

## Chapitre 2

# Mesure de la santé mentale dans une enquête longitudinale populationnelle

**Aline Drapeau**

Département de psychiatrie  
Hôpital de Montréal pour enfants

**Cécile Rousseau**

Département de psychiatrie, Hôpital de Montréal pour enfants  
Département de psychiatrie transculturelle, Université McGill

**Jean-François Boivin**

Département d'épidémiologie et biostatistique, Université McGill  
Unité de recherche en épidémiologie, Hôpital Juif de Montréal

---

### Introduction

L'idée que la santé ne se limite pas à l'absence de maladie est admise depuis plusieurs décennies. Pourtant, la majorité des études portant sur la santé mentale ont, jusqu'à tout récemment, porté sur des psychopathologies spécifiques ou sur la détresse émotionnelle. Certes ces études ont permis de mieux comprendre l'état psychologique de la population générale et de groupes particuliers et ce sujet est loin d'être épuisé. Néanmoins, la santé mentale positive demeure le parent pauvre de la recherche et cette lacune freine la promotion de la *santé* mentale et la prévention des psychopathologies. En fait, ce n'est que dans les vingt dernières années qu'a surgi un courant visant à définir la *santé* mentale par opposition à la *maladie* mentale.

Bien que les recherches sur les axes positif et négatif de la santé mentale aient évolué en parallèle, elles permettent non seulement de délimiter un ensemble de facteurs de risque et de protection associés à la santé mentale et de définir des avenues de recherche intéressantes, mais aussi de prévoir les écueils conceptuels et méthodologiques qui pourraient nuire à l'obtention de données fiables et fertiles dans l'enseignement pour la promotion de la santé mentale et la prévention des problèmes de santé mentale et de leurs conséquences néfastes sur le fonctionnement des individus et de leur famille.

L'objectif de ce chapitre est de faire un bilan des connaissances en santé mentale et des enquêtes populationnelles qui ont documenté la santé mentale afin de dégager une proposition pour la mesure de la santé mentale dans l'*Enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale* (ESSIL). Cette enquête viserait un échantillon d'environ 10 000 Québécois et Québécoises âgés de 16 ans et plus<sup>1</sup>, un suivi à long terme (au moins une vingtaine d'années) et la documentation de nombreux aspects de la vie des individus. L'idée maîtresse qui a inspiré le projet ESSIL est que le développement économique doit s'accompagner d'un développement social. En effet, dans une société où il fait bon vivre, il importe que les gens aient les ressources nécessaires à la satisfaction de leurs aspirations légitimes. Quatre types de ressource favorisent l'atteinte de cet objectif social : la santé, le bien-être matériel, la littératie et le réseau social. L'acquisition et l'exploitation de ces ressources individuelles et sociales forment un processus complexe qui dépend non seulement des interactions entre la santé, le bien-être matériel, la littératie et le réseau social, mais aussi des facteurs individuels et sociaux qui les influencent.

---

1. On estime que la taille de cet échantillon permettrait d'enquêter autour de 7 500 répondants lors de la première année d'enquête (voir chapitre 9).

Le projet ESSIL est ambitieux car il s'appuie sur la collecte de renseignements concernant l'évolution de plusieurs aspects de la vie en société dans la population générale. Ses retombées potentielles sont à la mesure de ses ambitions puisqu'il générera des données essentielles à la prise de décision de plusieurs ministères et à la recherche dans de nombreux domaines. En contrepartie, la multiplicité des thèmes abordés par l'ESSIL a un coût : la quantité de renseignements qui seront recueillis pour chaque thème doit être sévèrement dosée pour limiter le fardeau des répondants.

Ainsi, des choix, parfois déchirants, devront être effectués pour la mesure de la santé mentale afin de tenir compte de ses axes positif et négatif, de la distinction entre la détresse émotionnelle en tant que réaction adaptative transitoire et les troubles psychiatriques sévères, de la diversité de la population cible, des questions soulevées dans le cadre d'enquêtes populationnelles conduites au Québec, au Canada ou ailleurs, et des priorités établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ce chapitre sur la santé mentale tente de répondre aux questions suivantes : Que faut-il mesurer? Pourquoi? Comment? Avant de proposer des réponses à ces questions, il convient de préciser dans quelle perspective le concept de santé mentale sera ici utilisé.

## 2.1 Définition de la santé mentale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a soutenu, dès le début des années 1950, que la santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie. » La philosophie de nombreux gouvernements en matière de santé mentale découle en grande partie de cette prise de position. Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1989) reconnaît d'emblée l'importance d'agir sur les dimensions biologique, psychodéveloppementale (affectif, cognitif, relationnel) et sociale de la santé mentale mais affirme que :

« La santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel).» (ministère de la Santé et des Services sociaux – Québec, 1989 : 21)

Parallèlement, le ministère de la Santé et du Bien-Être social du Canada (1988) souligne que la santé mentale se définit par :

« La capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale. » (ministère de la Santé et du Bien-Être social - Canada ,1988 : 7)

La santé mentale est donc envisagée non seulement comme une ressource personnelle qui permet à un individu de déchiffrer son environnement socioculturel et d'y évoluer avec un certain bien-être mais aussi comme une ressource collective qui contribue à créer une dynamique sociale saine et stimulante. Pourtant, la majorité des connaissances acquises sur la santé mentale s'appuie sur des recherches portant sur la fréquence, la distribution ou les déterminants de certaines psychopathologies ou de la détresse émotionnelle, c'est-à-dire sur la maladie<sup>2</sup> mentale en tant que fardeau individuel et social plutôt que sur la santé mentale en tant que ressource. En fait, ce n'est que relativement récemment qu'un certain consensus a été établi concernant les différentes composantes de l'état mental positif, c'est-à-dire la santé mentale, et que

---

2. Le terme « maladie » est habituellement réservé aux pathologies qui occasionnent des changements physiques détectables mais la décision de réserver ce terme aux pathologies physiques ne fait pas consensus.

l'on a reconsidéré dans ce sens diverses études socio-psychologiques où les aspects cognitif, affectif et relationnel du comportement humain avaient été explorés. Les faibles associations généralement observées entre les mesures de la maladie et celles de la santé mentales témoignent du fait que la maladie et la santé mentales ne sont pas les pôles opposés d'un même axe (Stephens, Dulberg et Joubert, 1999). Un individu atteint d'un trouble mental peut être en bonne santé mentale s'il vaque aux occupations qui l'intéressent, soit parce que les symptômes qu'il présente ne sont pas perçus comme étant pathologiques ou soit parce qu'il est bien encadré médicalement ou socialement. Inversement, un individu qui ne souffre pas d'un trouble mental spécifique n'est pas nécessairement en bonne santé mentale puisqu'il peut se sentir mal dans sa peau et en rupture non désirée avec son milieu. Il importe donc de mesurer les axes positif et négatif de la santé mentale dans une enquête populationnelle malgré les difficultés que cela peut soulever.

### **2.1.1 L'axe négatif : les troubles mentaux et la détresse émotionnelle**

La maladie mentale regroupe plusieurs dizaines de troubles mentaux auxquels correspondent des critères diagnostiques standardisés qui sont répertoriés dans le Diagnostic Symptoms Manual (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) et dans le manuel de la Classification Internationale des Maladies (CIM – 9e version, OMS, 1993). Le ministère de la Santé et du Bien-Être social (1988) distingue le trouble mental en tant que « maladie caractérisée qui peut être diagnostiquée et qui entraîne une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles » du problème de santé mentale en tant que « perturbation des rapports entre la personne, le groupe et l'environnement ». Mais cette distinction ne semble pas avoir été endossée par l'Organisation mondiale de la santé ou un autre organisme national.

Le DSM-IV et la CIM-9 divergent quelque peu quant à la

classification des troubles mentaux. Le DSM-IV reconnaît neuf catégories principales de troubles mentaux chez l'adulte : les troubles psychotiques (ex. : schizophrénie), la dépression (ex. : majeure, bipolaire), les troubles cognitifs (ex. : Alzheimer), les troubles de l'alimentation (ex. : anorexie, boulimie), les troubles de dépendance (ex. : alcool, drogue, jeux de hasard), les troubles anxieux (ex. : panique, phobie, stress post-traumatique), les troubles somatoformes (ex. : hypochondrie), les troubles liés à une condition médicale (ex. : changement de personnalité à la suite d'un trauma crânien), les autres troubles (ex. : liés à l'identité sexuelle) alors que la CIM-9 distingue les troubles psychotiques (ex. : schizophrénie, dépression bipolaire, Alzheimer, démence, psychose alcoolique, psychose due aux drogues, états psychotiques transitoires, psychose affective, paranoïa) des troubles non psychotiques (ex. : névroses, troubles de la personnalité, phobies, obsession-compulsion, dépression, dépendance).

L'établissement d'un diagnostic psychiatrique est un processus complexe qu'il est difficile de reproduire dans une enquête populationnelle, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, il repose sur plusieurs critères, tels le type, la sévérité et la durée des symptômes. Le type de symptôme est défini selon un écart par rapport à des normes socioculturelles en matière de comportement, d'affect, de cognition et de socialisation. La sévérité des symptômes est déterminée selon la limitation dans les activités sociales ou professionnelles. La durée des symptômes fait référence à leur présence la majeure partie du temps (ex. : toute la journée) pendant une certaine période (ex. : deux semaines). Deuxièmement, le diagnostic doit parfois tenir compte du contexte d'émergence des symptômes. Une personne qui présente des symptômes anxio-dépressifs sévères depuis plus de deux semaines après un événement traumatique recevra un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique plutôt que de dépression majeure. Finalement, les troubles mentaux ne forment pas des catégories mutuellement exclusives. Les symptômes se chevauchent et on

observe une co-morbidité considérable chez les personnes qui souffrent de troubles mentaux.

La détresse psycho-émotionnelle, quant à elle, se manifeste par des symptômes anxio-dépressifs qui traduisent davantage un sentiment de malaise plus ou moins généralisé qu'un trouble mental spécifique. Lorsqu'elle est temporaire et fait suite à un événement stressant, la détresse est une réaction adaptative normale (OMS, 2001). Par contre, lorsqu'elle est intense et qu'elle perdure, elle peut devenir un symptôme ou un indicateur d'un trouble psychique. La détresse émotionnelle permet donc, à certaines conditions, d'identifier les personnes à risque de développer un problème de santé mentale (Winston et Smith, 2000).

### **2.1.2 L'axe positif : le bien-être psychologique**

L'étude du bien-être psychologique s'est principalement appuyée sur les notions d'estime de soi, de sentiment de cohérence et de sentiment de contrôler sa vie bien que d'autres concepts tels que la résilience et le sentiment de bonheur aient été utilisés dans certains contextes. Les opinions varient quant aux mécanismes qui peuvent engendrer et conditionner le bien-être psychologique mais la majorité des chercheurs dans ce domaine reconnaissent que ces trois éléments sont interreliés.

L'estime de soi découle du jugement qu'un individu porte sur sa valeur personnelle. Une estime de soi élevée n'est pas tant l'apanage des gens qui ont une haute opinion d'eux-mêmes et qui se reconnaissent plus de qualités que de défauts mais reflète plutôt la connaissance qu'une personne a d'elle-même. Selon Banaji et Prentice (1994) et Gray-Little et Hafdahl (2000), les gens maintiennent et développent leur estime de soi en s'associant à des groupes ou à des personnes qui confirment qu'ils sont bien la personne qu'ils croient être et qui les acceptent tels qu'ils sont, avec leur bon et leur mauvais côtés. Les gens qui sont incertains de qui ils sont ont plutôt tendance à avoir une

faible estime de soi et ne parviennent pas à se reconnaître dans le regard des autres. La parenté conceptuelle entre l'estime de soi et le sentiment de cohérence est telle, que pour certains ces deux concepts sont synonymes (Geyer, 1997).

Le sentiment de contrôler sa vie, défini comme l'impression d'avoir une emprise sur les circonstances de sa vie, est aussi intimement lié au sentiment de cohérence. Selon Antonovsky (1993), le sentiment de cohérence naît d'une conviction viscérale que la vie est structurée, prévisible et explicable, que les ressources sont disponibles pour y faire face et qu'elle est un défi qui en vaut la peine. Le sentiment de cohérence serait donc une disposition qui, une fois développée, est plutôt stable; il déterminerait, du moins en partie, la perception et l'interprétation des événements extérieurs (Antonovsky, 1993). Keyes et Ryff (2000) conçoivent le sentiment de cohérence comme une source d'estime de soi, qui se nourrit, entre autres, des expériences et interactions sociales. À la suite d'une étude basée sur 1 108 Américains âgés de 25 ans, ils ont conclu, d'une part, que l'amélioration et la détérioration de la situation d'un individu peuvent également perturber son bien-être psychologique parce que son sentiment de cohérence est momentanément déstabilisé et, d'autre part, que le sentiment de cohérence des gens qui possèdent une haute estime de soi est renforcé par les réactions positives de leurs pairs alors qu'il est menacé chez ceux qui ont une faible estime de soi parce qu'ils doutent du bien-fondé de ces réactions et les interprètent négativement.

Le bien-être psychologique est essentiel au fonctionnement d'un individu et, de façon générale, il est relativement élevé, comme en témoignent quelques études épidémiologiques et enquêtes populationnelles. Le niveau élevé de bien-être psychologique observé au sein de diverses populations suggère que l'axe positif de la santé mentale est plutôt stable mais cette stabilité n'a, en fait, pas été démontrée faute d'études longitudinales (Geyer, 1997).

