

## A B R É G É

Les échelles dimensionnelles de mesure de la détresse psychologique sont généralement construites à partir d'une liste de symptômes associés à des cas cliniques de dépression, d'anxiété et d'autres désordres psychologiques. Leur validité de construit et concomitante est fragilisée par une faible validité de contenu. Cet article présente les résultats des validations de contenu, de construit et concomitante d'une nouvelle Échelle de Mesure des Manifestations de la Détresse Psychologique (ÉMMDP). Son originalité est de reposer sur une liste initiale de manifestations de la détresse rapportées par une population non clinique. L'ÉMMDP comprend, dans sa version courte, 23 items regroupés en quatre facteurs non orthogonaux d'auto-dévalorisation, d'irritabilité, d'anxiété/dépression et de désengagement social (alpha de Cronbach variant entre 0,81 et 0,89). Des scores élevés de détresse psychologique sont associés avec une augmentation de la consommation d'alcool, de médicaments psychotropes, le recours aux professionnels de la santé et des mesures d'auto-évaluation de l'état de santé psychologique.

## A B S T R A C T

Psychological distress scales used in epidemiologic surveys usually show high construct validity. The content validation however is less convincing since these scales rest on lists of psychiatric symptoms which are hypothesized as the very content of a psychological distress. This study presents the results of the construct and criterion validation of a new Psychological Distress Manifestations Measure Scale (PDMMS) founded on an initial list of manifestations derived from an original content validation in a general population. Twenty-three items are grouped in four oblique factors with Cronbach's alpha ranging between 0.81 and 0.89. High scores on the scale are correlated with psychoactive drugs consumption, visits to health professionals and self-evaluations of psychological health.

# Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones

R. Massé, PhD,<sup>1</sup> C. Poulin, MS,<sup>2</sup> C. Dassa, PhD,<sup>3</sup> J. Lambert, PhD,<sup>3</sup>  
S. Bélair, MS,<sup>3</sup> A. Battaglini, MS<sup>2</sup>

Durant les dernières décennies, le besoin s'est fait de plus en plus sentir pour des outils «thermomètres»<sup>1</sup> mesurant des désordres de l'humeur, de l'anxiété ou du stress, soit des outils capables d'exprimer la santé à travers un continuum de détresse et de se démarquer de la logique diagnostique catégorielle (cas/non cas). Tout en présentant une plus grande sensibilité à la multidimensionalité de la détresse, ces échelles constituent de puissants instruments de prédiction d'une pression sur les services. Les niveaux élevés de détresse sont associés à une plus forte consommation de médicaments, à un recours plus fréquent aux services de professionnels de la santé,<sup>2-4</sup> au stress<sup>5</sup> et à diverses névroses.<sup>6,7</sup> Ils affectent la vie familiale, sentimentale, professionnelle et sociale des individus<sup>4</sup> et sont liés tant à une insatisfaction face aux rapports sociaux qu'au vécu de nombreux événements critiques récents.<sup>8</sup>

Les dimensions de ce concept de détresse psychologique ne font pas encore consensus

1. Département d'anthropologie, Université Laval, Québec
2. Direction de la santé publique, Montréal
3. Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal

**Correspondance :** Raymond Massé, Département d'anthropologie, Université Laval, Ste-Foy, Qc G1K 7P4

Projet subventionné par le Programme de subventions pour projets d'interventions, d'études et d'analyses en santé communautaire du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec (Programme conjoint MSSS-CRSSS) et par une subvention du Programme Conjoint FRSQ-Santé Québec pour l'analyse et la validation de données d'enquêtes #961538.

