse factorielle en composantes principales, on y retrouve trois facteurs. Lorsqu'on impose deux facteurs, les mêmes items correspondent aux mêmes facteurs que dans l'échelle de Bédard et collaborateurs (2001). De plus, lorsqu'on envisage l'échelle uniquement avec les premiers 9 items ou les premiers 10 afin de garder 2 facteurs, les résultats sont problématiques et dissemblables. Pour ces deux raisons nous préférons garder les 12 items présentés par les auteurs initiaux et en faire un seul construit. L'échelle de Likert pour les réponses va de 0 = *jamais* à 4 = *presque toujours*, ce qui indique que pour un score élevé l'enfant ressent une forte charge. La fiabilité du construit à partir de ces items est bonne ($\alpha = .77$). La moyenne de charge pour les enfants résulte être de 0.66 ($ET = 0.52$).

4.3.3 Satisfaction de vie

La satisfaction de vie est une variable construite à partir de 5 items (voir annexe A.2) dont voici trois exemples : 1. « Votre vie correspond-elle à vos idéaux dans tous les domaines ? » ; 2. « Pensez-vous vos conditions de vies excellentes ? » 5. « Si vous pouviez revivre votre vie une autre fois, feriez-vous les choses autrement ? ». Le dernier item a été inversé afin de construire l'échelle de manière appropriée. Cette échelle a été développée par Pavot et Diener (2008) en prenant en compte les mêmes 5 items (Diener et al., 1985). Ce qui change légèrement est le dernier item, car dans la version originale, la question n'est pas inversée, mais demande dans quelle mesure le participant serait d'accord de ne pas changer les choses dans le cas où il pourrait vivre à nouveau sa vie. Les réponses vont de 0 = *pas du tout* à 4 = *tout à fait*. Un score élevé correspond donc à

un niveau de satisfaction de vie élevé. La fiabilité du construit est bonne ($\alpha = .72$). La moyenne de la variable pour les enfants correspond à 2.80 ($ET = 0.72$).

4.3.4 Stress

L'échelle du stress a été composée sur la base de 5 items (voir annexe A.3) dont voici quelques exemples : 1. « Au cours du mois précédent, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e incapable de contrôler les choses importantes dans votre vie ? » ; 2. « Au cours du mois précédent, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e anxieux-se et stressé-e ? » ; 3. « Au cours du mois précédent, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e confiant-e dans votre capacité à gérer vos problèmes personnels ? ». Les items 3 et 4 ont été inversés afin d'aligner la direction de leurs scores avec les autres items. L'échelle se base sur la version courte à 4 items de S. Cohen et collaborateurs (1983), qui avaient premièrement introduit une version longue à 14 items. Dans ce cas, les items sont les mêmes que ceux de S. Cohen et collaborateurs (1983) à l'exception de l'item 2 qui est présent uniquement dans la version longue. La raison pour laquelle il a été ajouté est de garantir une question directe concernant le sentiment de stress et d'anxiété également parmi une population âgée. En rajoutant cet item, l'Alpha de Cronbach est plus fort ; de $\alpha = .74$ il passe à $\alpha = .82$, ce qui représente une bonne fiabilité du construit. Les réponses vont de 0 = *jamais* à 4 = *très souvent*. Un score élevé concorde avec un grand niveau de stress. La moyenne pour le stress parmi les enfants est de 1.24 ($ET = 0.74$).

4.3.5 Valeurs familiales

Les valeurs familiales ont été mesurées en regroupant différents items (voir annexe A.4) dont voici quelques exemples : 1. « Vis-à-vis des parents on a le devoir de s'occuper d'eux » ; 2. « Vis-à-vis des parents on a le devoir de les aider financièrement » ; 3. « Vis-à-vis des parents on a le devoir de les respecter ». Le construit se base sur

l'échelle de la piété filiale abordée par Gallois et collègues (1996) et adaptée par Liu et collègues (2000). Les items sont les mêmes employés par la version de ces derniers, tandis que les deux facteurs qui ressortent de l'analyse factorielle en composantes principales sont mieux expliqués par Gallois et collègues (1996). En effet, ils constatent la présence de deux facteurs, le premier est identifié comme le support pratique versus la communication, tandis que le deuxième est vu comme le respect versus la communication. Une interprétation qu'on pourrait donner au premier facteur, qui regroupe les items 1, 2 et 4, est qu'il explique les attitudes à l'égard du support pratique. Le deuxième en revanche, qui rassemble les items 3, 5 et 6, exprime mieux les attitudes envers le support psychologique ou émotionnel. Les réponses étaient données sur une échelle allant de 1 = *fortement en désaccord* à 5 = *fortement d'accord*. Les 6 items vont dans la même direction, c'est pourquoi il n'est pas nécessaire d'en inverser. Plus le score est élevé et plus la personne aura un niveau de piété filiale fort. L'Alpha de Cronbach a été calculé afin de garantir une bonne cohérence interne du construit de piété filiale, sa fiabilité résultante comme bonne ($\alpha = .73$). La moyenne du niveau de piété filiale des parents est de 3.96 ($ET = 0.67$) alors que celle des enfants est de 3.97 ($ET = 0.65$).

4.3.6 Rôles sociaux

Les rôles sociaux des enfants adultes consistent dans la somme de cinq rôles : l'engagement dans l'aide des soins aux parents, l'emploi actuel, l'état civil marié, le fait d'avoir des enfants et des petits-enfants. Avant de poursuivre sur la somme des rôles, il est important de contrôler que les variables soient dichotomiques. Cela s'est avéré être le cas pour toutes sauf les variables « état civil » et « engagement des soins ». Les options de réponse par rapport à l'état civil sont : jamais marié, marié, conjoint de fait, divorcé, séparé et veuf. Afin de rendre cette variable dichotomique, les options ont été changées en 1= *marié* et 0 = *pas marié*, en incluant dans « pas marié » toutes les options sauf

« marié » et « conjoint de fait ». La même procédure a été effectuée pour l'engagement dans les soins ; les options de réponse ont été transformées en une variable dichotomique 0 = *non* qui regroupe « jamais » et « rarement ou presque jamais » et 1 = *oui* qui inclut « parfois », « souvent », et « tout le temps ». En moyenne, les enfants sont engagés dans 3.1 rôles ($ET = 1.03$), 116 (80,6%) participants parmi les enfants ont eux-mêmes des enfants, 38 (32,2%) ont des petits-enfants, 100 (71,4%) travaillent toujours, 91 (62,8%) sont mariés et 104 (74,3%) sont impliqués dans les soins de leurs parents.

4.3.7 Variables démographiques et de santé

Trois variables de contrôle ont été choisies afin de distinguer leur impact dans les différents modèles. La première correspond à l'âge des enfants adultes. La deuxième correspond au genre des enfants adultes, à savoir que 0 = *femme* et 1 = *homme*. La troisième variable est la somme des maladies des parents âgés. Plusieurs maladies ont été sommées afin d'examiner des différences potentielles dans la prise en charge des parents et les implications au niveau du bien-être des enfants adultes. Les maladies sélectionnées sont 19 : haute pression sanguine, maladies cardiaques, diabète, affections respiratoires chroniques, ulcère gastrique, problèmes sévères au foie, maladie rénale, infection urinaire, incontinence urinaire, problème à la prostate, problème de vue, problème d'ouïe, arthrite, ostéoporose, accident vasculaire cérébral, cancer, pneumonie, chutes, douleur. En moyenne les parents ont 3.33 de ces maladies ($ET = 2.50$).

4.4 Méthode d'analyse

Avant de poursuivre les analyses, les données ont été nettoyées et les valeurs extrêmes des trois variables suivantes ont été fixées : sentiment de charge, satisfaction de vie et stress. Le test de Kolmogorov-Smirnov et celui de Shapiro-Wilk ont été effectués pour ces variables, afin de vérifier la normalité de leur distribution. Dans le cas d'une

distribution anormale dans les deux tests, les valeurs de la kurtoisis (coefficient d'aplatissement) et l'asymétrie ont été considérées. Ensuite les variables incluses dans les différents modèles d'analyse ont été ajoutées dans une matrice de corrélation pour explorer les différentes associations.

Nous avons utilisé des modèles de régression pour tester nos hypothèses.

Régression hiérarchique

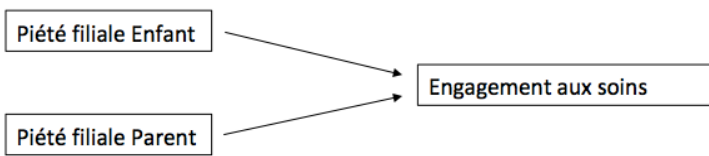


Figure 1 : Régression hiérarchique

Dans un premier temps, une analyse de régression hiérarchique a été réalisée pour tester la première hypothèse (H 1), afin de vérifier ainsi dans quelle mesure les différences individuelles dans l'engagement aux soins sont expliquées par la piété filiale des parents et des enfants adultes, ainsi que par les variables de contrôle comme le genre, l'âge et les maladies du parent (figure 1).

Modèle 1 de modération

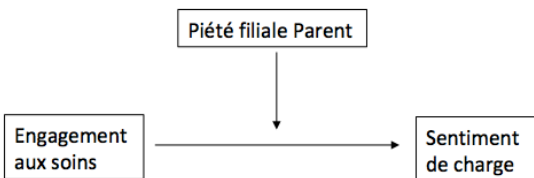


Figure 2 : Modèle 1 de modération, VM : Piété filiale Parent

Modèle 2 de modération

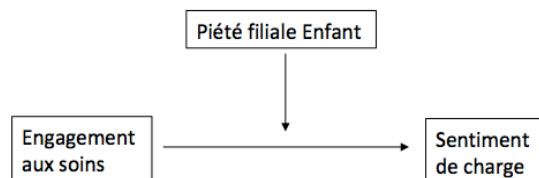


Figure 3 : Modèle 2 de modération, VM : Piété filiale Enfant adulte

Ensuite, des analyses de modération ont été exécutées afin de tester le possible effet modérateur de la piété filiale des parents (H 2.1, Modèle 1, figure 2) et celui des

enfants adultes (H2.2, Modèle 2, *figure 3*), sur la relation entre l'engagement dans les soins et le sentiment de charge.

Modèle 3 de modération

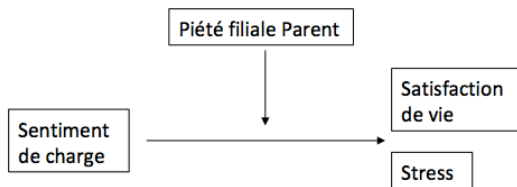


Figure 4 : Modèle 3 de modération,
VM : Piété filiale Parent.
Modèle 3.1 avec la satisfaction de vie comme VD
Modèle 3.2 avec le stress comme VD

Modèle 4 de modération

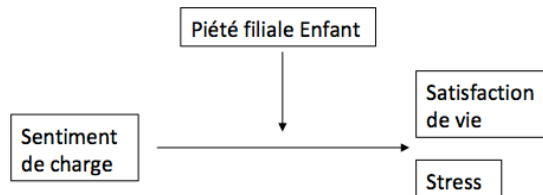


Figure 5 : Modèle 4 de modération,
VM : Piété filiale Enfant
Modèle 4.1 avec la satisfaction de vie comme VD
Modèle 4.2 avec le stress comme VD

Modèle 5 de modération

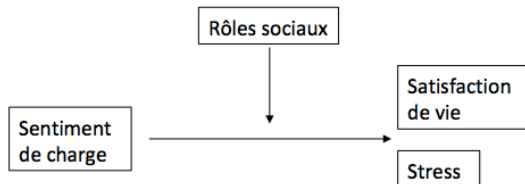


Figure 6 : Modèle 5 de modération, VM : Rôles sociaux
Modèle 5.1 avec la satisfaction de vie comme VD
Modèle 5.2 avec le stress comme VD

Les mêmes variables modératrices des deux premiers modèles (H 3, Modèle 3, *figure 4*, et H 4, modèle 4, *figure 5*), ainsi que la somme des rôles sociaux (H 5, modèle 5, *figure 6*), ont été testées sur la relation entre le sentiment de charge des enfants adultes et leur bien-être. D'abord la variable dépendante testée a été la satisfaction de vie (Modèles 3.1, 4.1 et 5.1) et deuxièmement le stress (Modèles 3.2, 4.2 et 5.2).

