Document généré le 11 oct. 2024 22:31

Sociologie et sociétés

L'épidémiologie en santé mentale : le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec
Epidemiology in Mental Health: the Conceptual Framework of the "Santé Québec" Survey

Michel TOUSIGNANT et Viviane KOVESS

Volume 17, numéro 1, avril 1985

Santé mentale et processus sociaux

URI : https://id.erudit.org/iderudit/001803ar
DOI : https://doi.org/10.7202/001803ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (imprimé)
1492-1375 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

TOUSIGNANT, M. & KOVESS, V. (1985). L'épidémiologie en santé mentale : le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec. *Sociologie et sociétés*, *17*(1), 15–26. https://doi.org/10.7202/001803ar

Résumé de l'article

Ce texte présente dans une première partie le cadre général des enquêtes épidémiologiques en santé mentale. Il en décrit les objets, les méthodes, les objectifs à travers quelques exemples historiques. La deuxième partie introduit à l'enquête Santé-Québec et discute, à titre d'illustration, de quelques-uns des résultats. On y décrit la réflexion qui a amené au choix des instruments, une description des différentes approches utilisées ainsi que les champs de la santé mentale qui sont couverts. La dernière partie contient une description de l'échantillon de la phase-pilote menée dans les territoires de Rimouski et de Verdun ainsi que les résultats obtenus à l'échelle de santé mentale négative en fonction des catégories suivantes: âge, sexe, revenu familial, statut marital et territoire de C.L.S.C. Les analyses sont faites pour les catégories à symptomatologie basse et élevée et elles démontrent que ce ne sont pas les mêmes tendances qui sont observées dans les deux distributions des résultats. La conclusion donne une idée du type d'analyses qui seront rendues possibles ultérieurement.

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université de Montréal, 1985

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Sociologie et sociétés, vol. XVII, n° 1, avril 1985, p. 15-26

L'épidémiologie en santé mentale: Le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec[1]

MICHEL TOUSIGNANT
VIVIANE KOVESS

Nous avons voulu dans ce texte fournir une brève introduction au domaine de l'épidémiologie en santé mentale et décrire le cadre de l'enquête Santé-Québec mise sur pied par le ministère des Affaires sociales. Le préambule permettra de situer plus précisément la réflexion qui a eu cours dans l'élaboration de la stratégie pour évaluer la santé mentale de la population. Nous serons en mesure de fournir en deuxième partie quelques données préliminaires susceptibles d'intéresser les lecteurs.

L'OBJET DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE EN SANTÉ MENTALE

L'épidémiologie en santé mentale est devenue au fil des ans une entreprise très ramifiée, avec une méthodologie complexe et un cadre conceptuel qui va bien au-delà des objectifs descriptifs des premières enquêtes. La majorité de celles-ci ont eu comme objectif de comptabiliser les cas pathologiques en fonction de diagnostics ou d'évaluer le pourcentage de la population qui souffrait d'une incapacité reliée à des problèmes psychiatriques. Plus récemment, les sociologues, les psychologues, les anthropologues et même les économistes ont intégré un cadre conceptuel qui offrait des modèles d'explication[2].

La présence de disciplines si différentes ne pouvait restreindre l'épidémiologie en santé mentale à un objet unique. La tendance médicale a eu comme principal intérêt l'identification de

1. Ce projet a été subventionné par une commandite du ministère des Affaires sociales à l'hôpital Douglas et menée à terme grâce à des subventions des D.S.C. de Rimouski et de Verdun. Nous remercions tous les fonctionnaires et le personnel de ces D.S.C., les interviewers, les membres de l'équipe de recherche, en particulier Louise Fournier, Danielle Coutlée, sans qui ce projet n'aurait pu être complété avec le même succès.

Pour de plus amples renseignements sur cette recherche, nous référons aux rapports suivants: «Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski» et «Les indicateurs de santé mentale» par V. Kovess, H. B. M. Murphy, M. Tousignant et L. Fournier, publiés par l'unité de recherche psychosociale du Centre hospitalier Douglas.

2. Les organes de publication de ces recherches sont nombreux. Nous mentionnerons les principaux pour guider les lecteurs: tout d'abord l'excellente revue *Journal of Health and Social Behavior*, probablement le meilleur en Amérique du Nord et publié par l'American Sociological Association. Ensuite, en Angleterre, *Social Science and Medicine*, publié 26 fois par année, ainsi que *Psychological Medicine*. Le principal organe de communication en psychiatrie est *Archives of General Psychiatry*. Les revues officielles nationales des associations de psychiatres publient également des articles dans ce domaine. L'épidémiologie en santé mentale étant moins répandue dans les pays francophones, il n'existe pas de revue en français publiant régulièrement des articles d'intérêt.

cas cliniques tandis que les chercheurs en sciences sociales ont préféré choisir un objet de nature moins médicale qui offrait une plus grande parenté avec leurs propres concepts. Alors que les premiers recherchaient à définir le point de clivage qui permettrait de dichotomiser entre les gens normaux et les gens nécessitant des soins, ces derniers utilisaient davantage des échelles évaluant un concept théorique à l'aide d'une échelle continue et ils traitaient leurs données à partir d'un score global plutôt que d'une dichotomie.

La tâche de définir la limite entre le normal et le pathologique pose évidemment un énorme problème à cause de la difficulté à s'entendre sur des critères universellement reconnus. En pratique, beaucoup de chercheurs divisent leur échantillon en plusieurs sous-groupes selon leur degré de probabilité de souffrir d'un problème psychiatrique. En général, on compare les catégories sociales à partir du pourcentage de ceux qui appartiennent à la catégorie la plus «pathologique». La plupart des études en arrivent aux conclusions suivantes: les femmes, les vieux, les pauvres, les moins éduqués, les veufs et les séparés ont des pourcentages plus élevés que les hommes, les riches, les plus éduqués et les gens mariés (Dohrenwend et coll., 1980).

D'autres enquêtes, principalement en sciences sociales, utilisent ce qu'il est convenu d'appeler des échelles de santé mentale. Beaucoup de travaux ont été faits sur ces échelles lors de la Deuxième Guerre mondiale (Star, 1950). Elles partent de questions portant sur une variété de symptômes présentés en contexte clinique. Les secteurs investigués sont ordinairement l'humeur générale couverte par des questions sur le sentiment de tristesse, l'intérêt général et l'envie de mourir; les dysfonctions du système physiologique tels l'amaigrissement, les troubles de sommeil, l'appétit sexuel; le niveau d'énergie dont les indices peuvent être la difficulté à se lever ou à se mettre en marche le matin, les malaises généraux dans tout le corps; l'anxiété induite par la présence de cauchemars, des mains qui tremblent, de la transpiration sans effort physique. Certains auteurs considèrent que ces instruments sont un bon indicateur des problèmes psychiatriques mineurs ou modérés tels les psychonévroses et les malaises somatiques psychogènes. Les items reprennent en effet les plaintes les plus fréquentes de ces malades lorsqu'ils se présentent en clinique. D'autres auteurs préfèrent ne faire aucun rapport avec les diagnostics psychiatriques et proposent de considérer les échelles de santé mentale comme des échelles de *démoralisation* plutôt que comme des instruments détecteurs de psychonévroses (Link et Dohrenwend, 1980). De nombreuses études les emploient comme mesures de *stress*, c'est-à-dire qu'elles s'en servent afin de vérifier si certains événements ou conditions de vie possèdent des effets négatifs sur des individus. De cette façon, on évite d'avoir recours à un vocabulaire médical et à la difficulté de définir un cas clinique. Les cliniciens soutiennent à ce propos que les symptômes doivent s'étendre sur une certaine période avant de poser un diagnostic (Newmann, 1984) car il est normal, et parfois même bénéfique, que certains individus vivent de l'anxiété et de la dépression dans une certaine mesure pendant qu'ils traversent des périodes difficiles.