Une version anglaise ayant été soumise à un exercice de traduction-rétrotraduction est disponible.

et chacun des outils recensés<sup>9,10</sup> met en évidence des construits différents. Constatant une forte corrélation entre diverses mesures d'une détresse non spécifique et des mesures de l'estime de soi, du désespoir, de la tristesse, de l'anxiété et de troubles cognitifs, Link et Dohrenwend<sup>11</sup> proposent un modèle unidimensionnel qui ramène l'ensemble de ces symptomatologies à un construit de «démoralisation». D'autres y voient des construits tout aussi unidimensionnels de «détresse psychologique générale» ou «d'affectivité négative». <sup>12,13</sup> Toutefois, la grande majorité des études concluent que la structure de cet état général de détresse repose sur deux facteurs centraux et fortement corrélés que sont la dépression et l'anxiété auxquels se greffent des construits référant à l'irritabilité, à la somatisation et à l'obsession-compulsion (Hopkins Symptoms Checklist<sup>14</sup>), à l'irritabilité et aux troubles cognitifs (Psychiatric Symptom Index<sup>7</sup>), à la perte de contrôle sur les émotions-comportements (Mental Health Inventory<sup>15</sup>) ou à l'irritabilité et aux troubles cognitifs (Indice de Détresse Psychologique<sup>16</sup>), etc.

La place centrale occupée par les construits de dépression et d'anxiété dans l'ensemble de ces outils s'explique par le fait que les listes initiales de symptômes soumises aux validations de construit regroupent d'abord des symptômes affectifs qui leur sont associés et des symptômes somatiques rapportés généralement par les cas cliniques lourds. On puise généralement dans les outils antérieurs à la fois les symptômes et leur formulation. Les construits factoriels qui en résultent ne peuvent que refléter les cons-

truits diagnostiques qui guident la construction des listes initiales de symptômes. Une approche alternative consiste à fonder les validations de construit sur une liste d'items couvrant l'ensemble des signes par lesquels la population non clinique ressent et communique ses états de détresse à travers des épisodes vécus.

L'objectif de la présente étude sera donc d'établir la validité de construit et la validité concomitante d'une nouvelle Échelle de Mesure des Manifestations de la Détresse Psychologique (ÉMMDP) à partir d'une banque originale de manifestations qui garantit son ancrage dans l'univers culturel contemporain qui façonne la détresse psychologique au Québec.

## MÉTHODE

La construction de la banque initiale de manifestations de détresse découle d'une première étude ethnosémantique réalisée auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de 195 résidents francophones de la région de Montréal. Dans le cadre d'entrevues semi-dirigées, les répondants ont été invités à décrire, en détail, un épisode de détresse vécu au cours de la dernière année. Les épisodes décrits couvrent l'ensemble du spectre de gravité allant de l'épisode de quelques jours de «déprime» suite au vécu d'un événement de vie critique jusqu'à des épisodes de plusieurs mois traduisant, chez certains, un profond état de démoralisation, de stress ou d'anxiété.

Une analyse de contenu des 3 000 pages de verbatim a permis l'identification de 2 182 manifestations de détresse qui furent regroupées sous 47 catégories de symptômes couvrant quatre grands «domaines» : somatique, émotif-affectif, comportemental et cognitif (voir Massé et al.<sup>17</sup> pour une description détaillée). Une liste de 73 items fut constituée en fonction des critères suivants : a) respect de l'importance relative des symptômes appartenant aux quatre domaines (ex : les symptômes somatiques qui comptent pour 16 % du total dans l'enquête ethnosémantique représentent 15 % des 73 items de la liste finale), b) au moins un item représentant chacune des 47 catégories de symptômes, c) fréquence minimale de mention à l'étude ethnosémantique. La formulation des items respecte le parler québécois populaire

Caractéristiques sociodémographiques	N	%
Sexe		
Hommes	197	49,5
Femmes	201	51,5
Âge (ans)		
15-24	48	12,1
25-34	70	17,6
35-44	82	20,6
45-54	76	19,1
65 et plus	51	12,8
Âge moyen=46,3 ans; écart-type= 17,3	71	17,8
Lieu de naissance		
Nés au Québec	345	86,7
Nés hors Québec	5	1,3
Nés hors Canada	48	12,0
Scolarité		
Secondaire non complété	104	26,2
Secondaire complété	106	26,8
Post-secondaire sans diplôme universitaire	80	20,2
Universitaire avec diplôme	106	26,8
Non spécifié	2	—
Nb. d'années moyen = 13,1 Écart-type = 4,1		
Statut d'emploi		
Salarié	141	35,1
Travailleur indépendant	24	6,0
Chômeur, assisté social	70	17,5
Étudiant	41	10,3
Retraité	91	22,8
Ménagère	33	8,3

tout en demeurant compréhensible par les francophones d'autres origines ethniques.<sup>1</sup>