Les analyses ont été exécutées à l'aide du logiciel IBM SPSS, version 26 et de PROCESS (Version 3.5, Released 2019, développé par Andrew P. Hayes). Le seuil de significativité a été positionné à .05.

5. Résultats

Les statistiques descriptives des variables principales sont illustrées dans le tableau ci-dessous (*tableau 1*).

Tableau 1: Statistiques descriptives des variables principales

Variables	<i>M</i>	<i>ET</i>
Âge	56.51	8.42
Genre (femme ; <i>N</i>)	104	-
Genre (homme ; <i>N</i>)	43	-
Maladies Parents	3.33	2.50
Sentiment de charge	0.66	0.52
Satisfaction de vie	2.80	0.72
Stress	1.24	0.74
Piété filiale Parents	3.96	0.67
Piété filiale Enfants	3.97	0.65
Rôle sociaux	3.1	1.03

Notes. *M* = moyenne, *ET* = écart-type

5.1 Corrélations

Les relations significatives des corrélations sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Matrice de corrélation des variables principales

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Âge	1								
2. Genre	.12	1							
3. Engagement aux soins	.52**	.07	1						
4. Piété filiale Enfants	.05	.16	.06	1					
5. Piété filiale Parents	.11	.12	.12	.63**	1				
6. Sentiment de charge	.20*	-.08	.27**	-.19*	-.04	1			
7. Satisfaction de vie	-.03	.06	-.01	.01	-.00	-.30**	1		
8. Stress	-.05	-.23*	.00	-.12	-.21*	.35**	-.38**	1	
9. Rôles sociaux	.08	.03	.41**	-.06	-.01	.16	.24**	.03	1
10. Maladies Parents	.26**	-.08	-.21*	-.09	-.04	.32**	-.05	.08	.22**

Notes. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En premier lieu, nous avons constaté une relation positive entre la piété filiale des parents et celle des enfants ($r = .63, p < .01$). Ensuite, on peut noter que l'engagement dans les soins des enfants adultes envers leurs parents âgées corrèle positivement avec le sentiment de charge ($r = .27, p < .01$), la somme des maladies des parents ($r = .21, p < .05$) et avec l'âge des enfants ($r = .52, p < .01$). Nous avons également observé une relation positive entre le sentiment de charge et le stress ($r = .35, p < .01$), les maladies des parents ($r = .32, p < .01$) et l'âge ($r = .20, p < .05$) tandis que le sentiment de charge corrèle négativement avec la piété filiale des enfants ($r = -.19, p < .05$) et la satisfaction de vie ($r = -.30, p < .01$). Quant à la satisfaction de vie, elle est aussi corrélée de manière négative avec le stress ($r = -.38, p < .01$) et de manière positive avec les rôles sociaux ($r = .24, p < .01$). Pour finir, le stress est associé négativement avec la piété filiale des parents ($r = -.21, p < .05$) et le genre ($r = -.23, p < .05$).

5.2 Examen de la normalité

Selon les tests de Kolmogorov-Smirnov et de Shapiro-Wilk, les distributions des trois variables ci-dessous sont anormales (sentiment de charge, $D(140) = .14, p < .001$, $W(140) = .93, p < .001$; satisfaction de vie, $D(134) = .12, p < .001$, $W(134) = .95, p < .001$; stress, $D(114) = .11, p < .001$, $W(114) = .96, p < .01$). Cependant, en prenant en compte la kurtosis et l'asymétrie, nous pouvons constater que les trois variables possèdent des valeurs s'inscrivant entre -2 et 2. Les distributions sont moyennement asymétriques et platykurtiques (sentiment de charge, $S = .81$ et $K = .13$; satisfaction de vie, $S = -.59$ et $K = -.29$; stress, $S = .67$ et $K = .31$).

5.3 Régression hiérarchique

Le modèle global de la régression est significatif ($F(126) = 9.58, p < .001$) (tableau 3), cependant, en contrôlant les variables sociodémographiques, le premier modèle explique 27% de la variance ($F(128) = 15.89, p < .001$), tandis que l'ajout de la piété filiale des parents et des enfants adultes au modèle (Bloc 2) n'est pas significatif ($\Delta F(2, 126) = .36, p = .70, \Delta R^2 = .00$). Dans le modèle comprenant les variables de contrôle, uniquement l'âge est significatif ($b = .49, p < .001$), tandis que le genre ($b = .02, p = .85$) et la somme des maladies des parents ($b = .08, p = .33$) ne le sont pas, ainsi que les contributions spécifiques, dans le deuxième modèle, de la piété filiale des enfants adultes ($b = -.00, p = .99$) et celle des parents ($b = .07, p = .50$). Les indices de colinéarité sont satisfaits, ils sont plus élevés que .30 pour la tolérance et inférieurs à 3 pour le VIF (facteur d'inflation de la variance).

Tableau 3 : Régression hiérarchique avec la piété filiale des parents et des enfants, et les variables démographiques comme prédicteurs de l'engagement aux soins

Variables	B	SE	b	t	p	R ²
Bloc 1.						R ² = .27
Âge	.07	.01	.49	6.25	<.001	
Genre	.04	.21	.02	.19	.85	
Maladies Parents	.04	.04	.08	.99	.33	
Bloc 2.						$\Delta R^2 = .00$
Âge	.07	.01	.49	6.09	<.001	
Genre	.02	.22	.01	.10	.92	
Maladies Parents	.04	.04	.08	1.02	.31	
Piété filiale Enfants	-.00	.19	-.00	-.01	.99	
Piété filiale Parents	.13	.19	.07	.67	.50	

Notes. B = coefficient non standardisé, SE = erreur standard, b = coefficient standardisé. Bloc 1. : $F(128) = 15.89$, $p < .001$. Bloc 2. : $F(126) = 9.58$, $p < .001$.

Étant donné que l'échelle de la piété filiale comprend deux facteurs, on a considéré les deux facteurs de manière séparée afin d'explorer des changements potentiels. En effet, si on effectue l'analyse de régression avec le premier facteur, soit la piété filiale du support pratique (items 1, 2 et 4), le modèle global devient significatif ($F(132) = 11.67$, $p < .001$) (tableau 4). Le premier modèle (Bloc 1.), comprenant les variables de contrôle, explique 27% de la variance ; de plus, en ajoutant les deux autres variables de la piété filiale, la différence de la variance est significative ($\Delta F(2, 132) = 3.35$, $p < .05$, $\Delta R^2 = .04$). Le premier modèle, comprenant uniquement les variables de contrôle, montre les mêmes valeurs qu'auparavant, tandis que les contributions spécifiques, en contrôlant les variables sociodémographiques (Bloc 2.), sont significatives, ce qui démontre qu'elles ont une valeur prédictive (piété filiale des enfants adultes, $b = -.18$, $p < .05$; piété filiale des parents, $b = .19$, $p < .05$). Les indices de colinéarité sont acceptés.

Tableau 4 : Régression hiérarchique avec la piété filiale « pratique » des parents et des enfants, et les variables démographiques comme prédicteurs de l'engagement aux soins

Variables	B	SE	b	t	p	R ²
Bloc 2.						$\Delta R^2=.04$
Âge	.07	.01	.48	6.37	<.001	
Genre	.07	.21	.03	.35	.73	
Maladies Parents	.03	.04	.05	.69	.49	
Piété filiale pratique Enfants	-.30	.14	-.18	-2.18	<.05	
Piété filiale pratique Parents	.29	.13	.19	2.26	<.05	

Notes. B = coefficient non standardisé, SE = erreur standard, b = coefficient standardisé. Bloc 2. : $F(132) = 11.67$, $p < .001$

La régression a été effectuée également avec le deuxième facteur de la piété filiale, considéré comme le support plus psychologique (items 3, 5 et 6). Les résultats montrent que le modèle de régression global est significatif ($F(132) = 14.53$, $p < .001$) (tableau 5) et le premier modèle avec les variables de contrôle explique 27% de la variance. En ajoutant les deux autres variables de la piété filiale (Bloc 2), la différence de la variance est significative ($\Delta F(2, 132) = 6.18$, $p < .01$, $\Delta R^2 = .06$). Le premier modèle comprenant les variables de contrôle (Bloc 1.), s'avère avoir les mêmes résultats qu'avant, tandis qu'en contrôlant les variables sociodémographiques (Bloc 2.), uniquement la piété filiale des parents résulte être significative ($b = .24$, $p < .01$) et pas celle des enfants adultes ($b = .03$, $p = .73$). Pour finir, les indices de colinéarité sont acceptés.

Tableau 5 : Régression hiérarchique avec la piété filiale « psychologique » des parents et des enfants, et les variables démographiques comme prédicteurs de l'engagement aux soins

Variables	B	SE	b	t	p	R ²
Bloc 2.						$\Delta R^2=.06$
Âge	.07	.01	.47	6.22	<.001	
Genre	-.11	.20	-.04	-.55	.58	
Maladies Parents	.02	.04	.05	.62	.54	
Piété filiale psy Enfants	.06	.17	.03	.34	.73	
Piété filiale psy Parents	.48	.17	.24	2.77	<.01	

Notes. B = coefficient non standardisé, SE = erreur standard, b = coefficient standardisé. Bloc 2. : $F(132) = 14.53, p < .001$

5.4 Modèles 1 et 2 de modération

Le modèle 1 explique 14% de la variance ($F(6, 125) = 3.50, p < .01$) (figure 7), tandis que le modèle 2 explique 17% de la variance ($F(6, 124) = 4.35, p < .001$) (figure 8).

Les résultats de deux analyses de régression montrent que l'engagement dans les soins exerce un effet positif sur le sentiment de charge ($b = .08, p < .01$, modèle 1, figure 7 ; $b = .09, p < .01$, modèle 2, figure 8) ce qui signifie qu'un plus grand engagement dans les soins est associé avec un niveau plus élevé de sentiment de charge. La piété filiale des enfants est associée négativement au sentiment de charge ($b = -.14, p < .05$, modèle 2), contrairement à la piété filiale des parents qui n'est pas significative ($b = -.04, p = .53$, modèle 1). L'effet d'interaction n'est pas significatif dans les deux cas ($b = .02, p = .69$, modèle 1, figure 7 ; $b = .03, p = .47$, modèle 2, figure 8), ce qui signifie que la piété filiale des enfants et celle des parents ne modèrent pas l'effet principal. Quant aux variables de contrôle, seulement la somme des maladies des parents est associée positivement avec le sentiment de charge ($b = .05, p < .05$, modèle 1 ; $b = .04, p < .05$, modèle 2), tandis que

l'âge ($b = .00, p = .48$, modèle 1 ; $b = .00, p = .48$, modèle 2) et le genre ($b = -.09, p = .36$, modèle 1 ; $b = -.06, p = .54$, modèle 2) ne sont pas significatifs dans les deux modèles.

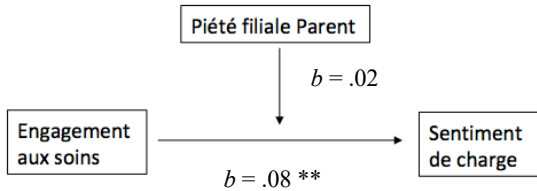


Figure 7 : Résultats du Modèle 1 de modération. $p > .05$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

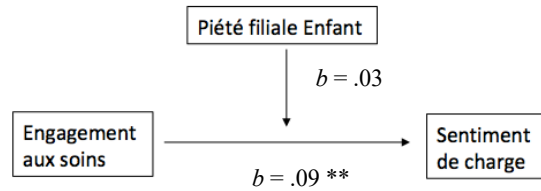


Figure 8 : Résultats du Modèle 2 de modération. $p > .05$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

5.5 Modèles 3 et 4 de modération

Le modèle 3.1 explique 16% de la variance ($F(6, 116) = 3.74, p < .01$), tandis que le modèle 4.1 explique 13% de la variance ($F(6, 115) = 2.83, p < .05$).

