

ADRLSSSS de la Montérégie
Centre de documentation
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec)
J4K 2M3

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE
DE LANAUDIÈRE

LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES AGÉES

par

MANON THÉOLIS
AGENTE DE RECHERCHE

JOLIETTE

JUILLET 1990

RC
451.4 A5
T392s
1990

Le présent document est
la propriété de la Bibliothèque nationale du Québec

Dépôt Légal:
ISBN: 2-920924-32-X
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
3e trimestre 1990

ERRATA

1. Le paragraphe qui suit doit se lire comme tel:

3.2.3 LES TROUBLES COGNITIFS

Un certain nombre d'études nous renseignent sur la prévalence des troubles cognitifs et des démences chez les personnes âgées (Myers, Weissman et coll., 1984; Blazer et Houpt, 1979; Copeland et coll., 1986; Kay et coll., 1964). La prévalence instantanée et sur six mois de ces troubles, mesurée ici par différents instruments, est évaluée à 1,2 %, 3,6 %, 4,0 %, 4,2 %, 4,6 %, 4,8 %, 5,7 %, 5,7 %, 6,3 % selon les différents résultats de ces quatre études. Par ailleurs, la prévalence à vie des troubles cognitifs est estimée à 4,0 %, 5,0 % et 5,1 % par Robins, Helzer et coll. (1984). En résumé, une faible différence distingue le taux médian de prévalence instantanée et sur six mois (4,6 %) du taux médian de prévalence à vie (5,0 %) des troubles cognitifs.

2. Quelques références sont à ajouter ou à corriger:

- . LAWTON, M.P. (1972). The dimensions of In D.P. Kent, R. Kastenbaum et S. Sherwood (Eds). Research, planning and action for the elderly. New York; Behavioral Publications, p. 144-165.
- . LAPIERE, L., ADAMS, O. (1989). Les personnes âgées. Québec; Les Publications du Québec, 82 p.
- . LARSEN, R.J., DIENER, E., EMMONS, R.A. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. Social Indicators Research, vol. 17, p. 1-17.
- . WINDLEY, P.G., SCHEIDT, R.J. (1982). An ecological model of mental health among Small-Town rural elderly. Journal of Gerontology, vol. 37, no 2, p. 235-242.

3. Certaines corrections sont à apporter aux références apparaissant au tableau 4:

Instrument de mesure	(...)	Références	Page
. GWB-General Well-being Schedule		. Dupuy (1978); <u>voir Perreault, 1987)</u> . Diener (1984) . Costa et coll. (1987)	54
. PWB-Perceived well-being scale		. Reker et wong (1984)	55

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Conseil de la santé et des services sociaux de Lanaudière et des Laurentides dans le cadre du programme de subventions pour projets d'interventions, d'études et d'analyses en santé communautaire.

à ma grand-mère

REMERCIEMENTS

Parmi toutes les personnes ayant participé à l'accomplissement de ce travail, je tiens particulièrement à remercier Mario Paquet pour son appui tout au long de cette recherche ainsi que Élizabeth Cadieux, Jean Chassé et Lise Ouellet pour leurs commentaires éclairés apportés à la version finale de ce rapport. Je tiens à remercier très sincèrement Jacinthe Bélisle pour toute sa collaboration ayant permis la mise au propre de ce travail.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	iv
TABLE DES MATIERES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE: LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES: ÉLÉMENTS PROBLÉMATIQUES ET CONTEXTUELS	5
1. LES PERSONNES ÂGÉES	6
2. LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE	8
3. LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES	12
4. LES QUESTIONS DE RECHERCHE	14
DEUXIEME PARTIE: REVUE BIBLIOGRAPHIQUE	15
1. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	16
1.1 INTRODUCTION	17
1.2 CRITÈRES DE SÉLECTION DES ÉTUDES	17
1.3 MÉTHODE D'ANALYSE	19
1.4 DESCRIPTION DES ÉTUDES RECENSÉES	20
2. LES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	33
2.1 L'ÉPIDÉMIOLOGIE SOCIALE ET PSYCHIATRIQUE	34
2.2 LES INDICATEURS DE MALADIE MENTALE	37
2.2.1 LES INSTRUMENTS DE MESURE SYMPTOMATOLOGIQUE	39
2.2.2 LES INSTRUMENTS DE MESURE DIAGNOSTIQUE	42
2.3 LES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE POSITIVE	43
3. LA PRÉVALENCE ET LES VARIATIONS SELON L'ÂGE	58
3.1 INTRODUCTION	59
3.2 LA PRÉVALENCE DES PERSONNES ÂGÉES ÉPROUVANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE	60
3.2.1 LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	61
3.2.2 LA DÉPRESSION	62
3.2.3 LES TROUBLES COGNITIFS	63
3.2.4 L'ENSEMBLE DES TROUBLES MENTAUX	63
3.3 LA PRÉVALENCE DES PERSONNES ÂGÉES BIEN PORTANTES	64
3.4 LES VARIATIONS DE LA PRÉVALENCE SELON L'ÂGE	64
3.5 CONCLUSION	67

4.	LES CORRÉLATS DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES AGÉES	84
4.1	INTRODUCTION	85
4.2	LES DIFFÉRENCES SEXUELLES	86
4.3	LES RESSOURCES ÉCONOMIQUES	86
4.4	LE STATUT MATRIMONIAL	87
4.5	LES RESSOURCES SOCIALES	87
4.6	LA SANTÉ PHYSIQUE	88
4.7	LE STRESS	89
4.8	LES RESSOURCES PERSONNELLES	89
4.9	LE MILIEU DE RÉSIDENCE URBAIN ET RURAL	89
4.10	LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS ET L'UTILISATION DE SERVICES .	90
4.11	LA RELIGION	90
4.12	LE STATUT D'ACTIVITÉ ET LA RETRAITE	90
4.13	L'HABITAT	91
4.14	CONCLUSION	91
5.	DISCUSSION GÉNÉRALE	93
	ANNEXE A	96
	BIBLIOGRAPHIE	140

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des études recensées utilisant des indicateurs de problèmes de santé mentale	26
Tableau 2	Caractéristiques des études recensées utilisant des indicateurs de santé mentale positive	30
Tableau 3	Liste des caractéristiques des principaux instruments de mesure symptomatologique et diagnostique	47
Tableau 4	Liste des caractéristiques des principaux instruments de mesure de santé mentale positive	52
Tableau 5	Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population	68
Tableau 6	Prévalence des indices de santé mentale positive rapportée dans les études recensées selon le type de population	80
Tableau 7	Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes de santé mentale et l'âge	97
Tableau 8	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale positive et l'âge	102
Tableau 9	Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes de santé mentale et le sexe	104
Tableau 10	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale positive et le sexe	108
Tableau 11	Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes de santé mentale et les ressources économiques	110
Tableau 12	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale positive et les ressources économiques	110
Tableau 13	Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes de santé mentale et le statut matrimonial	113
Tableau 14	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale positive et le statut matrimonial	115
Tableau 15	Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes de santé mentale et les ressources sociales	117
Tableau 16	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale positive et les ressources sociales	121

Tableau 17	Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes de santé mentale et la santé physique	123
Tableau 18	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale positive et la santé physique	126
Tableau 19	Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes de santé mentale et le stress	128
Tableau 20	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale positive et le stress	130
Tableau 21	Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes de santé mentale et les ressources personnelles	131
Tableau 22	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale positive et les ressources personnelles	132
Tableau 23	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale et le milieu de résidence rural/urbain	133
Tableau 24	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale et la consommation de médicaments et l'utilisation des services	135
Tableau 25	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale et la religion	137
Tableau 26	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale et le statut d'activité et la retraite	138
Tableau 27	Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale et l'habitat	139

Il est entendu que, tout au long de ce texte, l'usage exclusif du genre masculin inclut évidemment le genre féminin.

INTRODUCTION

Certaines préoccupations font partie de l'actualité québécoise et risquent de marquer les prochaines décennies. Parmi celles-ci, apparaît le vieillissement de la population. Ce phénomène caractérise l'évolution démographique de notre société et conditionne du même coup l'avenir social, économique et politique de la population québécoise. Bien que l'avenir est en proie à plusieurs types de spéculations, tantôt pessimistes tantôt plus optimistes, il est pertinent de s'attarder dès maintenant aux implications de ces transformations d'autant plus que le Québec connaît et connaîtra un vieillissement particulièrement rapide de sa population.

Également, la santé mentale est un sujet d'actualité qui sous-tend plusieurs enjeux pour l'avenir. Dans la foulée du mouvement de désinstitutionnalisation amorcé depuis près de vingt ans, la santé mentale a retenu ici et ailleurs l'attention notamment des instances gouvernementales. De fait, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1989) a présenté depuis peu une politique québécoise de la santé mentale. Cette publication est précédée de plusieurs développements dans le milieu d'intervention et de nombreux travaux dont ceux effectués dans le cadre du Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ). Les suites prévues à la politique de santé mentale impliquent toutes les régions du Québec qui doivent mettre en place des plans d'organisation de services dans un domaine où les problèmes sont nombreux et complexes. Ces considérations font en sorte que le moment apparaît opportun pour réfléchir sur la santé mentale en tant qu'objet de recherche et d'intervention.

Le mandat qui a été confié à l'auteure rallie vieillissement et santé mentale comme thèmes de recherche. Le premier objectif de ce travail consiste à documenter la problématique de la santé mentale des personnes âgées dans une perspective de prévention et de promotion. Le deuxième objectif vise à dresser un portrait de l'état de santé mentale des personnes âgées résidant dans la région de Lanaudière.