Dans une seconde enquête, un échantillon aléatoire stratifié selon l'âge, le sexe et le statut socio-économique de 400 répondants parlant français, de toutes origines ethniques et résidant dans la grande région de Montréal (tableau I) fut invité à indiquer s'ils avaient, au cours du dernier mois, expérimenté ces symptômes jamais (1), rarement (2), la moitié du temps (3), fréquemment (4) ou presque toujours (5). La stabilité temporelle des symptômes fut évaluée en resoumettant le questionnaire à un sous-échantillon de 120 répondants 5 à 8 jours après la première entrevue et en calculant des indices Kappa pour chacun des items. La validation de construit fut réalisée par le biais d'analyses factorielles utilisant diverses procédures d'extraction (PAF, ML, ALPHA) et explorant la performance de solutions orthogonale et oblique. Les items présentant une communauté faible avec les facteurs (< 0,35), une corrélation inter-items supérieure à 0,80 ou une forte parenté de sens furent retirés. L'homogénéité interne de l'échelle globale et des sous-échelles factorielles fut évaluée à l'aide du alpha de Cronbach. La validité concomitante de l'échelle finale fut évaluée à l'aide d'une série de régressions logistiques qui mesurent l'effet du niveau de détresse

(contrôlé pour le sexe, l'âge, le revenu familial et le nombre d'années de scolarité) sur le risque de présenter sept facteurs concomitants. Les trois premiers sont une augmentation de la consommation d'alcool au cours du dernier mois, l'augmentation de consommation de médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois et le fait d'avoir consulté un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale au cours du dernier mois. Quatre autres facteurs représentent des formes d'autoévaluation de l'état de santé psychologique. Il s'agit d'abord de s'être autodiagnostiqué comme ayant vécu une dépression, un burn-out, une crise d'anxiété, d'angoisse ou d'instabilité émotive au cours du dernier mois et des réponses aux trois questions suivantes : 1) comparativement à d'autres personnes, diriez-vous que votre santé est, en général, excellente (1) à mauvaise (5); 2) comment qualifieriez-vous votre état de santé psychologique au cours du dernier mois? («excellente» (1) à «mauvaise» (5)); 3) dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie en général? («très satisfait» (1), «pas du tout satisfait» (4)).

## RÉSULTATS

Une première version longue de l'ÉMMDP comprenant 43 items regroupés

**TABLEAU II**  
**Résultats de l'analyse factorielle sur les items de l'Échelle de Mesure des**  
**Manifestations de Détresse Psychologique (ÉMMDP)**