## 2.2 Indicateurs de santé mentale

Toutes les enquêtes populationnelles, malgré leurs différences méthodologiques, concluent que les troubles mentaux sont une cause majeure de morbidité (OMS, 2001; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1989; ministère de la Santé et du Bien-Être social du Canada, 1988; US Public Health Service, 1999). Dans son rapport consacré à la santé mentale, l'Organisation mondiale de la santé estime qu'environ une personne sur quatre souffrira d'un trouble mental au cours de sa vie (OMS, 2001). Cette estimation de la prévalence à vie des troubles mentaux est presque la moitié de celle enregistrée dans deux enquêtes populationnelles sophistiquées conduites aux États-Unis, l'*Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) et la *National Comorbidity Survey* (NCS), qui estiment la prévalence à vie à, respectivement, 47 % et 48 % (Regier et autres, 1998). En fait, la prévalence à vie rapportée par l'OMS se rapproche davantage de la prévalence annuelle observée par l'ECA (30 %) et par la NCS (29 %).

Dans la population américaine âgée de 18 ans et plus, la prévalence à vie des troubles d'anxiété se situerait entre 14 % et 19 % tandis que la prévalence annuelle serait de 10 % ou 12 %; la prévalence à vie des troubles de dépendance à l'alcool ou à la drogue varierait entre 20 % et 24 %, et la prévalence annuelle serait d'environ 10 %; la prévalence à vie de la dépression majeure oscillerait entre 7 % et 12 % et la prévalence annuelle entre 4 % et 6 % (Regier et autres, 1998). L'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) qui, à l'instar de l'ECA et de la NCS, a utilisé le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) pour documenter la prévalence des troubles mentaux, estime que la prévalence annuelle de la dépression majeure serait de 6 % dans la population canadienne âgée de 12 ans et plus (Stephens, Dulberg et Joubert, 1999). L'évolution de la prévalence et de l'incidence des troubles psychiatriques dans le temps est difficile à quantifier puisque la plupart des enquêtes

populationnelles portant sur la santé mentale ont été amorcées relativement récemment. Une exception est la *Stirling County Study* conduite dans les provinces atlantiques du Canada et dont la première collecte de données remonte à 1952. Selon les données de cette enquête, le taux d'incidence annuel de la dépression serait demeuré relativement stable entre 1952 et 1992 (3 à 5 cas par 1 000 personnes par année). Murphy et autres (2000) soulignent cependant que ces résultats pourraient être biaisés à la suite de l'attrition pour cause de mortalité d'une partie de l'échantillon, ce qui contribuerait à sous-estimer les taux des dernières vagues de l'enquête.

L'impression d'une pandémie psychopathologique est renforcée par la prévalence ou l'intensité apparemment élevée de la détresse émotionnelle dans la population générale. Par exemple, les données de l'ENSP suggèrent que 29 % de la population canadienne souffre de détresse émotionnelle importante, que ce pourcentage est particulièrement élevé parmi les jeunes de 12 à 19 ans (40 %) et ceux de 20 à 29 ans (38 %) et que la vie de 16 % de la population est affectée par une grande détresse émotionnelle (Stephens et autres, 1999). Ces pourcentages sont cependant sujets à caution puisqu'ils sont basés sur un seuil critique déterminé arbitrairement à partir de la distribution de l'indice de détresse émotionnelle dans l'ENSP.

L'ENSP, conduite en 1994-1995, était la première enquête populationnelle à documenter différents aspects du bien-être psychologique (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999). Les résultats suggéraient que 49 % de la population canadienne âgée de 12 ans et plus rapportait un niveau élevé d'estime de soi et 21 % un sentiment élevé de maîtriser leur vie. Les seuils critiques servant à dichotomiser les mesures de l'axe positif de la santé mentale ont aussi été déterminés arbitrairement à partir de la distribution des variables : le sens de cohérence a été dichotomisé au seuil de 67 sur une échelle de 4 à 78; l'estime de soi au seuil de 20

sur un maximum possible de 24; et le sentiment de maîtriser sa vie au seuil de 23 sur un maximum possible de 28.

Les taux de prévalence et l'intensité des problèmes de santé mentale observés dans la population générale sont des approximations qui varient selon les enquêtes non seulement parce que la prévalence des troubles mentaux fluctue dans le temps et l'espace à cause de la variation des facteurs de risque et de protection et parce que la diversité des méthodes de collecte et de traitement des données peut engendrer des résultats différents, mais aussi parce que l'interprétation et l'expression des symptômes et des émotions est un produit de l'environnement socioculturel dans lequel une personne évolue.

### 2.2.1 La source des données

En principe, l'estimation des taux de prévalence, ou même de l'incidence, des troubles mentaux pourrait s'appuyer sur les bases de données médicales (ex. : Régie de l'assurance-maladie du Québec – RAMQ). Cependant, cette source produit des estimations biaisées puisqu'elle enregistre uniquement des renseignements sur les personnes qui ont utilisé des services médicaux défrayés par l'organisme qui maintient la base de données. En pratique, l'estimation des taux de prévalence repose sur des enquêtes populationnelles qui ont recours à des méthodes plus ou moins sophistiquées pour identifier les personnes atteintes ou à risque.

Les instruments de mesure en santé mentale s'appuient sur deux types d'approche. La première approche s'applique à la documentation de l'axe négatif de la santé mentale et consiste à formuler sous forme de questions les critères diagnostiques établis par le DSM-IV ou la CIM-9. Par exemple, les instruments de mesure de la dépression comprendront des questions sur le sentiment de tristesse ou de vide, la perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, la perte de

poids, l'insomnie, la fiébrilité, la perte d'énergie ou la fatigue, le sentiment de culpabilité, la faible estime de soi, la difficulté de concentration, et l'idéation suicidaire. Le répondant indique dans quelle mesure (ex. : souvent, parfois ou jamais) il a ressenti ces symptômes ou sentiments au cours d'une période de temps spécifique (ex. : les deux dernières semaines). L'addition des scores de l'ensemble des items fournit alors le niveau de dépression ou une estimation de la prévalence si le score total est dichotomisé. La deuxième approche s'applique aux axes positif et négatif de la santé mentale, et s'appuie sur des cadres théoriques plus ou moins implicites desquels sont dérivés des énoncés liés à des sentiments, des émotions ou des comportements habituels ou marginaux.

Les taux alarmants de troubles mentaux ou de détresse émotionnelle observés dans les enquêtes populationnelles suscitent un certain scepticisme de la part des chercheurs et cliniciens du fait que le fonctionnement quotidien d'une majorité de personnes *atteintes* n'est pas affecté par leur condition, que peu d'entre elles ont apparemment recours aux services de santé et que les seuils critiques qui distinguent les cas des non-cas sont souvent déterminés de façon arbitraire (Régier et autres, 1998). De plus, des enquêtes conduites dans une même population produisent parfois des taux de prévalence différents. Par exemple, les taux de prévalence observés dans l'ECA et la NCS, deux enquêtes conduites avec le CIDI aux États-Unis durant la même période, affichent des différences qui peuvent aller jusqu'à 10 % pour certains diagnostics. Ces différences s'expliquent par les spécificités méthodologiques (ex. : couverture des diagnostics étudiés, formulation des questions, instructions aux intervieweurs, critères de sélection, en particulier l'âge) de ces deux enquêtes (Kessler et autres, 1994; Régier et autres, 1998). Les comparaisons nationales et internationales des taux de prévalence des troubles psychiatriques doivent donc être effectuées avec la plus grande prudence.

### 2.2.2 La validité des estimations

Les enquêtes populationnelles visent deux objectifs principaux par rapport à la santé mentale : d'une part, établir la prévalence et l'incidence des problèmes de santé mentale de façon à favoriser une allocation de services qui corresponde aux besoins de la population et, d'autre part, déterminer les facteurs de risque et de protection associés à la santé mentale afin de développer des programmes de prévention des *maladies* mentales et de promotion de la *santé* mentale efficaces. Dans un cas comme dans l'autre, on doit tenter de maximiser la sensibilité (c'est-à-dire les vrais positifs), la spécificité (c'est-à-dire les vrais négatifs) et la fiabilité des instruments de mesure. Or, plusieurs obstacles à la validité se dressent dans la mesure des axes positif et négatif de la santé mentale. Ces obstacles sont liés au fait que la santé mentale est un phénomène relatif, défini socialement et culturellement et donc variable dans le temps et l'espace, que sa mesure s'appuie sur des instruments subjectifs et, qu'à moins d'avoir accès à des bases de données médicales (par exemple les fichiers de la RAMQ), on ne dispose que de *Gold Standard* pour déterminer la validité des estimations. Prendre conscience de ces obstacles contribue à respecter les limites des données produites par les enquêtes populationnelles et à apprivoiser l'incertitude qui les caractérise.

#### L'estimation de la prévalence des troubles mentaux

Le dépistage des troubles mentaux au sein de la population générale dans le cadre d'une enquête populationnelle se heurte à la difficulté de distinguer les cas « prévalents » des cas « incidents » et les troubles chroniques des troubles récurrents ou transitoires. Cette difficulté peut être résolue par la conduite d'une enquête longitudinale où l'on peut observer l'émergence et l'évolution d'un problème de santé chez un individu au cours des vagues successives de collecte de données, ou par la documentation rétrospective du début et de la durée des épisodes

pathologiques ce qui complexifie la collecte des données et peut donner lieu à un biais de mémoire sélective (*recall bias*). Or, dans une perspective épidémiologique, la distinction entre prévalence et incidence, et entre chronicité, récurrence et transition est essentielle puisque les facteurs de risque et de protection associés à l'émergence (*onset*) de la maladie et ceux associés à son évolution (*course*) peuvent différer.

Le dépistage des troubles mentaux dans une enquête populationnelle se heurte aussi à la nécessité de regrouper différents syndromes dans une même catégorie diagnostique afin d'atteindre une puissance statistique qui permettra une analyse du problème de santé, ce qui pose problème dans la mesure où l'on ne tient pas compte de la spécificité étiologique et épidémiologique des syndromes agrégés. Bien que les études de cas témoins ou de cohorte soient souvent un meilleur choix méthodologique pour l'approfondissement des connaissances sur les troubles mentaux, il n'en demeure pas moins que les enquêtes populationnelles qui prétendent aborder la santé mentale doivent documenter les troubles mentaux, malgré les limites des données ainsi produites.

Quelques questionnaires, tels le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) et le CIDI, parviennent à reproduire le processus diagnostique clinique dans une enquête populationnelle à partir d'algorithmes complexes tenant compte du type, de la sévérité et de la durée des symptômes ainsi que des circonstances entourant leur émergence. Cependant, l'administration de ces questionnaires peut nécessiter deux heures d'entrevue lorsque des symptômes sont rapportés. Cette contrainte majeure limite le DIS et le CIDI aux enquêtes centrées sur la santé mentale et qui documentent peu de facteurs de risque ou de protection et/ou se limitent aux troubles psychiatriques les plus fréquents. Une version abrégée du CIDI a été développée pour le dépistage de la dépression (CIDI – Short Form Depression) et elle s'est avérée fiable (Patten et

autres, 2000). Quelques questionnaires ont été conçus pour mesurer un trouble diagnostique spécifique, particulièrement la dépression majeure, par exemple le *Center for Epidemiologic Research – Depression Scale* (CES-D) qui a été mis au point dans le cadre de l'ECA. Ces questionnaires spécifiques ont le désavantage de négliger la majorité des troubles mentaux et certains omettent parfois des critères diagnostiques déterminants, en particulier la durée des symptômes, ce qui limite leur validité.

Une alternative à l'utilisation du CIDI, du DIS ou des questionnaires portant sur une psychopathologie spécifique est de tout simplement demander aux répondants s'ils ont souffert d'un problème de santé mentale au cours de leur vie ou durant une certaine période de temps (ex. : 1 an). Bien qu'utilisée régulièrement, cette méthode n'a pas, à notre connaissance, été validée. On peut soupçonner qu'elle engendre une sous-estimation de la prévalence des troubles mentaux due à la stigmatisation associée à la maladie mentale et à la désirabilité sociale qui en découle et à la non-reconnaissance des symptômes, mais, dans le cadre de l'ESSIL, elle demeure néanmoins une solution envisageable.

### **Les estimations de la détresse émotionnelle et du bien-être psychologique**

Les enquêtes populationnelles utilisent des instruments de mesure pour tracer le portrait de la détresse émotionnelle et du bien-être psychologique. On reproche, en particulier, à certains instruments de mesure de la détresse émotionnelle de ne pas mesurer la sévérité ou la durée des symptômes rapportés ou de ne pas considérer que des symptômes somatiques (ex. : perte de poids, insomnie, perte d'énergie, concentration) peuvent être attribuables à des problèmes de santé physiques plutôt que psychologiques. Mais le principal défaut de ces instruments est la difficulté de déterminer un seuil critique qui ne soit pas arbitraire pour établir la prévalence de la détresse émotionnelle et du bien-être psychologique.