Les analyses de régression présentent un effet négatif du sentiment de charge sur la satisfaction de vie ($b = -.50, p < .001$, modèle 3.1 ; $b = -.49, p < .001$, modèle 4.1), cependant la piété filiale des parents ($b = -.03, p = .72$, modèle 3.1) et celle des enfants adultes ($b = -.03, p = .77$, modèle 4.1) ne sont pas associées de manière significative à la satisfaction de vie. Pourtant, il existe un effet d'interaction significatif dans le premier cas ($b = -.37, p < .01$, modèle 3.1) mais pas dans le deuxième ($b = -.23, p = .11$, modèle 4.1). Les effets conditionnels pour le modèle 3.1 (voir annexe B.1) indiquent que l'effet d'interaction est significatif seulement pour les parents ayant un haut niveau de piété filiale. À l'aide du graphique (figure 9) on peut observer que lorsque le niveau de sentiment de charge est bas, la satisfaction de vie est plus élevée pour les individus avec un parent qui a un niveau de piété filiale élevé, tandis que lorsque le niveau de sentiment de charge est élevé, le niveau de satisfaction de vie est bas, spécialement pour les individus ayant des parents avec un niveau de piété filiale élevé.

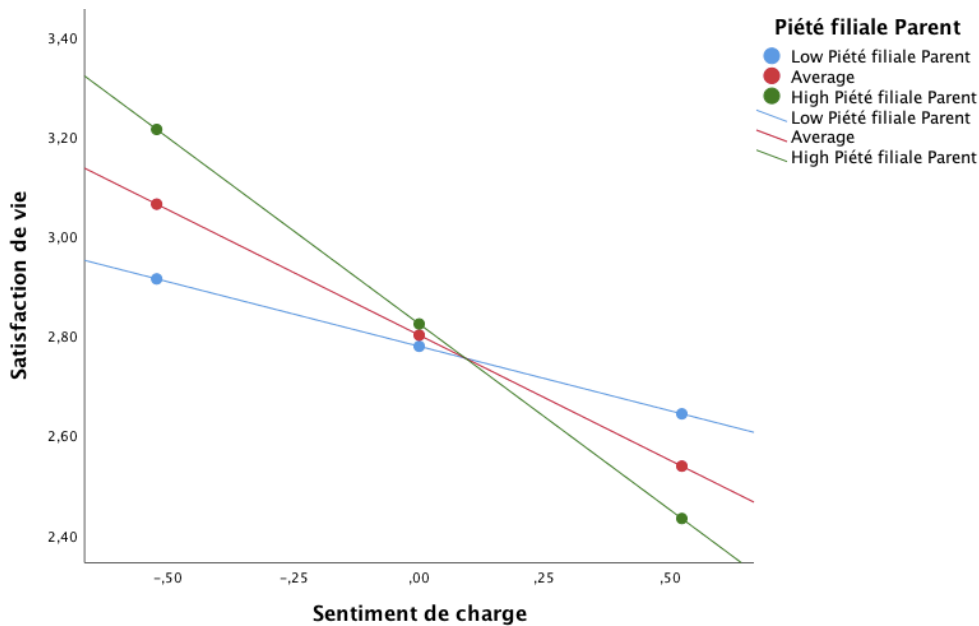


Figure 9 : Graphique d'interaction. Modération de la piété filiale du parent sur la relation entre sentiment de charge et satisfaction de vie

Quant aux variables de contrôle, aucune des trois ne s'avère significative dans le cas des modèles de modération : âge ($b = -.00, p = .67$, modèle 3 ; $b = -.00, p = .69$, modèle 4), genre ($b = .19, p = .19$, modèle 3 ; $b = .18, p = .23$, modèle 4) et maladies des parents ($b = .03, p = .34$, modèle 3 ; $b = .02, p = .48$, modèle 4).

Le même processus a été mené pour le stress comme variable dépendante. Le modèle 3.2 explique 18% de la variance ($F(6, 102) = 3.72, p < .001$), tandis que le modèle 4.2 explique 16% de la variance ($F(6, 102) = 3.31, p < .01$).

Les résultats montrent un effet positif du sentiment de charge sur le stress ($b = .51, p < .001$, modèle 3.2 ; $b = .51, p < .001$, modèle 4.2), en revanche la piété filiale des parents ($b = -.14, p = .14$, modèle 3.2) et celle des enfants adultes ($b = .03, p = .78$, modèle 4.2) ne sont pas associées de manière significative au stress. L'effet d'interaction n'est significatif dans aucun des deux cas ($b = -.01, p = .92$, modèle 3.2 ; $b = -.07, p = .66$, modèle 4.2). Cela indique que la piété filiale des parents et celle des enfants ne modèrent

pas cette relation. De plus, même les variables de contrôle n'ont aucune valeur significative : âge ($b = -.01, p = .22$, modèle 3.2 ; $b = -.01, p = .18$, modèle 4.2), genre ($b = -.21, p = .17$, modèle 3.2 ; $b = -.23, p = .14$, modèle 4.2) et maladies des parents ($b = .00, p = .98$, modèle 3.2 ; $b = .00, p = .96$, modèle 4.2).

5.6 Modèle 5 de modération

Le modèle 5.1, comprenant la satisfaction de vie comme variable dépendante, explique 18% de la variance ($F(6, 122) = 4.60, p < .001$), tandis que le modèle 5.2, avec le stress comme variable dépendante, explique 20% de la variance ($F(6, 102) = 4.33, p < .001$).

Les analyses de régression du modèle 5.1 indiquent premièrement un effet principal, c'est-à-dire un effet négatif du sentiment de charge sur la satisfaction de vie ($b = -.45, p < .001$). Deuxièmement la somme des rôles sociaux est associée positivement à la satisfaction de vie ($b = .21, p < .001$). Les résultats montrent également un effet d'interaction ($b = .28, p < .05$, modèle 5.1), ce qui implique que la somme des rôles sociaux modère la relation entre le sentiment de charge et la satisfaction de vie. Plus spécifiquement, les effets conditionnels révèlent l'effet de modération seulement pour les individus avec moins de rôles sociaux (voir annexe B.2). Grâce au graphique ci-dessous (*figure 10*), il est pertinent de remarquer que lorsque le sentiment de charge est fort, la satisfaction de vie est très basse, mais seulement pour les individus avec moins de rôles sociaux.

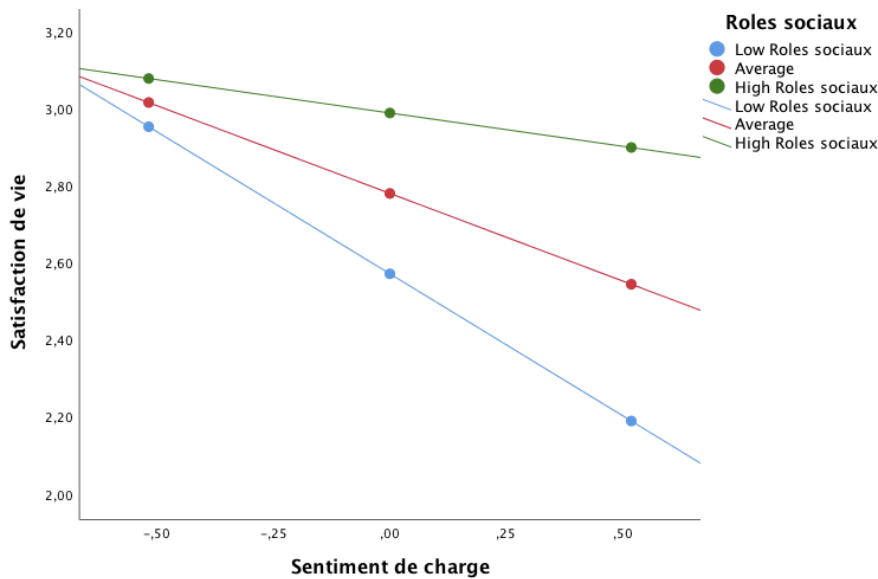


Figure 10 : Graphique d'interaction. Modération des rôles sociaux sur la relation entre sentiment de charge et satisfaction de vie

Quant aux variables de contrôle, comme dans le modèle précédent, aucune d'entre elles ne s'avère significative : âge ($b = .00, p = .96$), genre ($b = .04, p = .76$) et les maladies des parents ($b = .00, p = .85$).

La même démarche d'analyse va être appliquée, mais cette fois-ci avec le stress comme variable dépendante. Les résultats de ce modèle 5.2 vont dans le même sens que le modèle précédent ; le sentiment de charge a un effet positif sur le stress ($b = .50, p < .001$), mais dans ce cas la somme des rôles sociaux n'est pas associée avec le stress ($b = -.06, p = .37$). L'effet d'interaction est significatif ($b = -.32, p < .05$, modèle 5.2), en indiquant que dans ce modèle également, la somme des rôles sociaux modère la relation entre le sentiment de charge et le stress. En allant plus dans les détails, les effets conditionnels indiquent que la modération est significative uniquement pour les individus avec moins de rôles sociaux (voir annexe B.3). Graphiquement, les résultats illustrent que lorsque le niveau de sentiment de charge est élevé, le stress est encore plus fort pour les individus avec moins de rôles sociaux. Quand cependant le sentiment de charge est bas, le stress est également bas et encore plus bas pour les individus avec moins de rôles sociaux (figure 11).

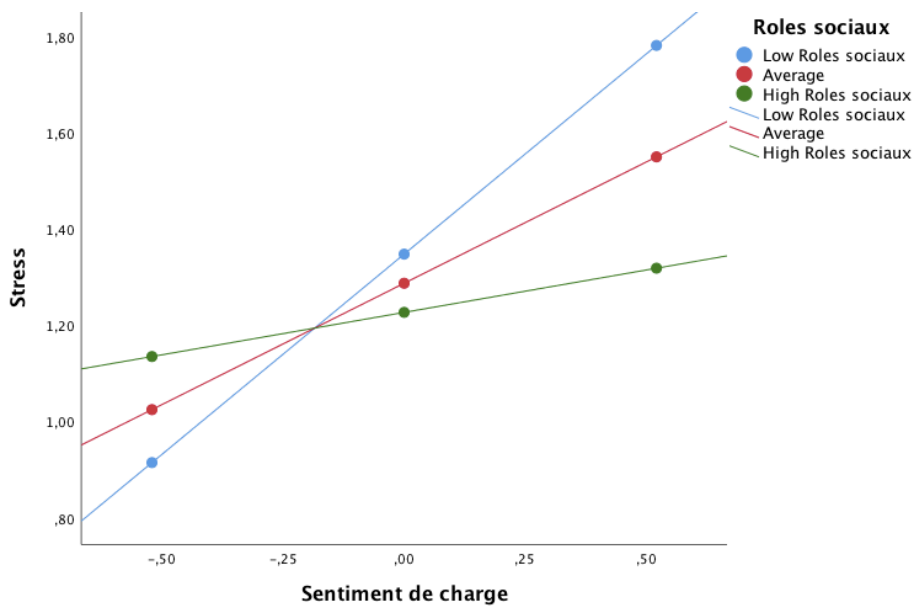


Figure 11 : Graphique d'interaction. Modération des rôles sociaux sur la relation entre le sentiment de charge et le stress

Les variables de contrôle n'ont encore une fois pas de valeurs significatives : âge ($b = -.01, p = .21$), genre ($b = -.22, p = .14$) et les maladies des parents ($b = -.00, p = .86$).

5.7 Modèle final

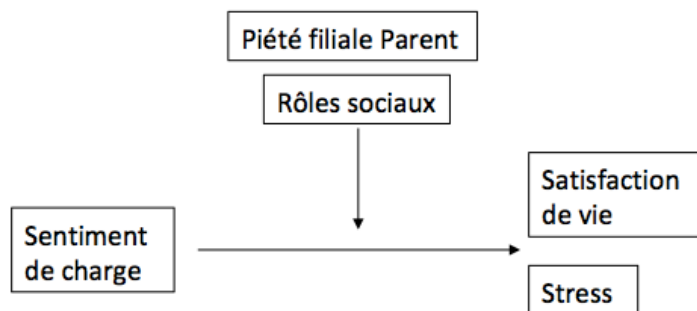


Figure 12 : Modèle final, avec VM1 : Piété filiale des parents, VM2 : Rôles sociaux.
 Modèle final 1 : avec la satisfaction de vie comme VD
 Modèle final 2 : avec le stress comme VD

Un modèle final a été établi afin d'intégrer deux variables modératrices dans un unique modèle (figure 12) et pour finalement pouvoir répondre à la question de recherche

de base initiale. Dans un premier temps, en incluant la variable dépendante de la satisfaction de vie (modèle final 1) et dans un deuxième temps, en testant le stress comme variable dépendante (modèle final 2).