Le second objectif fait déjà l'objet du premier rapport¹. Sur la base des données de la morbidité hospitalière pour troubles mentaux durant l'année 1986-1987, ce rapport fait ressortir la nature et l'ampleur des problèmes de santé mentale éprouvés par l'ensemble de la population de Lanaudière - y inclus la population âgée. Précisons que cette présentation se complète par une description des caractéristiques de cette population et de certaines variables liées à l'utilisation de traitements hospitaliers et ce, en comparaison avec les données québécoises.

Pour répondre au premier objectif, l'option choisie est de faire le point sur ce que nous savons sur la santé mentale des personnes âgées avec l'appui d'une revue bibliographique. Ce présent rapport expose un examen descriptif de la littérature en épidémiologie sociale et psychiatrique. Dans un premier temps, les principaux questionnements et considérations qui ont précédé et contribué à la formulation des questions de recherche sont présentés. Dans un deuxième temps, la revue bibliographique qui repose sur une soixantaine d'enquêtes est brièvement introduite par la démarche méthodologique adoptée dans ce travail. Ce rapport se poursuit par un exposé sur les indicateurs développés pour étudier la santé mentale. Ensuite, les principaux résultats des enquêtes sont examinés en vue de relever la prévalence des personnes âgées éprouvant des problèmes de santé mentale et des personnes âgées bien portantes et, finalement, d'établir la relation entre plusieurs facteurs et la santé mentale des personnes âgées.

Cette revue bibliographique se distingue des précédentes pour trois raisons. D'abord, ont été retenues des enquêtes qui nous informent tant sur la maladie mentale que sur la santé mentale positive des gens âgés. Ensuite, des études ont été sélectionnées parmi les plus récentes qui, pour la plupart, ne sont pas encore recensées dans des revues générales. Finalement, ont été choisies toutes les études pertinentes qui font référence à la population québécoise et canadienne.

¹Théolis, M. (1990). La morbidité hospitalière pour troubles mentaux dans Lanaudière. Joliette, DSC De Lanaudière, 119 p.

Ce travail de recherche s'adresse non seulement aux chercheurs mais aussi aux intervenants, aux planificateurs et aux décideurs provenant des réseaux public et communautaire. Plus particulièrement, ce travail s'adresse à tous ceux qui sont déjà concernés d'une manière ou d'une autre par la santé mentale des personnes âgées et qui désirent être sensibilisés et informés sur cette question. De plus, ce travail vise à être profitable à tous ceux qui désirent contribuer à rendre possible des actions préventives et promotionnelles auprès des personnes âgées.

PREMIERE PARTIE

LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES: ÉLÉMENTS PROBLÉMATIQUES ET CONTEXTUELS

Examiner la question de la santé mentale des personnes âgées nous invite à plonger au coeur d'une vaste littérature dans laquelle dominent certains champs d'études, particulièrement prolifiques depuis les vingt dernières années dont la gérontologie sociale et l'épidémiologie sociale et psychiatrique. L'essentiel des questionnements et des considérations qui ont contribué à l'élaboration des questions de recherche est formulé dans les propos développés dans les trois points suivants, présentés préalablement à la recension des écrits, soit les personnes âgées, la promotion de la santé mentale et la santé mentale des personnes âgées.

1. LES PERSONNES ÂGÉES

Pour introduire ce travail, il convient de signaler ce que nous entendons par personne âgée. Nous savons que le seuil de la vieillesse s'établit conventionnellement sur une échelle d'âge. Ce seuil possède par ailleurs des limites floues et peut s'appuyer sur différents critères sociaux, législatifs et politiques, physiologiques et anatomiques, psychologiques et autres, lesquels peuvent varier d'une époque à l'autre et d'une culture à l'autre.¹

Bien que nous devons demeurer prudents face à toute définition, nous retenons pour le moment qu'une personne âgée est une personne âgée de 65 ans et plus, compte tenu que la majorité des études incluses dans notre revue de littérature font référence à cette norme. Toutefois, nous devons nous rappeler tout au long de cette présentation qu'il n'est pas possible de considérer le groupe des personnes âgées comme un groupe homogène quel que soit le critère utilisé.

¹Ceci nous amène à signaler une réflexion critique importante qui s'est réalisée au cours des dernières années sur la pertinence et l'universalité des concepts utilisés pour définir les personnes âgées et leur position dans la société - voire le statut et le rôle sociaux. Par exemple, cette question a été abordée selon plusieurs perspectives liées à l'histoire sociale (Lenoir, 1979; Phillibert, 1984; Müller et coll., 1969; Cribier, 1983), à l'anthropologie culturelle (Clark, 1973; Keith, 1981; Corin, 1982B; Coenen-Huther, 1978; Arcand, 1982; Gutmann, 1980; Morrissey, 1983; Bengtson et coll., 1975; Reid, 1985) et à la sociologie critique (Guillemard, 1981; Harris et Cole, 1980; Marshall, 1983; Dowd, 1986; Lehr, 1983).

Sur la scène médiatique québécoise, ce qui circule à l'endroit des personnes âgées soulève souvent la question de l'avenir démographique de notre population et des répercussions pour l'ensemble de la société. De manière générale, les auteurs des études consacrées à ce groupe d'âge introduisent fréquemment leurs propos par la croissance en nombre et en proportion des gens âgés et ce, d'ici les quarante prochaines années. Bien que le vieillissement de la population caractérise la plupart des pays industrialisés depuis un nombre variable d'années, une situation particulière prévaut au Québec. En effet, "la population québécoise est avec ses 10,5% de personnes âgées en 1988, l'une des plus jeunes d'Occident mais sera également celle au vieillissement le plus rapide, si rien ne change. Dans quarante ans, l'une des deux à trois populations les plus vieilles du monde se trouvera ici" (Matthews, 1988).

Par ailleurs, lorsqu'il s'agit de décrire les paramètres socio-sanitaires des personnes âgées, on ne manque pas de souligner les problèmes multiples et chroniques de santé, les pertes d'autonomie fonctionnelle, les conséquences d'une surconsommation médicamenteuse et les conditions défavorables d'existence de la vie quotidienne. Lorsqu'on pense à la santé mentale, certaines sources d'information s'entendent pour affirmer que la prévalence des problèmes de santé mentale semble augmenter avec l'âge. Ce portrait de santé peu reluisant semble inviter bon nombre d'auteurs à présenter des projections peu encourageantes. Qui plus est, à un niveau politique, deux phénomènes alimentent d'emblée l'orientation négative de ces prévisions: la volonté actuelle du gouvernement de rationaliser et de réduire les coûts associés aux soins et aux services de santé ainsi que le mouvement de désinstitutionnalisation. Ces derniers éléments ont eu et auront pour effet de déterminer de nouveaux contingents dans la dispensation des services et ce, particulièrement à l'endroit de clientèles ayant des troubles sévères et chroniques.

L'ensemble de ces considérations contribuent à produire un effet dramatisant souvent véhiculé à travers l'information diffusée sur le vieillissement de la population et sur les personnes âgées et qui se traduit, comme en fait mention Roy (1988), par le choix des termes et les idées rencontrées dans les scénarios proposés pour l'avenir:

on parlera du "problème" du vieillissement de la population, du "poids" des personnes âgées, de la "charge" qu'elles feront porter aux générations plus jeunes, du "fardeau" qui sera imposé à la population d'âge actif, des "coûts" multiples associés à leur grand nombre, de l'"escalade" des dépenses exigées de la société, de l'"appauvrissement" collectif qui s'ensuivra, et, de façon plus hypothétique, de la "perte de vitalité", du "conservatisme", du "manque de dynamisme", voire de la "stagnation des sociétés vieilles".

En ce sens,

on peut se demander si la vision négative d'une vieillesse conçue essentiellement en termes de besoins et de manque ne participe pas en partie à la mise à l'écart culturelle des personnes âgées dans notre société, et si elle répond au vécu profond des personnes elles-mêmes (Corin, 1982A).

Sans négliger la réalité vécue par les gens âgés et leurs demandes d'intervention, il est à se demander si ce point de vue ne compromet pas la possibilité même d'envisager une définition de la santé de cette population et l'intérêt de penser et de concevoir une promotion de la santé mentale des personnes âgées.

2. LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

Bien que la notion de promotion n'est pas nouvelle, ce thème demeure toujours séduisant et s'avère très actuel. Par exemple, un intérêt favorable à l'endroit de la promotion de la santé se manifeste notamment par la diffusion du plan fédéral "La santé pour tous" (Epp, 1986) et, plus récemment, par la publication de "La santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre" (Epp, 1988).

Outre cette volonté politique prônant la mise en place d'interventions promotionnelles, plus près de nous, au Québec, un effort substantiel de conceptualisation et de sensibilisation auprès des milieux d'intervention se réalise par le service de la promotion de la santé et celui de la planification stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (Anctil et Martin, 1988). Par ailleurs, la politique de la santé mentale considère la nécessité d'engager des actions promotionnelles et préventives particulièrement auprès des jeunes et de certains groupes à risque dont les personnes âgées vivant dans des

conditions d'isolement social prolongé (MSSS, 1989).