Il existe plusieurs méthodes pour dichotomiser (ou stratifier) une mesure continue (Knapp et Miller, 1992) mais toutes entraînent une perte d'information et de puissance statistique considérable (Streiner, 2002). Un premier type de méthode s'appuie sur la distribution de la variable dans l'échantillon observé. Si la distribution est normale, on postule que les traditionnels 5 % ou 10 % utilisés dans les tests statistiques correspondent à des individus *anormaux* par rapport à la population ciblée; si la distribution n'est pas normale, on peut soit déterminer *a priori* qu'un certain pourcentage de la population est *problématique* ou soit dichotomiser l'échantillon au principal point de chute de la distribution. Bien que les méthodes basées sur la distribution de la variable distinguent les personnes marginales par rapport à l'échantillon étudié, elles n'identifient pas nécessairement les cas pathologiques et empêchent toute comparaison avec les études où l'on observe une distribution différente et qui n'utilisent donc pas le même seuil critique. Un deuxième type de méthode s'appuie sur un seuil critique basé sur une norme de désirabilité sociale ou sur un test dont les qualités psychométriques sont reconnues (c'est-à-dire un *Gold Standard*), par exemple une entrevue clinique ou un instrument qui a déjà fait ses preuves. Bien que cette stratégie soit préférable à l'établissement arbitraire d'un seuil critique, elle soulève aussi certains problèmes liés à l'absence fréquente de *Gold Standard* ou à la fluctuation des seuils critiques en fonction des caractéristiques socioculturelles de la population cible. Par exemple, les seuils critiques optimaux pour le *General Health Questionnaire* (GHQ) seraient 3 en Angleterre et au Brésil et 4 au Chili (Winston et Smith, 2000).

Dans une perspective d'allocation des services, la dichotomisation des mesures de la santé mentale peut s'avérer nécessaire. Dans certains cas, par exemple dans celui de l'idéation suicidaire, où l'on demande au répondant s'il a souvent, parfois ou jamais eu l'impression que la vie ne valait pas la peine d'être vécue et qu'il vaudrait mieux en finir, la dichotomisation

peut être conceptuellement valide. Par contre, dans une perspective étiologique, la dichotomisation diminue l'efficacité de la recherche des déterminants de la santé mentale et est difficilement justifiable parce qu'elle entraîne une perte d'information importante et nie la continuité inhérente à la santé mentale.

Préserver la continuité de l'échelle des instruments de mesure des axes positif et négatif de la santé mentale permet d'éviter les écueils de la détermination arbitraire d'un seuil critique et respecte l'idée que la santé mentale n'est pas bonne ou mauvaise, mais plutôt une question de degré (Cloninger, 1999). Cependant, les échelles continues créent l'illusion qu'un phénomène complexe, comme la santé mentale, peut être mesuré avec précision et de nombreux chercheurs ont mis en doute la validité des instruments visant à mesurer l'intensité du bien-être ou du mal-être psychologique.

Cette remise en question s'appuie sur le fait que la majorité des instruments de mesure en santé mentale ont été développés dans un contexte occidental par une élite clinique et/ou académique et véhiculent des valeurs et un langage qui ne correspondent pas nécessairement à ceux de l'ensemble des répondants (Schwartz, 1998). Un échantillon, aléatoire ou non, regroupe des personnes qui, même si elles appartiennent à une même population cible, ne partagent pas une vision monolithique de, par exemple, la tristesse, ne l'expriment pas de la même façon et n'ont pas le même compas dans l'œil lorsqu'il s'agit d'indiquer si elles ressentent cette *tristesse* souvent ou rarement (Kirmayer, Young et Robbins, 1994). L'intervention d'un intervieweur menace d'autant plus la validité de l'information parce qu'elle ajoute un témoin à l'expression de symptômes, sentiments, émotions ou comportements parfois intimes et peut éveiller le souci de désirabilité sociale des répondants. La désirabilité sociale peut aussi se manifester dans les questionnaires autoadministrés, mais elle affecte davantage la validité de l'information obtenue dans des entrevues en face-à-face et peut amener le sujet à surrapporter ou

sous-rapporter ses symptômes selon sa relation avec l'intervieweur (Sandanger et autres, 1999).

En effet, l'entrevue de recherche est une rencontre sociale relativement brève entre un répondant et un intervieweur où le répondant dévoile des renseignements personnels à une personne qu'il n'a pas choisie. Contrairement à une entrevue clinique où le clinicien reçoit aussi les confidences d'une personne, l'entrevue de recherche est souvent non récurrente, soit parce qu'il s'agit d'une recherche transversale ou soit parce que différents intervieweurs sont impliqués au fil des entrevues d'une recherche longitudinale, et le répondant ne retire aucun bénéfice tangible de cette rencontre qu'il n'a pas sollicitée (Schaeffer, 1991). Au cours des années, quelques chercheurs ont tenté de déterminer les facteurs qui affectent le dévoilement de l'information dans les entrevues de recherche (Dohrenwend, Colombotos et Dohrenwend, 1969; Kohler-Riessman, 1979; Moum, 1998).

Dans une recherche conduite aux États-Unis au début des années 1970, Kohler-Riessman (1979) a noté que les hommes, contrairement aux femmes, rapportaient davantage de symptômes dépressifs lorsque l'intervieweur était un clinicien plutôt qu'un non-clinicien. Dans la *Norwegian Health Survey*, la version à 25 items du *Hopkins Symptoms Checklist* (SCL-25) a été administrée dans des entrevues en face-à-face, au téléphone et elle a été autoadministrée chez 13 438 répondants (Moum, 1998). On a d'abord noté que l'effet de l'intervieweur se manifestait différemment selon le sexe et l'âge du répondant et de l'intervieweur. Les hommes âgés avaient tendance à rapporter moins de symptômes lorsque l'intervieweur était un jeune homme que si l'entrevue était menée par une jeune femme ou par des intervieweurs (hommes ou femmes) plus âgés; les répondants avaient tendance à déclarer plus de symptômes lorsque l'intervieweur était une jeune femme plutôt qu'une femme plus âgée; et plus le répondant était âgé, plus il tendait à rapporter de symptômes lorsque l'intervieweur était une femme

plutôt qu'un homme. Moum (1998) mentionnait aussi que le questionnaire autoadministré générait davantage de symptômes que le questionnaire en face-à-face.

L'effet de l'intervieweur est préoccupant dans la mesure où il peut biaiser l'estimation de la fréquence d'un problème de santé et le niveau et/ou la direction de l'association entre l'exposition à un facteur de risque et le problème de santé étudié. Les résultats rapportés par Moum (1998) sont, à ce sujet, inquiétants. Ainsi, la fiabilité du SCL-25 était comparable pour les données recueillies par des entrevues en face-à-face, par téléphone ou par autoadministration du questionnaire mais l'association entre l'âge et le SCL-25 variait selon le mode d'administration. La corrélation entre l'âge et le SCL-25 (variable continue) était négative lorsque les données étaient recueillies par autoadministration du questionnaire et positive lorsqu'elles étaient recueillies par une entrevue en face-à-face. De plus, la relation entre l'âge et la probabilité d'un niveau élevé de détresse émotionnelle (SCL-25 dichotomisé) était parfois inversée : selon les données du questionnaire autoadministré, cette probabilité était de 36 % plus faible (OR = 0.64) chez les personnes de 62 à 70 ans que chez celles de 37 à 45 ans, alors que selon les données obtenues par une entrevue en face-à-face, elle était de 100 % plus élevée (OR = 2.0) et selon les données obtenues par téléphone, de 150 % (OR = 2.5) plus élevée.

Selon Moum (1998), l'effet du mode d'administration du questionnaire sur les résultats s'explique non seulement par la désirabilité sociale mais aussi par le processus d'activation de la mémoire; on acquiesce ou on nie plus facilement si on ne veut pas faire attendre l'intervieweur. Il ajoute que la tentative de contrôler l'effet de l'intervieweur en incluant une mesure de désirabilité sociale dans l'équation ne résout pas le problème parce que la désirabilité sociale comporte certains aspects de l'identité personnelle et sociale qui participent au bien-être psychologique.

Est-ce à dire que toute tentative de mesurer les axes positif ou négatif de la santé mentale à l'aide d'instruments de mesure standardisés est vouée à l'échec compte tenu des difficultés méthodologiques et de la diversité des références socioculturelles au sein d'une même population?

Selon Christopher (1999), s'il est vrai que le concept et la mesure du bien-être psychologique reposent sur une vision individualiste de la vie compatible avec les valeurs occidentales, il n'en demeure pas moins que prétendre créer un instrument culturellement neutre est une utopie parce que l'évaluation du bien-être repose sur des normes culturelles. L'utilisation d'un instrument de mesure prônant l'individualisme dans une société majoritairement individualiste serait donc, selon lui, acceptable. Par ailleurs, Winston et Smith (2000) ont démontré que la diversité interculturelle en matière de symptômes psychologiques est peut-être surestimée. Dans une étude conduite au Pays de Galles, le *General Health Questionnaire*, le *Mental Health Index* du SF-36, le *Self Reporting Questionnaire* (développé par l'OMS pour des pays en voie de développement) et le *Shona Symptom Questionnaire* (mis au point pour une population indigène du Zimbabwe) ont performé aussi bien dans la détection des cas identifiés par le *Clinical Interview Scale* et les corrélations entre les scores des différents instruments variaient entre 0.70 et 0.90. De plus, dans le cadre de la *Global Burden of Disease Study*, l'OMS a fait appel à plus de 200 experts provenant de 14 pays différents pour classer les maladies physiques et mentales selon leur potentiel incapacitant. Malgré certaines différences peut-être liées à la disparité des ressources en santé, cette classification s'est avérée relativement homogène. Üstün et ses collègues (1999) concluent que les préjugés entretenus vis-à-vis du caractère incapacitant de certaines maladies pourraient être universels. Notons que parmi les 17 problèmes de santé étudiés, trois problèmes de santé mentale (la démence, la psychose et la dépression majeure) se sont classés respectivement deuxième, quatrième et septième ce

qui, selon l'argument de Üstün et autres (1999), renforcerait la thèse de la stigmatisation associée à la maladie mentale.

### L'estimation de l'utilisation des services

Les bases de données médicales produisent de l'information sur l'utilisation de certains services et médicaments liés au traitement des problèmes de santé mentale plutôt que sur la prévalence des troubles mentaux. Or, la majorité des personnes dépistées dans les études populationnelles ne reçoivent pas de traitements médicaux et ne figurent donc pas dans les bases de données médicales (Kessler, McGonagle et Zhao, 1994; Regier et autres, 1998). De plus, la plupart des médicaments utilisés en psychiatrie ne sont pas spécifiques à un trouble mental, ce qui exclut la possibilité d'identifier les cas de troubles mentaux spécifiques par le biais de la consommation de médicaments. En effet, puisque les troubles mentaux sont diagnostiqués à partir de symptômes qui se chevauchent, comme un trouble mental peut avoir diverses causes et vu qu'un même facteur de risque peut déclencher différents troubles mentaux, la même médication ou psychothérapie s'applique à différents diagnostics et différentes médications ou thérapies peuvent être utiles pour un même diagnostic (Cloninger, 1999).

Les bases de données médicales génèrent une information intéressante sur la consommation de services et médicaments traditionnels mais produisent des estimations biaisées de la prévalence des troubles mentaux dans la population, et ce, particulièrement lorsque le recours aux services est dicté par des raisons autres que le besoin ressenti. Documenter le recours aux services dans les enquêtes populationnelles permet de tenir compte des services qui ne figurent pas dans les registres gouvernementaux (ex. : psychologues, thérapeutes, ressources communautaires, médecine douce).

Selon Regier et autres (1998), il est douteux que les 28 % de la population générale qui expriment un sentiment élevé de détresse émotionnelle n'aient besoin de traitements. Le non-recours aux services médicaux traditionnels détecté dans les enquêtes populationnelles ne traduit pas nécessairement une faiblesse du système de santé. Il peut refléter l'effet de la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale ou de la culture d'attribution des symptômes. Kirmayer, Young et Robbins (1994) soulignent que les symptômes attribués à des causes bénignes sont davantage traités par la personne elle-même ou ignorés plutôt que soumis à une expertise médicale et que, quand la stigmatisation associée à la détresse émotionnelle est grande, la personne tend à ignorer les symptômes ou à les réinterpréter. Le non-recours aux services de santé traditionnels peut aussi indiquer que l'épisode de *maladie* mentale est plutôt court, qu'il correspond à une réaction saine face à un événement stressant et se résorbe grâce aux ressources personnelles et sociales de la personne atteinte; que les symptômes rapportés ne perturbent pas suffisamment le fonctionnement quotidien d'une personne pour qu'elle s'en inquiète outre mesure; ou que la personne atteinte a recours à des services qui ne figurent pas dans les registres officiels.