Le modèle final 1 explique 22% de la variance ($F(8, 114) = 4.11, p < .001$), tandis que le modèle final 2 explique 23% de la variance ($F(8, 100) = 3.81, p < .001$).

Les résultats du premier modèle présentent un effet principal significatif, le sentiment de charge ayant un effet négatif sur la satisfaction de vie ($b = -.51, p < .001$), ce qui indique qu'un haut niveau de charge correspond à un plus faible niveau de satisfaction de vie. De plus, la somme des rôles sociaux est également associée à la satisfaction de vie mais positivement ($b = .18, p < .01$), contrairement à la piété filiale des parents ($b = .05, p = .60$). Toutefois le modèle montre un effet d'interaction de la piété filiale des parents ($b = -.29, p < .05$), mais pas celui des rôles sociaux ($b = .25, p = .08$). Les effets conditionnels indiquent les individus pour lesquels la modération avec les deux variables est significative. Le graphique (*figure 13*) illustré ci-dessous et le tableau (voir annexe B.4) aident à comprendre ces effets.

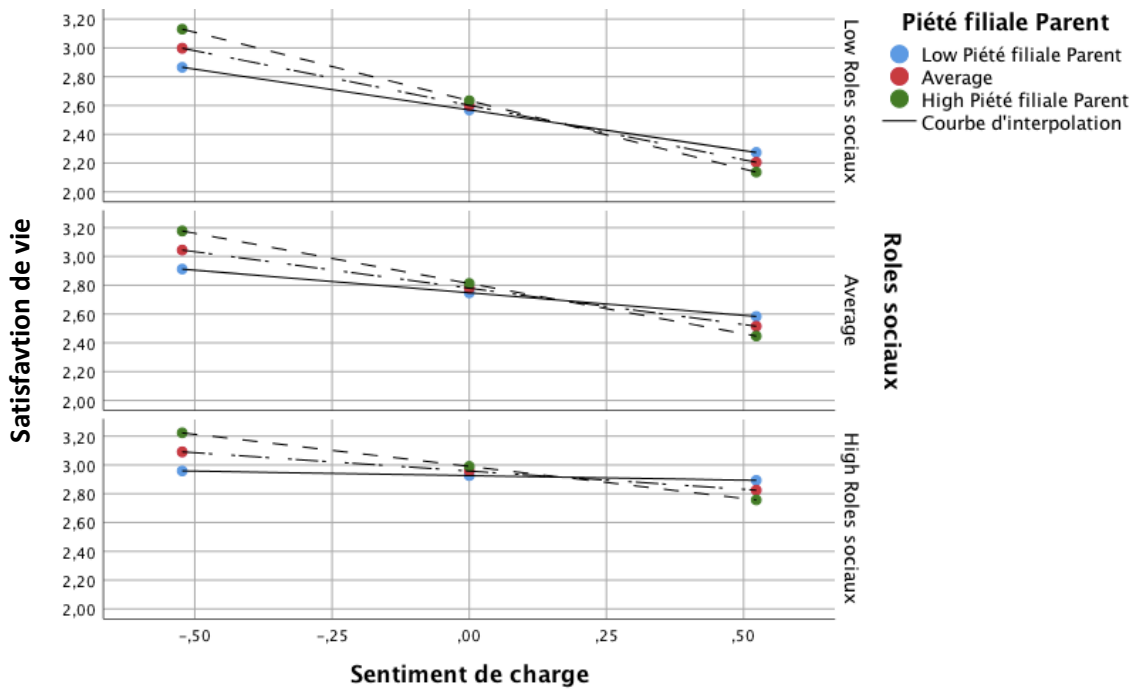


Figure 13 : Graphique d'interaction. Représentation des deux variables modératrices : piété filiale parent et rôles sociaux sur la relation entre le sentiment de charge et la satisfaction de vie

Plusieurs combinaisons de deux modérateurs mis en évidence dans le tableau (voir annexe B.4) montrent une relation négative entre le sentiment de fardeau et la satisfaction de vie. Voici les différentes combinaisons : lorsque l'individu a des parents avec un niveau de piété filiale bas et peu de rôles sociaux, quand le niveau de piété filiale des parents est bas et les rôles sociaux sont dans la moyenne et vice-versa, lorsque les deux niveaux sont dans la moyenne, quand le niveau de piété filiale des parents est élevé et les rôles sociaux sont peu nombreux et, pour finir, quand il y a davantage de piété filiale et que les rôles sociaux sont dans la moyenne. Le graphique nous montre donc que lorsque les individus avec peu de rôles sociaux ressentent un fort sentiment de charge et que leurs parents ont un fort niveau de piété filiale, leur satisfaction de vie est plus basse que celle des individus avec des rôles nombreux.

En ce qui concerne les variables de contrôle, elles ne sont encore une fois pas significatives dans le modèle : âge ($b = -.00$, $p = .65$), genre ($b = .15$, $p = .29$) et maladies des parents ($b = .02$, $p = .50$).

Les résultats du modèle final 2 présentent un effet principal significatif. Dans ce cas le sentiment de charge a un effet positif sur le stress ($b = .46, p < .001$), ce qui signifie qu'un haut niveau de charge est lié à plus de stress. En revanche ni la piété filiale des parents ($b = -.17, p = .08$) ni la somme des rôles sociaux ($b = -.07, p = .30$) ne sont associées au stress. L'effet d'interaction de la somme des rôles sociaux est significatif ($b = -.38, p < .05$) mais pas celui de la piété filiale des parents ($b = -.10, p = .50$).

Les effets conditionnels sont bien illustrés à l'aide du graphique (figure 14), et dans le tableau (voir annexe B.5), et résultent être les mêmes que modèle final 1. Les combinaisons des deux modérateurs mis en évidence portent à une relation positive entre le sentiment de charge et le stress.

Le graphique (figure 14) illustre l'augmentation de stress pour les individus qui ressentent une forte charge et engagés dans peu de rôles sociaux, ayant des parents avec une faible piété filiale. Au contraire, les individus avec des rôles sociaux nombreux et ayant des parents avec un fort niveau de piété filiale manifestent un niveau bas de stress même lorsqu'ils ressentent un lourd fardeau.

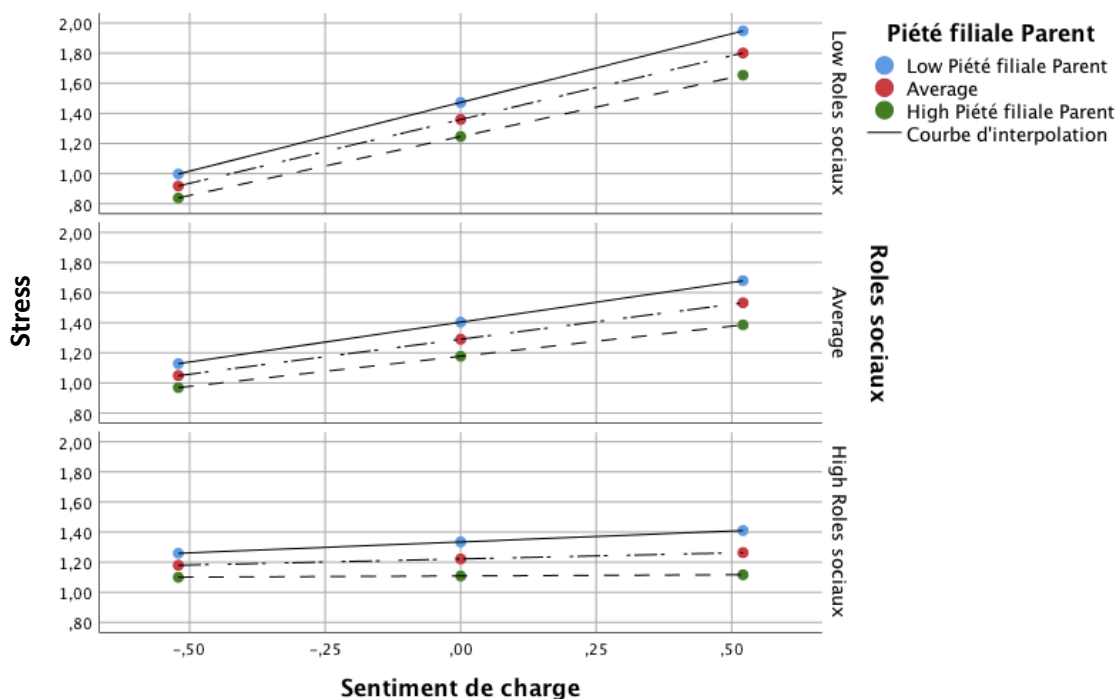


Figure 14 : Graphique d'interaction. Représentation des deux variables modératrices : piété filiale du parent et rôles sociaux sur la relation entre le sentiment de charge et le stress

Les trois variables de contrôle n'ont pas un effet significatif : âge ($b = -.01, p = .27$), genre ($b = -.21, p = .17$) et maladies des parents ($b = -.00, p = .92$).

6. Discussion

Cette étude avait comme objectif premier d'analyser de manière plus approfondie les relations intergénérationnelles dans un contexte de soins informels entre enfants adultes et leurs parents en âge avancé. Dans la littérature on trouve beaucoup de recherches qui constatent des conséquences psychologiques néfastes importantes chez des proches aidants. Ce travail a voulu mettre l'accent sur des possibles facteurs atténuants ou au contraire dégradants, concernant le rôle d'aidant, et sur les conséquences sur le bien-être de ces derniers.

Les résultats de la présente expérience ont confirmé l'hypothèse d'un impact des valeurs familiales, ainsi que celle des rôles sociaux sur la relation entre le sentiment de charge et le bien-être des aidants.

6.1 L'influence des valeurs familiales sur l'engagement aux soins

Le premier facteur analysé a été la piété filiale. Tout d'abord le but était de comprendre son influence sur l'engagement dans les soins aux parents âgés (Q. 1). Les résultats indiquent que la piété filiale des parents et celle des enfants adultes ne prédisent pas l'engagement dans les soins. En revanche, ce qui est intéressant de relever est la différence dans les résultats lorsqu'on sépare le concept de piété filiale selon ses deux facteurs. Lorsqu'on considère uniquement la piété filiale liée au support pratique, on constate qu'à la fois celle des parents que celle des enfants prédisent l'engagement aux soins ; en revanche, elles le prédisent de manière différente. La piété filiale liée au support pratique des parents le prédit de manière positive, tandis que celui des enfants de manière

négative. En revanche, lorsqu'on analyse la piété filiale liée au support psychologique, on observe que seulement la piété filiale du parent prédit de manière positive l'engagement aux soins. Les résultats confirment donc partiellement la première hypothèse (H 1). Une possible explication de ces effets pourrait être trouvée dans l'intégration des attentes implicites ou explicites envers les enfants adultes de la part de leurs parents vieillissants attachés aux valeurs filiales. Il est possible alors que cette pression amène à une forme de prétexte pour s'engager dans les soins aux parents.