On est amené à penser que l'intérêt marqué pour la promotion de la santé n'est pas fortuit dans le contexte actuel et que plusieurs facteurs contribuent à cette situation. Évoquons certains éléments pour illustrer ce propos. Sans nécessairement opter pour une thèse pessimiste qui anticipe une augmentation de l'espérance de vie accompagnée d'un accroissement probable de la morbidité et des pertes fonctionnelles de la population âgée, il y a lieu de présumer que le rapport d'offre et de demande risque d'être modifié non seulement par la rationalisation des coûts liés au système de santé et services sociaux mais aussi par des changements au niveau des caractéristiques des personnes âgées et des problèmes de santé de la population. Après avoir réalisé des traitements efficaces pour les maladies infectieuses du siècle dernier, les sciences médicales sont de plus en plus aux prises avec des problèmes de santé chroniques et/ou fatals qui ne connaissent pas de traitement curatif. Des maladies dites de notre époque comme les maladies cardio-vasculaires, le cancer, la maladie d'Alzheimer et bien d'autres sont de plus en plus étudiées - notamment en épidémiologie sociale (voir Renaud, 1987) - comme liées aux conditions psychosociales et aux dimensions comportementales de nos modes de vie actuelle (Albee, 1986).

Dans le même sens, les maladies mentales souvent caractérisées par la chronicité représentent plusieurs défis pour les années à venir afin de mieux les comprendre, les expliquer et intervenir adéquatement. L'importance de cet ensemble de maladies est souvent justifiée, d'une part, par les coûts de ces traitements - 18 % des dépenses publiques du Québec en 1981 sont attribuées à ce groupe de maladies en incluant la déficience mentale (Camirand, 1983) - et, d'autre part, par une prévalence élevée - une personne sur cinq risque d'être affectée d'un trouble mental au cours de sa vie (Émond et coll., 1988; Robins et coll., 1984).

Par ailleurs, bien que les troubles mentaux sont rarement la cause première de décès, ces problèmes handicapent à long terme, s'associent à une qualité de vie perturbée et semblent prédisposer à des morts précoces causées non seulement par les suicides et les accidents (Tsuang et coll., 1985; Tsuang

et Woolson, 1978; Koranyi, 1977) mais aussi par divers problèmes de santé physique (Murphy et coll., 1984; Babigian et Odoroff, 1969; Livingston-Bruce et coll., 1989; Markush et coll., 1977). Certaines études suggèrent que les problèmes de santé mentale peuvent s'accompagner de perturbations du système immunitaire et prédisposent ainsi les personnes affectées à divers problèmes de santé physique (Schleifer et coll., 1989, 1984; Irwin et coll., 1987; Cohen et coll., 1980; Stein, 1985).

Dans cette optique, s'intéresser à la promotion et à la prévention* dans le champs de la santé mentale devient souhaitable surtout, si l'on considère le commentaire de Bouchard (1983) sur l'intervention dans ce domaine puisque

malgré les profits exorbitants des compagnies pharmaceutiques, malgré les honoraires importants payés aux psychiatres, aux psychologues, aux travailleurs sociaux, aux spécialistes de toutes sortes, malgré l'avalanche sans précédent de plus de deux cents sortes de thérapies et leur consommation grandissante, un seul résultat se manifeste vraiment avec clarté: il y a autant de personnes qui éprouvent de problèmes...

A l'égard des personnes âgées, certains documents politiques mettent de l'avant des actions promotionnelles et préventives auprès de cette population. En considérant les récentes politiques présentées plus haut, certains documents contribuent à ce que nous pouvons appeler "une politique de la vieillesse" au Québec (Voir Cardinal, 1982 ; Zay, 1980) à l'intérieur desquels de telles actions sont préconisées. Depuis les dix dernières années, des travaux de consultation réalisés en vue de politique ministérielle ont formulé plusieurs objectifs visant l'intégration sociale, la promotion de l'autonomie et la lutte contre la discrimination ainsi que l'abandon de la retraite à 65 ans, l'entraide et le maintien à domicile (CASF, 1979; MAS, 1980; voir Cardinal, 1982). D'autres travaux se sont penchés particulièrement sur la question de la santé mentale et des personnes âgées comme celui d'Amyot et coll. (1982) proposant plusieurs recommandations pour effectuer des interventions en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Par ailleurs, la politique du ministère des

* Dans ce travail, la prévention réfère à un domaine d'interventions connexes et reliées aux interventions promotionnelles bien qu'elles soient distinguables, entre autres, par leur caractère réactif ou proactif - voir à ce sujet Bouchard (1984) et l'avis sur la prévention en santé mentale du Comité de la Santé mentale du Québec (1985).

Affaires sociales de 1985 "Un nouvel âge à partager" retient comme prioritaire les actions préventives permettant la modification des facteurs de risque associés aux pertes d'autonomie et aux difficultés de réadaptation. Finalement, après avoir conduit une large consultation auprès de personnes âgées et de personnes ressources oeuvrant auprès des personnes de ce groupe d'âge, le Conseil consultatif national du troisième âge (1989) présente dans un rapport publié très récemment les facteurs et les conditions favorables et défavorables au bien-être global des personnes âgées et à leur autonomie dans la vie quotidienne.

Toutefois, bien qu'on reconnaisse la pertinence de la prévention et de la promotion de la santé et du vieillissement, peu de travaux de recherche recensés jusqu'ici ont mis à profit cette question sur le plan théorique, empirique ou appliqué. Deux revues critiques qui examinent l'efficacité des interventions préventives auprès des personnes âgées (Wilson et coll., 1983; Minkler et coll., 1986) situent les contraintes particulières liées à cette question. Pour retenir à cet égard l'essentiel des propos des derniers auteurs, certaines difficultés contribuent à freiner les efforts et à ne pas inciter les publications sur ce sujet.

Premièrement, les approches préventives déjà utilisées et étudiées s'appliquent plus souvent qu'autrement à des populations jeunes en vue de favoriser, par exemple, le dépistage précoce et de préconiser des traitements permettant de réduire les incapacités et les pertes fonctionnelles. Deuxièmement, le vieillissement est souvent accompagné de pertes significatives dans la vie des gens qui amènent des modifications au niveau du statut socio-économique, des rôles sociaux, de l'accessibilité à des ressources de support formel et/ou informel, de la susceptibilité face aux maladies chroniques... La complexité des situations vécues et des difficultés éprouvées par les personnes âgées réduit les possibilités de concevoir et d'appliquer une action préventive qui puisse se réaliser à moyen ou à long terme. Troisièmement, les pathologies des gens âgés étant souvent caractérisées par la multiplicité et la chronicité, le recours à apporter est souvent associé à des soins de plus ou moins longue durée, sans envisager que cette population soit susceptible de bénéficier de services préventifs.

Ces difficultés interrogent sur la possibilité de réaliser des actions préventives et promotionnelles auprès des personnes âgées. En effet, quels sont les éléments qui rendent ou pourraient rendre possible ces actions? Quels sont les autres obstacles ou difficultés qui font embûches pour concevoir et appliquer ces actions auprès de cette population?

Avant de répondre à ces questions, il est nécessaire d'abord de faire le point sur ce que nous savons sur la santé mentale des personnes âgées. Si nous voulons envisager des actions tant promotionnelles que préventives, il est opportun de disposer comme base pour leur élaboration une connaissance approfondie de la santé et de la maladie mentale et du vieillissement.

3. LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES

Le postulat de notre questionnement initial s'énonce en ces termes: le vieillissement s'accompagne de nombreux changements qui amènent des pertes mais aussi des gains dans les différentes sphères d'existence et d'activité d'un individu. Alors, en supposant que les significations accordées à la santé acquièrent différentes valeurs à mesure qu'une personne avance en âge, n'est-il pas possible de questionner la définition de la "santé mentale" chez les personnes vieillissantes? En d'autres mots, dans des conditions dites "normales" de vieillissement, que représente la santé mentale des personnes âgées? Cette question d'envergure pose différents problèmes pour la résoudre. Notamment, nous maîtrisons très peu une connaissance adéquate du processus du vieillissement dit "normal" qui conditionne l'état de santé mentale des personnes âgées (Larue, Dessonville et Jarvik, 1985); le départage entre le vieillissement normal et pathologique demeure une question obscure. De plus, nous ne pouvons mettre à l'écart la tendance peu marquée à considérer de manière positive la question du vieillissement et de la santé mentale, et ce, tant dans le milieu d'intervention que scientifique (Ford et Sbordone, 1980; Lavallée et coll., 1988; Montplaisir et Dufour, 1982). C'est dans ce sens que nous pouvons nous demander avec Goulet (1982), si ce n'est pas de "faire preuve de témérité excessive" lorsque nous traitons de vieillissement et de santé comme deux objets de recherche compatibles.

Pour examiner la question de la santé mentale des personnes âgées, nous tirons profit d'une abondante littérature en effectuant une synthèse des travaux réalisés en épidémiologie sociale et psychiatrique. Le nombre important de travaux sur la santé mentale de la population âgée et générale publiés plus particulièrement depuis les vingt dernières années justifie la réalisation d'un tel projet. Bien que plusieurs revues bibliographiques rendent compte en partie des connaissances accumulées, la plupart de ces revues se consacrent exclusivement à la maladie mentale et au vieillissement. Très peu ont recensé des enquêtes épidémiologiques publiées après 1980 et aucune ne présente un relevé aussi important des études majeures utilisant des mesures négatives et positives de la santé mentale parmi lesquelles figurent des études québécoises et canadiennes.

L'intérêt actuel de réaliser une recension des écrits sur la santé mentale des gens âgés est de poursuivre, et non de reprendre, une intégration des recherches déjà entreprise notamment dans la revue générale portant sur les troubles mentaux de Neugebauer (1980) et dans celle sur le bien-être subjectif de la population âgée de Larson (1978). Ces deux auteurs soutiennent avoir relevé les travaux majeurs produits depuis les années 50 jusqu'à la moitié des années 70. Dans cette présente revue, nous excluons ces travaux déjà recensés pour ne tenir compte que des études majeures et pertinentes qui ont été réalisées à la suite de ces derniers.