### L'estimation des limitations d'activités

Une façon de quantifier l'état de santé mentale d'une population est de s'enquérir des limitations d'activités familiales, sociales ou professionnelles causées par les problèmes émotionnels ou psychologiques des répondants. Les limitations d'activités traduisent une estimation plus élevée des problèmes de santé mentale dans la population que le recours aux services. Par exemple, les données extraites de la *National Survey of Mental Health and Well-being* (NSMHW) conduite en Australie indiquent que 20 % des personnes qui souffrent d'anxiété généralisée selon les critères du DSM-IV ne rapportent aucune limitation d'activités; 61 % de celles qui souffrent d'anxiété généralisée et qui

déclarent des limitations d'activités n'ont consulté aucun médecin; 14 % des personnes qui souffrent de dépression selon le DSM-IV ne rapportent aucune limitation d'activités; 51 % de celles qui souffrent de dépression et qui déclarent des limitations d'activités n'ont consulté aucun médecin (Hendersen, Korten et Medway, 2001). Il semblerait donc que plusieurs personnes qui satisfont aux critères diagnostiques n'ont pas de limitations. Hendersen, Korten et Medway (2001) expliquent ces résultats apparemment contradictoires par le fait que certains cas détectés sont en fait des cas légers puisque 25 % des anxieux et 14 % des dépressifs ne souffrent pas de détresse émotionnelle selon le GHQ, que d'autres présentent des symptômes temporaires liés à une réaction normale compte tenu des circonstances, qu'il y a un certain nombre de faux positifs liés au fait que certaines personnes surévaluent leurs symptômes pour justifier, par exemple, leur inactivité professionnelle, et que certaines personnes souffrant de troubles mentaux ne sont pas limitées dans leurs activités parce que les traitements qu'elles reçoivent leur permettent de continuer à fonctionner.

## **2.3 Facteurs associés à la santé mentale**

Les instruments de mesure, les questions ouvertes, l'utilisation des services et les limitations d'activités peuvent produire des images plus ou moins rassurantes ou catastrophiques de l'état de santé mentale d'une population. Néanmoins, les associations entre la santé mentale et plusieurs facteurs sociodémographiques spécifiques ont été reproduites dans de nombreuses études épidémiologiques et enquêtes populationnelles quelle que soit la stratégie appliquée à la collecte des données. Si il est connu que la méthodologie utilisée peut affecter l'estimation de la fréquence et de l'intensité des problèmes de santé mentale et du bien-être psychologique dans la population; elle peut également avoir un impact sur les mesures d'association ou d'effet et, parfois même, sur la direction de ces mesures.

Le projet ESSIL peut contribuer à préciser la relation entre la santé mentale et plusieurs facteurs sociaux et démographiques dans la population québécoise. Sa contribution sera d'autant plus importante s'il peut élargir notre compréhension du processus d'acquisition et de maintien de la santé mentale en tant que ressource individuelle et sociale. Le bilan des connaissances acquises par rapport aux facteurs de risque et de protection qui affectent la santé mentale et à l'influence de la santé mentale sur différentes facettes de la vie en société vise à signaler des avenues intéressantes sur les plans de la recherche, des politiques et de l'intervention.

### **2.3.1 Les facteurs démographiques**

#### **L'Âge**

Selon Stephens, Dulberg et Joubert (1999), l'observation d'une association entre l'âge et la santé mentale serait relativement récente. Les données de l'ENSP suggèrent que la probabilité d'un niveau de détresse élevé diminue avec l'âge et que la probabilité d'une grande détresse est plus élevée chez les 29 ans et moins comparativement aux autres groupes d'âge (Stephens et autres, 1999). La diminution de la probabilité d'une grande détresse émotionnelle avec l'âge a aussi été observée dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS98) (Légaré et autres, 2000). Parallèlement, l'utilisation des services liés à la santé mentale dans l'Est de Montréal serait, proportionnellement, plus élevée parmi les 25 à 44 ans que parmi les autres groupes d'âge (Lefebvre et autres, 1998).

L'association entre l'âge et le bien-être psychologique est plus nuancée. Ainsi, la probabilité d'un sentiment de cohérence élevé augmenterait avec l'âge et culminerait chez les 65 ans et plus, mais la probabilité d'une forte maîtrise de la situation augmenterait jusqu'à 25 ans, se stabiliserait entre 25 et 54 ans, puis diminuerait; la probabilité d'une haute estime de soi augmenterait jusqu'au groupe des 45 à 54 ans puis diminuerait (Stephens, Dulberg et Joubert, 1999). Burdine et

autres (2000) ont noté une association entre le bien-être psychologique et l'âge dans la population américaine où le score moyen serait moins élevé chez les adultes de moins de 35 ans comparativement aux gens de 35 ans et plus. Malheureusement, ils ne disposaient pas des données nécessaires pour nuancer cette association.

Stephens et autres (1999) suggèrent que l'association entre la santé mentale et l'âge pourrait s'expliquer par la détérioration actuelle des conditions de vie des jeunes et leur amélioration chez les personnes âgées. Cependant, ils notent que cette explication est contestable puisqu'ils n'ont observé aucune association entre le revenu et la santé mentale dans la population canadienne. L'association entre l'âge et la santé mentale observée principalement dans l'ENSP soulève quelques questions méthodologiques et conceptuelles intéressantes telles que l'effet de la stratification d'une variable (ex. : l'âge) sur les résultats, la diversité des associations d'une variable avec les différentes mesures des axes positif et négatif de la santé mentale, et la possibilité que les associations entre l'âge et la santé mentale reflètent l'importance des rôles sociaux sur la santé mentale de la population.

### Le sexe

Plusieurs études épidémiologiques et enquêtes populationnelles ont démontré que les femmes expriment un niveau moyen de détresse émotionnelle plus élevé ou de bien-être psychologique plus faible que les hommes (Bracke, 1998; Burdine et autres, 2000; Légaré et autres, 2000; McDonough et Walters, 2001; Stephens et autres, 1999). Cependant, bien que statistiquement significatives, ces différences ne sont la plupart du temps pas considérables.

Selon l'ENSP, 7 % des Canadiennes et 4 % des Canadiens souffrent de dépression, 32 % des femmes et 26 % des hommes expriment un niveau élevé de détresse émotionnelle, et 18 % des femmes et 14 % des hommes sont limités dans leurs activités quotidiennes

(Stephens, Dulberg et Joubert, 1999). La même étude suggère que le pourcentage de femmes ayant une haute estime de soi (51 %) et un sentiment élevé de contrôle (21 %) est plus faible que celui des hommes (respectivement 53 % et 25 %). Une méta-analyse de neuf études américaines totalisant 14 679 répondants montre que le niveau moyen de bien-être psychologique mesuré par le SF-36 est plus faible chez les femmes (48,2) que chez les hommes (49,7) (Burdine et autres, 2000). Une étude montréalaise montre aussi que les femmes ont plus tendance que les hommes à avoir recours aux services de santé mentale (Lefebvre et autres, 1998). Bebbington et autres (1998) ont approfondi l'association entre le sexe et les problèmes de santé mentale en tenant compte de l'âge à l'aide d'un échantillon de 9 792 Britanniques, interviewés dans le cadre de la *National Survey of Psychiatric Morbidity* (NSPM). Ils ont noté que la prévalence plus élevée de la dépression chez les femmes se retrouve dans tous les groupes d'âge, sauf dans le groupe des 55-64 ans où sensiblement le même pourcentage de femmes (7,3 %) et d'hommes (8,3 %) rapportent un niveau élevé de symptômes dépressifs. Selon Bebbington et autres (1998), ce résultat s'explique par la diminution de la prévalence de la dépression chez les femmes de 55 à 64 ans (7,3 % dans ce groupe d'âge comparativement à 11,3 % chez les moins de 55 ans) plutôt que par une augmentation de la prévalence chez les hommes (8,3 % chez les 55-64 ans et chez les moins de 55 ans).

Deux principales hypothèses ont été proposées pour expliquer les différences entre les hommes et les femmes. La première postule que les femmes sont davantage exposées que les hommes au stress de la vie quotidienne parce que leurs rôles sociaux sont plus nombreux et plus exigeants. La deuxième suggère que les femmes sont plus vulnérables au stress de la vie quotidienne. Ces deux hypothèses ont été vérifiées à partir des données extraites du *Panel Study of Belgian Households* (PSBH) (Bracke, 1998) et de l'ENSP (McDonough et Walters, 2001).

Les données de l'ENSP indiquent que les femmes vivent davantage de stress dans leur vie sociale, familiale et professionnelle alors que les hommes subissent davantage de stress sur le plan financier. McDonough et Walters (2001) montrent, d'une part, que la différence du niveau de détresse psychologique entre les femmes et les hommes diminue mais demeure significative lorsque l'on tient compte de l'ensemble des facteurs de stress auxquels les gens sont exposés et que, d'autre part, l'association entre la détresse psychologique et chaque facteur de stress est semblable pour les femmes et les hommes. Ils concluent donc que l'exposition différentielle aux facteurs de risque n'explique qu'une partie de la différence entre les femmes et les hommes et que les femmes ne sont pas plus vulnérables que les hommes aux différents stressors. Les données du PSBH corroborent ces conclusions puisque les différences femmes-hommes observées pour le niveau moyen de symptômes dépressifs diminuent lorsqu'on tient compte des variables liées aux rôles sociaux (Bracke, 1998). Une troisième hypothèse, celle voulant que les femmes aient plus de facilité à exprimer leurs sentiments ou émotions, même dans un contexte d'entrevue de recherche, n'a pas été vérifiée et pourrait rendre compte, en partie, de la différence entre les sexes qui se maintient après avoir contrôlé l'effet des rôles sociaux.

### **2.3.2 Les facteurs sociaux**

#### **L'environnement familial**

L'environnement familial peut agir de plusieurs façons sur la santé mentale. Premièrement, la présence d'une psychopathologie chez le père et/ou la mère augmente le risque de problèmes de santé mentale chez les enfants à court, moyen et long termes. La *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS), où la santé mentale d'un échantillon de 7 076 personnes était mesurée par le CIDI, a démontré que les problèmes de dépression et d'anxiété parentales et

l'alcoolisme paternel engendraient un risque accru de problèmes anxio-dépressifs et de dépendance à l'alcool ou à la drogue chez les enfants à l'âge adulte (Bijl, Cuijpers et Smit, 2002). La prévalence à vie d'un trouble mental chez les personnes dont les parents présentaient des symptômes psychiatriques était 65 % chez les hommes et 68 % chez les femmes, soit une prévalence deux fois plus élevée que celle observée chez les personnes dont les parents n'avaient pas souffert de problèmes mentaux. Bijl, Cuijpers et Smit (2002) soupçonnent que la psychopathologie parentale a pu être sous-rapportée puisqu'elle était documentée auprès des répondants, plutôt que directement des parents, et ils rappellent que les sans-abri étaient exclus de l'étude alors que la prévalence de certains troubles psychiatriques est plus élevée dans cette population.

L'environnement familial peut aussi affecter la santé mentale s'il est caractérisé par des relations parents-enfants ou conjugales conflictuelles, abusives ou négligentes. La dynamique familiale crée alors un milieu malsain qui risque d'affecter la santé mentale des enfants durant leur enfance, leur adolescence et à l'âge adulte et de se transmettre à la génération suivante. L'adversité vécue dans l'enfance et liée à l'environnement familial constitue aussi un facteur de risque non négligeable pour la santé mentale des enfants et des adultes (Terr, 1991). Ainsi, quelques études ont démontré que les personnes qui souffrent de dépression à l'âge adulte rapportent plus d'adversité dans l'enfance, tels séparation des parents, conflit familial, psychopathologie parentale, et abus physique ou sexuel, que les adultes non dépressifs (Kessler, 1997).

#### **Les événements stressants**

L'effet des événements stressants sur la santé mentale observé dans plusieurs études épidémiologiques et enquêtes populationnelles doit être nuancé. Il faut d'abord admettre que la vie est jalonnée d'événements

ou situations stressants et que l'exposition à ces multiples expériences peut avoir des effets négatifs lorsque le stress associé à ces événements ou situations dépasse largement les capacités d'adaptation d'une personne, mais qu'elle peut aussi avoir des effets positifs lorsqu'elle contribue à développer la résilience et les aptitudes ou à élargir les connaissances. Plusieurs chercheurs et cliniciens ont tenté de mieux comprendre l'effet du stress sur la santé mentale. De ces travaux il ressort que :

- Les situations ou événements stressants ont un effet variable sur la santé mentale selon l'importance qu'une personne attribue à cet événement (Corin, 1994). Par exemple, la perte d'un emploi peut ne pas perturber l'état mental d'une personne si celle-ci ne se valorise pas par le travail ou si la perte d'emploi ne la place pas dans une situation financière difficile.
- L'effet d'une situation ou d'un événement stressant sur la santé mentale peut varier selon la stratégie utilisée par un individu pour s'adapter (*coping*) à ce stress (Kessler, 1997) et l'effet modificateur d'une stratégie d'adaptation particulière peut aussi varier selon le sexe et les circonstances (Wang et Patten, 2002).
- Ce n'est pas tant l'événement en soi qui est source de déséquilibre mental que les conséquences que cet événement peut avoir sur la vie d'une personne. Par exemple, le divorce peut être un événement dramatique s'il entraîne une détérioration marquée de la qualité de vie d'une personne mais peut ne pas avoir d'effet nuisible ou être un soulagement autrement.
- Il ne faut pas confondre la « maladie mentale » et la « détresse émotionnelle temporaire », laquelle suit immédiatement un événement stressant et constitue une réaction adaptative normale (Cummins, 2000).
- Un événement peut être stressant même s'il est souhaité et souhaitable. Par exemple, la naissance d'un enfant est habituellement un événement

heureux bien qu'il perturbe momentanément la dynamique familiale et puisse causer un certain désarroi.

- Certains événements stressants peuvent avoir un effet à très long terme. Par exemple, le risque de problèmes de santé mentale chez les adultes augmente en fonction du nombre de traumatismes subis dans l'enfance (Bijl, Cuijpers et Smit, 2002; Kessler, 1997; Stephens et autres, 1999).