L'aspect curieux dans ces résultats est l'écart avec les constats d'autres recherches. Plusieurs auteurs indiquent l'importance des normes familiales des enfants mêmes et non pas de leurs parents pour pouvoir participer au soutien des parents vieillissants. Cicirelli (1990; cité dans Silverstein et al., 2006) explique que l'obligation filiale est l'une des principales motivations à s'occuper des parents âgés. De plus Klimaviciute et collègues (2017) affirment que dans des pays européens les motivations qui résistent à long terme sont l'altruisme et les normes familiales. En Chine, le familisme (Song et al., 2017) et la piété filiale (Lai, 2010) aident à la prise en charge des parents. En parallèle, à partir de données récoltées en Allemagne, Schwarz et collègues (2005) constatent que le support instrumental est prédit par les valeurs familiales et moins par la qualité de la relation entre filles adultes et leurs parents. Les normes du familisme peuvent donc aider à choisir l'aide intergénérationnelle (Swartz, 2009) en influençant le comportement de l'individu (Seltzer et al., 2012). Cela dit, Franks et collaborateurs (2003) affirment la nécessité d'examiner, pour l'engagement aux soins, les caractéristiques de l'enfant adulte et non pas les normes familiales. Il est important de relever également qu'il existe une différence entre les attitudes concernant les normes filiales et le comportement (Gans & Silverstein, 2006; Stein et al., 1998). Souvent le comportement suit une attitude fondée au préalable, mais ce n'est pas le cas pour toutes

les situations. Les attitudes sont plus liées aux croyances, à ce à quoi la personne aspire, tandis que le comportement concerne les actions mises en pratique concrètement. Cette différence a été beaucoup étudiée en psychologie sociale, notamment dans la théorie de la dissonance cognitive (Finley, 1988; cité dans Gans & Silverstein, 2006). Ainsi, même si l'individu défend une croyance, il ne va pas de soi que son comportement s'aligne avec cette croyance.

On peut conclure que les attitudes envers les obligations familiales affectent le comportement des individus (Seltzer et al., 2012) ; dans cette étude la piété filiale des parents âgés est particulièrement pertinente. On peut suggérer ainsi que certaines attentes de la part des parents vieillissants pourraient avoir une influence sur la décision de leurs enfants de les aider. De l'autre côté, le comportement peut aussi ne pas correspondre aux attitudes et aux croyances (Gans & Silverstein, 2006).

6.2 Effet d'aggravation des valeurs familiales des parents âgés

La question qui a été posée se centre sur l'impact de la piété filiale au sein de la relation entre engagement aux soins et sentiment de charge (Q 2.1 et Q 2.2). Les résultats nous montrent que lorsque l'individu est très impliqué dans les soins aux parents, son sentiment de charge sera élevé ; cependant la piété filiale ne modère pas cette relation. Plusieurs auteurs (Bauer & Sousa-Poza, 2015; Carr & Utz, 2020; Cicirelli, 1993) remarquent un sentiment de fardeau très important pour les proches aidants. D'autres (Pristavec, 2019) en soulignent les aspects positifs.

Avec cette recherche, on peut constater l'existence d'un fardeau très lourd pour les individus étant très investis dans le rôle d'aidant. Nous pouvons remarquer que le soutien apporté aux parents vieillissants n'est pas une activité neutre, mais elle comporte des répercussions psychologiques très importantes pour les aidants. On peut pourtant constater que les hypothèses (H 2.1 et H 2.2) concernant la modulation de la piété filiale

ne sont pas confirmées. Les résultats ne montrent ni un effet d'atténuation ni un effet d'aggravation sur le sentiment de charge.

La piété filiale a été également analysée en tant que variable modératrice dans la relation entre le sentiment de charge et le bien-être. Cette fois-ci ce qui est intéressant à relever est l'effet modérateur de la piété filiale des parents. En effet, on peut observer premièrement que le sentiment de charge a un effet négatif sur la satisfaction de vie. Deuxièmement, les résultats indiquent que pour des individus ayant des parents âgés avec un niveau de piété filiale élevé, leur satisfaction de vie sera élevée dans un cas de bas sentiment de charge mais beaucoup plus basse dans le cas inverse (Q 3.1). Ce résultat confirme l'hypothèse de départ (H. 3.1) et relève un effet bénéfique de la piété filiale des parents lorsque l'enfant ne ressent pas beaucoup de charge ; cependant lorsque le fardeau augmente, la satisfaction de vie de l'enfant aidant est aggravée. Le même résultat ne s'applique pas lorsqu'on prend en considération le stress (Q 3.2) ; le sentiment de charge a un effet positif sur le stress, pourtant l'effet de modération n'est pas présent, même en testant la modération de la piété filiale des enfants (Q 4.1 et 4.2). Les hypothèses ne sont donc pas confirmées (H. 3.2, 4.1 et 4.2).

Premièrement, Bauer et Sousa-Poza (2015) confirment le même résultat pour l'effet principal ; selon leur revue de littérature, le sentiment de fardeau des aidants prédit négativement leur bien-être. W. F. Lin et collègues (2013) observent également un niveau plus élevé de dépression pour les aidants ressentant un fort fardeau. Concernant les valeurs familiales liées aux parents, Marshall et collaborateurs (1987) constatent une exigence très marquée de la part des personnes âgées envers les obligations filiales. Cela pourrait donc atteindre la satisfaction de vie de leurs enfants. Selon les résultats de l'analyse de cette modération, on pourrait ajouter à nouveau que derrière ces valeurs filiales peuvent se cacher des attentes qui à leur tour pèsent sur la satisfaction de vie des enfants aidants. Ainsi peut s'ouvrir à nouveau le débat concernant le type d'attentes

qu'ont les personnes âgées envers leurs enfants. Une partie des parents ont des attentes fortes envers l'apport de soins que leurs enfants devraient leur apporter, car ils s'attendent à une réciprocité (Merz et al., 2010). Au contraire, il existe des parents qui ne s'attendent pas à être aidés car ils connaissent le poids que cela représente et ne veulent pas devenir un fardeau pour leurs enfants (Gans & Silverstein, 2006).

Concernant les valeurs familiales liées aux enfants adultes, les résultats diffèrent des conclusions de certains auteurs à propos d'une atténuation sur les conséquences négatives (He & van Heugten, 2020; Parveen & Morrison, 2009). Khalaila et Litwin (2011) affirment que la piété filiale atténue le sentiment de fardeau et que ce dernier est corrélé positivement avec les symptômes dépressifs. Dans un contexte chinois, Lai (2010) constate que la prise en charge est ressentie comme plus positive chez des aidants ancrés dans la piété filiale. Ils diffèrent également des résultats de Funk et collaborateurs (2013) qui soulignent l'importance et la diversité du contexte culturel ; pour une partie d'aidants dans le monde occidental, la responsabilité filiale génère des conséquences négatives et elle peut augmenter le sentiment de culpabilité et les contraintes.

6.3 Effet d'atténuation des rôles sociaux

Une autre question testée par l'étude a été celle de l'influence que des rôles sociaux multiples ont sur des enfants adultes aidants. Dans cette étude, les rôles pris en compte sont premièrement l'engagement dans les soins aux parents âgés, la participation au monde de travail, le rôle de conjoint, le fait d'avoir des enfants et pour finir le fait d'avoir des petits-enfants. Ce que révèle cette étude est l'impact que ces rôles ont sur la relation entre le sentiment de charge et le bien-être des enfants adultes. Les individus avec moins de rôles sociaux se trouvent avec une satisfaction de vie très basse lorsqu'ils ressentent une forte charge (Q. 5.1) et un niveau de stress plus élevé (Q. 5.2) ; on peut donc confirmer les hypothèses de départ (H 5.1 et H. 5.2).

Ce constat est très intéressant, car selon certains auteurs (Bainbridge et al., 2006; Goode, 1960; Merton, 1957; Rothbard, 2001), le fait d'être impliqué dans différents rôles porte à une accumulation des responsabilités, à une dépense d'énergie importante et également à des conflits d'intérêt entre les rôles. D'autres auteurs (Bainbridge et al., 2006; Hobfoll, 1989; Sieber, 1974) posent au contraire l'accent sur le développement de ressources qui découlent des rôles multiples, en amplifiant la gratification plutôt que le stress.

Selon le modèle de la complexité de soi de Linville (1987), dans une condition de stress élevé, la complexité de soi est le modérateur de la dépression et des maladies. Des personnes ayant une plus grande complexité de soi, donc avec plus d'aspects de soi, ont tendance à être moins vulnérables aux conséquences négatives liées au stress et connaissent moins l'effet de débordement entre les divers aspects de soi. Ces individus sont plus susceptibles d'avoir des aspects de soi qui atténuent les sentiments négatifs des événements critiques.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur le mélange de différents rôles. D'un côté l'ensemble du rôle d'aidant et de travailleur produit plus de stress pour les individus (Y. Kim et al., 2006), de l'autre côté le travail permet d'atténuer le stress qui dérive du rôle d'aidant (Bainbridge et al., 2006) et la diminution de la satisfaction de vie (Borg & Hallberg, 2006). L'ensemble du rôle d'aidant et de conjoint selon Reczek et Umberson (2016) n'est pas adéquat car les deux rôles sont en discordance, tandis qu'il pourrait être bénéfique pour le bien-être des hommes (Kikuzawa, 2015). Selon l'étude de A. E. Barnett (2015) ce sont notamment l'emploi et le conjoint les deux facteurs de protection principaux pour les aidants.

Dans cette étude on peut donc supposer que des rôles sociaux multiples préservent les enfants adultes des conséquences négatives à l'égard du rôle d'aidant ; ces résultats

tendent donc vers l'hypothèse d'accumulation des rôles (Sieber, 1974) et vers le modèle de complexité de soi (Linville, 1987). Ces résultats sont très intéressants car ils relèvent l'importance pour les aidants de s'engager dans la vie sociale en participant aux rôles qui leurs tiennent à cœur, afin de ne pas rester seuls avec leur fardeau d'aidant.

6.4 Les valeurs familiales et les rôles sociaux

Il est important de prendre en considération les deux modérateurs dans le même modèle final. Le modèle nous suggère que lorsque les individus ne ressentent pas de fardeau leur satisfaction de vie aurait un niveau élevé, notamment pour ceux ayant des parents avec un niveau élevé de valeurs familiales. En revanche, lorsque le ressenti de fardeau est élevé, la satisfaction de vie sera plus basse pour des individus ayant des parents avec des valeurs familiales élevées, et encore plus si ces individus ont peu de rôles sociaux. Nous pourrions donc imaginer que les individus qui ressentent beaucoup de charge dans leur engagement aux soins, pourraient subir une baisse de satisfaction de vie liée aux fortes attentes de la part de leurs parents, en supposant donc qu'ils ressentent plus de pression. En revanche, les résultats trouvés en analysant le niveau de stress peuvent surprendre, car ils se différencient de ceux décrits auparavant concernant les attentes des parents. Lorsque les individus perçoivent beaucoup de charge, leur niveau de stress sera encore plus élevé pour ceux ayant des parents avec moins de valeurs familiales, et davantage si ces individus ont moins de rôles sociaux. Ce qui demeure dans l'analyse avec les deux VI est l'importance d'assumer et maintenir des rôles sociaux, étant donné leur façon de préserver les aidants des conséquences négatives liées à la charge rencontrée.

Cette étude met en lumière le fardeau rencontré par les proches aidants dans leur rôle d'aidant ; s'occuper de ses propres parents vieillissants est une charge non

indifférente car elle comporte des implications sur le sentiment de fardeau et sur le bien-être. C'est ainsi que grâce aux analyses menées dans cette étude il est important de relever l'aide psychologique que d'autres rôles jouent dans la vie des aidants. Il serait utile de sensibiliser les soignants à ces répercussions afin d'encourager les aidants à s'engager plus dans des rôles sociaux qui leur font du bien. Ensuite, il est également convenable de rendre sensibles les aidants aux conséquences négatives des attentes de leurs parents sur leur satisfaction de vie.

6.5 Possibles raisons de l'importance des rôles sociaux

Il est intéressant de comprendre les principales raisons de l'utilité d'assumer plusieurs rôles. Tout d'abord, Lemon et collaborateurs (1972) expliquent que la particularité des rôles sociaux se trouve dans leur lien avec l'identité sociale ; ils sont plus précisément en rapport avec le sentiment de valorisation et d'utilité dans la société. Effectivement, le rôle social est lié à l'identité de la personne et, lorsqu'il est validé, il se lie avec la satisfaction de vie ; dans le cas de perte de rôle, la satisfaction de vie diminue également. C'est ainsi qu'il est essentiel de reconnaître l'importance de s'engager dans des rôles sociaux, surtout à un âge avancé et dans une situation de prise en charge des parents. En outre, Sieber (1974) expose quatre arguments principaux en lien avec l'avantage de l'accumulation des rôles : « role privileges, overall status security, resources for status enhancement and role performance, and enrichment of the personality and ego gratification » (Sieber, 1974, p. 569). Il est alors intéressant de relever le lien entre l'accumulation des rôles et le renforcement de la personnalité et de l'estime de soi, car cela renvoie à l'aspect de valorisation et au sentiment d'utilité chez la personne.