Ce que nous venons de décrire s'applique plus strictement aux échelles dites de santé mentale. Les plus utilisées, soit le Health Opinion Survey (Tousignant, Denis et Lachapelle, 1974) et le Langner (Seiler, 1973), ne mesurent qu'une seule dimension. Il existe aussi toute une série d'échelles construites sur ce modèle et qui mesurent des aspects plus spécifiques. La plupart sont des mesures de la dépression et de l'anxiété. Il existe également des échelles plus longues qui évaluent divers facteurs de santé mentale comme nous le verrons plus loin avec le P.S.I. de Ilfeld.

Des indices plus indirects servent aussi à l'évaluation de la santé mentale. Ainsi, il n'est pas rare de voir des textes utiliser des statistiques sur les tentatives de suicide (Kessler et McRae, 1983) ou sur la consommation excessive d'alcool comme indices de santé mentale d'une population. Nous croyons pour notre part que la santé mentale d'une population doit être préférablement étudiée à partir d'une multitude d'indices. Le tableau sera ainsi plus complet que si l'on se limite à un seul type de manifestations.

Au cours des dernières années, les repères servant à la définition de la santé mentale sont devenus beaucoup moins distinctifs qu'auparavant. Malgré l'éventail énorme de conceptions de la santé mentale qui ont pu être offertes (Jahoda, 1958), il n'en reste pas moins que la plupart des auteurs n'attachent que peu d'importance aux manifestations carrément psychosomatiques, à l'exception des manifestations directes de l'anxiété et de la fatigue. Le modèle de référence jusqu'ici était le type de problèmes présenté en consultation psychiatrique ou psychologique. De plus en plus, on se rend compte cependant qu'il n'existe pas une ligne de partage claire entre les manifestations psychiques et les manifestations somatiques. Les conditions de vie influent à ces deux niveaux et on commence même à soupçonner que les difficultés psychosociales pourraient somme toute avoir

plus de répercussions sur le soma que sur le psyché (Kirmayer, 1984). Les migraines et les maux de dos sont par exemple deux conditions dont certaines manifestations concomitantes sont fort apparentées à la dépression. Une bonne proportion des patients présentant ces symptômes réagissent positivement aux antidépresseurs. Cela amène donc les épidémiologues à se demander s'ils doivent couvrir ces problèmes de santé dans leurs enquêtes et, si oui, comment doivent-ils départager entre ce qui est d'origine psychosociale ou organique alors que les médecins arrivent difficilement à trancher la question de l'origine au sujet de ces cas frontières? Doit-on définir la santé mentale en la restreignant aux types de problèmes amenés en consultation psychiatrique ou à partir d'une position théorique qui la définirait comme la somme des manifestations psychiques ou somatiques dont l'étiologie est psychosociale? On retrouve ici le vieux problème de la dépression masquée dans des malaises comme les maux de dos chroniques, malaises qui répondent positivement à une dose d'antidépresseurs (Katon, Kleinman et Rosen, 1982). Les études de Kleinman (1982) en Chine ont également démontré que les plaintes des patients neurasthéniques se plaignant de fatigue chronique étaient aussi accompagnées d'un état de dépression majeure. Les circonstances de vie de ces personnes étaient similaires à ce que l'on retrouve dans des biographies de dépressifs.

L'état de santé mentale peut aussi se définir par son *pôle positif*. Il réfère alors au sentiment de bien-être ou à la présence de ressources psychologiques. Il n'existe ici aucun consensus sur les critères à retenir et les valeurs sous-jacentes aux critères, comme l'état d'indépendance suggéré par Jahoda (1958) en conclusion à une magnifique synthèse sur la question, possèdent souvent une coloration culturelle ou idéologique. L'enquête Santé Canada avait utilisé l'échelle de Bradburn (Statistiques Canada, 1981) pour évaluer cette dimension de santé mentale positive. Ici, ce sont davantage les états émotifs positifs et négatifs ainsi que les stratégies d'adaptation (*coping mechanisms*) qui sont évalués. Les questions demandent aux répondants s'ils sont heureux, détendus, s'ils s'ennuient ou s'ils s'entendent bien avec les gens.

QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

Deux approches prévalent en épidémiologie. La première consiste à travailler à partir des archives médicales et la seconde à partir d'un échantillon choisi au hasard dans la communauté. Les études de la première catégorie ne peuvent évidemment proposer des conclusions valables que pour les cas graves qui nécessitent un traitement et leur objet n'est donc pas à strictement parler la santé mentale d'une population. Leur intérêt historique exige cependant d'en faire une brève mention.

Une des premières études les plus connues est celle de Farris et Dunham (1939) qui analyse la distribution des cas de schizophrénie traités dans les divers districts de Chicago. La conclusion fait voir clairement que le nombre des cas augmente à mesure que le niveau socio-économique diminue. Dunham (1965) fait valoir un peu plus tard que le surplus de cas en milieux défavorisés dans la ville de Détroit s'explique par la mobilité sociale descendante ou par le glissement (*drifting*) des personnes psychiatrisées dans les zones grises. Une étude ultérieure de Levy (1970) à Chicago divise les dossiers en fonction des nouveaux cas relevés au cours de la dernière année et les cas d'admissions répétées. Il en déduit que les taux de nouveaux cas pour la schizophrénie, qui constituent une mesure de l'incidence, ne varient pas en fonction des zones socio-économiques. Ce sont des cas ayant été déjà admis il y a plus d'un an qui expliquent les fortes différences entre ces zones. D'où l'importance de distinguer nettement entre les taux d'*incidence* à partir desquels on peut inférer sur le processus de causalité et les taux de *prévalence* (nouveau cas plus anciens cas) qui ne permettent pas de telles extrapolations.

La recherche d'Hollingshead et Redlich (1958) est un autre repère important. Elle s'intéresse aux cas traités dans la population de New Haven aussi bien dans les institutions publiques et privées que dans les cabinets de consultation. La variable centrale est la classe sociale et les résultats démontrent, outre la plus grande fréquence de troubles psychiatriques chez les défavorisés, une fréquence proportionnellement plus grande de troubles névrotiques chez les plus riches et de problèmes psychotiques en bas de l'échelle sociale.