De façon générale, l'accumulation d'événements stressants et les conditions de vie difficiles sont associées à une augmentation du risque de problèmes de santé mentale et à une diminution du bien-être psychologique (Stephens et autres, 1999). Cependant, la direction de cette association n'est pas claire : les gens ayant des problèmes de santé mentale vivent-ils davantage de stress ou l'accumulation de stress entraîne-t-elle des problèmes de santé mentale (Kessler, 1997)?

Peu d'études ont pu tenter de déchiffrer la séquence temporelle entre stress et santé mentale. Une exception est l'étude réalisée en France auprès des personnes assurées par la Mutuelle générale de l'éducation nationale (Amiel-Lebigre et autres, 1998). Bien que l'échantillon soit relativement petit ( $n = 286$ ) et sélectif (composé en majeure partie de professeurs), cette étude a généré des pistes de recherche intéressantes parce que les répondants ont été interviewés à trois reprises (à tous les trois mois). Amiel-Lebigre et ses collègues (1998) ont noté, d'une part, que les corrélations transversales entre diverses dimensions des problèmes de santé mentale et divers événements stressants étaient positives mais plutôt faibles et, d'autre part, que les corrélations entre la détresse émotionnelle au début de l'étude et les événements stressants subis entre la deuxième et la troisième entrevue étaient semblables aux corrélations transversales. Ils soulignent que la similarité entre les corrélations transversales et les corrélations longitudinales pourrait s'expliquer par une vulnérabilité

psychologique due à une faible estime de soi, une absence de confident ou de réseau de soutien ou des événements stressants survenus avant le début de l'étude.

Keyes et Ryff (2000) ont aussi produit des données intéressantes concernant l'effet du stress sur la santé mentale. Ces chercheurs postulaient que l'équilibre psychologique se maintient grâce à un processus de cohérence interne et de valorisation et de croissance personnelles. Un changement positif ou négatif dans son mode de vie consécutif à un événement stressant exigerait donc qu'une personne rétablisse sa compréhension du monde qui est temporairement déstabilisée par ce changement. Ils ont testé cette hypothèse sur un échantillon américain de 1 108 adultes âgés de 25 ans et plus en comparant la santé mentale de trois catégories d'individus : ceux qui n'avaient subi aucun changement dans leur vie, ceux dont la situation s'était améliorée et ceux dont la situation s'était détériorée. Leurs résultats suggèrent que : (1) la stabilité de la situation personnelle est associée à moins de symptômes dépressifs, plus d'estime de soi, un faible sentiment de croissance personnelle, et une haute satisfaction par rapport à la vie; (2) l'amélioration de la situation personnelle est associée à une augmentation des symptômes dépressifs, une diminution de l'estime de soi, et une haute satisfaction par rapport à la vie; et (3) la détérioration de la situation personnelle est associée à un sommet de l'état dépressif, à une faible estime de soi, et une faible satisfaction par rapport à la vie. Keyes et Ryff (2001) concluent donc qu'après une période d'adaptation au changement, une personne recouvre un état d'équilibre psychologique et que l'amélioration de la situation personnelle peut avoir des effets mitigés sur la santé mentale car les bénéfiques (valorisation + croissance personnelles) ne sont acquis qu'en sacrifiant momentanément la cohérence interne.

## La pauvreté

De façon générale, les personnes à faible revenu tendent à être en moins bonne santé mentale que celles qui sont à l'aise financièrement. Cette association soulève plusieurs questions liées à la séquence temporelle entre pauvreté et santé mentale et à la distinction entre l'émergence (*onset*) d'un problème de santé mentale et son évolution (*course*).

Deux études basées sur les données recueillies dans le cadre du *British Household Panel Survey* reflètent l'ambivalence qui caractérise la dynamique de la pauvreté et de la santé mentale. Weich et Lewis (1998) ont étudié l'émergence et l'évolution de la détresse psychologique élevée entre 1991 (T1) et 1992 (T2) : les personnes ayant rapporté un niveau de détresse élevé aux T1 et T2 étaient considérées comme des cas « prévalents » alors que celles ayant rapporté un niveau élevé de détresse uniquement au T2 étaient considérées comme des cas « incidents ». Ils ont estimé que les personnes vivant un stress important sur le plan financier étaient 86 % plus à risque de rapporter un niveau de détresse élevé aux T1 et T2 et 57 % plus à risque de rapporter un niveau de détresse élevé au T2 seulement. Un indice de pauvreté basé sur l'aisance matérielle (incluant le revenu annuel, l'accès à une automobile, l'épargne, la possession d'électroménagers, etc.) était associé à la prévalence de la détresse psychologique plutôt qu'à son incidence. Weich et Lewis (1998) soulignent que l'ignorance des antécédents de la détresse psychologique au T1 ne permet pas d'affirmer, comme semblent l'indiquer leurs résultats, que la pauvreté est davantage associée à l'évolution des problèmes de santé mentale plutôt qu'à leur émergence. Parallèlement, Benzeval et Judge (2001) ont observé que les personnes qui se situent dans la catégorie la plus basse sur le plan du revenu sont 46 % plus à risque de rapporter un niveau de détresse psychologique élevé que les personnes plus à l'aise financièrement mais que lorsque l'on tient compte du niveau de détresse psychologique antérieur, la

relation entre la pauvreté et la détresse s'estompe. Ces résultats suggèrent aussi que la pauvreté agirait davantage comme un facteur de risque de la santé mentale plutôt que comme conséquence.

La diversité des mesures de la pauvreté et de la santé mentale ne permet pas de statuer définitivement sur la séquence temporelle entre pauvreté et santé mentale bien qu'il soit conceptuellement plausible que cette relation soit bidirectionnelle. En effet, d'une part, la pauvreté crée des conditions de vie difficiles qui peuvent miner le sentiment de bien-être psychologique et, d'autre part, les problèmes de santé mentale diminuent la probabilité d'acquiescer et de maintenir un emploi rémunéré (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999).

#### **Le réseau social et le réseau de soutien**

Le réseau social peut être une source de soutien et de plaisir mais il peut aussi être une source de fardeau et de stress si les demandes émanant du réseau sont abusives ou si les relations interpersonnelles sont conflictuelles (O'Reilly, 1988). Il importe donc de distinguer la structure du réseau social de sa fonction ainsi que l'effet direct et indirect du réseau de soutien social sur la santé mentale. En effet, le réseau de soutien social contribue, d'une part, à maintenir un sentiment de contrôle sur sa vie et à rehausser le sentiment de satisfaction et de bien-être et, d'autre part, à solutionner les problèmes, à faire face à l'adversité et à prévenir les problèmes de santé (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999).

De nombreuses études épidémiologiques et enquêtes populationnelles ont démontré l'importance de disposer d'un réseau social significatif ou d'un confident pour le développement et le maintien du bien-être psychologique (Stephens, Dulberg et Joubert, 1999). Pourtant plusieurs dimensions de la relation entre réseau social ou réseau de soutien et santé mentale restent à

explorer. Ainsi, Olsen, Iversen et Sabroe (1991) notent que la majorité des études négligent l'effet de l'âge sur la composition du réseau social et sur les sources de soutien social. Leur étude conduite auprès de 1 500 ouvriers manuels du Danemark suggère que le soutien d'une conjointe a un effet positif sur le bien-être psychologique des hommes de 30 à 49 ans mais n'est pas associé à celui des plus jeunes (29 ans et moins) ou des plus âgés (50 ans et plus), alors que dans ces deux groupes d'âge le soutien des amis serait particulièrement efficace.

#### **La scolarité**

Plusieurs enquêtes populationnelles dont celles conduites au Canada, aux États-Unis et en Belgique ont démontré que la scolarité était associée positivement aux axes positif (Stephens, Dulberg et Joubert, 1999) et négatif (Bracke, 1998; Burdine et autres, 2000; Stephens, Dulberg et Joubert, 1999) de la santé mentale. L'association entre scolarité et santé mentale est habituellement attribuée à l'accès à l'information supérieur chez les gens scolarisés mais elle pourrait aussi s'expliquer par la relation étroite entre scolarité, statut d'emploi et revenu ainsi que par l'héritage familial culturel en matière d'habitudes de vie et de valeurs.

#### **Le travail**

L'association entre le statut d'emploi et la santé mentale a été établie à plusieurs reprises (Bracke, 1998; Burdine et autres, 2000; Stephens, Dulberg et Joubert, 1999). En résumé, dans tous les groupes d'âge et autant chez les hommes que chez les femmes, le fait d'être sans emploi est associé à une moins bonne santé mentale. Selon Bartley (1994), quelques mécanismes expliquent la relation entre travail et santé mentale. Premièrement, la pauvreté liée au non-emploi occasionne un stress sur le plan financier qui force les personnes sans emploi à modifier leurs habitudes de vie ou à adopter des habitudes

associées à des facteurs de risque, telles la diminution ou l'absence de loisirs et l'augmentation de l'isolement social. Deuxièmement, le travail ne sert pas qu'à assurer un revenu, il contribue aussi à structurer la journée, à alimenter l'estime de soi et le respect des pairs, à produire une activité physique et intellectuelle, à appliquer ses habiletés, à créer des interactions sociales, et à confirmer le statut social. Bracke (1998), qui a analysé les données du PSBH, confirme que le développement et le maintien de rôles sociaux liés à l'emploi pourrait être l'un des moteurs de la dépression compte tenu que des facteurs (ex. : statut d'emploi et statut marital) décrivant différents rôles sociaux sont associés à la santé mentale.

La direction de la relation entre le travail et la santé mentale n'a pas été clairement établie : est-ce qu'une moins bonne santé mentale est une cause ou une conséquence du non-emploi (Burdine et autres, 2000). Il est probable que la relation entre le travail et la santé soit réciproque. Cependant, le travail ne garantit pas une bonne santé mentale puisque certains environnements de travail sont des sources de stress considérables. Ainsi, l'étude Gazelle, une étude menée auprès des employés de la compagnie de Gaz naturel de France, suggère que trois facteurs psychosociaux liés au travail sont associés à un risque accru de symptômes dépressifs : le stress psychologique, la faible latitude décisionnelle et l'absence de soutien professionnel (Niedhammer et autres, 1998).

### **2.3.3 Les autres facteurs**

D'autres facteurs, peu explorés, semblent contribuer au développement et au maintien de la santé mentale. Par exemple, la santé physique, les habitudes de vie, la spiritualité et la religion, les valeurs et les aspirations.

La spiritualité ne se limite pas à la pratique et aux croyances religieuses mais ce sont ces dimensions qui ont monopolisé la recherche sur la relation entre spiritualité et santé mentale. Selon Chatters (2000), la

pratique religieuse est un facteur de protection de la santé mentale parce qu'elle aide à adopter des comportements et un mode de vie qui sont compatibles avec une bonne santé, qu'elle permet d'élargir le réseau social et d'augmenter les interactions, qu'elle fournit des stratégies pour faire face aux événements stressants, et qu'elle alimente les pensées et émotions positives. Chatters (2000) ajoute que la pratique religieuse peut cependant avoir des effets négatifs si elle force un individu à adopter un mode de vie et de pensée qui ne lui convient pas et si ce dernier n'a pas choisi personnellement de s'astreindre aux règles de la religion.

Les valeurs socioculturelles endossées par un individu influencent sa santé mentale, l'effet des facteurs de risque et de protection sur sa santé mentale, son recours aux services de santé et l'expression de ses sentiments, émotions et symptômes dans un contexte d'entrevue de recherche. Ainsi, Hagerty et autres (2001) soulignent que la perception que l'on a de l'environnement dans lequel on vit est en partie déterminée par nos valeurs : on peut rapporter un haut niveau de bien-être subjectif mais vivre dans des conditions difficiles ou malsaines. Selon Kirmayer et ses collègues (1994), l'attribution des symptômes à une cause par le sujet détermine la signification sociale que le sujet attribue à l'expérience et la répartition de la responsabilité morale et du blâme. L'attribution influence l'expérience des symptômes et de la maladie. Par exemple, une personne qui attribue ses douleurs à la poitrine à un exercice maladroit ou à une inquiétude financière plutôt qu'à un indice d'attaque cardiaque imminente applique un autotraitement différent. Ceux qui sont sujets à la dépression auraient davantage tendance à attribuer leur faiblesse à eux-mêmes plutôt qu'à leur environnement.

## 2.4 Avenues de recherche ouvertes par l'ESSIL

Le bilan sommaire qui a été dressé des connaissances acquises dans le domaine de la santé mentale a permis de déterminer les variables essentielles à mesurer dans l'ESSIL. Outre les caractéristiques sociodémographiques habituelles, il importera d'apporter une attention particulière à la mesure des situations et événements stressants vécus récemment ou dans l'enfance, à l'environnement familial, au réseau social et au réseau de soutien, aux habitudes de vie, à la spiritualité et aux valeurs et aspirations. Ce bilan a aussi permis de pointer des avenues de recherche innovatrices qui pourraient être explorées par les données produites par l'ESSIL et qui sont liées à l'un ou l'autre des objectifs et stratégies prioritaires du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, principalement :

- Objectif 16 : Diminuer les problèmes de santé mentale
- Objectif 17 : Réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide
- Objectif 18 : Éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées
- Stratégie 1 : Favoriser le renforcement du potentiel des personnes
- Stratégie 4 : Agir pour et avec les groupes vulnérables
- Stratégie 5 : Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être

### 2.4.1 Le stress et la santé mentale : ses bons et ses mauvais côtés

La vie est jalonnée d'événements stressants et de situations difficiles qui nous font grandir ou qui nous heurtent profondément. La complexité des relations entre le stress et la santé mentale a fait l'objet de quelques ouvrages théoriques qui soulèvent des

hypothèses dont la plupart restent à vérifier. Compte tenu de l'impact majeur que l'accumulation du stress semble avoir sur la santé mentale, il importe de mieux comprendre ce qui fait que certaines personnes résistent mieux au stress alors que d'autres demeurent psychologiquement et émotionnellement meurtries.