Facteurs	Betas					Communautés
	F1	F2	F3	F4		
F1. Auto-dévalorisation 7 items						
J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie.	0,65	0,06	0,12	0,06	0,61	
J'ai manqué de confiance en moi.	0,48	0,12	0,20	0,16	0,61	
J'ai de la difficulté à faire face à mes problèmes.	0,42	0,16	0,09	0,29	0,59	
Je me suis dévalorisé(e), je me suis diminué(e).	0,47	0,08	0,14	0,20	0,55	
J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait.	0,65	0,21	-0,02	0,01	0,55	
J'avais tendance à m'isoler, à me couper du monde.	0,40	-0,02	0,12	0,30	0,47	
J'ai eu le sentiment d'être inutile.	0,49	0,03	0,14	0,12	0,45	
					alpha de Cronbach=0,89	
F2. Irritabilité / agressivité 5 items						
J'ai été arrogant(e) et même "bête" avec le monde.	0,11	0,74	-0,21	0,11	0,60	
J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait.	0,06	0,74	0,05	-0,02	0,59	
J'ai été agressif(ve) pour tout et pour rien.	0,02	0,60	0,16	0,06	0,53	
J'ai perdu patience.	0,14	0,57	0,06	-0,06	0,38	
J'ai été en conflit avec mon entourage.	-0,11	0,52	0,14	0,07	0,35	
					alpha de Cronbach=0,81	
F3. Anxiété / dépression 5 items						
Je me suis senti(e) triste.	0,14	0,01	0,75	-0,05	0,64	
Je me suis senti(e) déprimé(e), ou "down".	0,32	-0,02	0,57	0,03	0,63	
Je me suis senti(e) préoccupé(e), anxieux(se).	-0,05	0,02	0,71	0,11	0,58	
Je me suis senti(e) mal dans ma peau.	0,28	-0,01	0,47	0,13	0,55	
Je me suis senti(e) stressé(e), sous pression.	-0,09	0,21	0,61	0,06	0,51	
					alpha de Cronbach=0,85	
F4. Désengagement social 6 items						
Je manquais d'initiative en général, j'étais moins fonceur.	0,01	0,12	-0,05	0,70	0,55	
Je me suis senti(e) désintéressé(e) par les choses qui habituellement m'intéressent.	0,20	-0,12	0,16	0,54	0,53	
Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit.	0,18	-0,06	-0,01	0,62	0,50	
J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner.	0,29	0,08	-0,02	0,41	0,42	
J'avais tendance à être moins réceptif(ve) aux idées ou aux opinions des autres.	-0,15	0,25	0,08	0,50	0,40	
J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit.	0,00	0,02	0,16	0,50	0,39	
					alpha de Cronbach=0,82	
TOTAL 23 items					alpha de Cronbach=0,93	
Variance expliquée :						
Analyse factorielle : 52,1 %						
Analyse en composantes principales : 60,3 %						

**TABLEAU III**  
**Corrélations inter-facteurs**

Facteurs	1	2	3	4
Auto-dévalorisation	1,00			
Irritabilité/agressivité	0,33	1,00		
Anxiété/dépression	0,47	0,40	1,00	
Désengagement social	0,58	0,52	0,56	1,00

sous quatre facteurs non orthogonaux fut produite. Un seul item fut retiré présentant une faible stabilité temporelle ( $Kappa < 0,25$ ). Un travail supplémentaire de réduction du nombre d'items qui respecte le contenu de la détresse mis à jour par l'étude ethnosémantique nous a conduit à retenir une échelle à 23 items comportant les mêmes quatre facteurs (rotation oblique, extraction PAF). Les corrélations entre les scores obtenus aux versions longue et courte sont de  $r=0,99$  pour le score total et de  $0,91$  à  $0,98$  pour les quatre sous-échelles. Le tableau II présente cette

dernière solution factorielle qui explique 52 % de la variance observée (60 % par l'analyse en composante principale) pour 23 items. Tant l'échelle totale (alpha de Cronbach de 0,93) que les sous-échelles présentent une forte cohérence interne (alpha variant de 0,81 à 0,89). La détresse psychologique s'exprime donc à travers les quatre dimensions suivantes : 1) l'auto-dévalorisation qui réfère à une perte de confiance en soi, un sentiment d'inutilité, une faible estime de soi et une tendance à s'isoler de son entourage; 2) l'irritabilité/agressivité qui s'accompagne d'arrogance et

de conflits avec l'entourage; 3) l'anxiété/dépression couplée à un état de stress; et 4) un désengagement social associé à un désintéret généralisé. Les corrélations inter-factorielles varient entre 0,33 et 0,58, le quatrième facteur présentant un fort niveau d'association avec les trois premiers (tableau III).