Les études de populations générales ont été très nombreuses depuis la Première Guerre mondiale. Elles procèdent soit par l'accumulation d'informations de type clinique sur les membres de l'échantillon, soit par l'administration de questionnaires, soit par une combinaison de ces deux techniques. Les informations peuvent être recueillies soit par des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des enquêteurs. La source de ces données est le plus souvent l'informateur lui-même.

Il peut arriver que l'on complète à partir d'informations fournies par des tierces personnes comme des informateurs clés ou des médecins pratiquant dans la communauté.

Le livre de Plunkett et Gordon publié en 1960 repère déjà 13 études importantes aux États-Unis. La première est celle de Rosanoff qui remonte à 1916. Elle s'inscrit dans le cadre de la recherche en travail social et s'intéresse à évaluer la difficulté à fonctionner.

L'enquête de Leighton (1963) en Nouvelle-Écosse est l'une des études les plus complètes puisqu'elle intègre des chercheurs en sciences sociales. Elle couvre une série de villages d'une région rurale et recueille des informations sur la population totale à partir d'instruments épidémiologiques et d'interviews auprès des médecins traitants et d'informateurs. L'objectif est en partie de nature anthropologique et consiste à vérifier les caractéristiques des villages où les troubles psychologiques sont les plus fréquents. Les résultats démontrent que ces troubles se présentent plus fréquemment dans les villages à faible *intégration* où il n'existe pas d'organisations sociales, où les leaders sont absents ou faibles et où les valeurs religieuses sont moins présentes. Les problèmes relevés sont nombreux comme l'indiquent les résultats suivants: 30,5% de la population sont considérés comme ayant presque certainement un problème psychiatrique et 24,5% comme ayant probablement un problème psychiatrique, ce qui signifie que plus de la moitié de la population est considérée comme plus pathologique qu'en bonne santé mentale.

L'étude de Mid-Manhattan (Strole et coll., 1962) à New York emploie également des instruments standardisés et le jugement clinique de professionnels. Les responsables ont recours à des enquêteurs qui vont dans les foyers recueillir des informations sur un échantillon choisi au hasard à partir d'un questionnaire. Au retour, des psychiatres se penchent sur le matériel et fournissent une opinion sur la probabilité qu'on se trouve en présence d'un cas psychiatrique. La conclusion affirme que 23,3% de l'échantillon est psychologiquement handicapé (Strole et coll., 1962).

Par la suite, les recherches recourent rarement aux professionnels de la santé mentale à cause des coûts importants rattachés à une telle démarche. On se contente d'administrer des échelles que l'on juge suffisamment validées. Les études dès lors se chiffrent par centaines.

LES BUTS

Une étude épidémiologique est toujours conduite pour poursuivre des objectifs précis. L'usage le plus courant est de décrire l'état de santé mentale d'une population. Les résultats servent alors de baromètre et peuvent donner lieu à des comparaisons avec la même population à différentes périodes ou avec d'autres pays. L'étude Santé-Canada avait été mise sur pied pour cette raison. Elle devait informer sur l'évolution de la santé physique et mentale de la population canadienne, mais le but n'a pu être poursuivi pour des raisons d'ordre financier.

Le principal obstacle aux comparaisons entre les populations est la diversité des instruments utilisés. Les chercheurs amènent continuellement des améliorations aux anciennes échelles pour inclure des comportements nouveaux ou pour faire disparaître des items ambigus. La seule façon alors de comparer est de ne retenir que les items similaires entre deux échelles. Il existe plusieurs autres problèmes aux comparaisons entre différents groupes culturels dont nous ne mentionnerons que les principaux. La désirabilité sociale différentielle d'un symptôme, l'interprétation des énoncés (problème sémantique) ou le fait que les manifestations symptomatologiques peuvent différer d'une culture à l'autre.

Les études de ce type sont aussi souvent commandées ou encouragées par des organismes gouvernementaux qui veulent ainsi mieux planifier leur système de soins. Cependant, la recherche épidémiologique doit inclure d'autres types de renseignements qu'un simple étalement de taux de morbidité pour répondre à ce besoin. La détection des groupes présentant des problèmes particuliers ne suffit pas pour situer des priorités. Il est en effet souhaitable d'obtenir des informations supplémentaires sur l'impact que peut avoir l'état de santé mentale dans l'accomplissement des rôles sociaux. Quels sont, par exemple, les problèmes psychologiques nuisibles? C'est habituellement lorsqu'une personne n'arrive plus ou n'arrive qu'avec peine à remplir ses responsabilités qu'elle commence à définir sa situation comme un état de maladie. La baisse dans le rendement au travail, l'incapacité à établir une relation satisfaisante à l'intérieur du mariage, la difficulté à supporter les enfants sont en effet des motifs très fréquents de demande de consultation. Aussi, afin de pouvoir comparer les personnes présentant de hauts scores aux échelles de santé mentale aux populations en traitement, il s'avère nécessaire de constater l'impact de l'état psychologique sur le fonctionnement

dans la vie quotidienne. C'est l'un des critères qui permettra d'affirmer si les gens qui sont identifiés comme «cas» dans la communauté présentent vraiment des besoins d'intervention.

Les études épidémiologiques servent également à des fins politiques même si le but en est rarement avoué et qu'il s'agit le plus souvent d'une conséquence indirecte non prévue par les chercheurs. Ainsi, les études qui démontrent l'ampleur des problèmes de santé mentale dans les populations défavorisées ont certainement contribué à conscientiser un certain nombre d'intervenants et à donner des arguments au mouvement de la santé mentale communautaire aux États-Unis. La croisade de la guerre contre la pauvreté amorcée sous le mandat du président Johnson a contribué par la suite à faire ouvrir des centres de santé mentale au cœur des ghettos avec le raisonnement, un peu naïf d'ailleurs, que si l'on améliorait la condition psychologique des résidents, on leur donnerait de meilleurs outils pour se défendre dans la société.

Enfin, les instruments épidémiologiques sont utilisés pour vérifier des hypothèses théoriques. Les études de Dooley et Catalano (1980) sur les changements de santé mentale en rapport avec les fluctuations économiques mesurées par des indices comme l'évolution du produit national brut ou le taux de chômage constituent un bon exemple. Beaucoup d'autres études se sont intéressées aux conséquences du bris de la relation de couple ou aux conséquences du double rôle d'épouse et de travailleuse des femmes mariées. Plus récemment, on tente de vérifier comment le soutien social arrive à servir de tampon contre le stress vécu (Pearlin et Schooler, 1978). Plusieurs études s'intéressent également aux conséquences des événements critiques sur le niveau de santé mentale et peuvent permettre de construire des théories explicatives en termes d'étiologie sociale. En ce sens, l'épidémiologie va bien au-delà actuellement des objectifs descriptifs qui la caractérisaient à ses débuts. Les conclusions qui identifiaient les catégories de la population avec le plus de problèmes sans fournir d'autres renseignements donnaient lieu à certaines frustrations. En effet, on ne pouvait au mieux que suggérer des hypothèses explicatives. Les recherches permettent maintenant d'isoler davantage les événements et les conditions de vie particulières qui caractérisent les populations à risques. Les travaux de Brown et Harris (1978) sur l'origine sociale de la dépression chez les femmes constituent un classique dans ce domaine. Les résultats démontrent que la perte d'une personne de l'entourage prédispose fortement à la dépression si les facteurs situationnels suivants sont présents: perte de la mère avant l'âge de 11 ans et absence d'un confident dans l'entourage.