Plus précisément, Bainbridge et collaborateurs (2006) exposent des raisons importantes concernant l'effet positif du rôle de travailleur en ayant aussi un rôle d'aidant,

extrapolées par R. C. Barnett et Hyde (2001). Tout d'abord, le travail permet à la personne de sortir de sa maison et de celle du bénéficiaire du soin, ce qui l'amène à participer à des interactions interpersonnelles et possiblement à recevoir du support social. Ensuite, le travail est considéré comme une stratégie pour sortir de la routine d'aidant ; il pousse la personne à se concentrer sur quelque chose qui n'est pas en lien avec la prise en charge du proche, en lui permettant de prendre une pause. La troisième raison renvoie au revenu compris comme une récompense pour les efforts apportés. En outre le contact social, le sentiment de fierté et l'estime de soi sont tous des aspects qui peuvent découler de l'emploi et qui sont liés à un bon niveau de satisfaction de vie (Borg & Hallberg, 2006).

La recherche de Linville (1987) indique qu'il est plus optimal d'expérimenter peu d'évènements stressants en ayant une moindre complexité de soi, car d'un côté le fait de ne pas expérimenter des événements négatifs est bénéfique en soi, et de plus, le fait d'avoir plusieurs aspects de soi pourrait déclencher des conflits entre les divers rôles. En revanche, lorsque l'individu perçoit une grande complexité de soi et expérimente un événement négatif, l'impact de ce dernier n'affectera pas tous les aspects de soi mais seulement l'aspect impliqué, voilà pourquoi le fait d'avoir plusieurs aspects de soi s'avère être bénéfique.

6.6 L'influence de l'âge, du genre et de l'état de santé

Concernant l'analyse de l'influence de l'âge et du genre des enfants adultes et de l'état de santé de leurs parents dans les différents modèles, on peut constater qu'uniquement dans le modèle de prédiction de l'engagement aux soins par la piété filiale l'âge s'avère avoir une influence : le plus l'âge des enfants est avancé, le plus ils montrent une tendance à être engagés. Ce constat est plutôt évident, car de manière générale les enfants les plus avancés dans l'âge ont des parents en charge qui sont plus vieux et plus dépendants (Silverstein et al., 2006).

Dans tous les autres modèles en revanche, les trois variables de contrôle n'ont aucune influence. Ces résultats se différencient par rapport à d'autres recherches.

En effet, l'influence du genre a déjà été source de débats ; d'un côté le rôle d'aidant pèse plus sur les femmes car elles sont considérées les aidantes principales dans la société, en augmentant leur sentiment de charge (Bauer & Sousa-Poza, 2015; Lee, 2010; Merz et al., 2010), de l'autre elles sont de plus en plus insérées dans le monde du travail, ce qui permet de mettre de la distance par rapport à ce rôle d'aidant (Carr & Utz, 2020; Fingerman et al., 2012). Rothbard (2001) observe la présence de deux processus : le premier, concernant uniquement les femmes, est relatif à l'épuisement tandis que le deuxième, défini comme processus d'enrichissement, concerne les femmes en s'étalant de la famille au travail, et les hommes en s'étalant dans le sens inverse. L'étude de A. E. Barnett (2015) ne trouve pas de différence de genre concernant la santé des aidants impliqués dans des rôles familiales et non familiales ; une explication possible se trouve dans la ressemblance des effets de ces rôles à un âge plus avancé.

Concernant l'âge, les enfants plus jeunes ont, selon Merz et collaborateurs (2010), des conséquences plus fortes sur leur bien-être par rapport aux plus âgés. Les personnes âgées auraient un bien-être psychologique plus élevé (Adelmann, 1994) et un niveau de dépression plus bas (Hong & Seltzer, 1995) lorsqu'elles sont engagées dans plusieurs rôles.

L'analyse de la santé des parents a été importante dans certaines recherches, car elle s'avère avoir encore plus de poids pour les aidants ; un bas niveau de santé des parents correspond à plus d'affect négatif (Bangerter et al., 2017), tout autant que la présence de déficience mentale (Bauer & Sousa-Poza, 2015).

6.7 Limites

Il est important d'exposer quelques limites de cette recherche. Tout d'abord, l'étude examine la prédiction des valeurs filiales sur l'engagement dans les soins, cependant ce dernier n'a pas été construit à partir de différents items pour en créer une échelle, mais il est caractérisé par un item unique. Cela est problématique puisque d'une part la variable reste ordinale et non continue, et de l'autre il s'agit d'une question subjective très large, il s'avère donc difficile de connaître le vrai engagement de l'individu dans ce rôle.

Un autre élément à considérer est la somme des rôles pour la variable modératrice, car l'étude permet d'observer l'influence de différents rôles sur le bien-être mais n'identifie par l'apport de chaque rôle dans le modèle et ne permet pas de comprendre quels types de rôle pourraient être bénéfiques, congruents ou au contraire entrer en conflit.

En outre, pour étudier l'influence de certaines variables sur le bien-être des enfants aidants, seulement la satisfaction de vie et le stress ont été examinés. Le bien-être est un concept très large et afin de garantir une vision plus complète de celui-ci, d'autres variables auraient pu être prises en compte, comme par exemple les symptômes dépressifs ou la santé physique.

Pour finir, une dernière limite qu'on pourrait mentionner est l'utilisation de données transversales plutôt que longitudinales, car les premières ne permettent pas d'étudier le changement. Il serait davantage intéressant de recueillir des données à des moments différents afin d'explorer, par exemple, un changement dans le fardeau ressenti par les aidants, dans l'impact différent des valeurs filiales et des rôles sociaux ou encore dans les répercussions sur le bien-être des aidants.

7. Conclusion

Pour conclure, l'objectif principal de cette recherche était d'explorer le bien-être des enfants aidants dans les soins apportés à leurs parents, en mettant l'accent sur l'exploration des facteurs bénéfiques ou néfastes pour ces aidants. Les deux facteurs principaux qui ont été explorés sont les valeurs familiales et les rôles sociaux dans lesquelles les aidants informels sont engagés.

Les résultats principaux qui ressortent de cette étude constatent la présence d'un sentiment de fardeau pour les enfants engagés dans les soins à leurs parents, sentiment lié à une satisfaction de vie plus faible et plus de stress. Le rôle du proche aidant reste toutefois une fonction lourde qui provoque des conséquences négatives sur son bien-être. Cette étude ne remarque pas d'effet d'atténuation des valeurs familiales des aidants, cependant elle constate un effet d'aggravation sur la satisfaction de vie des aidants lié aux fortes valeurs familiales de leurs parents. Les rôles sociaux sont en revanche bénéfiques pour les aidants informels, car ils atténuent la diminution du bien-être suite à cet engagement ; les individus ayant moins de rôles sociaux auront moins de satisfaction de vie et plus de stress. Dans cette étude on ne remarque pas de conflits de rôles mais au contraire des résultats qui renforcent l'hypothèse d'une accumulation de rôles (Sieber, 1974) et amènent à des conclusions similaires à celles du modèle de la complexité de soi (Linville, 1987).

En outre, cette étude n'identifie aucune différence entre les hommes et les femmes, ni de différence selon âge, celui-ci ayant uniquement une influence lorsqu'on analyse l'engagement aux soins des aidants.

Grâce à ces observations on pourrait signaler un impact important du rôle de proche aidant dans la vie des enfants adultes. L'engagement et le maintien de rôles sociaux multiples est notamment une ressource (A. E. Barnett, 2015), pour cette raison il

est important que les professionnels de la santé puissent transmettre cette information en encourageant à leur tour les aidants à maintenir leurs rôles dans la société.

8. Bibliographie

- Adelmann, P. K. (1994). Multiple Roles and Psychological Well-being in a National Sample of Older Adults. *Journal of Gerontology*, 49(6), S277-S285.
<https://doi.org/10.1093/geronj/49.6.S277>
- Bainbridge, H. T. J., Cregan, C., & Kulik, C. T. (2006). The effect of multiple roles on caregiver stress outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 490-497.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.2.490>
- Bangerter, L. R., Liu, Y., Kim, K., Zarit, S. H., Birditt, K. S., & Fingerman, K. L. (2017). Everyday Support to Aging Parents : Links to Middle-Aged Children's Diurnal Cortisol and Daily Mood. *The Gerontologist*, 58(4), 654-662.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnw207>
- Barnett, A. E. (2015). Adult Child Caregiver Health Trajectories and the Impact of Multiple Roles Over Time. *Research on Aging*, 37(3), 227-252.
<https://doi.org/10.1177/0164027514527834>
- Barnett, R. C., & Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family : An expansionist theory. *American Psychologist*, 56(10), 781-796. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.10.781>
- Bauer, J. M., & Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. *Journal of Population Ageing*, 8(3), 113-145.
<https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0>
- Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview : A New Short Version and Screening Version. *The Gerontologist*, 41(5), 652-657.
<https://doi.org/10.1093/geront/41.5.652>
- Bengtson, V. L., & Roberts, R. E. L. (1991). Intergenerational Solidarity in Aging

- Families : An Example of Formal Theory Construction. *Journal of Marriage and Family*, 53(4), 856-870. <https://doi.org/10.2307/352993>
- Blaise, M. (2019). *Essais sur la longévité, le vieillissement et l'aide informelle* [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg]. HAL archives-ouvertes.fr. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02735306>
- Blieszner, R., & Voorpostel, M. (2016). Families and aging: Toward an interdisciplinary Family-Level Approach. Dans V. L. Bengston & R. A. Settersten, Jr. (dirs.), *Handbook of theories of aging* (pp. 327-348). Springer Publishing Company, LLC.
- Borg, C., & Hallberg, I. R. (2006). Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(4), 427-438. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00424.x>
- Boutoleau-Bretonnière, C., & Vercelletto, M. (2009). Fardeau de l'aidant dans la pathologie démentielle : Lien avec les activités de la vie quotidienne et les troubles psycho-comportementaux. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 7(1), 15-20. <https://doi.org/10.1684/pnv.2009.0192>
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or General Stress Outcomes : Making Choices Through Caregiving Appraisals. *The Gerontologist*, 40(6), 706-717. <https://doi.org/10.1093/geront/40.6.706>
- Brody, E. M. (1981). "Women in the Middle" and Family Help to Older People. *The Gerontologist*, 21(5), 471-480. <https://doi.org/10.1093/geront/21.5.471>
- Campos, B., Ullman, J. B., Aguilera, A., & Schetter, C. D. (2014). Familism and Psychological Health : The Intervening Role of Closeness and Social Support. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 20(2), 191-201. <https://doi.org/10.1037/a0034094>
- Carmichael, F., & Charles, S. (2003). The opportunity costs of informal care : Does

gender matter? *Journal of Health Economics*, 22(5), 781-803.

[https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(03\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(03)00044-4)

Carr, D., & Utz, R. L. (2020). Families in Later Life : A Decade in Review. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 346-363. <https://doi.org/10.1111/jomf.12609>

Cheng, S.-T., Mak, E. P. M., Lau, R. W. L., Ng, N. S. S., & Lam, L. C. W. (2016). Voices of Alzheimer Caregivers on Positive Aspects of Caregiving. *The Gerontologist*, 56(3), 451-460. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu118>

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations : The challenges ahead. *The Lancet*, 374(9696), 1196-1208. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4)

Cicirelli, V. G. (1993). Attachment and obligation as daughters' motives for caregiving behavior and subsequent effect on subjective burden. *Psychology and Aging*, 8(2), 144-155. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.2.144>

Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving : Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 184-188. <https://doi.org/10.1002/gps.561>

Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

Compernelle, E. (2015). Changing Attitudes toward Care of Aging Parents : The Influence of Education, International Travel, and Gender. *International Journal of Sociology*, 45(1), 64-83. <https://doi.org/10.1080/00207659.2015.1005435>

Conway, K. (2019). The Experience of Adult Children Caregiving for Aging Parents. *Home Health Care Management & Practice*, 31(2), 92-98.