Les scores à l'échelle de Mesure des Manifestations de Détresse Psychologique (ÉMMDP) présentent une forte association avec les divers facteurs concomitants. On observe (tableau IV) que, même une fois contrôlés pour divers facteurs sociodémographiques, les risques d'une augmentation de consommation d'alcool ou de recours aux services de santé se trouvent multipliés par trois ou quatre avec l'augmentation des scores de détresse. Une détresse élevée est encore plus fortement associée (ratios de cotes variant entre 5 et 9) avec les diverses

**TABLEAU IV**  
**Résultats de l'analyse factorielle**

Facteurs concomitants	Âge 16-87 ans	Genre (Masc.)	Revenu familial > 12 000\$	Années de scolarité (0-25)	Score brut détresse (1-4,70)
Augmentation consommation d'alcool	-0,040 ±0,020 0,96 [0,92;1]	-1,305 ±0,591 0,27 [0,09;0,86]			1,546 ±0,324 4,69 [2,49;8,86]
Augmentation consommation de psychotropes	0,044 ±0,009 1,04 [1,03;1,06]				1,146 ±0,215 3,15 [2,06;4,79]
Recours à un professionnel de la santé					1,237 ±0,219 3,45 [2,24;5,29]
Peu ou pas satisfait de sa vie en général			1,229 ±0,539 3,42 [1,19;9,83]		2,184 ±0,290 8,88 [5,03;15,68]
Autodiagnostic de dépression, burn-out...					1,747 ±0,235 5,74 [3,2;9,09]
Auto-évaluation négative de santé psychologique					2,158 ±0,270 8,65 [5,1;14,69]
Auto-évaluation négative état de santé général				-0,082 0,034 0,92 [0,86;0,98]	0,949 ±0,196 2,58 [1,76;3,79]

B: Coefficient de régression    ET(B): Erreur type de B    RC=exp(B) Ratio de Cote    IC(RC)<sub>0,95</sub> = [e<sup>(B -1,96SE(B))</sup>;E<sup>(B+1,96SE(B))</sup>] Intervalle de confiance

auto-évaluations de l'état de santé mentale et une insatisfaction face à la vie.

## DISCUSSION

La présente recherche a permis l'élaboration d'un outil de mesure de la détresse psychologique répondant à des critères élevés de fidélité et de construit. L'ÉMMDP se démarque toutefois par une forte validité de contenu étant fondée sur une banque de signes de détresse auxquels une population non clinique eût recours pour exprimer et communiquer ses malaises dans le cadre d'épisodes vécus de détresse. Les quatre dimensions factorielles retenues ne peuvent prétendre ni résumer ni refléter la multiplicité des formes de manifestation de la détresse. Toutefois, l'autodévalorisation, l'irritabilité/agressivité, la dépression/anxiété et le désengagement social expriment les principaux canaux d'expression auxquels la population générale a recours au milieu des années 90. L'outil regroupe donc les éléments fondamentaux du «vocabulaire» qui fondent le «langage» de la détresse. Des analyses factorielles confirmatives ultérieures nous ont permis de confirmer

que ces quatre dimensions traduisent bien un concept latent de détresse.<sup>18</sup>

Ces dimensions factorielles se démarquent sensiblement de celles proposées par d'autres outils. Si la dépression, l'anxiété et l'irritabilité tiennent, ici aussi, une place importante, la détresse ne s'exprime pas qu'à travers des désordres de l'humeur. Nos résultats montrent qu'elle s'exprime à travers une profonde autocritique et une perte d'estime de soi (autodévalorisation), sentiment général d'incompétence qui s'accompagne à son tour d'un désengagement face aux activités sociales. Le repli sur soi associé à l'autodévalorisation conduit à une démotivation puis à diverses manifestations de retrait social. Nos résultats divergent de ceux obtenus par Mirowski et Ross<sup>19</sup> qui voient dans la dépression et l'anxiété les deux dimensions fondamentales de la détresse, chacune reposant tant sur des humeurs que sur des malaises physiques. De même, ni la version longue ni la version courte de l'ÉMMDP ne laissent place à un construit spécifique traduisant des désordres cognitifs. Seul un item portant sur les difficultés de concentration réfère à ce type de désordre tout en

demeurant associé au construit de désengagement social.