En somme, ce travail se propose de présenter un cadre privilégié pour traiter de la santé mentale des gens âgés en se basant sur des enquêtes dont la plupart sont récentes et quelques-unes sont locales, lesquelles nous informent sur la maladie mentale et sur la santé mentale positive de la population âgée.

4. LES QUESTIONS DE RECHERCHE

Trois questions sont retenues ici pour orienter cette recension des écrits et pour conduire cet examen théorique:

- . D'abord, de quelle manière la santé mentale est-elle définie, étudiée et mesurée dans les enquêtes de population âgée?
- . Ensuite, quelle est la fréquence des personnes affectées de problèmes de santé mentale et celles considérées bien portantes parmi la population âgée?
- . Finalement, quels sont les facteurs et les conditions favorables et défavorables liés à la santé mentale des personnes âgées?

DEUXIEME PARTIE
REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

1. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1.1 INTRODUCTION

Lorsqu'il s'agit de se documenter sur la santé mentale des personnes âgées, nous nous attirons une avalanche de travaux faisant appel à de nombreuses enquêtes et études principalement descriptives ainsi qu'à des travaux théoriques, à des revues générales, à quelques examens critiques (exposant d'une part, des modèles conceptuels et explicatifs et se préoccupant, d'autre part, de questions propres à l'éthique sociale et médicale), à des documents politiques, à des présentations médicales, à des illustrations cliniques et encore.... Malgré tout, nous constatons que peu de publications se consacrent à produire une intégration théorique capable de mettre en valeur cette richesse d'information. Hormis un certain nombre de revues bibliographiques, nous partageons avec Renaud (1987) un certain malaise face à l'abondance des travaux descriptifs publiés dans le domaine de l'épidémiologie sociale:

le premier malaise survient quand on s'aperçoit, en se replongeant dans cette littérature que, même si une quantité phénoménale d'articles et de livres ont été publiés, il y a finalement peu de réflexions un tant soit peu profondes et articulées. C'est un univers enseveli sous les chiffres et les statistiques.

1.2 CRITÈRES DE SÉLECTION DES ÉTUDES

C'est à l'aide d'un repérage principalement manuel mais aussi informatisé et de certains documents bibliographiques tels que le SIMEG (Champagne, 1986) que nous avons identifié les écrits recensés à partir desquels a été sélectionné un ensemble d'études tirées du domaine de l'épidémiologie sociale et psychiatrique. Sans que l'on puisse prétendre à l'exhaustivité, nous avons constitué un large échantillon d'études répondant à un certain nombre de critères d'inclusion et d'exclusion. D'abord, nous avons retenu:

- . des études qui utilisent évidemment des indicateurs de santé et/ou de maladie mentales,
- . des études récentes, c'est-à-dire des études publiées principalement au cours de la dernière décennie,

- . des études qui, de préférence, ont été réalisées au Québec et au Canada,
- . des études basées sur des échantillons représentatifs de l'ensemble de la population vivant, dans la quasi-totalité, dans la communauté. Ces échantillons doivent faire référence à de grands ensembles établis sur la base de mesures d'échantillonnage aléatoire. Néanmoins, certaines études conduites auprès d'échantillons restreints ont été retenues en raison de la valeur des analyses statistiques et/ou des instruments de mesure choisis,
- . des études qui, dans la mesure du possible, s'intéressent à la distribution des populations étudiées selon plusieurs variables.

Ensuite, ont été exclues:

- . toutes les études qui ne font pas référence aux personnes âgées de 65 ans et plus et toutes celles ne permettant pas de mettre en relief les variations de la prévalence selon l'âge,
- . toutes les études recensées dans les revues générales de Dohrenwend et coll. (1980) et de Larson (1978), incluant plusieurs enquêtes de grande ampleur publiées entre le début des années 50 et la moitié des années 70,
- . toutes les études qui n'offrent pas, d'une part, de description suffisante et explicite des mesures et des critères utilisés pour identifier les personnes ciblées et, d'autre part, de compte rendu permettant d'apprécier au minimum la méthode d'échantillonnage, la représentativité de l'échantillon et, finalement, les méthodes d'analyse statistique.

1.3 MÉTHODE D'ANALYSE

La méthode d'analyse qualitative utilisée pour cette revue de littérature s'inspire de la méthode élaborée par Miles et Huberman (1984) et fait appel à une analyse descriptive comportant trois types d'activités distinctes et successives, soit le dépouillement, le classement et la compilation des données. L'ensemble des études choisies pour cette revue dont chacune d'elles représentent l'unité d'enregistrement constitue le corpus d'analyse. Celui-ci est soumis à une première phase de dépouillement visant à réduire et à retenir les données pertinentes selon un schème de codage. Ce schème se compose d'un ensemble de catégories d'analyse permettant un découpage systématique des unités d'enregistrement, soit le nom du ou des auteurs, l'année de réalisation et publication de l'étude, le volume de l'échantillon, la population de référence et sa provenance géographique, la distribution de l'âge des personnes échantillonnées, le type d'indicateur choisi, l'instrument de mesure utilisé (en incluant les indices retenus, le mode de cueillette des données, le seuil de symptomatologie, le nombre d'items de l'instrument et la période de référence), les principaux résultats concernant la prévalence, les variables indépendantes et les croisements de ces variables.

Après quoi, nous avons procédé à la deuxième phase de l'analyse qui consiste au classement des données dépouillées. Nous avons ordonné l'ensemble de ces données selon les variables qui nous intéressent, c'est-à-dire la prévalence ainsi que tous les descripteurs des populations étudiées - voire l'âge, le sexe, le statut matrimonial, la santé physique, les ressources économiques, les ressources sociales, le lieu de résidence urbain ou rural, le stress, la consommation de médicaments, l'utilisation de services, le statut d'activité, la retraite, la religion et l'habitat.

En dernier lieu, nous avons réalisé la dernière phase du traitement de ces données qui est celle de la compilation. Cette phase a pour but de synthétiser l'ensemble des données recueillies et d'offrir un bilan compilatif des résultats des recherches selon chacune des variables retenues. Les résultats recueillis ont été répartis selon le type d'instrument de mesure afin de faciliter l'examen comparatif des valeurs rapportées. Pour chacune d'elles, nous avons inscrit à

prime abord le nom de l'auteur, l'année de publication, l'année de la réalisation de l'enquête, le volume de l'échantillon, sa provenance géographique, les groupes d'âge de l'échantillon, l'instrument de mesure, les indices retenus et leur seuil de symptomatologie, la méthode d'analyse retenue, le seuil de signification considéré. Finalement, nous avons indiqué la valeur obtenue révélant le degré d'association entre l'indice de santé ou de maladie mentales et le descripteur.

C'est à partir de ces bilans compilatifs que nous avons préparé les tableaux présentant les résultats qui apparaissent dans cette revue bibliographique.

1.4 DESCRIPTION DES ÉTUDES RECENSÉES

Un nombre de 60 études* épidémiologiques ont été recueillies dans cette revue bibliographique. Parmi ce nombre, six enquêtes utilisent à la fois des indicateurs de santé et de pathologies mentales (Enquête Santé Québec, voir Émond et coll., 1988; Enquête Santé Canada, 1981; Romaniuk et coll., 1983; Copeland et coll., 1986; Luke et coll., 1982; Lefebvre-Girouard, 1986) et une étude (O'Hara et coll., 1985) dispose à la fois d'instruments de mesure diagnostique et symptomatologique (ce dernier point sera explicité dans la prochaine section). Chacune de ces sept études est ici dédoublée et représente ainsi deux enquêtes indépendantes. Ainsi comptabilisées, 67 études constituent le corpus principal de cette revue formé d'un ensemble de 42 enquêtes utilisant des indicateurs de problèmes de santé mentale et d'un ensemble de 25 enquêtes utilisant des indicateurs de santé mentale positive (tableaux 1 et 2).

La majorité de ces études ont été publiées depuis le début des années 80. Parmi les 42 enquêtes de problèmes de santé mentale, 34 études (80 %) ont été publiées entre 1980 et 1989 et six études (15 %) l'ont été entre 1970 et 1979. Seulement deux enquêtes (5 %) ont été diffusées avant 1970, l'une en 1964 et l'autre en 1967. Parmi les 25 enquêtes de santé mentale positive, 23 études

*Sans faire place à certaines nuances qui pourraient être souhaitables, le terme "étude" est employé dans ce texte comme un terme quasi-équivalent à celui d'"enquête".

(92 %) ont été publiées entre 1980 et 1989. Deux études (8 %) ont été publiées entre 1970 et 1979. Précisons ici que pour l'ensemble de ces études un délai moyen de quatre années sépare le moment de réalisation des enquêtes du moment de leur publication.

Année de publication	Enquêtes utilisant des problèmes de santé mentale	indicateurs de santé mentale positive	Total
1985-1989	17	15	32
1980-1984	17	8	25
1970-1979	6	2	8
1960-1969	2	0	2

Ces études peuvent se distinguer par leur caractère descriptif ou analytique. Plus des deux tiers sont des enquêtes épidémiologiques de nature descriptive, c'est-à-dire des enquêtes qui s'intéressent principalement à comptabiliser les cas et à décrire les populations étudiées selon un certain nombre de variables. Toutes ces enquêtes sont transversales et utilisent plus souvent qu'autrement des méthodes d'analyse descriptive et corrélationnelle. Par contre, les études qu'on peut qualifier d'analytiques représentent près du tiers des enquêtes recensées parmi lesquelles une fraction se compose d'un ensemble de six études longitudinales. De manière générale, les études analytiques sont davantage orientées vers la vérification d'hypothèses formulées, notamment dans les enquêtes descriptives, sur la contribution des facteurs et des déterminants sur la santé mentale (Hennekens et Buring, 1987). Plusieurs d'entre elles ont développé des cadres d'analyse plus sophistiqués et utilisent des méthodes d'analyse statistique plus raffinées que les précédentes.