L'ENQUÊTE SANTÉ-QUÉBEC

Ce préalable permet de mieux situer la réflexion qui s'est opérée autour de la mise sur pied de l'enquête Santé-Québec dont la phase pilote vient de se terminer et pour laquelle les préparatifs de l'étape finale au niveau provincial sont en train d'être complétés. Le mandat de cette enquête est de reprendre l'enquête Santé-Canada sur le territoire québécois en amenant les modifications nécessaires pour répondre aux objectifs propres au ministère des Affaires sociales. L'idée derrière ce projet date déjà de 1971 avec la mise sur pied du Comité de la santé mentale du Québec qui avait comme mandat d'élaborer des indicateurs qui permettent de connaître l'état de santé mentale de la population, son évolution et la relation entre celle-ci et les services offerts.

Le ministère des Affaires sociales confiait donc un contrat à l'hôpital Douglas en 1981 pour mener une enquête sur deux territoires de Départements de santé communautaire. Les deux territoires choisis, ceux de Verdun et de Rimouski, se devaient de représenter une région urbaine et une région rurale afin de pouvoir apprécier les difficultés opérationnelles propres à chacun des deux types de région.

Nous allons présenter la conception qui a guidé le choix des instruments, les problèmes méthodologiques spécifiques à cette enquête et quelques résultats préliminaires.

A. CONCEPTION DE L'ENQUÊTE

La question principale au départ était de savoir si l'enquête viserait à établir des diagnostics à partir d'une entrevue psychiatrique ou à utiliser une échelle de santé mentale (*check-list*). La question était d'autant plus importante que beaucoup d'enquêtes ont opté pour le premier choix au cours des dernières années. Les instruments les plus connus sont le Present State Examination (Wing et coll., 1974) et le Diagnostic Interview Schedule (Robins et coll., 1981). Le premier de ces instruments est en fait un examen psychiatrique standardisé, c'est-à-dire qu'il reproduit dans

un ordre prédéterminé les questions que poserait un psychiatre en examinant un patient pour arriver à établir un diagnostic précis. Un système informatisé, le CATEGO, permet d'obtenir ces diagnostics. Cependant, l'utilisateur doit porter des jugements sur la sévérité des symptômes et posséder une formation clinique. Il n'en est pas de même, du moins d'après ses auteurs, pour le DIS qui est un questionnaire fermé. Grâce à un ingénieux système de questions, chaque symptôme est codé directement par l'interviewer suivant le degré de gravité et son origine probable: mental, physique ou en rapport avec l'usage de drogues ou d'alcool. Les données analysées permettent de poser les principaux diagnostics en fonction de la classification du DSM III (Diagnostic Statistical Manual) qui est proposée par l'American Psychiatric Association. Les auteurs trouvent des correspondances acceptables, bien que variables selon les diagnostics, entre les diagnostics obtenus par le questionnaire et ceux obtenus indépendamment pas des psychiatres. Cette aproche n'est cependant pas sans poser quelques problèmes. Elle exige une entrevue d'une à deux heures, voire plus même dans certains cas, et doit compter sur l'utilisation d'interviewers professionnels bien entraînés à la technique. Les résultats sont certainement plus fiables quand ceux-ci possèdent une expérience en psychiatrie. Enfin, bien que les questions soient faciles à comprendre et aisément acceptables pour l'interviewé, il n'en reste pas moins qu'elles peuvent être très personnelles et parfois créer un malaise chez celui-ci. En ce qui concerne l'enquête Santé Québec, le DIS n'a été utilisé que dans la phase de validation car il ne s'agissait pas tant de connaître le diagnostic précis que de pouvoir préciser les besoins d'une population. À cet effet, le choix d'une échelle courte, facilement administrable et analysable s'avérait plus approprié.

Une telle échelle doit contenir des questions qui font référence à une période de temps précise et couvrent plusieurs facteurs (J. Murphy, 1981). Le choix de l'instrument a été le *Psychiatric Symptom Index* (Ilfeld, 1976), qui est une version abrégée et adaptée du *Hopkins Symptoms Distress Checklist*. Cet instrument ne prétend d'aucune façon identifier les grands psychotiques ou les malades qui s'ignorent. Il se veut un aide pour repérer des troubles psychologiques qui gravitent autour de quatre facteurs: dépression, anxiété, agressivité et problèmes cognitifs. Les items se rapportent à l'état durant la semaine précédente et la réponse se fait à partir d'une échelle de fréquence en quatre points: «très souvent», «souvent», «rarement» et «jamais». Étant donné que l'enquête Santé-Québec se propose d'obtenir des renseignements sur chaque personne de plus de 15 ans, cette partie de l'enquête fait partie d'un questionnaire auto-administré qui est distribué dans le ménage grâce à la collaboration d'une personne-référence au sein du foyer.

Le P.S.I. a été traduit par notre équipe de même que plusieurs autres instruments de l'enquête Santé-Québec. La traduction d'un instrument de cette nature pose problème à cause de la difficulté à trouver un équivalent dans une autre langue aux expressions appartenant au vocabulaire des émotions. La solution la plus couramment proposée en sciences sociales est la double traduction qui consiste à traduire les items de la langue originale à la langue d'accueil et à les retraduire ensuite dans la langue originale. Cette méthode pose le danger de faire une double erreur qui s'annule. Nous avons opté pour une méthode qui consistait à constituer plusieurs traductions d'un item. Ensuite, un francophone et un anglophone faisaient une liste des significations associées à l'item original et à chacune des traductions proposées. Nous arrêtions notre choix sur l'item qui présentait la meilleure équivalence avec le terme anglais.

Étant donné que certaines personnes, même avec l'aide de l'interviewer, n'arrivent pas à remplir convenablement un questionnaire et que d'autres peuvent consciemment ou non dénier la présence de problèmes psychologiques, la collecte des renseignements est complétée par d'autres approches. L'une de celle-ci consiste à demander à la personne-référence dans chaque ménage à répondre à une liste de questions qui énumèrent une série de maladies ou de problèmes pour chaque personne vivant dans le foyer. Les questions portent sur la présence de maladie mentale, de dépression ou de problèmes de nerfs, ainsi que sur certains états psychosomatiques comme les ulcères et l'asthme. Quelques questions dans l'autoquestionnaire portent également sur l'usage de psychotropes et sur la consommation d'alcool.