Parce qu'elle recueillera de nombreuses données sur plusieurs aspects de la vie en société et qu'elle suivra la trajectoire de personnes appartenant à différents groupes d'âge et traversant plus ou moins bien des périodes de stress, l'ESSIL contribuera à mieux cerner les facteurs qui affectent les réactions au stress et les ressources dont les personnes disposent pour faire face aux événements et situations stressants.

### 2.4.2 L'idéation suicidaire : contexte et conséquences psychosociaux

Depuis les années 1970, on a observé une augmentation des taux de suicide dans plusieurs pays. Au Canada, en 1997, le taux de suicide était particulièrement élevé chez les jeunes hommes de 20 à 29 ans et chez les hommes de 75 ans et plus (Weir et Wallington, 2001). Au Québec, on a noté une augmentation importante des tentatives de suicide chez les hommes de 15 à 24 ans alors que, chez les femmes, le principal groupe à risque se trouve dans le groupe des 35 à 54 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2001). Pourtant, les facteurs de risque et de protection liés au suicide et à l'idéation suicidaire ainsi que leurs effets à court et moyen termes sur la santé mentale des proches (amis et membres de la famille) sont mal connus.

L'ESSIL abordera la question du suicide et de l'idéation suicidaire et permettra de mieux comprendre ces phénomènes parce qu'elle considère plusieurs aspects de la vie en société, qu'elle documente quelques aspects des axes positif et négatif de la santé mentale, qu'elle vise tous les groupes d'âge de la population et qu'elle se propose de suivre les répondants pendant une longue période de temps, pouvant aller jusqu'à 30 ans.

### **2.4.3 Les services en santé mentale : sont-ils sous-utilisés?**

Les enquêtes populationnelles menées dans plusieurs pays démontrent qu'environ une personne sur quatre est atteinte d'un trouble ou problème mental au cours de sa vie (OMS, 2001), et que près d'une personne sur trois présente des symptômes de détresse émotionnelle importante (Stephens, Dulberg et Joubert, 1999). Les taux alarmants de troubles ou problèmes mentaux observés dans ces enquêtes suscitent un certain scepticisme du fait que, apparemment, la majorité des personnes *atteintes* n'est pas limitée dans ses activités quotidiennes par sa condition et n'a pas recours aux services de santé (Lefebvre et autres, 1998; Regier et autres, 1998).

L'ESSIL produira des données rétrospectives, transversales et longitudinales permettant de vérifier dans quelle mesure la sous-utilisation apparente des services de santé mentale résulte de problèmes d'accessibilité ou de stigmatisation, d'un recours à des services communautaires et non médicaux ou d'une surestimation des problèmes de santé mentale dans la population.

### **2.4.4 La dépendance à l'alcool, à la drogue et au jeu : similitudes et divergences**

Les données de l'ESS98 indiquent qu'environ 29 % des Québécois de 15 ans et plus (40 % des hommes et 17 % des femmes) ont eu une consommation élevée d'alcool au moins cinq fois au cours de l'année précédant l'entrevue et que ce pourcentage atteint 42 % chez les jeunes de 15 à 24 ans (Chevalier et Lemoine, 2000). Elles révèlent aussi que la consommation de drogues illicites est particulièrement élevée chez les jeunes (44 % des hommes et 35 % des femmes) mais qu'elle touche néanmoins environ 17 % de la population des 15 ans et plus (Chevalier et Lemoine, 2000). Un pourcentage non négligeable de consommateurs occasionnels d'alcool et de drogues développe éventuellement un problème de

dépendance. En se basant sur les données de la National comorbidity study (NCS), Wagner et Anthony (2002) estiment que 10 % des consommateurs de marijuana, 21 % des consommateurs de cocaïne et 20 % des consommateurs d'alcool risquent de développer un problème de dépendance. Le problème de la dépendance au jeu a été largement ignoré dans les enquêtes populationnelles. Une exception est la *Pathological Gambling Prevalence Survey* (PGPS), conduite en Suède, dont les résultats suggèrent que 0,4 % à 0,8 % de la population a un problème de dépendance au jeu et que ce type de problème touche davantage les hommes et les adultes de 25 à 44 ans (Volberg et autres, 2001). La co-morbidité des problèmes de dépendance a été démontrée à quelques reprises et cette co-morbidité est aussi associée à un risque accru d'avoir d'autres problèmes de santé mentale (Kandel, Huang et Davies, 2001).

L'ESSIL pourrait innover dans le domaine de la recherche sur les problèmes de dépendance en étudiant conjointement la dépendance à l'alcool, à la drogue et au jeu de façon à cerner les facteurs communs à ces trois types de dépendance et à en suivre l'évolution au cours des années.

### **2.4.5 Les rôles sociaux et la différence hommes/femmes en santé mentale**

Plusieurs enquêtes et études ont démontré que les femmes rapportent plus de symptômes anxio-dépressifs et un niveau de bien-être psychologique moins élevé que les hommes (Stephens, Dulberg et Joubert, 1999). Deux principales hypothèses ont été proposées pour expliquer cette différence entre les femmes et les hommes : (1) les femmes seraient plus vulnérables au stress de la vie quotidienne, (2) les femmes seraient exposées à davantage de stress que les hommes du fait de la multiplicité de leurs rôles sociaux (McDonough et Walters, 2001). Une hypothèse additionnelle serait que les femmes expriment plus facilement leur désarroi que les hommes, même dans

un contexte d'entrevue de recherche. La vérification de ces hypothèses pose problème parce que, contrairement à l'ESSIL, la majorité des études ne produisent pas l'information nécessaire pour explorer les multiples facettes de la vie des femmes et des hommes et les axes positif et négatif de la santé mentale.

Parce qu'elle est longitudinale, l'ESSIL permettra d'observer non seulement l'effet de l'accumulation successive des rôles sociaux sur la santé mentale des femmes et des hommes suivis depuis la fin de l'adolescence, mais aussi l'effet de la fluctuation des rôles sociaux au cours du temps. Parce qu'elle est populationnelle, l'ESSIL permettra de comparer le profil des femmes et des hommes appartenant à différentes catégories d'âge. De plus, comme l'ESSIL documentera les axes positif et négatif de la santé mentale, plusieurs aspects de la vie quotidienne (affectif, familial, social, professionnel) ainsi que les valeurs et aspirations qui guident les comportements, elle sera en mesure de produire une information essentielle à une meilleure compréhension des différences entre les femmes et les hommes sur le plan de la santé mentale.

#### **2.4.6 Le mal-être des jeunes et le bien-être des personnes âgées**

L'ENSP a récemment mis en évidence une relation entre la santé mentale et l'âge qui avait rarement été observée auparavant (Stephens, Dulberg et Joubert, 1999). Apparemment, cette relation n'est pas nécessairement linéaire et varie selon les mesures de santé mentale utilisées. Par exemple, selon les données de l'ENSP, le niveau moyen de détresse émotionnelle est plus élevé chez les moins de 29 ans mais est relativement égal dans les autres groupes d'âge. Ce résultat est partiellement corroboré par une méta-analyse de neuf enquêtes populationnelles conduites aux États-Unis dans les années 1990, dans laquelle on a observé que les jeunes de 18 à 34 ans avaient un niveau moyen de santé mentale inférieur à celui des personnes de 35 à 74 ans

(Burdine et autres, 2000). Par contre, les données de l'ENSP révèlent que le pourcentage de personnes ayant un sentiment de cohérence élevé augmente avec l'âge, le pourcentage de personnes ayant l'impression de bien maîtriser leur vie augmente jusqu'à 25 ans, se stabilise entre 25 et 53 ans, et diminue par la suite; le pourcentage de personnes ayant une haute estime de soi augmente avec l'âge puis diminue après 55 ans. Malheureusement, l'ENSP ne dispose pas de données longitudinales sur l'axe positif de la santé mentale.

L'ESSIL se trouvera donc dans une position unique pour documenter les déterminants de la relation entre l'âge et la santé mentale puisqu'elle produira des données sur plusieurs déterminants sociaux et qu'elle documentera aussi bien les axes positif que négatif de la santé mentale.

#### **2.4.7 La santé mentale et les facteurs sociaux : cause ou effet?**

Plusieurs études ont démontré que les personnes divorcées ou séparées, celles qui n'ont pas d'emploi et celles qui sont isolées socialement tendent à rapporter davantage de symptômes anxio-dépressifs et un niveau plus faible de bien-être psychologique que les personnes qui vivent en couple, qui ont une activité professionnelle et qui ont quelqu'un à qui se confier (Bartley, 1994; Bracke, 1998). La séquence temporelle entre ces facteurs sociaux et la santé mentale est, cependant, loin d'être établie. Les personnes qui ont une santé mentale fragile ont-elles plus de difficulté à entretenir une relation de couple durable, à maintenir un emploi ou à préserver des liens d'amitié? Ou la perte ou l'absence d'un conjoint, d'un emploi ou d'un confident constituent-elles des facteurs de risque pour la santé mentale? Il est probable que la relation entre facteurs sociaux et santé mentale est réciproque mais peu d'enquêtes permettent d'approfondir cette problématique. Pourtant, le fait de considérer les facteurs sociaux comme des causes ou des conséquences a des implications différentes pour la

prévention et la promotion de la santé mentale. De plus, la conduite d'une enquête populationnelle longitudinale permettra de distinguer les facteurs de risque et de protection associés à l'émergence d'un problème de santé mentale plutôt qu'à son évolution (Dohrenwend, 1998).

L'ESSIL contribuera à clarifier la relation entre facteurs sociaux et santé mentale parce qu'il s'agit d'une étude longitudinale permettant donc d'observer la séquence temporelle entre les événements et les états et parce qu'il s'agit d'une étude populationnelle qui couvre donc un large éventail de profils sociodémographiques et d'expériences de vie.

## 2.5 Proposition

La conduite d'une enquête populationnelle longitudinale pose de nombreux défis méthodologiques, entre autres, concernant la mesure de la santé mentale. Premièrement, l'ESSIL cible avant tout une population âgée de 16 ans et plus. Les instruments de mesure de la santé mentale doivent donc être adaptés à un large spectre de profils sociodémographiques (ex : des jeunes et des personnes âgées, des Québécois de souche et des immigrants, des personnes peu ou très scolarisées). Deuxièmement, l'ESSIL prévoit traiter de nombreux thèmes (ex : santé, éducation, travail, ressources financières, réseau social et réseau de soutien, situations et événements stressants, environnement familial, système de valeurs). La documentation de la santé mentale doit donc être limitée afin de ne pas augmenter indûment le fardeau du répondant. Troisièmement, la mesure de la santé mentale est menacée par un biais d'information lié au mode d'administration du questionnaire (entrevue en face-à-face versus par téléphone; questionnaire administré par un intervieweur versus questionnaire autoadministré). Il faudrait donc, idéalement, maintenir le même mode d'administration du questionnaire tout au long de l'enquête, du moins en ce qui concerne la santé mentale.

Finalement, plusieurs instruments de mesure de la détresse émotionnelle ou du bien-être subjectif sont sensibles à l'effet de retest. L'effet de retest se manifeste lorsque la passation initiale du questionnaire contribue à modifier la perception qu'un répondant a de ses symptômes, de ses sentiments ou de ses comportements. Selon Moum (1998), l'effet de retest se manifeste davantage sur les items négatifs que sur les items positifs, et dans les entrevues en face-à-face. Certains instruments de mesure sont plus sensibles que d'autres à l'effet de retest. Par exemple, les questionnaires complexes tel le CIDI qui comportent plusieurs filtres sont particulièrement vulnérables parce que le répondant comprend, au cours de l'entrevue et au fil des vagues d'entrevues, que s'il mentionne un symptôme, les circonstances entourant ce symptôme seront inventoriées ce qui prolongera l'entrevue (Andrew et Peters, 1998). Le processus d'entrevue amène aussi le répondant à reconsidérer ses symptômes ou ses valeurs et à modifier leur interprétation, ce qui tend à provoquer une diminution de la déclaration des symptômes, sentiments ou comportements à la deuxième passation du questionnaire (Andrew et Peters, 1998; Lazar et Amir, 2000). Cette diminution peut être, faussement, attribuée à une amélioration de l'état de santé. Par exemple, dans le PSBH, Bracke (1998) a noté une diminution des symptômes à la deuxième entrevue alors que le niveau moyen de symptômes rapporté à la troisième entrevue se rapprochait de celui enregistré à la première entrevue; ce profil est compatible avec l'effet de retest. L'effet de retest n'est pas une menace majeure à la validité des données mais il faut, dans la mesure du possible, en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Compte tenu de la philosophie qui sous-tend la mesure de la santé mentale dans l'ESSIL et des contraintes méthodologiques qui conditionnent en partie la collecte des données, il semble important que :

- Les axes positif et négatif de la santé mentale soient mesurés en :
  - documentant la présence de troubles mentaux chez les répondants primaires et les membres de leur ménage et de leur famille;
  - documentant les symptômes anxio-dépressifs, la détresse émotionnelle, le bien-être psychologique, la dépendance à l'alcool, à la drogue et au jeu, et l'idéation suicidaire auprès des répondants primaires;
  - privilégiant les questionnaires autoadministrés pour les instruments de mesure de la détresse émotionnelle et du bien-être psychologique à moins que l'administration d'un instrument soit complexe;
  - documentant les limitations d'activités liées aux problèmes de santé mentale et l'utilisation des services en santé mentale.
- Les instruments de mesure de la détresse émotionnelle et du bien-être psychologique soient :
  - susceptibles de permettre une comparaison avec d'autres enquêtes populationnelles;
  - succincts;
  - adaptés à un large spectre de profils individuels;
  - sensibles aux changements de l'état mental;
  - résistants à l'effet de retest.