<https://doi.org/10.1177/1084822318803559>

Corona, K. (2019). *Familism, Social Support, and Psychological and Physical Health* [Thèse de doctorat, Université de Irvine].

<https://escholarship.org/uc/item/5f96d334>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Ennuyer, B. (2013). Les aidants familiaux. En finir avec l'idéologie de l'aide naturelle des familles auprès de leurs parents dits « âgés dépendants ». Dans D. Coum (dir.), *La famille : ressource ou handicap ?* (pp. 91-102). ERES.

Finch, J., & Mason, J. (1990). Filial Obligations and Kin Support for Elderly People.

Ageing & Society, 10(2), 151-175. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00008059>

Fingerman, K. L., Huo, M., & Birditt, K. S. (2020). A Decade of Research on

Intergenerational Ties : Technological, Economic, Political, and Demographic Changes. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 383-403.

<https://doi.org/10.1111/jomf.12604>

Fingerman, K. L., Pillemer, K. A., Silverstein, M., & Suiitor, J. J. (2012). The Baby

Boomers' Intergenerational Relationships. *The Gerontologist*, 52(2), 199-209.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnr139>

Franks, M. M., Pierce, L. S., & Dwyer, J. W. (2003). Expected Parent-Care

Involvement of Adult Children. *Journal of Applied Gerontology*, 22(1),

104-117. <https://doi.org/10.1177/0733464802250048>

Fuller-Iglesias, H. R., & Antonucci, T. C. (2016). Familism, Social Network

Characteristics, and Well-being among Older Adults in Mexico. *Journal of*

Cross-Cultural Gerontology, 31(1), 1-17. [https://doi.org/10.1007/s10823-015-](https://doi.org/10.1007/s10823-015-9278-5)

9278-5

- Funk, L. M., Chappell, N. L., & Liu, G. (2013). Associations Between Filial Responsibility and Caregiver Well-Being : Are There Differences by Cultural Group? *Research on Aging*, 35(1), 78-95.
<https://doi.org/10.1177/0164027511422450>
- Gallois, C., Giles, H., Ota, H., Pierson, H. D., Ng, S. H., Lim, T.-S., Maher, J., Somera, L., Ryan, E. B., & Harwood, J. (1996). Intergenerational Communication across the Pacific Rim : The Impact of Filial Piety. Dans J.-C. Lasry, J. Adair & K. Dion (dirs.), *Latest contributions to cross-cultural psychology* (pp. 192-211). Swets & Zeitlinger Publishers.
- Gangbè, M., & Ducharme, F. (2006). Le « bien vieillir » : Concepts et modèles. *Médecine/sciences*, 22(3), 297-300. <https://doi.org/10.1051/medsci/2006223297>
- Gans, D., & Silverstein, M. (2006). Norms of Filial Responsibility for Aging Parents Across Time and Generations. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), 961-976.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00307.x>
- Gondodiputro, S., Hutasoit, D. S., & Rahmiati, L. (2019). The Elderly Expectations of the Caregiver's Sociodemographic Preferences : A Qualitative Approach. *Global Medical & Health Communication*, 7(2), 142-149.
<https://doi.org/10.29313/gmhc.v7i2.4653>
- Goode, W. J. (1960). A Theory of Role Strain. *American Sociological Review*, 25(4), 483-496. <https://doi.org/10.2307/2092933>
- Grundy, E., & Henretta, J. C. (2006). Between elderly parents and adult children : A new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation'. *Ageing and Society*, 26(5), 707-722.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X06004934>

- Gurung, R. A. R., & Von Dras, D. (2007). Social support and aging. Dans L. O. Randall (dir.), *Aging and the Elderly: Psychology, Sociology and Health* (pp. 115-137). Nova Science Publishers.
- Haberkern, K., & Szydlik, M. (2010). State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries. *Ageing & Society*, 30(2), 299-323. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09990316>
- He, L., & van Heugten, K. (2020). Chinese Migrant Workers' Care Experiences : A Model of the Mediating Roles of Filial Piety. *Qualitative Health Research*, 30(11), 1749-1761. <https://doi.org/10.1177/1049732320925420>
- Heller, P. L. (1970). Familism Scale : A Measure of Family Solidarity. *Journal of Marriage and the Family*, 32(1), 73-80. <https://doi.org/10.2307/349974>
- Henretta, J. C., Hill, M. S., Li, W., Soldo, B. J., & Wolf, D. A. (1997). Selection of Children To Provide Care : The Effect of Earlier Parental Transfers. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B(Special), 110-119. https://doi.org/10.1093/geronb/52B.Special_Issue.110
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resources : A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hong, J., & Seltzer, M. M. (1995). The Psychological Consequences of Multiple Roles : The Nonnormative Case. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(4), 386-398. <https://doi.org/10.2307/2137327>
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2005). Opportunities and Stress of Informal Caregiving. Dans N. R. Hooyman & H. A. Kiyak (dirs.), *Social gerontology: a multidisciplinary perspective* (pp. 349-382). Allyn and Bacon.
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2005). The Importance of Social Supports: Family, Friends, Neighbors, and Communities. Dans N. R. Hooyman & H. A. Kiyak

(dirs.), *Social gerontology: a multidisciplinary perspective* (pp. 305-348). Allyn and Bacon.

Hwang, K.-K. (1999). Filial Piety and Loyalty : Two Types of Social Identification in Confucianism. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 163-183.

<https://doi.org/10.1111/1467-839X.00031>

Khalaila, R., & Litwin, H. (2011). Does filial piety decrease depression among family caregivers? *Aging & Mental Health*, 15(6), 679-686.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2011.569479>

Kikuzawa, S. (2015). Elder Care, Multiple Role Involvement, and Well-Being Among Middle-Aged Men and Women in Japan. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30(4), 423-438. <https://doi.org/10.1007/s10823-015-9273-x>

Kim, K., Zarit, S. H., Eggebeen, D. J., Birditt, K. S., & Fingerman, K. L. (2011). Discrepancies in Reports of Support Exchanges Between Aging Parents and Their Middle-Aged Children. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(5), 527-537.

<https://doi.org/10.1093/geronb/gbr029>

Kim, Y., Baker, F., Spillers, R. L., & Wellisch, D. K. (2006). Psychological adjustment of cancer caregivers with multiple roles : Multiple roles of caregivers. *Psycho-Oncology*, 15(9), 795-804. <https://doi.org/10.1002/pon.1013>

Klimaviciute, J., Perelman, S., Pestieau, P., & Schoenmaeckers, J. (2017). Caring for dependent parents : Altruism, exchange or family norm? *Journal of Population Economics*, 30(3), 835-873. <https://doi.org/10.1007/s00148-017-0635-2>

Kramer, B. J. (1997). Gain in the Caregiving Experience : Where Are We? What Next? *The Gerontologist*, 37(2), 218-232. <https://doi.org/10.1093/geront/37.2.218>

Lai, D. W. L. (2010). Filial Piety, Caregiving Appraisal, and Caregiving Burden. *Research on Aging*, 32(2), 200-223. <https://doi.org/10.1177/0164027509351475>

- Lee, K. S. (2010). Gender, Care Work, and the Complexity of Family Membership in Japan. *Gender & Society*, 24(5), 647-671.
<https://doi.org/10.1177/0891243210382903>
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An Exploration of the Activity Theory of Aging : Activity Types and Life Satisfaction Among In-movers to a Retirement Community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511-523.
<https://doi.org/10.1093/geronj/27.4.511>
- Lin, I.-F., Fee, H. R., & Wu, H.-S. (2012). Negative and Positive Caregiving Experiences : A Closer Look at the Intersection of Gender and Relationship. *Family Relations*, 61(2), 343-358. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00692.x>
- Lin, W. F., Chen, L. H., & Li, T.-S. (2013). Adult Children's Caregiver Burden and Depression : The Moderating Roles of Parent-Child Relationship Satisfaction and Feedback from Others. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 673-687.
<https://doi.org/10.1007/s10902-012-9348-0>
- Linville, P. W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 663-676. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.4.663>
- Liu, J. H., Ng, S. H., Weatherall, A., & Loong, C. (2000). Filial Piety, Acculturation, and Intergenerational Communication Among New Zealand Chinese. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(3), 213-223.
https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2203_8
- Losada, A., Knight, B. G., Márquez-González, M., Montorio, I., Etxeberria, I., & Peñacoba, C. (2008). Confirmatory factor analysis of the familism scale in a sample of dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, 12(4), 504-508.
<https://doi.org/10.1080/13607860802224227>

- Lyons, K. S., Zarit, S. H., Sayer, A. G., & Whitlatch, C. J. (2002). Caregiving as a Dyadic Process Perspectives From Caregiver and Receiver. *The Journals of Gerontology: Series B*, 57(3), 195-204.
<https://doi.org/10.1093/geronb/57.3.P195>
- Marks, S. R. (1977). Multiple Roles and Role Strain : Some Notes on Human Energy, Time and Commitment. *American Sociological Review*, 42(6), 921-936.
<https://doi.org/10.2307/2094577>
- Marshall, V. W., Rosenthal, C. J., & Daciuk, J. (1987). Older parents' expectations for filial support. *Social Justice Research*, 1(4), 405-424.
<https://doi.org/10.1007/BF01048385>
- Merton, R. K. (1957). The Role-Set : Problems in Sociological Theory. *The British Journal of Sociology*, 8(2), 106-120. <https://doi.org/10.2307/587363>
- Merz, E.-M., Schuengel, C., & Schulze, H.-J. (2009). Intergenerational Relations Across 4 Years : Well-being Is Affected by Quality, Not by Support Exchange. *The Gerontologist*, 49(4), 536-548. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp043>
- Merz, E.-M., Schulze, H.-J., & Schuengel, C. (2010). Consequences of Filial Support for Two Generations : A Narrative and Quantitative Review. *Journal of Family Issues*, 31(11), 1530-1554. <https://doi.org/10.1177/0192513X10365116>
- Miller, D. A. (1981). The 'sandwich' generation : Adult children of the aging. *Social Work*, 26(5), 419-423. <https://doi.org/10.1093/sw/26.5.419>
- Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, R. M. (1992). Successful Aging : A Life-Course Perspective on Women's Multiple Roles and Health. *American Journal of Sociology*, 97(6), 1612-1638. <https://doi.org/10.1086/229941>
- Moen, P., Robison, J., & Dempster-McClain, D. (1995). Caregiving and Women's Well-being : A Life Course Approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(3), 259-273. <https://doi.org/10.2307/2137342>

- Mureşan, C. (2017). Parental Breakup and Long-Term Consequences on Support Behaviour to Aging Parents in Europe. *Revista de Asistență Socială*, 1, 93-105.
- Ng, S. H., Loong, C. S. F., Liu, J. H., & Weatherall, A. (2000). Will the young support the old? An individual- and family-level study of filial obligations in two New Zealand cultures. *Asian Journal of Social Psychology*, 3(2), 163-182.
<https://doi.org/10.1111/1467-839X.00061>
- Office fédéral de la statistique (2020). Le vieillissement de la population. Repéré à :
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/vieillissement.htm>
1
- Parveen, S., & Morrison, V. (2009). Predictors of Familism in the Caregiver Role : A Pilot Study. *Journal of Health Psychology*, 14(8), 1135-1143.
<https://doi.org/10.1177/1359105309343020>
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
<https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health : A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health : An Updated Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 33-45. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P33>
- Polenick, C. A., Zarit, S. H., Birditt, K. S., Bangerter, L. R., Seidel, A. J., & Fingerman, K. L. (2017). Intergenerational Support and Marital Satisfaction : Implications of Beliefs About Helping Aging Parents. *Journal of Marriage and Family*, 79(1), 131-146. <https://doi.org/10.1111/jomf.12334>

Pristavec, T. (2019). The Burden and Benefits of Caregiving : A Latent Class Analysis.

The Gerontologist, 59(6), 1078-1091. <https://doi.org/10.1093/geront/gny022>

Reczek, C., & Umberson, D. (2016). Greedy Spouse, Needy Parent : The Marital

Dynamics of Gay, Lesbian, and Heterosexual Intergenerational Caregivers.

Journal of Marriage and Family, 78(4), 957-974.