Une autre approche originale est utilisée pour évaluer la présence de troubles psychologiques sérieux ainsi que d'autres états ou problèmes de comportement qui sont souvent déniés par les informateurs si les questions s'appliquent à eux-mêmes. C'est la méthode du tiers-parti (Murphy, Negrete et Tousignant, 1979). On demande à chaque personne-référence de nous identifier trois adultes de son entourage qui répondent à certaines caractéristiques socio-démographiques sélectionnées au hasard grâce à un jeu de cartes et de dire si une de ces trois personnes souffre d'un des troubles

suivants: problème de boisson, maladie suite à l'emploi de drogues illégales, violence faite aux enfants et dépression nerveuse.

Nous avons également créé un questionnaire qui demande à la personne-référence d'évaluer les dysfonctions dans les rôles quotidiens chez les membres du ménage. L'informateur est invité à indiquer les personnes dont l'état de santé physique ou le moral les empêche ou leur nuit dans l'accomplissement d'une des tâches suivantes: suivre une classe, trouver ou conserver un emploi, faire une journée normale de travail (incluant le travail ménager), établir une relation avec ses enfants, ses parents ou son époux ou épouse, avoir une vie sociale et contrôler un budget. Si la réponse est positive, l'informateur est appelé à identifier à partir d'une liste de dix énoncés les causes du problème.

Pour évaluer la santé mentale positive, le choix s'est arrêté sur une version simplifiée et adaptée du *General Well Being Schedule* de Dupuy (1980). L'intérêt de cet instrument est de couvrir plusieurs dimensions dont le contenu idéologique est plus neutre que celui d'autres échelles, ce qui le rend d'une certaine façon moins sensible au biais de la désirabilité sociale. L'instrument couvre les sept secteurs suivants: niveau d'énergie, satisfaction dans la vie, contrôle des affects, humeur (enjoué *vs* déprimé), tension *vs* relaxation, souci de sa santé et stabilité *vs* labilité des affects. Certaines questions sur le contrôle des émotions ont été rajoutées afin d'avoir une sous-échelle qui permette de mieux évaluer les modes d'adaptation au stress (*coping mechanisms*). La dimension de la santé mentale positive est également mesurée par une série de questions sur le *degré de satisfaction* par rapport à divers aspects de la vie quotidienne: relations avec la parenté, les amis, le conjoint et les enfants.

Cette phase pilote est aussi l'occasion de nombreuses sous-études de validité. Le D.I.S. dont il a été question plus haut a été administré à un sous-échantillon. La classification diagnostique qu'il permet donnera l'occasion de comparer ce type de résultats aux autres indices recueillis dans l'entrevue et l'autoquestionnaire. Les données sur l'utilisation des services seront également vérifiées quant à leur fidélité à partir des données du Régime d'assurance-maladie du Québec pour les informateurs qui ont bien voulu nous fournir leur numéro d'identification. Enfin, un autre sous-échantillon a été soumis à une version abrégée du deuxième questionnaire afin de vérifier la fidélité des réponses et la qualité du travail des enquêteurs.

Cette enquête pilote est complétée par une deuxième enquête pilote auprès d'un échantillon d'enfants et de leurs familles. Elle se déroule au service de recherches de l'hôpital Rivière-des-Prairies sous la direction de Jean-Pierre Valla. Le questionnaire inclut des instruments adaptés aux enfants qui leur seront directement administrés.

ÉCHANTILLONNAGE

Les deux populations couvrent les territoires des D.S.C. de Verdun et de Rimouski. Le territoire de Verdun couvre une population très variée du point de vue socio-économique. Il englobe en effet Pointe-St-Charles et Verdun Est, secteurs très défavorisés, de même que Ville-Émard, un quartier de Montréal assez pauvre mais mieux intégré socialement. Les secteurs de La Salle et de Verdun Ouest possèdent pour leur part les caractéristiques d'une banlieue. Rimouski couvre tout le territoire entre le Fleuve St-Laurent et la Baie des Chaleurs, depuis une frontière située à quelques kilomètres au sud de Rimouski jusqu'à Ste-Anne-des-Monts au Nord. À l'exception de Rimouski et de quelques poches à l'intérieur des petites villes, cette région est économiquement défavorisée.

L'échantillonnage[3] est une opération très délicate dans une enquête de santé mentale. Alors que la plupart des enquêtes peuvent assumer que les absents possèdent les caractéristiques des

3. Deux méthodes d'échantillonnage ont été comparées. La sélection des ménages de Verdun s'est faite à partir des listes électorales provinciales remontant à avril 1981. Comme il y avait eu deux périodes de fin de baux entre cette date et celle de l'échantillonnage, nous avons vérifié dans quelle mesure les listes provinciales étaient représentatives des adresses. À cette fin, nous avons tiré au hasard à partir des listes des séries d'adresses pour obtenir un total d'environ 1 000 ménages. Une vérification des logements habités a permis de constater que 88% d'entre eux étaient recensés sur les listes électorales. Ce taux est fort acceptable. Cependant, afin de ne pas sous-représenter les 12% d'adresses non inscrites, nous avons sélectionné non pas l'adresse tirée au hasard, mais une des trois adresses adjacentes pour 80% de la liste. Quelques adresses furent rajoutées à cette liste afin de représenter les maisons nouvellement construites.

L'échantillon de Rimouski a été construite à partir des rôles d'évaluation municipaux. Ces listes ont l'avantage d'identifier les immeubles résidentiels situés dans les rangs. Ce procédé présente cependant plusieurs difficultés dont les principales sont le non-recensement des H.L.M., la différenciation imparfaite des immeubles à caractère commercial, l'inclusion de chalets d'été et de maisons inoccupées (surtout dans l'arrière-pays).

répondants, il n'en est pas de même dans notre cas. Les personnes chroniquement absentes ou qui refusent de répondre peuvent avoir un plus fort taux de problèmes psychologiques que les personnes présentes ou coopérantes. D'où l'utilité de poser des questions sur la santé mentale de tous les membres d'un ménage à la personne-référence, le besoin de construire un échantillon qui couvre toutes les habitations et la nécessité de faire de nombreux rappels pour les absents. C'est pourquoi nous avons construit des échantillons séparés pour certaines populations à forte mobilité géographique comme celles des chambreurs et des étudiants de même que pour les personnes vivant dans les centres d'accueil ou les familles d'accueil. Les autres types de ménages collectifs de plus de dix adultes, tel que défini par Statistiques Canada, ont également fait l'objet d'un échantillonnage séparé.

Un total de 887 ménages a accepté de collaborer à Verdun et de 857 à Rimouski. Le taux de succès s'établit à 80,8% pour Verdun et à 93,3% pour Rimouski. Le taux est supérieur aux enquêtes de Statistiques Canada et s'explique surtout par le fait qu'il s'agissait de rencontrer une personne-référence plutôt qu'un membre choisi au hasard. L'interviewer laissait lors de son passage un questionnaire pour chaque adulte du foyer. Le nombre de questionnaires complétés et retournés a été de 2 190 ce qui équivaut à un taux de 83,6% et ce nombre a été de 2 659 à Rimouski pour un taux de 93,3%.