Notons que les items liés aux manifestations de dépression et d'anxiété sont ici regroupés sous un seul et même construit (tant dans les versions longues et courtes de l'échelle). L'ÉMMDP se démarque donc, entre autres, de l'Indice de Détresse Psychologique<sup>20</sup> ou du Mental Health Inventory qui, avec des solutions factorielles non orthogonales, obtenaient deux construits distincts mais ce, en dépit d'une corrélation entre ces deux facteurs de 0,76 dans le cas du MHI<sup>15</sup> et de 0,94 dans la version abrégée de l'IDP. Une revue des études<sup>21</sup> analysant les corrélations entre ces deux construits atteste non seulement de la force de cette association dans diverses populations cliniques et non cliniques (r variant entre 0,50 à 0,80) mais rapporte l'incapacité de plusieurs études à obtenir des facteurs séparés pour ces deux construits. Une explication avancée serait que la tristesse et la crainte, deux émotions de base qui sous-tendent respectivement les construits de dépression et d'anxiété sont aussi fortement corrélées.<sup>20</sup> Nos résultats vont donc dans le sens de la critique

adressée par certains<sup>22-25</sup> au Diagnostic and Statistical Manual quant à son insistance à maintenir séparés les diagnostics de dépression et d'anxiété sans tenir compte des gains tirés d'une approche de comorbidité.

Notons aussi que même si 16 % des manifestations de détresse rapportées lors de l'étude ethnosémantique référaient à des problèmes somatiques et que 77 % des épisodes décrits comportaient au moins une manifestation somatique associée à la détresse, tous les items somatiques disparaissent de l'outil final (tant la version longue que courte). En fait, dans la solution factorielle produite à partir des 72 items initiaux, les 10 items somatiques (ex : insomnie, troubles de l'appétit, fatigue, maux d'estomac) se sont tous retrouvés sous le facteur de dépression/anxiété mais avec des communautés faibles. La détresse somatique, tout comme la détresse cognitive, n'est donc pas retenue comme une dimension spécifique de la détresse dans notre population d'enquête. Une analyse complémentaire a montré toutefois que le score à une échelle somatique construite à partir de ces 10 items présentait des corrélations variant de 0,46 à 0,71 avec les sous-échelles de l'ÉMMDP démontrant qu'un niveau élevé de détresse s'accompagne de manifestations physiques. Contrairement à Ilfeld qui observait une distribution des items somatiques du PSI dans les deux construits d'anxiété et de dépression ou à d'autres échelles qui intègrent des symptômes somatiques, notre échelle n'en retient aucun évitant ainsi les risques de confusion qui découlent de l'intégration de symptômes physiques possiblement attribuables à des maladies physiques concomitantes.<sup>26</sup> Nos résultats convergent toutefois avec ceux de Prévillé et al.<sup>20</sup> qui concluent, à partir d'une validation de l'IDP, qu'un modèle à quatre facteurs ne comprenant que des items «psychologiques» et excluant un cinquième facteur (fondé sur 11 items somatiques du PSI) constitue un modèle tout aussi adéquat d'estimation du construit de détresse psychologique.

Enfin, nos résultats confirment la capacité qu'ont de tels outils «thermomètres» à prédire des dysfonctionnements (augmentation de la consommation d'alcool et de médicaments psychotropes) chez les groupes présentant une détresse élevée. Ils

confirment, de même, à la lumière des diverses autoévaluations de l'état de santé psychologique que les individus ont pleinement conscience de la présence et des effets de ces manifestations de détresse. C'est peut-être cette conscience de détresse qui a conduit les individus présentant des scores élevés à consulter un professionnel de la santé et à créer une pression sur l'offre de services. Cette association entre détresse et consultations professionnelles a déjà été notée par Ilfeld<sup>7</sup> et Prévillé et al.<sup>16</sup> mais ne devenait plus significative lorsque contrôlée pour divers facteurs sociodémographiques.<sup>20</sup> Nos résultats confirment cette association même dans le cadre d'une analyse multivariée contrôlant pour l'âge, le genre, le revenu familial et la scolarité.