La mesure de la santé mentale proposée par l'ESSIL est reproduite aux annexes 2-A à 2-C et cette proposition est justifiée dans les pages suivantes.

### 2.5.1 La mesure de l'axe négatif de la santé mentale

L'axe négatif de la santé mentale comprend les troubles mentaux, la détresse émotionnelle, l'idéation suicidaire et les problèmes de dépendance à l'alcool, à la drogue et au jeu. La mesure de l'axe négatif de la santé

mentale doit aussi comporter quelques questions sur les limitations d'activités et le recours aux services.

### Les troubles mentaux – Répondants primaires

La présence de troubles mentaux dans l'échantillon primaire (population de 16 ans et plus) pourrait être documentée à l'aide d'instruments de mesure, tels le CIDI ou le CES-D qui ont été utilisés dans plusieurs enquêtes populationnelles, et par une question ouverte ou une liste de problèmes spécifiques (*checklist approach*).

Le CIDI permet de détecter la présence (au cours de la dernière année et au cours de la vie) de 14 troubles psychiatriques ainsi que l'utilisation de services et les limitations d'activités liées à la présence de ces troubles mentaux. Il a été développé par l'OMS à partir des critères diagnostiques des troubles mentaux et a été utilisé dans quelques études populationnelles conduites au Canada et ailleurs, qui avaient la particularité d'être des études portant spécifiquement sur la santé. Le CIDI est un instrument de mesure complet ayant une sensibilité et une spécificité élevées. Son principal défaut est la lourdeur de son administration : les intervieweurs doivent être formés par l'OMS ou ses représentants et cet instrument nécessite jusqu'à deux heures d'entrevue. Ce dernier problème peut être résolu en se limitant aux troubles mentaux les plus fréquents quitte à avoir une vision partielle de l'état de santé mentale de la population. Toutefois, il présente deux problèmes additionnels. Premièrement, il tend à surestimer la présence de troubles mentaux (Andrew et Peters, 1998) et il est particulièrement sensible à l'effet de retest (Pevalin, 2000) à cause des nombreuses sous-questions qui suivent la déclaration positive de symptômes.

Une version abrégée du CIDI a été mise au point pour mesurer les symptômes anxio-dépressifs ressentis au cours du dernier mois (Kessler et Mroczek, 1995). Le CIDI – *Short Form Depression* est composé de

13 items auxquels s'ajoute une question sur les limitations d'activités. Son utilisation dans plusieurs enquêtes populationnelles (ex. : l'ENSP, l'ESCC, l'ESCC-1.2, les dernières vagues du PSID) auprès d'échantillons variés, sa brièveté et sa validité conceptuelle en font un instrument de choix.

Le CES-D, quant à lui, est un instrument de mesure de la dépression développé par le Center for Epidemiologic Research dans le contexte des *Epidemiologic Catchment Areas Surveys*, une série d'études épidémiologiques populationnelles conduites dans neuf États américains. Le CES-D a, entre autres, été utilisé dans l'étude Gazelle, une enquête conduite parmi les travailleurs du Gaz naturel de France. Le CES-D est relativement court (20 items) mais il tend à surestimer la prévalence de la dépression parce qu'il n'explore ni le recours aux services ni les limitations d'activités.

Compte tenu de la lourdeur de l'administration du CIDI complet ou même partiel, qui est un obstacle majeur dans le contexte de l'ESSIL où le temps d'entrevue réservé à la santé mentale est très limité, et de l'utilisation de plus en plus fréquente du CIDI – *Short Form Depression*, l'ESSIL pourrait utiliser ce dernier instrument (annexe 2-A). Cependant, la présence de troubles psychiatriques chroniques doit aussi être documentée et nous recommandons d'utiliser la méthode basée sur une liste de problèmes spécifiques, qui est privilégiée dans l'ESCC-1.2 et qui a l'avantage de cerner la chronologie des épisodes pathologiques (annexe 2-A). Comme il est coutume dans la documentation de la santé physique, l'ESCC-1.2 et d'autres enquêtes populationnelles posent une question sur l'évaluation subjective de la santé mentale et l'ESSIL pourrait reproduire cette question (annexe 2-A).

La stigmatisation des problèmes de santé mentale et la désirabilité sociale qui en découle entraîneront une sous-déclaration des troubles mentaux chez les répondants. D'autres dimensions de la santé mentale,

peut-être moins menaçantes, doivent aussi être documentées dans l'ESSIL. Par ailleurs, l'accès aux données de la RAMQ permettrait de dresser un profil plus exact de la présence de problèmes de santé mentale diagnostiqués et traités dans l'échantillon. Nous pourrions aussi appliquer la méthode capture-recapture utilisée en épidémiologie pour évaluer la validité des renseignements sur les troubles mentaux recueillis dans une enquête populationnelle (Brenner, 1994; Hook et Regal, 1995).

### **Les troubles mentaux – Membres du ménage et de la famille**

Nous souhaitons obtenir de l'information sur l'état de santé mentale des autres membres du ménage pour avoir un aperçu des antécédents psychiatriques de l'échantillon secondaire qui intégrera, éventuellement, l'échantillon primaire et parce que l'état de santé des membres du ménage peut influencer la santé physique et mentale des répondants primaires et la dynamique familiale. Il serait aussi souhaitable de documenter la présence de troubles mentaux dans la famille nucléaire ascendante (frères, sœurs, père, mère) du répondant primaire (idéalement, de la famille nucléaire du père et de la mère du répondant primaire si celui-ci n'est pas le chef du ménage) pour pouvoir étudier l'agrégation familiale des problèmes de santé mentale.

Dans cette perspective, la stratégie appliquée dans la section *Family Burden* de la NCS est particulièrement intéressante puisqu'elle permet de faire efficacement le tour non seulement des problèmes de santé des membres du ménage mais aussi de ceux de la famille nucléaire ascendante (annexe 2-C).

### **L'utilisation des services en santé mentale**

Trois dimensions de l'utilisation des services en santé mentale seraient documentées auprès des personnes de l'échantillon primaire qui rapportent s'être senties particulièrement déprimées, anxieuses ou mal dans leur peau au cours des douze derniers mois (annexe 2-A).

Les questions portant sur l'utilisation des services seraient administrées par l'intervieweur parce qu'elles sont assujetties à une série de filtres qui pourraient compliquer l'autoadministration.

La première dimension concerne la dynamique d'attribution des symptômes qui influence le recours aux services et qui est une problématique émergente en épidémiologie psychiatrique. L'attribution des symptômes a été documentée par une question ouverte dans l'ENSP et nous pourrions faciliter la codification des réponses en précisant quelques catégories d'attribution (annexe 2-A).

La deuxième dimension est le recours aux services et est documentée à l'aide d'une question ouverte qui vérifie si le répondant a consulté un professionnel de la santé ou un thérapeute alors qu'il se sentait particulièrement anxieux, déprimé ou mal dans sa peau au cours de la dernière année, et qui lui demande de préciser qui il a consulté (annexe 2-A). L'intervieweur coche le ou les spécialistes mentionnés par le répondant. Il est à noter que cette question ne concerne pas uniquement les cliniciens traditionnels; le répondant peut nommer des spécialistes de la médecine alternative.

La troisième dimension concerne les motifs de non-recours aux services en santé mentale traditionnels ou non traditionnels et serait mesurée à l'aide d'une version adaptée du *Perceived Need for Care Questionnaire* développée par Meadows et ses collègues (2000).

En mesurant ces trois dimensions de l'utilisation des services, l'ESSIL produirait des données populationnelles essentielles et inédites sur la dynamique du recours ou du non-recours aux services en santé mentale. De plus, la fenêtre d'observation de douze mois permettrait de générer un nombre suffisant de recours et de non-recours aux services pour procéder à des analyses relativement approfondies.

### Les limitations d'activités

Les limitations d'activités sont considérées comme une mesure de la sévérité des problèmes de santé mentale; elles seraient documentées à l'aide du CIDI Short Form-Depression (annexe 2-A). Il serait certes intéressant d'étudier les limitations d'activités des personnes qui ont vécu une période d'anxiété, de dépression ou de mal-être au cours des douze derniers mois et, si l'« espace-questionnaire » le permet, cette stratégie sera appliquée. Les limitations d'activités liées à un problème de dépendance à l'alcool, à la drogue et aux jeux de hasard seront aussi mesurées durant les vagues quadriennales (annexe 2-B).

### La détresse émotionnelle

Plusieurs instruments de mesure ont été développés pour évaluer la détresse émotionnelle. La plupart de ces instruments sont basés sur des items reflétant des symptômes anxio-dépressifs généraux et ont été conçus dans le but d'identifier les personnes à risque dans les études épidémiologiques ou les enquêtes populationnelles. Le SF-36 est un questionnaire qui permet de faire un bilan de l'état de santé générale, incluant une évaluation subjective de la santé, les limitations d'activités, la forme physique, la vitalité et la santé mentale. La santé mentale est mesurée par cinq items (3 items liés à l'axe négatif; 2 items liés à l'axe positif) qui ont été légèrement modifiés dans certaines études (ex. : le PSID). Sa validité a été démontrée à quelques reprises (Burdine et autres, 2000) mais, apparemment, les items portant sur la forme physique posent des problèmes d'interprétation, entre autres pour les personnes plus âgées (Mallinson, 2002). Le SCL-25, l'un des nombreux dérivés de la *Hopkins Symptom Checklist*, a été utilisé dans des études transculturelles (entre autres, dans *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? Rapport de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999* de l'ISQ). Le SCL-25 s'est avéré aussi efficace que le CIDI pour

détecter les problèmes de dépression et d'anxiété dans la population (Sandanger et autres, 1999) mais il est particulièrement sensible à l'effet de l'intervieweur et du mode d'administration (Moum, 1998). Un problème additionnel du SCL-25 est qu'à l'exception de l'ECC, il n'a pas été utilisé dans une enquête populationnelle, ce qui signifie que la comparabilité des résultats est limitée.

Le GHQ semble réunir une majorité d'avantages compte tenu du contexte de l'ESSIL. Le GHQ complet est composé de 60 items mais des versions à 30, 28, 20 et 12 items sont disponibles. Le GHQ complet et ses versions abrégées ont été soumis à une batterie d'études de validité et sont considérés comme l'un des meilleurs instruments de mesure en santé mentale (McDowell et Newell, 1987). Le GHQ a été utilisé dans plusieurs enquêtes populationnelles auprès de populations âgées de 16 ans et plus. Il est résistant à l'effet de retest (Pevalin, 2000) et s'est avéré un instrument de dépistage efficace (Winston et Smith, 2000). L'une des caractéristiques du GHQ est qu'il demande aux répondants d'indiquer si leur état actuel diffère de leur état habituel (annexe 2-B). Dans une enquête longitudinale, l'autoévaluation de l'évolution des symptômes est certes intéressante.

### **L'idéation suicidaire**

Compte tenu de l'augmentation du taux de suicide dans certains groupes d'âge, l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide doivent être documentées. D'ailleurs la majorité des enquêtes populationnelles incluent une ou plusieurs questions sur le phénomène du suicide. L'ESSIL ne permettra probablement pas d'étudier les multiples facettes de l'idéation suicidaire (à moins d'y consacrer une vague thématique), telles que le recours aux services médicaux et de soutien, mais elle peut documenter le degré d'idéation suicidaire en reproduisant les questions traditionnelles de plusieurs enquêtes populationnelles (annexe 2-B).

### **Les problèmes de dépendance à l'alcool, à la drogue et aux jeux de hasard**

La majorité des enquêtes populationnelles se sont limitées à documenter les habitudes de consommation d'alcool et de drogues et, exceptionnellement, les habitudes de jeu. Bien que ces renseignements soient essentiels et doivent être recueillis à chaque vague de l'ESSIL, ils ne permettent cependant pas de dresser le profil des personnes qui sont à risque de développer un problème de dépendance ni d'étudier l'impact des problèmes de dépendance sur la vie des personnes atteintes et sur celle de leur famille.

Il serait donc souhaitable que l'ESSIL consacre l'une des premières vagues thématiques à la santé mentale afin d'approfondir la problématique de la dépendance à l'alcool, à la drogue et/ou aux jeux de hasard. À notre connaissance, deux enquêtes populationnelles (la NCS et l'ESCC-1.2) ont porté un intérêt particulier aux problèmes de dépendance. L'ESSIL pourrait s'inspirer de leurs questionnaires pour mesurer non seulement les habitudes de consommation ou de jeu mais aussi les impacts de ces habitudes sur la vie personnelle et familiale (annexe 2-B).