Moins des trois quarts des 67 études recensées proviennent de plusieurs régions des États-Unis tandis qu'un cinquième de ces études sont des études québécoises et canadiennes. Un petit nombre se rapportent à des populations européennes. Dans l'ensemble, il est possible d'identifier un premier tiers d'enquêtes ayant échantillonné exclusivement des populations urbaines, un deuxième tiers d'enquêtes étudiant des populations urbaines, rurales et semi-rurales et un dernier tiers d'études ne spécifiant pas le type de milieu de vie

de la population de vie.

Lieu de réalisation	Enquêtes utilisant des problèmes de santé mentale	indicateurs de santé mentale positive	Total
Québec	2	3	5
Canada	2	7	9
États-Unis	35	14	49
Europe	3	1	4

La taille des échantillons des enquêtes de cette recension varie de 50 à 24 000 personnes représentant des populations plus ou moins étendues et diversifiées. Un peu plus de la moitié des études disposent d'échantillons de plus de 1 000 personnes; le nombre oscille de 1 000 à 3 000 personnes échantillonnées chez la majorité des études de ce groupe. L'autre moitié se compose surtout d'enquêtes qui ont sélectionné moins de 500 personnes. Sur la base de toutes les enquêtes, la taille des échantillons établis dans les enquêtes de maladies mentales est plus élevée comparativement à ceux apparaissant dans les enquêtes de santé mentale positive: 60 % des premières enquêtes contre 40 % des secondes dénombrent plus de 1 000 personnes tandis que 25 % des premières études contre 40 % des secondes ont des échantillons se chiffrant à 500 personnes et moins.

Taille de l'échantillon	Enquêtes utilisant des problèmes de santé mentale	indicateurs de santé mentale positive	Total
Moins de 100	2	3	5
100 - 499	9	7	16
500 - 999	6	4	10
1000 - 1999	9	3	12
2000 - 2999	5	3	8
3000 - 8999	7	2	9
9000 et plus	4	3	7

La plupart des enquêtes font appel à des échantillons représentatifs de

l'ensemble de la population établis principalement selon des procédures d'échantillonnage aléatoire, lesquelles sont précisées et discutées de manière inégale dans l'ensemble des travaux. Cette population de référence est identifiée par la majorité des enquêtes épidémiologiques comme celle vivant dans la communauté en excluant la population résidant en milieu institutionnel. Compte tenu du taux élevé d'institutionnalisation chez les gens âgés, ce choix porte préjudice particulièrement à la valeur des résultats des enquêtes de population âgée en sous-estimant la fréquence des problèmes de santé mentale. En effet, la population âgée vivant en milieu institutionnel présente vraisemblablement des taux très élevés de pathologies mentales lourdes, telles les psychoses et les démences*.

Pour pallier aux limites des études conduites exclusivement auprès des personnes âgées résidant dans la communauté, huit travaux sont retenus afin de nous accorder un point de référence minimal pour estimer l'état de santé mentale des personnes âgées institutionnalisées dans des établissements autres que ceux à vocation psychiatrique. Certaines études font référence exclusivement à ces dernières (Lefebvre-Girouard, 1986; Magni et coll., 1988); et d'autres études tiennent compte des deux types de population (Osberg et coll., 1987; Kay et coll., 1964; Billings et coll., 1983; Zung, 1967; Koenig et coll., 1988; Lohmann, 1980).

Des 67 études recueillies, 41 enquêtes sont conduites auprès de populations âgées et 26 enquêtes sont effectuées auprès de la population générale. Ces enquêtes dites de "population générale" se composent de la population adulte âgée de 18 ans et plus, et, dans les cas de quatre enquêtes canadiennes et québécoises, de 15 ans et plus. La majorité des enquêtes qui se consacrent

* Aux États-Unis et en Europe, près de 5 % de la population âgée réside en institution parmi laquelle, selon certaines estimations américaines, 60 % à 90 % éprouve des difficultés psychiatriques majeures (Neugebauer, 1980). Par ailleurs, au Québec où nous retrouvons une population plus jeune, 6,4 % des personnes âgées sont hébergées en institution -voire les centres hospitaliers et les centres d'accueil selon Desrosiers (1987). D'après l'étude de Lefebvre-Girouard (1986), moins de la moitié des personnes âgées vivant dans ces centres d'hébergement manifestent des troubles dépressifs et anxieux et moins des trois quarts démontrent des comportements qu'il est possible de qualifier de confus.

spécifiquement à la population âgée définissent cette population de référence comme celle âgée de 65 ans et plus malgré qu'un certain nombre ont des critères variables pour distinguer les gens âgés délimitant ainsi le troisième âge à partir de 55, 60 ou 70 ans.

Age	Enquêtes utilisant des problèmes de santé mentale	indicateurs de santé mentale positive	Total
15 ans et plus	2	4	6
16 ans et plus	1	2	3
18 ans et plus	12	1	13
20 ans et plus	1	0	1
25 ans et plus	2	1	3
45 ans et plus	1	1	2
55 ans et plus	3	2	5
60 ans et plus	3	6	9
65 ans et plus	15	7	22
70 ans et plus	1	0	1
80 ans et plus	1	1	2

Le corpus d'analyse se compose de l'ensemble des données provenant des 67 enquêtes sélectionnées pour cette recension. Toutes ces enquêtes sont reprises en détail aux tableaux 1 et 2; entre autres, le lieu de réalisation des enquêtes, le type de population de référence, la taille des échantillons, les indicateurs choisis et la méthode d'analyse utilisée sont les principales caractéristiques retenues pour décrire les enquêtes de cette revue.

A la lecture des tableaux 1 et 2, une des premières observations qu'il est possible de faire concerne la diversité des caractéristiques des enquêtes. Cette diversité représente sans aucun doute la limite majeure de l'examen comparatif des données de ces enquêtes. A partir des renseignements disponibles dans les écrits, certaines différences se manifestent à l'égard de trois points majeurs. D'abord, dans certains cas, les populations de référence se différencient substantiellement sur le plan des ressources sociales et économiques. Ensuite, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, les mesures de santé mentale utilisent des critères variés pour identifier les populations visées. Finalement, les stratégies et les méthodes d'analyse employées par les auteurs

des travaux sont multiples et diversifiées. Ces brèves remarques doivent nous rappeler, tout au long de cette présentation, qu'il est nécessaire de demeurer prudents face à toute conclusion découlant d'une démarche comparative des résultats d'enquêtes.

TABLEAU 1

CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES UTILISANT DES INDICATEURS DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Étude	Période d'étude	Type	Lieu d'étude	Type de population*	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil/critère de symptomatologie	Méthode d'analyse**
POPULATION AGÉE										
<u>Instrument de mesure diagnostique</u>										
1 Blazer, Hughes et George (1987)	1983-1984	Descr.	Caroline du Nord	Comm	1304	60 +	Dépression	DIS-NIMH	Critères du DSM-III	1
2 O'Hara et coll. (1985)	1981-1982	Descr.	Iowa (rural)	Comm	3159	65 +	Dépression	RCD	Critères variés	1
3 Blazer et Williams (1980)	1972	Descr.	Caroline du nord	Comm	997	65 +	Dépression	OARS Depressive scale	Critères du DSM-III	2
<u>Instrument de mesure symptomatologique</u>										
4 Berkman et coll. (1986)	1982	Descr.	New Haven	Comm	2806	65 +	Dépression	CES-D	> 16	1, 3, 4
5 Murrell et coll. (1983)***	1981	Descr.	Kentucky	Comm	2517	55 +	Dépression	CES-D	> 20	4
6 Norris et Murrell (1984)***	1981	Analyt.	Kentucky	Comm	1406	55 +	Dépression	CES-D	> moyenne	3
7 Phifer et Murrell (1986)	1981	Analyt.	Kentucky	Comm	1360	55 +	Dépression	CES-D	> 16, 20	4
8 O'Hara et coll. (1985)	1981-1982	Descr.	Iowa	Comm	3159	65 +	Dépression	CES-D (version abrégée)	> 16	2
9 Krause (1986ab)	.	Descr./analyt.	Texas	Comm	351	65 +	Dépression	CES-D	> 16	4
10 Haug et coll. (1984)	1975-1976	Analyt.	Ohio	Comm	1332	65 +	Psychopathologies	OARS	Critères du MMPI	2, 4
11 Gerson et coll. (1987)	.	Descr.	Ohio	Comm	1139	65 +	Psychopathologies	OARS	Critères du MMPI	4

* Comm signifie une population référence vivant dans la communauté et inst indique celle résidant en milieu institutionnel.

** Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de regression.

*** Ces études sont des enquêtes longitudinales.

TABLEAU 1 (SUITE 1)

CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECHERCHES UTILISANT DES INDICATEURS DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Étude	Période d'étude	Type	Lieu d'étude	Type de population*	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil/critère de symptomatologie	Méthode d'analyse**
POPULATION AGÉE (SUITE)										
<u>Instrument de mesure symptomatologique (suite)</u>										
12 Romanuk et coll. (1983)	1979	Descr.	Virginie	Comm	2146	60 +	Psychopathologies	OARS, SPES, SPSMQ	Critères variés	1
13 Harel et coll. (1982)	1978	Analyt.	Ohio	Comm	1008	60 +	Psychopathologies	OARS	Critères du MMP1	2, 4
14 Blazer et Houtp (1979)	1972	Descr.	Caroline du Nord	Comm	997	65 +	Psychopathologies	OARS SPSMQ	> 70% des symptômes > 8% des symptômes	1
15 Luke et coll. (1982)	1979	Descr.	Victoria Vancouver	Comm	200	80 +	Psychopathologies	Mesure à 5 items	> 1 item	3
16 Copeland et coll. (1986)	1975-1976	Descr.	Londres	Comm	396	65 +	Psychopathologies	CARE	Critères du DSH-III	2
17 Dunkle (1985)		Descr.	USA	Comm	410	65 +	Dépression	SDS	Critères cliniques	2, 3
18 Steuer et coll. (1980)		Analyt.	USA	Comm	60	48 +	Dépression	SDS	Critères cliniques	2
19 Feinson et Thoits (1986)	1980-1981	Descr.	New Jersey	Comm	476	65 +	Psychopathologies et détresse psychologique	SCL-90 GUB	> moyenne	2, 4
20 Magni et coll. (1988)		Descr.	France	Inst	398	75.8 (âge moyen)	Psychopathologies	SCL-90	> 1, 2	1
21 Holahan et Holahan (1987)***	1983	Analyt.	Texas	Comm	52	65 à 75 ans	Détresse psychologique	Échelle de 5 symptômes		2
22 Kay et coll. (1964)	1960	Descr.	Angleterre	Inst/comm	505	65 +	Psychopathologies	Entrevues psychiatriques	Critères cliniques	1

* Comm signifie une population référence vivant dans la communauté et Inst indique celle résidant en milieu institutionnel.

** Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélative, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

*** Ces études sont des enquêtes longitudinales.

TABLEAU 1 (SUITE 2)

CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENTES UTILISANT DES INDICATEURS DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Étude	Période d'étude	Type	Lieu d'étude	Type de population*	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil/critère de symptomatologie	Méthode d'analyse**
<u>Instrument de mesure diagnostique</u>										
23 Nilsson et coll. (1984)***	1971-1972	Analyt.	Suède	Comm	460	70 +	Psychoses névroses	Entrevues psychiatriques	Critères cliniques	1
24 Lefebvre-Girouard (1986)	1982	Descr.	Québec	Inst	1071	65 +	Dépression, anxiété, confusion	Entrevues cliniques et échelles	---	1
POPULATION GÉNÉRALE										
25 Robins, Helzer et coll. (1984)	1980-1982	Descr.	3 comm USA	Comm	9543	18 +	15 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	Critères du DSM-III	1
26 Myers, Weissman et coll. (1984)	1980-1982	Descr.	3 comm USA	Comm	9543	18 +	15 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	Critères du DSM-III	1
27 Blazer, George et coll. (1985)	1982-1983	Descr.	3 comm USA	Comm	3798	18 +	9 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	Critères du DSM-III	1, 4
28 Swartz, Blazer et coll. (1986)	1982-1983	Descr.	5 comm USA	Comm	3798	18 +	Somatisation	DIS-NIMH	Critères du DSM-III	1
29 Weissman et Myers (1978)	1975-1978	Descr.	New Haven	Comm	511	26 +	Dépression	SADS, RCD	Critères variés	2
30 Billings et coll. (1983)	1975-1978	Descr.	Californie	Comm/Inst	818	18 +	Dépression	RCD	Critères du DSM-III	2
<u>Instrument de mesure symptomatologique</u>										
31 Enquête Santé Québec (voir Enord et coll., (1980))	1987	Descr.	Québec	Comm	19724	15 +	Détresse psychologique	PSI	> 1er quintile	1
32 Enquête Santé Canada (1981)	1978-1979	Descr.	Canada	Comm	23791	15 +	Détresse psychologique	EOS	---	1

* Comm signifie une population référence vivant dans la communauté et Inst indique celle résidant en milieu institutionnel.

** Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélative, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

*** Ces études sont des enquêtes longitudinales.

TABLEAU 1 (SUITE 3)

CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RÉCENSÉES UTILISANT DES INDICATEURS DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Étude	Période d'étude	Type	Lieu d'étude	Type de population*	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil/critère de symptomatologie	Méthode d'analyse**
POPULATION GÉNÉRALE (SUITE)										
<u>Instrument de mesure symptomatologique (suite)</u>										
33 Uhlenhuth et coll. (1983)	1979	Descr.	USA	Comm	3161	18 +	Détresse psychologique et psychopathologies	SCL-90	Critères du DSM-III	1
34 Constock et Helsing (1976)	1971-1974	Descr.	Kansas Washington	Comm	3045	18 +	Dépression	CES-D	> 16	4
35 Eaton et Kessler (1981)	1974-1975	Descr.	USA	Comm	2867	25 +	Dépression	CES-D	> moyenne (15, 16)	1
36 Brenner (1979)	1971-1974	Analyt.	Washington	Comm	2752	18 +	Dépression	CES-D	> 16	2
37 Frerichs et coll. (1981)	1979	Descr.	Californie	Comm	1003	18 +	Dépression	CES-D	> 16,20	4
38 Catalano et Dooley (1977)	1971-1973	Analyt.	Kansas	Comm	1173	18 +	Dépression	CES-D	> 16	2
39 Kaplan et coll. (1987)***	1965-1974	Analyt.	Californie	Comm	4864	16 +	Détresse psychologique	Human pop. Lab. Depression Index	---	2
40 Benfari et coll. (1972)	Après 1965	Descr.	New York	Comm	531	20 +	Pathologies psychiatriques	Questionnaire modifié du Stirling Courty	---	3, 4
41 Blumenthal (1975)	1972	Analyt./descr.	USA	Comm	320	18 +	Dépression	SDS	Critères cliniques	2
42 Zung (1967)	---	Descr.	Durham	Comm/Inst	169	65+ 64-	Dépression	SDS	Critères cliniques	2

* Comm signifie une population référence vivant dans la communauté et Inst indique celle résidant en milieu institutionnel.

** Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

*** Ces études sont des enquêtes longitudinales.

TABLEAU 2

CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECHERCHES UTILISANT DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE POSITIVE

Étude	Période d'étude	Type	Lieu d'étude	Type de population*	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Méthode d'analyse**
POPULATION AGÉE									
1 Gooding et coll. (1988)	1978-1979	Descr.	Canada	Comm	2746	65 +	Bien-être psychologique	ABS	1, 3, 4
2 Romanuk et coll. (1983)	1979	Descr.	Virginie	Comm	2146	60 +	Bien-être psychologique et satisfaction de vivre	3 mesures à item unique	1
3 Wan, Odell et Lewis (1982)	1978	Descr.	Maryland (USA)	Comm	1182	60 +	Bien-être et satisfaction de vivre	3 mesures à item unique	1
4 Windley et Scheidt (1982)	1979	Analyt.	Kansas	Comm	898	65 +	Bien-être psychologique et moral	ABS, PCGHS	1
5 Lee et Ishii-Kuntz (1988)	1980	Analyt.	Washington	Comm	2872	55 +	Moral	Échelle originale de 6 items	2
6 Ward et coll. (1984)	---	Analyt.	New York	Comm	1185	60 +	Moral	PCGHS	4
7 Koenig et coll. (1988)	1985-1986	Descr.	USA	Comm-Inst	836	55 +	Moral	PCGHS	2, 4
8 Edwards et Klemmack (1973)	1970 (app.)	Analyt.	Virginie	Comm	507	45 +	Satisfaction face à la vie	LSI modifié	2
9 Dorfman et coll. (1985)	1981-1982	Analyt.	Iowa (rural)	Comm	451	65 +	Satisfaction de vivre	LSI-2	4
10 Copeland et coll. (1986)	1975-1976	Descr./Analyt.	Londres	Comm	396	65 +	Bien-être et satisfaction de vivre	Mesures à item unique	2
11 Wister et Strain (1986)	1980	Descr.	Manitoba	Comm	354 veuf(ves)	65 +	Bien-être psychologique	LSI-A	3

* Comm signifie une population référence vivant dans la communauté et Inst indique celle résidant en milieu institutionnel.

** Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 2 (suite 1)

Caractéristiques des études recensées utilisant des indicateurs de santé mentale positive

Étude	Période d'étude	Type	Lieu d'étude	Type de population*	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Méthode d'analyse**
POPULATION AGÉE									
12 Luke et coll. (1982)	1979	Descr.	Victoria Vancouver	Comm	200	80 +	Bien-être psychologique	ABS	1, 4
13 Carp et Christensen (1986)	1981-1982	Analyt.	Californie	Comm	88 femmes	60 +	Bien-être psychologique	8 échelles (ABS, PGCHS, Happiness scale, Index of well-being, etc...)	2, 4
14 Ploeg et Faux (1989)	-	Descr.	Ontario	Comm	50	65 +	Bien-être psychologique	ABS	2, 4
15 Lohmann (1980)	-	Descr.	Knoxville USA	Comm/Inst	259	60 +	Satisfaction de vivre	LSS	3
16 Lefebvre-Girouard (1986)	1982	Descr.	Québec	Inst.	1071	65 +	Satisfaction de vivre et moral	-	1
17 Osberg et coll. (1987)	1984	Analyt.	Boston	Inst.	97	60 +	Qualité de vie	QOL	4
POPULATION GÉNÉRALE									
18 Enquête Santé Québec (Émond et coll., 1980)	1987	Descr.	Québec	Comm	19724	15 +	Bien-être	BESQ psychologique (GWB modifié)	1
19 Enquête Santé Canada (1981)	1978-1979	Descr.	Canada	Comm	23791	15 +	Bien-être psychologique	ABS	1
20 Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1987)	1985	Descr.	Québec	Comm	846	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	1
21 Enquête sociale générale (1987)	1985	Descr.	Canada	Comm	13295	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	1

* Comm signifie une population référence vivant dans la communauté et Inst indique celle résidant en milieu institutionnel.

** Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de regression.

Tableau 2 (suite 2)

Caractéristiques des études recensées utilisant des indicateurs de santé mentale positive

Étude	Période d'étude	Type	Lieu d'étude	Type de population*	Taille de l'échantillon	Âge	Indicateur	Mesure	Méthode d'analyse**
POPULATION GÉNÉRALE									
22 Costa et coll. (1987)***	1971-1984	Descr.	USA	Comm	4942	25 +	Bien-être psychologique	GWB (version abrégée)	3
23 Berkman (1971)	1965	Descr.	Californie	Comm	6928	16 +	Bien-être psychologique	Index PWB	1
24 Reker, Peacock et Wong (1987)		Descr.	Ontario	Comm	300	16 +	Bien-être et attitude face à la vie	PWB, LAP	3
25 Edington et Berlin (1983)		Analyt.	USA	Comm	200	40 (âge moyen)	Satisfaction de vivre	Mesure à item unique	2

* Comm signifie une population référence vivant dans la communauté et Inst indique celle résidant en milieu institutionnel.

** Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélative, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

*** Ces études sont des enquêtes longitudinales.

2. LES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE

Dans ce travail, il aurait été possible de consacrer toute attention à la question des indicateurs de santé mentale. Ce thème de recherche aurait pu conduire à examiner les diverses conceptualisations de la santé et de la maladie mentales, à souligner un nécessaire relativisme historique et culturel pour toute définition des psychopathologies, à mettre en parallèle les diverses taxonomies des maladies mentales et enfin à discuter des diverses approches et méthodes capables d'apprécier, de manière appropriée, l'état de santé mentale de la population âgée, tout en mettant en évidence les forces et les limites de chacune d'elles. En réservant ces questionnements pour des travaux ultérieurs, il s'agit, dans ce chapitre, de décrire succinctement les instruments de mesure utilisés comme indicateurs de maladies mentales et de santé mentale positive dans les enquêtes de cette recension. Les principaux concepts à partir desquels se sont élaborés ces instruments de mesure seront abordés ainsi que les options méthodologiques qui ont orienté le développement de ces outils.

2.1 L'ÉPIDÉMIOLOGIE SOCIALE ET PSYCHIATRIQUE

Il est possible de distinguer deux courants de recherches reflétant des façons différentes d'aborder l'étude de la santé mentale: le premier courant amorcé depuis près de cent ans se rattache à l'épidémiologie psychiatrique et le deuxième provient des champs de l'épidémiologie sociale et de la gérontologie sociale investis depuis une quarantaine d'années. C'est à l'intérieur de ces deux approches que se sont développées deux classes d'indicateurs en vue de qualifier et de quantifier la santé mentale d'une population donnée, soit les indicateurs de maladie mentale et les indicateurs de santé mentale positive. Quelques repères sont apportés dans ce texte pour apprécier quelque peu le contexte dans lequel ont été mis en place ces indicateurs en santé mentale.

Historiquement, l'épidémiologie psychiatrique* qui se consacre à l'étude de la distribution des problèmes de santé mentale dans la population et des facteurs et des conditions qui influencent cette distribution a connu un

*Certains travaux peuvent compléter, pour les lecteurs intéressés, ce bref aperçu sur l'épidémiologie psychiatrique: Tousignant (1987), Kovess et coll. (1982) et Robins (1978).

développement marqué en faveur d'études davantage descriptives qu'analytiques et explicatives utilisant divers indicateurs de pathologies mentales. Ces indicateurs* réfèrent à plusieurs types d'instruments de mesure conçus pour identifier et comptabiliser les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale selon des approches différentes.

A cet effet, Dohrenwend et Dohrenwend (1982) proposent un découpage en trois époques ou générations successives des études réalisées en épidémiologie psychiatrique depuis le début du siècle. La première époque précède la deuxième guerre mondiale et privilégie une mesure des cas de troubles mentaux par la biais des traitements dispensés par des établissements de santé. Cette façon de faire qui caractérise la première génération d'études en épidémiologie psychiatrique présente un désavantage majeur formulé par Corin et coll. (1987):

Dans le cas des problèmes psychiatriques, la population demeure trop incertaine quant à l'impact des soins psychiatriques par rapport à différents problèmes, pour se montrer cohérente dans sa demande d'aide. Historiquement, on s'était fait à l'idée que seuls les troubles psychiatriques majeurs, principalement les psychoses, soient fidèlement reflétés par les statistiques sur les cas traités.

Nonobstant le fait que les données sur la consommation de traitements psychiatriques offrent l'avantage d'être aisément accessibles et parfois les seules disponibles pour des populations bien circonscrites - voir Théolis (1990), d'autres approches épidémiologiques sont à privilégier pour établir avec fiabilité la prévalence des problèmes de santé mentale. Dans ce sens, les travaux rattachés à la deuxième et troisième générations s'intéressent à mesurer la prévalence «vraie» des troubles mentaux par opposition à la prévalence des cas traités.

La prévalence "vraie" des problèmes de santé mentale s'établit à partir de l'ensemble d'une population donnée, indépendamment du statut d'utilisateur de services professionnels pour troubles mentaux des membres de cette population

* Nous soutenons avec Peron et Strohmenger (1985) qu'un indicateur signifie "tout indice synthétique dont les valeurs sont utilisées comme points de repère dans l'appréciation de l'état ou de l'évolution d'un phénomène non quantifiable". Cette appréciation renvoie dans ce travail des concepts de morbidité et de santé positive développés en épidémiologie psychiatrique et sociale.

(voir Dohrenwend, B.P. et coll., 1980).

Ce concept de prévalence "vraie" repose sur le dénombrement de personnes affectées à partir d'échantillons représentatifs de la population générale et ce, à l'aide d'outils de dépistage standardisés (Weissman et Klerman, 1978). C'est dans ce cadre que se sont élaborés comme instruments de mesure les entrevues de type psychiatrique, les questionnaires et les échelles de symptômes psychopathologiques et, finalement, les instruments de nature diagnostique établis sur des grilles nosologiques reconnues appartenant plus spécifiquement à la dernière génération de ces études épidémiologiques.

Il est tout de même possible, comme le soutiennent Corin et coll. (1987), d'observer une diversification et un élargissement des indicateurs utilisés en santé depuis les quarante dernières années. Goldberg et coll. (1979) retracent dans un examen bien documenté de la littérature le développement des indicateurs de santé s'appuyant traditionnellement sur des concepts de mortalité et de morbidité, et plus récemment sur des concepts de «santé positive». Malgré tout, dans la mesure qu'une prédominance de travaux de recherche font appel à des indicateurs de morbidité, la dénomination positive de la santé mentale porte à confusion et ne suffit pas pour la démarquer de la maladie mentale. L'utilisation de la notion de "santé mentale positive" dans la littérature scientifique nous suggère la nécessité d'insister pour référer à une conception positive de cette notion. Les indicateurs classiques de la santé d'une population présentent plusieurs insuffisances dont celle de n'offrir qu'une image négative de la santé. En ce sens, plusieurs mesures fondées sur des concepts de bien-être psychologique, de bonheur et de satisfaction de vivre ont été développées pour évaluer l'état de santé mentale positive d'une population.

C'est la volonté d'évaluer ce que nous pouvons appeler un "vieillissement accompli" (cf. "Successful aging") avec l'aide de mesures positives qui a inspiré Cavan et coll. (1949) et Havighurst et Albrecht (1953) à réaliser les premiers travaux portant sur l'ajustement aux changements liés au vieillissement (Neugarten, Havighurst et Tobin, 1961; Thomae, 1985; Chown, 1977). Ces premiers travaux ont précédé un foisonnement d'études et d'enquêtes sur la satisfaction de vivre et le bien-être psychologique ou subjectif des personnes âgées qui,

selon Maddox et Campbell (1985) et Okun et Stock (1987), ont dominé, par leur nombre, au cours des dernières années, le champ de la gérontologie sociale.

2.2 LES INDICATEURS DE MALADIE MENTALE

Parmi les 42 enquêtes recensées utilisant des indicateurs de maladies mentales, un nombre de 16 instruments de mesure différents ont servi à estimer et comptabiliser les problèmes de santé mentale de la population. Dans l'ensemble, un seul instrument, le OARS*, a été développé pour étudier spécifiquement les populations âgées lorsque tous les autres instruments de mesures visent les populations adultes en général. Presque tous ces outils représentent des questionnaires et des échelles structurées avec un choix de réponses préétablies répondues par le sujet lui-même et, surtout, dans le cas des études conduites auprès des populations âgées, avec l'aide d'un interviewer dans le cadre d'une entrevue individuelle. Seulement trois études, celles provenant de Suède et d'Angleterre (Nilsson et coll., 1984; Kay et coll., 1964), identifient les personnes ayant des problèmes psychiatriques au moyen d'entrevues semi-structurées effectuées par des psychiatres et une seule, au Québec, au moyen d'entrevues réalisées par des infirmières (Lefebvre-Girouard, 1986).