UN EXEMPLE DE RÉSULTATS

L'analyse des résultats pour la phase pilote comprendra plusieurs analyses. Nous fournirons ici à titre d'exemple quelques tableaux obtenus à partir des données de l'échelle de santé mentale négative.

Cette échelle (P.S.I. de Ilfeld) ne possède pas de méthode de classification définitive pour les scores. Ilfeld (1978) propose, selon un usage rencontré chez quelques auteurs, de diviser l'échantillon en trois catégories: symptomatologie élevée, moyenne et faible en établissant arbitrairement les limites de ces catégories pour que 15% des informateurs soient dans la première, 25% dans la deuxième et 60% dans la troisième. Un score de 20 est nécessaire pour faire partie de la catégorie de symptomatologie élevée pour l'échantillon de Chicago. La fréquence des symptômes s'est avérée beaucoup plus élevée dans notre population puisqu'il fallait un score de 30 pour faire partie de la catégorie de symptomatologie élevée de Ilfeld. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les personnes déclarent plus de symptômes par la méthode de l'autoquestionnaire ou parce que les Québécois présentent plus de symptômes qu'à Chicago.

La procédure suivante a été suivie pour l'enquête pilote. Nous avons donné aux items des scores de 0, 1, 3, 5 au lieu de 0, 1, 2, 3 dans le but d'étaler davantage leur distribution à l'aide d'un poids supérieur pour les réponses qui apparaissent plus symptomatologiques. En considérant la courbe de distribution des scores de Verdun, nous avons constaté trois points de dépression qui divisaient l'échantillon en quatre blocs que nous avons retenus pour classifier notre population en quatre sous-groupes: symptomatologie élevée (15%); moyennement élevée (20%); moyennement faible (45%); faible (20%)[4]. Cette classification possède l'avantage d'identifier les groupes positifs et négatifs, c'est-à-dire à forte ou à faible symptomatologie.

Le Tableau 1 présente les données en fonction de l'âge et de la région chez les hommes[5]. La catégorie avec le plus haut pourcentage de symptomatologie élevée est celle des 45-64 ans pour les deux régions. Bien que les effectifs soient faibles pour les 65 ans et plus et que les conclusions doivent demeurer prudentes, on remarque une baisse de symptomatologie élevée dans cette catégorie. Dans Verdun, le pourcentage est le plus faible pour les catégories les plus extrêmes. Les pourcentages sont plus faibles dans Verdun que dans Rimouski pour les quatre catégories d'âges, notamment dans les deux catégories extrêmes où il sont au moins de la moitié moins élevées (2,7% *vs* 6,8%

4. Il est nécessaire d'être prudent dans l'interprétation des pourcentages de la catégorie à faible symptomatologie. En effet, il est possible qu'un certain nombre de personnes entrant dans cette catégorie présente plus de symptômes qu'ils n'en possèdent, mais qu'ils les dénient. Ce type de comportement est observé en clinique chez les groupes de patients maniaques par exemple. Il n'est pas certain toutefois qu'un grand nombre de l'échantillon se comporte de cette façon aussi extrême. Des études devront être faites à ce propos. Il est tout de même consolant de noter que les biais, lorsqu'on en contrôle l'influence, ne semblent pas expliquer la présence de différences entre les catégories sociales pour les scores aux échelles de santé mentale.

5. On prendra note que les scores pour Verdun et Rimouski sont pondérés en fonction des échantillons de C.L.S.C. qui ne sont pas proportionels à leur population relative.

Tableau 1

Santé mentale en fonction de l'âge et de la région chez les hommes (%)

		Âge			
Symptomatologie	Régions	15-24	25-44	45-64	65 plus
Basse	V	27,6	20,0	16,7	26,1
	R	14,4	22,6	17,6	21,5
Moyennement basse	V	55,8	64,4	68,0	61,8
	R	62,8	62,9	58,5	54,4
Moyennement élevée	V	14,0	12,6	9,5	10,1
	R	16,0	10,6	14,1	16,9
Élevée	V	2,7	3,9	5,9	2,0
	R	6,8	3,9	9,9	7,2
(Effectifs)	V	(142)	(199)	(147)	(63)
	R	(212)	(337)	(197)	(95)

chez les 15-24 ans et 2,0% *vs* 7,2% chez les 65 ans et plus). De même, les pourcentages de symptomatologie basse sont en termes relatifs de 25 à 50% plus élevés à Verdun qu'à Rimouski pour ces deux catégories extrêmes.

Le Tableau 2 présente les mêmes données pour les femmes. On voit que les pourcentages de symptomatologie élevée augmentent maintenant en fonction de l'âge pour être deux fois plus élevés chez les 65 ans et plus que chez les 15-24 ans. Les différences entre les régions sont relativement faibles pour tous les groupes d'âges. Si l'on regarde le haut du tableau, on s'aperçoit que les jeunes sont moins fortement représentés dans la catégorie à basse symptomatologie. Il faut donc faire attention d'arriver trop rapidement à la conclusion que les risques d'une baisse de niveau de santé mentale augmentent avec l'âge chez les femmes car il y a paradoxalement une tendance à voir la santé mentale s'améliorer avec l'âge chez une autre catégorie de femmes.

La comparaison des Tableaux 1 et 2 démontre assez facilement que les hommes possèdent presque partout des pourcentages plus faibles dans la catégorie de symptomatologie élevée. Le contraste est surtout présent à Verdun pour les plus jeunes et les plus vieux. Il est probable que le statut de veuvage explique le désavantage particulier des femmes chez les plus âgés. La même observation vaut, mais en sens inverse, en considérant la catégorie de symptomatologie basse. Les hommes ont toujours des pourcentages plus élevés que les femmes. Ce contraste est particulièrement notable chez les 15-24 ans dans les deux régions.

Il existe une association assez claire entre le haut niveau de symptomatologie et le faible revenu familial dans les deux régions (Tableau 3). Les pourcentages chez les 0-5 999$ sont plus du double que ce que l'on observe chez les plus riches (30 000$ et plus). Les contrastes sont beaucoup moins forts lorsque l'on considère la catégorie à basse symptomatologie. Ici, les pourcentages sont légèrement moins élevés pour les revenus les plus faibles.