<https://doi.org/10.1111/jomf.12318>

Riley, M. W., & Riley, J. W., Jr. (1994). Age Integration and the Lives of Older People.

The Gerontologist, 34(1), 110-115. <https://doi.org/10.1093/geront/34.1.110>

Rothbard, N. P. (2001). Enriching or Depleting? The Dynamics of Engagement in Work

and Family Roles. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 655-684.

<https://doi.org/10.2307/3094827>

Schwartz, S. J., Weisskirch, R. S., Hurley, E. A., Zamboanga, B. L., Park, I. J. K., Kim,

S. Y., Umaña-Taylor, A., Castillo, L. G., Brown, E., & Greene, A. D. (2010).

Communalism, familism, and filial piety : Are they birds of a collectivist

feather? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(4), 548-560.

<https://doi.org/10.1037/a0021370>

Schwarz, B., Trommsdorff, G., Albert, I., & Mayer, B. (2005). Adult Parent–Child

Relationships : Relationship Quality, Support, and Reciprocity. *Applied*

Psychology, 54(3), 396-417. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2005.00217.x>

Seltzer, J. A., & Bianchi, S. M. (2013). Demographic Change and Parent-Child

Relationships in Adulthood. *Annual Review of Sociology*, 39(1), 275-290.

<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145602>

Seltzer, J. A., Lau, C. Q., & Bianchi, S. M. (2012). Doubling up when times are tough :

A study of obligations to share a home in response to economic hardship. *Social*

Science Research, 41(5), 1307-1319.

<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.05.008>

- Sieber, S. D. (1974). Toward a Theory of Role Accumulation. *American Sociological Review*, 39(4), 567-578. <https://doi.org/10.2307/2094422>
- Silverstein, M., Conroy, S. J., Wang, H., Giarrusso, R., & Bengtson, V. L. (2002). Reciprocity in Parent-Child Relations Over the Adult Life Course. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1), 3-13. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.1.S3>
- Silverstein, M., Gans, D., & Yang, F. M. (2006). Intergenerational Support to Aging Parents : The Role of Norms and Needs. *Journal of Family Issues*, 27(8), 1068-1084. <https://doi.org/10.1177/0192513X06288120>
- Song, Y., Yan, E. C. W., & Sörensen, S. (2017). The effects of familism on intended care arrangements in the process of preparing for future care among one-child parents in urban China. *Ageing and Society*, 37(7), 1416-1434. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000349>
- Stein, C. H., Wemmerus, V. A., Ward, M., Gaines, M. E., Freeberg, A. L., & Jewell, T. C. (1998). « Because They're My Parents » : An Intergenerational Study of Felt Obligation and Parental Caregiving. *Journal of Marriage and Family*, 60(3), 611-622. <https://doi.org/10.2307/353532>
- Stephens, M. A. P., & Franks, M. M. (1995). Spillover between Daughters' Roles as Caregiver and Wife : Interference or Enhancement? *The Journals of Gerontology: Series B*, 50B(1), 9-17. <https://doi.org/10.1093/geronb/50B.1.P9>
- Stuifbergen, M. C., & Van Delden, J. J. M. (2011). Filial obligations to elderly parents : A duty to care? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 14(1), 63-71. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9290-z>
- Swartz, T. T. (2009). Intergenerational Family Relations in Adulthood : Patterns, Variations, and Implications in the Contemporary United States. *Annual Review of Sociology*, 35(1), 191-212.

<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134615>

Thomas, P. A. (2010). Is It Better to Give or to Receive? Social Support and the Well-being of Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65B(3), 351-357.

<https://doi.org/10.1093/geronb/gbp113>

Turner, R. H. (1990). Role Change. *Annual Review of Sociology*, 16(1), 87-110.

<https://doi.org/10.1146/annurev.so.16.080190.000511>

Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. (2010). Social Relationships and Health Behavior Across the Life Course. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 139-157.

<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-120011>

Williams, S. W., Williams, C. S., Zimmerman, S., Munn, J., Dobbs, D., & Sloane, P. D. (2008). Emotional and Physical Health of Informal Caregivers of Residents at the End of Life : The Role of Social Support. *The Journals of Gerontology: Series B*, 63(3), 171-183.

<https://doi.org/10.1093/geronb/63.3.S171>

Wolff, J. L., Spillman, B. C., Freedman, V. A., & Kasper, J. D. (2016). A National Profile of Family and Unpaid Caregivers Who Assist Older Adults With Health Care Activities. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 372-379.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7664>

Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender Differences in Psychiatric Morbidity Among Family Caregivers A Review and Analysis. *The Gerontologist*, 40(2), 147-164.

<https://doi.org/10.1093/geront/40.2.147>

Zarit, S. H., Anthony, C. R., & Boutselis, M. (1987). Interventions with care givers of dementia patients : Comparison of two approaches. *Psychology and Aging*, 2(3), 225-232.

<https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.3.225>

Annexes

Annexe A - Questionnaires : atteindre ensemble un âge très avancé

A.1 Charge liée aux soins : Sentiment de fardeau du proche aidant (ZBI short – Boutoleau-Bretonnière, 2009)

Je vais maintenant vous demander de vous exprimer concernant votre vécu de la prise en charge de votre parent. Pour cela nous allons utiliser les réponses suivantes :

	0 jamais	1 rarement	2 quelques fois	3 assez souvent	4 presque toujours
1. Pensez-vous que vous n'avez pas assez de temps pour vous-même parce que vous le consacrez à votre parent ? [charge_ZBI_1]	0	1	2	3	4
2. Vous sentez-vous tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiale, sociale, travail) [charge_ZBI_2]	0	1	2	3	4
3. Vous sentez-vous en colère quand votre parent est près de vous ? [charge_ZBI_3]	0	1	2	3	4
4. Sentez-vous que votre parent a une influence négative sur vos relations avec les autres membres de votre famille ou avec vos amis ? [charge_ZBI_4]	0	1	2	3	4
5. Vous sentez-vous tendu auprès de votre parent ? [charge_ZBI_5]	0	1	2	3	4
6. Avez-vous l'impression que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ? [charge_ZBI_6]	0	1	2	3	4
7. Pensez-vous que vous n'avez pas autant d'intimité que vous le désireriez à cause de votre parent ? [charge_ZBI_7]	0	1	2	3	4
8. Pensez-vous que votre vie sociale s'est détériorée depuis que vous vous occupez de votre parent ?	0	1	2	3	4

PARENTS VIEILLISSANTS, UN FARDEAU À PORTER ?

[charge_ZBI_8]					
9. Sentez-vous avoir perdu la maîtrise de votre propre vie depuis que vous prenez soin de votre parent ? [charge_ZBI_9]	0	1	2	3	4
10. Croyez-vous qu'il n'y a rien à faire pour votre parent ? [charge_ZBI_10]	0	1	2	3	4
11. Sentez-vous que vous devriez en faire plus pour votre parent ? [charge_ZBI_11]	0	1	2	3	4
12. Pensez-vous que vous pourriez vous occuper mieux de votre parent ? [charge_ZBI_12]	0	1	2	3	4

A.2 Satisfaction de vie (Pavot & Diener, 1989)

Pouvez-vous utiliser l'échelle de réponses graduées pour indiquer votre degré d'approbation selon l'énoncé. Veuillez répondre de manière franche et honnête. Est-ce que vous diriez que...

	Non	Oui, à quel point ?			
	Pas du tout	Un peu	Plus ou moins	Presque	Tout à fait
1. Votre vie correspond-elle à vos idéaux dans tous les domaines ?	0	1	2	3	4
2. Pensez-vous vos conditions de vies excellentes ?	0	1	2	3	4
3. Êtes-vous satisfait-e de votre vie ?	0	1	2	3	4
4. Jusqu'à présent, avez-vous obtenu les choses essentielles que vous souhaitiez dans la vie ?	0	1	2	3	4
5. Si vous pouviez revivre votre vie une autre fois, feriez-vous les choses autrement ?	0	1	2	3	4

A.3 Echelle de stress (*Cohen et al. 1983*)

On va maintenant revenir à des questions sur vous et votre vécu individuel, pour les prochaines questions pouvez vous répondre à l'aide de cette fiche par rapport à ce que vous avez pu ressentir ces derniers temps.

1/ Au cours du mois précédent, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e incapable de contrôler les choses importantes dans votre vie ?

[stress01]

- 0 -[] Jamais
- 1 -[] Presque jamais
- 2 -[] Parfois
- 3 -[] Assez souvent
- 4 -[] Très souvent

2/ Au cours du mois précédent, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e anxieux-se et stressé-e ?

[stress02]

- 0 -[] Jamais
- 1 -[] Presque jamais
- 2 -[] Parfois
- 3 -[] Assez souvent
- 4 -[] Très souvent

3/ Au cours du mois précédent, à quelle fréquence vous êtes-vous senti-e confiant-e dans votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?

[stress03]

- 0 -[] Jamais
- 1 -[] Presque jamais
- 2 -[] Parfois
- 3 -[] Assez souvent
- 4 -[] Très souvent

4/ Au cours du mois précédent, à quelle fréquence avez-vous senti que les choses se développaient dans le sens que vous vouliez ?

[stress04]

- 0 -[] Jamais
- 1 -[] Presque jamais
- 2 -[] Parfois
- 3 -[] Assez souvent
- 4 -[] Très souvent

5/ Au cours du mois précédent, à quelle fréquence avez-vous senti que les difficultés s'accumulaient tellement que vous ne pouviez pas les surmonter ?

[stress05]

- 0 -[] Jamais
- 1 -[] Presque jamais
- 2 -[] Parfois
- 3 -[] Assez souvent
- 4 -[] Très souvent

A.4 Familism

Pour les prochaines questions, je vais vous demander de me faire part de votre conception de la famille en générale. On s'intéresse à votre vision personnelle de la famille. Je vais commencer par un questionnaire avec des choix de réponses. Vous allez devoir me dire dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les phrases que je vais vous lire. Pour cela nous allons utiliser les choix de réponse suivants :

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec le fait que, vis à vis des parents, on a le devoir de ...

	1 Fortement en désaccord	2 en désaccord	3 plus ou moins d'accord	4 d'accord	5 Fortement d'accord
<i>1. ... s'occuper d'eux</i>	1	2	3	4	5
<i>2. ... les aider financièrement</i>	1	2	3	4	5
<i>3. ...les respecter</i>	1	2	3	4	5
<i>4. ...leur obéir</i>	1	2	3	4	5
<i>5. ...leur faire plaisir et les rendre heureux</i>	1	2	3	4	5
<i>6. ...rester en contact avec eux</i>	1	2	3	4	5

Annexe B - Effets conditionnels des modérations

B.1 Modèle 3.1

Piété filiale Parent	Effet	<i>p</i>
-1SD	-.26	.06
0	-.50	< .001
+1SD	-.75	< .001

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; SD= Standard Deviation

B.2 Modèle 5.1

Rôles sociaux	Effet	<i>p</i>
-1SD	-.74	< .001
0	-.45	< .001
+1SD	-.17	.36

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; SD= Standard Deviation

B.3 Modèle 5.2

Rôles sociaux	Effet	<i>p</i>
-1SD	.83	< .001
0	.50	< .001
+1SD	.18	.39

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; SD= Standard Deviation

B.4 Modèle final 1

Piété filiale Parent	Rôles sociaux	Effet	<i>p</i>
-1SD	-1SD	-.57	< .01
-1SD	0	-.31	< .05
-1SD	+1SD	-.06	.75
0	-1SD	-.76	< .001
0	0	-.51	< .001
0	+1SD	-.25	.21
+1SD	-1SD	-.95	< .001
+1SD	0	-.70	< .001
+1SD	+1SD	-.45	.07

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; SD= Standard Deviation

B.5 Modèle final 2

Piété filiale Parent	Rôles sociaux	Effet	<i>p</i>
-1SD	-1SD	.91	< .001
-1SD	0	.53	< .001
-1SD	+1SD	.15	.48
0	-SD	.85	< .001
0	0	.46	< .001
0	+1SD	.08	.71
+1SD	-1SD	.78	< .001
+1SD	0	.40	< .05
+1SD	+1SD	.02	.95

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; SD= Standard Deviation