### **2.5.2 La mesure de l'axe positif de la santé mentale**

Bien que la littérature récente souligne l'importance de mesurer l'axe positif de la santé mentale, peu d'enquêtes populationnelles (ex. : ENSP, ESCC, ESCC-1.2, *Child Development Supplement* du PSID) ont intégré des instruments de mesure de la santé mentale positive dans leurs questionnaires. Si l'on veut s'assurer une certaine base de comparaison des résultats de l'ESSIL, la sélection des instruments de mesure de l'axe positif de la santé mentale est donc limitée. Trois principaux instruments de mesure ont été utilisés dans plusieurs contextes de recherche incluant des enquêtes populationnelles et ont été soumis à des études de validation qui se sont avérées satisfaisantes. Il s'agit de la *Self-esteem Scale* (Rosenberg, 1965), de la *Sense of Coherence Scale* (Antonovsky, 1993) et de

la *Locus of control Scale* (Pearlin et autres, 1981). Cependant, l'estime de soi, le sentiment de cohérence et le sentiment de contrôler sa vie sont très proches sur le plan conceptuel et, compte tenu du temps d'entrevue réservé à la mesure de la santé mentale dans l'ESSIL, il pourrait être nécessaire de sélectionner l'un ou l'autre de ces instruments. La *Self-esteem Scale* et la *Locus of control Scale* sont reproduites à l'annexe 2-B. À l'instar du GHQ, ces deux instruments pourraient faire partie du questionnaire autoadministré et être utilisés sur une base biannuelle si l'« espace-questionnaire » ne permet pas une administration annuelle.

## 2.6 Conclusion

La mesure de la santé mentale dans l'ESSIL est confrontée à la contrainte du temps d'entrevue réservé à chacun des thèmes principaux (santé, travail, littératie, réseau social). Cette contrainte ne doit cependant pas nous faire céder à la tentation de négliger la documentation des facteurs associés à la santé, au travail, à la littératie et au réseau social puisque la contribution de l'ESSIL serait alors grandement limitée. Plusieurs chercheurs de différentes disciplines auront accès aux données de l'ESSIL. Nous ne pouvons tout mesurer mais nous pouvons tout de même tenter de prévoir leurs besoins.

Selon Schwartz (1998), un handicap important dans la recherche en santé mentale est l'influence des valeurs socioculturelles des chercheurs sur la conception de l'étude, l'analyse des données et l'interprétation des résultats. Schwartz (1998) affirme que : si l'on conçoit la santé mentale comme un produit de la nature (inné), on cherche les causes de la maladie dans les déficits de l'individu; alors que si on la conçoit comme un produit de la culture (acquis), on les cherche plutôt dans les déficits socio-environnementaux. Les auteurs du chapitre sur la mesure de la santé mentale dans l'ESSIL ne sont pas immunisés contre l'effet sournois de leurs propres valeurs socioculturelles. Nous

espérons que la contribution des autres membres de l'équipe de l'ESSIL à l'élaboration du chapitre sur la santé mentale permettra de diminuer cet effet pervers.



# Bibliographie

---

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>e</sup> édition, Washington, D.C., APA, 886 p.
- AMIEL-LEBIGRE, F., et autres (1998). « Symptom distress and frequency of life events », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, n° 6, p. 263-268.
- ANDREWS, G., et L. PETERS (1998). « The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, n° 2, p. 80-88.
- ANTONOVSKY, A. (1993). « The structure and properties of the sense of coherence scale », *Social Science and Medicine*, vol. 36, n° 6, p. 725-733.
- BANAJI, M. R., et D. A. PRENTICE (1994). « The self in social contexts », *Annual Review of Psychology*, vol. 45, p. 297-332.
- BARTLEY, M. (1994). « Unemployment and ill health: understanding the relationship », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 48, n° 4, p. 333-337.
- BEBBINGTON, P. E., et autres (1998). « The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity », *Psychological Medicine*, vol. 28, n° 1, p. 9-19.
- BENZEVAL, M., et K. JUDGE (2001). « Income and health: the time dimension », *Social Science and Medicine*, vol. 52, n° 9, p. 1371-1390.
- BIJL, R. V., P. CUIJPERS et F. SMIT (2002). « Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 37, n° 1, p. 7-12.
- BRACKE, P. (1998). « Sex differences in the course of depression: evidence from a longitudinal study of a representative sample of the Belgian population », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, n° 9, p. 420-429.
- BRENNER, H. (1995). « Use and limitations of the capture-recapture method in disease monitoring with two dependent sources », *Epidemiology*, vol. 6, n° 1, p. 42-48.
- BURDINE, J. N., et autres (2000). « The SF-12 as a population health measure: An exploratory examination of potential for application », *Health Services Research*, vol. 35, n° 4, p. 885-904.
- CHATTERS, L. M. (2000). « Religion and health: Public health research and practice », *Annual Review of Public Health*, vol. 21, p. 335-367.
- CHEVALIER, S., et O. LEMOINE (2000). « Consommation d'alcool », dans : *Enquête sociale et de santé 1998*, 2<sup>e</sup> édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 117-133.
- CHEVALIER, S., et O. LEMOINE (2000). « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », dans : *Enquête sociale et de santé 1998*, 2<sup>e</sup> édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 135-147.
- CHRISTOPHER, J. C. (1999). « Situating psychological well-being: Exploring the cultural roots of its theory and research », *Journal of Counseling and Development*, vol. 77, n° 2, p. 141-152.
- CLONINGER, C. R. (1999). « A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 33, n° 2, p. 174-186.

- COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Pour un avenir en santé. Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 230 p.
- CORIN, E. (1994). « The social and cultural matrix of health and disease », dans : R. G. EVANS, M. L. BARER et T. R. MARMOR (dir.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Hawthorne, NY: Adline de Gruyter, p. 93-132.
- CUMMINS, R. A. (2000). « Objective and subjective quality of life: An interactive model », *Social Indicators Research*, vol. 52, n° 1, p. 55-72.
- DOHRENWEND, B. P. (1998). « A psychosocial perspective on the past and future of psychiatric epidemiology », *American Journal of Epidemiology*, vol. 147, n° 3, p. 222-231.
- DOHRENWEND, B. S., J. COLOMBOTOS et B. P. DOHRENWEND (1969). « Social distance and interviewer effects », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 47, p. 213-226.
- GEYER, S. (1997). « Some conceptual considerations on the sense of coherence », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 12, p. 1771-1779.
- GRAY-LITTLE, B., et A. R. HAFDAHL (2000). « Factors influencing racial comparisons of self-esteem: A quantitative review », *Psychological Bulletin*, vol. 126, n° 1, p. 26-54.
- HAGERTY, M. R., et autres (2001). « Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research », *Social Indicators Research*, vol. 55, n° 1, p. 1-96.
- HENDERSON, S., A. KORTEN et J. MEDWAY (2001). « Non-disabled cases in a national survey », *Psychological Medicine*, vol. 31, n° 5, p. 769-777.
- HOOKE, E. B., et R. R. REGAL (1995). « Capture-recapture methods in epidemiology: Methods and limitations », *Epidemiologic Reviews*, vol. 17, n° 2, p. 243-264.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*, Québec, Les Publications du Québec, 432 p.
- KANDEL, D. B., F. Y. HUANG et M. DAVIES (2001). « Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 64, n° 2, p. 233-241.
- KESSLER, R. C. (1997). « The effects of stressful life events on depression », *Annual Review of Psychology*, vol. 48, p. 191-214.
- KESSLER, R. C., et autres (1994). « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, n° 1, p. 8-19.
- KESSLER, R. C., et D. K. MROZCEK (1995). « Measuring the effects of medical interventions », *Medical Care*, vol. 33, n° 4 Suppl., p. AS109-AS119.
- KEYES, C. L., et C. D. RYFF (2000). « Subjective change and mental health: A self-concept theory », *Social Psychology Quarterly*, vol. 63, p. 264-279.
- KIRMAYER, L. J., A. YOUNG et J. M. ROBBINS (1994). « Symptom attribution in cultural perspective », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 39, n° 10, p. 584-595.
- KNAPP, R. G., et M. C. MILLER (1992). *Clinical Epidemiology and Biostatistics*, Malvern, PA, Harwal, 435 p.
- RIESSMAN, C. K. C. (1979). « Interviewer effects in psychiatric epidemiology: A study of medical and lay interviewer and their impact on reported symptoms », *American Journal of Public Health*, vol. 69, n° 5, p. 485-491.

- BAR-ON, D. et A. LAZAR et M. AMIR (2000). « Quantitative assessment of response shift in QOL research », *Social Indicators Research*, vol. 49, n° 1, p. 37-49.
- LÉGARÉ, G., et autres (2000). « Santé mentale », dans : *Enquête sociale et de santé 1998*, 2<sup>e</sup> édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 333-353.
- LEFEBVRE, J., et autres (1998). « Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, n° 6, p. 291-298.
- MALLINSON, S. (2002). « Listening to respondents: a qualitative assessment of the Short-Form 36 Health Status Questionnaire », *Social Science and Medicine*, vol. 54, n° 1, p. 11-21.
- MCDONOUGH, P., et V. WALTERS (2001). « Gender and health: reassessing patterns and explanations », *Social Science and Medicine*, vol. 52, n° 4, p. 547-559.
- MCDOWELL, I., et C. NEWELL (1987). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, New York, Oxford U. Press, 342 p.
- MEADOWS, G., et autres (2000). « Assessing perceived need for mental health care in a community survey: development of the Perceived Need for Care Questionnaire » (PNCQ), *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 35, n° 9, p. 427-435.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, MSSS, Gouvernement du Québec, 62 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (1988). *La santé mentale des Canadiens. Vers un juste équilibre*, Ottawa, Santé et Bien-Être social Canada, 23 p.
- MOUM, T. (1998). « Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression », *Social Indicators Research*, vol. 45, n° 1-3, p. 279-318.
- MURPHY, J. M., et autres (2000). « Incidence of Depression in the Stirling County Study: Historical and Comparative Perspectives », *Psychological Medicine*, vol. 30, n° 3, p. 505-514.
- NIEDHAMMER, I., et autres (1998). « Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort », *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, vol. 24, n° 3, p. 197-205.
- OLSEN, O., L. IVERSEN et S. SABROE (1991). « Age and the Operationalization of Social Support », *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 7, p. 767-771.
- O'REILLY, P. (1988). « Methodological Issues in Social Support and Social Network Research », *Social Science and Medicine*, vol. 26, n° 8, p. 863-873.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *World Health Report 2001. Mental Health. New Understanding New Hope*, Genève, OMS, 178 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Genève, OMS, 362 p.
- PATTEN, S. B., et autres (2000). « Évaluation pratique de la forme abrégée pour la dépression majeure du Composite International Diagnostic Interview auprès d'un échantillon de sujets choisis dans la collectivité », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n° 2, p. 73-77.
- PEARLIN, L. I., et autres (1981). « The stress process », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 22, n° 4, p. 337-356.
- PEVALIN, D. J. (2000). « Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 35, n° 11, p. 508-512.

- REGIER, D. A., et autres (1998). « Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: Implications for research and policy », *Archives of General Psychiatry*, vol. 55, n° 2, p. 109-115.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*, Princeton (NJ), Princeton U. Press, 326 p.
- SANDANGER, I., et autres (1999). « The meaning and significance of caseness: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 34, n° 1, p. 53-59.
- SCHAEFFER, N. C. (1991). « Conversation with a purpose - or conversation? Interactions in the standardized interview », dans : P. P. BIEMER, et autres (dir.), *Measurement Errors in Surveys*, New York, John Wiley and Sons, p. 367-391.
- SCHWARTZ, S. (1998). « The role of values in the nature/nurture debate about psychiatric disorders », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, n° 8, p. 356-362.
- STEPHENS, T., C. DULBERG et N. JOUBERT (1999). « La santé mentale de la population canadienne. Une analyse exhaustive », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, n° 3, p. 131-140.
- STREINER, D. L. (2002). « Breaking up is hard to do: The heartbreak of dichotomizing continuous data », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, n° 3, p. 262-266.
- TERR, L. C. (1991). « Childhood traumas: An outline and overview », *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, n° 1, p. 10-20.
- ÜSTÜN, T. B., et autres (1999). « Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries : WHO/NIH Joint Project CAR Study Group », *The Lancet*, vol. 354, n° 9173, p. 111-115.
- VOLBERG, R. A., et autres (2001). « Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 104, n° 4, p. 250-256.
- WAGNER, F. A., et J. C. ANTHONY (2002). « From first drug use to drug dependence: Developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol », *Neuropsychopharmacology*, vol. 26, n° 4, p. 479-488.
- WANG, J. L., et S. B. PATTEN (2002). « The moderating effects of coping strategies on major depression in the general population », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, n° 2, p. 167-173.
- WEICH, S., et G. LEWIS (1998). « Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study », *British Medical Journal*, vol. 317, n° 7151, p. 115-119.
- WEIR, E., et T. WALLINGTON (2001). « Suicide: the hidden epidemic », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, n° 5, p. 634-636.
- WINSTON, M., et J. SMITH (2000). « A trans-cultural comparison of four psychiatric case-finding instruments in a Welsh community », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 35, n° 12, p. 569-575