Tableau 2

Santé mentale en fonction de l'âge et de la région chez les femmes (%)

		Âge			
Symptomatologie	Régions	15-24	25-44	45-64	65 plus
Basse	V	9,1	14,9	15,2	18,0
	R	8,6	15,5	10,7	15,3
Moyennement basse	V	62,3	56,4	54,5	53,8
	R	60,1	58,4	53,9	53,0
Moyennement élevée	V	21,5	16,9	19,5	13,4
	R	25,6	18,1	23,8	20,2
Élevée	V	7,2	11,8	10,7	14,8
	R	5,7	8,0	11,6	11,5
(Effectifs)	V	(157)	(243)	(164)	(90)
	R	(202)	(350)	(220)	(98)

Tableau 3

Santé mentale en fonction du revenu familial (%)

Revenus	Région	Symptomatologie				
		Bas	M.Bas	M.Élevée	Élevée	Effectifs
0 – 5 999	V	17,7	55,0	17,7	9,5	(327)
	R	13,4	57,2	21,9	7,4	(578)
6 000 – 11 99 9	V	17,4	56,8	17,8	8,1	(259)
	R	15,8	61,1	14,8	8,3	(391)
12 000 – 19 999	V	18,2	61,3	13,4	7,1	(253)
	R	19,9	60,8	12,9	6,5	(286)
20 000 – 29 999	V	22,6	61,6	9,4	6,3	(159)
	R	20,9	58,0	16,3	4,8	(169)
30 000 et plus	V	21,5	60,0	13,8	4,6	(65)
	R	14,9	74,1	7,8	3,2	(107)

Les résultats en fonction du statut marital sont très intéressants (Tableau 4). On continue d'observer les mêmes résultats que dans la plupart des études, c'est-à-dire que les célibataires et les gens vivant avec un ou une conjoint(e) sont beaucoup moins présents dans les catégories à forte symptomatologie. De toutes les catégories analysées, ce sont les gens divorcés ou séparés qui ont le pourcentage de symptomatologie le plus élevé, et cela dans les deux régions. D'autre part, si l'on considère la catégorie à symptomatologie basse, les contrastes sont beaucoup moins forts que précédemment. La catégorie la plus fortement représentée est celle des veuf(ve)s de Verdun (22,4%). Les divorcés et séparés de Verdun ont un pourcentage similaire à celui des célibataires ou de ceux vivant avec un conjoint. Si la séparation ou le veuvage affecte le niveau de santé mentale, cela n'est pas nécessairement vrai pour l'ensemble de la population.

Le Tableau 5 décrit les distributions en fonction des territoires des C.L.S.C. Pour le D.S.C. de Verdun, les deux territoires extrêmes pour la symptomatologie élevée sont Pointe-St-Charles (11,4%) et Verdun-Ouest (6,1%). La différence est presque certainement attribuable au niveau socio-économique des deux territoires. Les différences sont relativement moins fortes en ce qui concerne la symptomatologie basse et il ne paraît pas y avoir d'influence du facteur socio-économique. Pour le D.S.C. de Rimouski, Matane possède un pourcentage deux fois plus élevé que Rimouski pour la symptomatologie élevée. C'est par contre le territoire de Matane qui possède également le plus fort pourcentage pour la symptomatologie basse.

CONCLUSION

Les résultats obtenus avec l'échelle de Ilfeld ne présentent pas de surprise par rapport à ce qui est observé dans la plupart des études d'épidémiologie de santé mentale. Les femmes, les

Tableau 4

Santé mentale en fonction du statut marital (%)

Statut marital	Région	Symptomatologie				
		Bas	M.Bas	M.Élevée	Élevée	Effectifs
Célibataire	V	17,3	58,8	16,8	7,1	(335)
	R	11,8	63,3	19,5	5,6	(487)
Marié ou union libre	V	17,4	63,8	12,6	6,1	(689)
	R	18,6	56,5	17,2	7,7	(1 072)
Divorcé et séparé	V	16,3	42,3	23,2	18,2	(94)
	R	3,1	69,8	14,7	12,4	(55)
Veuf	V	22,4	44,0	21,2	12,3	(92)
	R	16,6	55,5	15,8	12,1	(93)

Tableau 5

Santé mentale en fonction des C.L.S.C. (%)

C.L.S.C.	Symptomatologie				
	Bas	M.Bas	M.Élevée	Élevée	Effectifs
Verdun					
Pointe Saint-Charles	18,6	54,5	15,5	11,4	(220)
Côte Saint-Paul	19,2	54,6	16,3	10,0	(240)
Verdun-Ouest	17,1	59,3	17,5	6,1	(263)
Lasalle	15,1	64,4	13,4	7,1	(239)
Verdun-Est	21,5	55,4	16,3	6,8	(251)
Rimouski					
Rimouski	15,5	63,6	15,5	5,4	(349)
Mont-Joli	16,3	56,3	19,8	7,6	(263)
Matane	20,5	55,4	13,2	10,9	(258)
Ste-Anne-des-Monts	15,5	54,5	21,6	8,3	(264)
Amqui	16,0	61,1	14,6	8,3	(288)
Matapédia	13,7	55,6	22,5	8,3	(315)

pauvres, les veufs et les séparés possèdent les plus forts pourcentages de symptomatologie. L'aspect original de notre analyse est cependant de tenir compte à la fois de la faible symptomatologie. Et ici, on ne retrouve pas toujours les observations inverses à celle notées pour la symptomatologie élevée. On peut présumer que si un état ou une condition affecte négativement une catégorie de la population, elle peut avoir des effets différentiels très prononcés sur les membres de cette catégorie, allant même jusqu'à améliorer la situation d'un autre groupe de cette catégorie.

Les résultats présentés à titre d'exemple doivent être considérés comme encore très partiels. En effet, on ne saura les interpréter correctement qu'en les comparant avec les résultats obtenus avec les autres instruments qui sont intégrés à l'enquête. Il y a tout un programme d'analyse à compléter avant d'arriver à des conclusions définitives. Par exemple, l'un des objectifs est de comparer les personnes à forte symptomatologie qui consultent un professionnel de la santé et celles qui ne consultent pas. Est-ce que les premières sont moins affectées dans leurs rôles que les secondes? Est-ce qu'elles sont situées plus proches d'un point de service? Est-ce que leur score de santé mentale positive est plus élevé ou sont-ils plus satisfaits dans leur vie, ce qui démontrerait la présence de ressources psychologiques plus fortes? Les analyses de validité permettront également de vérifier si les gens qui possèdent une symptomatologie élevée se qualifient pour recevoir un diagnostic psychiatrique en fonction des critères du D.S.M.III. Les mêmes vérifications seront faites pour les informateurs consommant beaucoup d'alcool ou ceux qui souffrent de dépression et de nervosité. Diverses approches seront comparées. Ainsi, la méthode recourant aux tiers montrera si les personnes identifiées comme dépressives sont plus nombreuses ou se distribuent de la même façon que les personnes ainsi identifiées à partir de questions à la personne-référence. Ce ne sont là, à titre d'exemple, que quelques-uns des analyses rendues possibles dans le cadre de l'enquête Santé-Québec.

RÉFÉRENCES

Brown, G. W. et T. Harris, *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London, Tavistock, 1978.

Dohrenwend, B. P., B. S. Dohrenwend, M. S. Gould, B. Link, R. Neugebauer, et R. Wunsch-Hitzig, *Mental Illness in the United States. Epidemiological Estimates*, New York, Praeger, 1980.