Nous croyons que les échelles multidimensionnelles du type de l'ÉMMDP répondent aux besoins particuliers des responsables de l'évaluation des interventions de prévention et de promotion de la santé mentale mais aussi aux besoins des enquêtes épidémiologiques nationales visant à estimer l'état de santé mentale des populations générales. La contribution de la présente recherche aura été de produire un outil de mesure qui, tout en présentant une solide validité de construit et concomitante, se démarque par une validation de contenu qui atteste de l'ancrage de ce construit dans l'univers socioculturel qui façonne le vécu et l'expression de la détresse psychologique.

## BIBLIOGRAPHIE

- Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1229-36.
- Berkanovic E, Hurwicz ML, Landsverk J. Psychological distress and the decision to seek medical care. *Soc Sci Med* 1988;27(11):1215-21.
- Santé Québec, *Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1988*, Tome 1. Québec: Les publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 337p.
- Santé Québec; Bellerose C, Lavallée C, Chénard L, Levasseur M. (dir.), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1. Montréal: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Uhlenhuth EH, Lipman RS, Balter MB, Stern M. Symptom intensity and life stress in the city. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:759-64.
- Uhlenhuth EH, Balter MB, Mellinger GD, et al. Symptom checklist syndromes in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1167-73.
- Ilfeld FW. Further validation of a Psychiatric Symptom Index in a normal population. *Psychol Rep* 1976;39:1215-28.
- Massé R, Poulin C. Mental health of community residents in the metropolitan Montreal area: Some results of the "Santé Québec Survey". *Rev can santé publique* 1991;82(5):320-24.
- Gotlib IH, Cane DB. Self-report assessment of depression and anxiety. In: Kendall PC et Watson D (éds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. NY: Academic Press, 1989;131-63.
- Weissman MM, Myers JK, Ross CE. *Community Surveys of Psychiatric Disorders*. NJ: Rutgers University Press, 1988.
- Link B, Dohrenwend BP. Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States. In: Dohrenwend BP, Gould MS, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R (Eds.), *Mental Health in the United States: Epidemiologic Estimates*. New York: Praeger, 1980.
- Gotlib IH. Depression and general psychopathology in university students. *J Abnormal Psychol* 1984;93:19-30.
- Zurawski RM, Smith TW. Assessing irrational beliefs and emotional distress: Evidence and implications of limited discriminant validity. *J Counseling Psychol* 1987;34:224-27.
- Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, et al. The Hopkins Symptoms checklist: A self-report inventory. *Behav Science* 1974;19:1-15.
- Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(5):730-42.
- Prévillé M, Boyer R, Potvin L, et al. La démorallisation: Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Rapport de recherche, DSC Maisonneuve-Rosemont, septembre 1990.
- Massé R, Poulin C, Battaglini A. Élaboration d'un outil de mesure de la santé mentale des Montréalais francophones. Rapport de recherche, Direction de la Santé Publique de Montréal, Équipe Écologie Humaine et Sociale, 1996.
- Massé R, Poulin C, Dassa C, et al. The Dimensions of Mental Health: Confirmatory Factorial Analysis of psychological distress and well-being constructs. *Social Indicators Research* automne 1998.
- Mirowski J, Ross CE. *Social Causes of Psychological Distress*. NY: Aldine de Gruyter, 1989.
- Prévillé M, Potvin L, Boyer R. The structure of psychological distress. *Psychol Rep* 1995;77:275-93.
- Good BJ. Culture, diagnosis and comorbidity. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1992;16:427-46.
- Manson SM. Culture and DSM-IV: Implications for the diagnosis of mood and anxiety disorders. In: Messich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL (Eds.), *Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc, 1994.
- Watson D, Kendall PC. Understanding anxiety and depression: Their relation to negative and positive affective states. In: Kendall PC, Watson D, *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. New York: Academic Press, 1989; 3-25.
- Blazer D, Swartz M, Woodbury M, et al. Depressive symptoms and depressive diagnoses in a community population. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1077-84.
- Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M, et al. The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. *Am J Psychiatry* 1994;151(8):1153-62.
- Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988;145:976-81.

Reçu : 15 mai 1997

Accepté : 24 octobre 1997