Dooley, D. et R. Catalano, «Economic Change as a Cause of Behavioral disorder», *Psychological Bulletin, 87*, 1980, pp. 450-468.

Dunham, W., *Community and Schizophrenia*, Detroit, Wayne State University Press, 1965.

Dupuy, H. J., The Research Edition of the General Psychological Well-Being Schedule, Miméo, 1980.

Faris, R. E. et H. W. Dunham, *Mental Disorders in Urban Areas*, Chicago, University of Chicago Press, 1939.

Hollingshead, A. B. et F. C. Redlich, *Social Class and Mental Illness*, New York, Wiley, 1958.

Ilfeld, F. W., «Psychological status of community residents along major demographic dimensions», *Archives of General Psychiatry, 35*, 1978, 716-724.

Jahoda, M., *Current Concepts of Positive Mental Health*, New York, Basic Books, 1958.

Katon, W., A. Kleinman, et G. Rosen, «Depression and Somatization: A Review», I & II, *American Journal of Medicine, 72*, 1982, 127-135 et 241-247.

Kessler, R. C. et J. A. McRae, «Trends in the relationship between Sex and Attempted Suicide», *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 1983, 98-110.

Kirmayer, L. J., «Culture, Affect and Somatization», part I, *Transcultural Psychiatry Research Review, 21*(3), 1984, 159-188.

Kleinman, A. M., «Neurasthenia and Depression: A Study of Somatization and Culture in China», *Culture, Medicine, and Psychiatry, 6*, 1982, 117-190.

Leighton, D. C., J. S. Harding, D. B. Macklin, A. M. Macmillan et A. H., Leighton, *The Character of Danger*, New York, Basic Books, 1963.

Link, B. et B. P. Dohrenwend, «Formulation of Hypotheses about the True Prevalence of Demoralization in the United States», *In* (Dohrenwend, B. P. et coll.), *Mental Illness in the United States. Epidemiological Estimates*, New York, Basic Books, 1980.

Murphy, J., Psychiatric Instrument, Development for Primary Care Research: Patient Self-Report Questionnaire, miméo, 1981.

Murphy, H. B. M., J. C. Negrete et M. Tousignant, «Exploring a New Type of Alcoholism Survey», *International Journal of Epidemiology, 8*, 1979, 119-125.

Newmann, J., Sex Differences in Symptoms of Depression, *Journal of Health and Social Behavior, 25*(2), 1984, 136-159.

Pearlin, L. I. et C. Schooler, «The Structure of Coping», *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 1978, 2-21.

Plunkett, R. J. et J. E. Gordon, *Epidemiology and Mental Illness*, monograph series n° 6, New York, Basic Books, 1960.

Robins, L. N., J. E. Helzer, J. Croughan et K. S. Rarcliff, «National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its History, «Characteristics and Validity», *Archives of General Psychiatry, 38*, 1981 381-384.

Rosanoff, A. F., «A Survey of Mental Disorders in Nassau County», New York, *Psychiatric Bulletin, 2*(2), 1916, 109.

Seiler, L. H., «The 22-Item Scale Used in Field Studies of Mental Illness: a Question of Method, a Question of Substance, and a Question of Theory», *Journal of Health and Social Behavior, 14*, 1973, 252-264.

Srole, L., T. S. Langner, S. T. Michael, M. K. Opler, et T. A. C. Rennie, *Mental Health in the Metropolis*, New York, McGraw Hill, 1962.

Star, S. A., «The Screening of Psychoneurotics in the Army; Technical Developments of Tests», *In* (Stouffer S. *et coll.* édit.), *The American Soldier*, vol. IV, *Measurements and Prediction*, Princeton, Princeton University Press, 1979.

Statistiques Canada, *la Santé des Canadiens*, Rapport de l'enquête Santé Canada, 1981, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1981.

Tousignant, M., G. Denis, et R. Lachapelle, «Some Considerations Concerning the Validity and Use of the Health Opinion Survey», *Journal of Health and Social Behavior, 15*, 1974, 241-252.

Wing, J. K., J. E. Cooper et N. Sartorius, *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*, London, Cambridge University Press, 1974, 1.

RÉSUMÉ

Ce texte présente dans une première partie le cadre général des enquêtes épidémiologiques en santé mentale. Il en décrit les objets, les méthodes, les objectifs à travers quelques exemples historiques. La deuxième partie introduit à l'enquête Santé-Québec et discute, à titre d'illustration, de quelques-uns des résultats. On y décrit la réflexion qui a amené au choix des instruments, une description des différentes approches utilisées ainsi que les champs de la santé mentale qui sont couverts. La dernière partie contient une description de l'échantillon de la phase-pilote menée dans les territoires de Rimouski et de Verdun ainsi que les résultats obtenus à l'échelle de santé mentale négative en fonction des catégories suivantes: âge, sexe, revenu familial, statut marital et territoire de C.L.S.C. Les analyses sont faites pour les catégories à symptomatologie basse et élevée et elles démontrent que ce ne sont pas les mêmes tendances qui sont observées dans les deux distributions des résultats. La conclusion donne une idée du type d'analyses qui seront rendues possibles ultérieurement.

SUMMARY

This paper presents, in the first part, the general framework of epidemiological surveys in the field of mental health. The objects, methods, and objectives are described by means of historical examples. The second part introduces the «Santé-Québec» survey and discusses, by way of illustration, some of its findings. The reflections which led to the choice of instruments, a description of the different approaches used, and of the fields within mental health which are covered are described. The last part contains a description of the sample of the pilot phase carried out in the regions of Rimouski and Verdun, and of the findings obtained on a negative scale of mental health as a function of the following categories: age, sex, family income, marital status, and CLSC territory. Analyses are made for categories of high and low symptomatology and show that the same tendencies are not observed in the two corresponding distributions of results. The conclusion gives an idea of the types of analyses which will become possible as the survey progresses.

RESUMEN

Este texto presenta en su primera parte el cuadro general utilizado en las investigaciones sobre la salud mental. Se describen los objetos, los métodos, y los objetivos, a través algunos ejemplos históricos. La segunda parte introduce la investigación «Salud-Quebec» y discute, a título de ilustración, algunos de sus resultados. Se describen la reflexión que llevó a la elección de los instrumentos, los diferentes enfoques utilizados de la misma manera que los campos de la salud mental cubiertos. La última parte contiene la descripción de la muestra estadística de la fase-piloto llevada a cabo en los territorios de Rimouski y Verdun, y los resultados obtenidos en una escala de salud mental negativa en función de las categorías siguientes: edad, sexo, ingreso familiar, estatus marital y territorio de C.L.S.C. Se efectúan análisis de las categorías con sintomatologías bajas y elevadas. Estos análisis demuestran que no se observan las mismas tendencias en las dos distribuciones de resultados. La conclusión da una idea sobre los tipos de análisis que podran efectuarse ulteriormente.