Lorsque nous tentons de comparer les résultats de ces enquêtes, nous faisons face à de nombreux obstacles découlant de la diversité et de l'hétérogénéité importantes qui caractérisent l'ensemble de ces instruments de mesure. Cette diversité se dénote notamment par les catégories de problèmes de santé mentale visés, par les cadres de référence choisis pour définir ces problèmes, par les seuils critiques de symptomatologie adoptés et enfin par les périodes de temps déterminées pour établir les taux de prévalence. En effet, les intervalles de temps auxquels les répondants doivent faire référence pour signifier la présence de symptômes diffèrent d'une étude à l'autre allant du moment actuel, d'une semaine, d'un mois, de 6 mois à toute la vie. De plus, les seuils critiques de symptomatologie varient d'un instrument de mesure à l'autre

*Le OARS - Older American's Ressources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire - est décrit au tableau 3.

et, parfois, d'une étude à l'autre employant le même type d'instrument.

Finalement, les limites majeures concernent les différences de définitions des problèmes de santé mentale. Plusieurs auteurs dénoncent les difficultés liées à la diversité des critères choisis pour identifier les personnes ayant des troubles mentaux ainsi que des procédures méthodologiques adoptées (Dohrenwend et coll., 1980; Grove et coll., 1981; Klerman, 1985). Ainsi, ce manque de consensus dans le champ de l'épidémiologie psychiatrique rend difficile l'intégration des connaissances empiriques et amène de la confusion dans toute tentative d'interprétation des résultats.

Pour faciliter l'examen comparatif des résultats d'enquêtes, nous avons regroupé les instruments de mesure selon les critères choisis pour définir les troubles mentaux. En nous inspirant de la classification des instruments de mesure proposée par Corin et coll. (1987), l'ensemble des 16 instruments de mesure se divise en deux groupes formés d'instruments de mesure symptomatologique et d'instruments de mesure diagnostique.

Mentionnons ici qu'un domaine d'études très peu représenté dans cette recension est celui regroupant les travaux qui s'intéressent avec l'aide d'instruments de mesure spécialisés, au fonctionnement cognitif des personnes âgées et à l'ensemble des troubles qui y sont reliés. Selon Kane et Kane (1981), cet ensemble de travaux se distinguent de ceux utilisant des mesures de la santé affective et de la santé mentale en général. Le développement et l'utilisation de ces instruments de mesure renvoient à un bon nombre d'études qui constituent en soi un domaine d'expertise spécifique. Les mesures du fonctionnement cognitif permettent d'évaluer un ensemble varié d'habilités cognitives telles que la mémoire à court et à long terme, l'orientation spatiale et temporelle, les capacités de jugement et d'attention, la résolution de problèmes et l'intelligence, les capacités d'apprentissage, etc.... Ces mesures sont utilisées pour estimer selon une multiplicité de critères symptomatologiques les états de confusion et les troubles mentaux organiques, y inclus les démences. Nous pouvons signaler ici pour les lecteurs intéressés certains travaux qui traitent de cette question. Certaines revues générales présentent des relevés bibliographiques approfondis sur la nature et la

fréquence des troubles mentaux organiques: Schoenberg (1986), Sloane (1980), Kay (1977), Busse (1973), Mortimer, Schuman et French (1981), Seltzer et Sherwin (1978), Wells (1978), Gruenberg (1980) et Hofman (1987). De plus, deux enquêtes de grande ampleur conduites auprès d'échantillons importants nous font part des résultats sur le fonctionnement cognitif et les troubles qui y sont associés chez les personnes âgées: l'étude de Holzer III et coll. (1984) effectuée dans le cadre des études du Catchment Area Program et celle de Scherr et coll. (1988) dans laquelle sont utilisées non seulement des mesures du niveau de fonctionnement cognitif mais aussi des mesures de symptomatologie dépressive et du niveau d'autonomie fonctionnelle.

2.2.1 LES INSTRUMENTS DE MESURE SYMPTOMATOLOGIQUE

Ce sont principalement des instruments de nature symptomatologique qui sont choisis par les études épidémiologiques pour estimer l'état de santé mentale de la population. Ces instruments regroupent ici des questionnaires, des échelles et quelques entrevues développés pour mesurer des problèmes de santé mentale désignés par la dépression ou la symptomatologie dépressive, la détresse psychologique, les troubles affectifs, un syndrome anxio-dépressif, les troubles de santé mentale en général, le stress émotionnel, les psychopathologies et aussi différents syndromes psychiatriques - voire, par exemple, l'anxiété, les phobies, l'hypocondrie, la démence et les troubles cognitifs. Pour évaluer ces problèmes, ces instruments tiennent compte de la fréquence et, dans très peu de cas, de l'intensité de différents symptômes ayant comme manifestations principales des états dysphoriques, des perturbations de l'humeur, des syndromes affectifs, des perturbations cognitives et des troubles somatiques. Le nombre et la nature des symptômes varient d'un instrument à l'autre, lesquels sont établis en fonction de critères diagnostiques cliniques et/ou de certaines échelles existantes.

On reconnaît avec Tousignant (1987) que "les instruments à notre disposition actuellement sont utiles, manifestent un niveau de validité acceptable tout en laissant une certaine insatisfaction". Sans sous-estimer leur mérite, il est à mentionner que la principale critique portée par de nombreux auteurs à l'endroit de ce type d'instruments de mesure concerne le

manque de validité particulièrement par rapport aux diagnostics psychiatriques cliniques pour identifier les personnes affectées. Compte tenu de la diversité des critères pour définir les troubles mentaux ainsi que de la difficulté de rattacher avec exactitude et précision les symptômes relevés à des catégories diagnostiques différentielles, nous proposons, à l'instar de Link et Dohrenwend (1980), d'assigner comme dénominateur commun à ces instruments la mesure de la détresse psychologique ou de démoralisation, tel que défini par Frank (1973). Cette notion de détresse psychologique réfère à un ensemble de symptômes assez sévères pour qu'ils puissent être l'objet d'une aide thérapeutique.¹ Le postulat en faveur de cette proposition s'appuie sur le principe que les états de détresse psychologique représente une condition inhérente aux problèmes psychiatriques cliniques (Link et Dohrenwend, 1980). Ces derniers auteurs ont évalué la consistance interne de différentes mesures dont le SCL-90, le CES-D et le EOS (tableau 3) et ont constaté qu'elles partagent de manière appréciable cette dimension de détresse ou de démoralisation. Sans que nous puissions mettre à l'épreuve l'ensemble des instruments de mesure symptomatologique identifiés comme tels dans ce travail, nous nous appuyons sur ces précédents travaux pour effectuer ce regroupement permettant ainsi de comparer la plupart des résultats d'enquêtes provenant de ces instruments. Cette façon de faire n'exclut pas l'attention qui sera accordée dans le prochain chapitre à la prévalence de certaines psychopathologies particulières.

La liste de tous les instruments de mesure symptomatologique auxquels nous faisons référence dans ce travail est présentée ci-bas. Une description des principaux instruments est annexée à ce chapitre (tableau 3).

1. Le CES-D* - Center for Epidemiological Studies Depressive Scale - utilisé dans 12 études comme indicateur de symptomatologie dépressive (Eaton et Kessler, 1981; Frerichs et coll., 1981; Phifer et Murrell, 1986; Murrell et coll., 1983; Norris et Murrell, 1984; Comstock et Helsing, 1976; Brenner, 1979; O'hara et coll., 1985; Catalano et Dooley, 1977; Krause, 1986A, 1986B; Berkman et coll., 1986).
2. Le OARS* - Older American's Ressources and Services Multidimensional Assessment Questionnaire - utilisé

¹Cette formulation va dans le même sens que celle proposée par Perreault (1987) dans l'Enquête Santé Québec.

* La description de ces instruments de mesure figure au tableau 3.

dans cinq études comme indicateur de psychopathologies diverses et de l'état de santé mentale générale (Haug et coll., 1984; Gerson et coll., 1987; Harel et coll., 1982; Romaniuk et coll., 1983; Blazer et Houpt, 1979).

3. Le SDS* - Self-Rating Depression Scale - apparaissant dans quatre études comme indicateur de dépression (Steuer et coll., 1980, Blumenthal, 1975; Dunkle, 1985; Zung, 1967).
4. Le SCL-90* - Johns Hopkins Symptom Checklist - employé comme indicateur de syndromes psychiatriques ou de l'état de santé mentale générale dans trois études (Magni et coll., 1988; Uhlenhuth et coll., 1983; Feinson et Thoits, 1986).
5. Le PSI* - Psychiatric Symptom Index - utilisé dans l'Enquête Santé-Québec (voir Émond et coll., 1988) comme indicateur de détresse psychologique.
6. L'EOS* - Enquête sur l'opinion sanitaire - choisi comme indicateur de symptômes psychophysiologiques de dépression et d'anxiété dans l'Enquête Santé-Canada (1981).
7. Un questionnaire de 100 items présentés dans une entrevue individuelle est un instrument dérivé de celui développé pour le "Stirling County" employé par Benfari et coll. (1972) comme indicateur de syndromes dépressifs et anxieux.
8. Le "Care Interview" composé de 1 500 items répondus dans le cadre d'une entrevue individuelle est la version préliminaire du "Geriatric Mental State" utilisé comme indicateur de dépression et d'autres psychopathologies par Copeland et coll. (1986).
9. Un auto-questionnaire version abrégée composée de dix-huit items présentés dans "Human Population Laboratory Depression Index" a été choisi comme indicateur de détresse psychologique par Kaplan et coll. (1987).
10. Une échelle originale constituée de cinq items, présentée dans une entrevue individuelle a été élaborée par Luke et coll. (1982) comme indicateur de détresse psychologique.
11. Une échelle administrée dans le cadre d'une entrevue individuelle a été développée par Holahan et coll. (1987) pour mesurer la détresse psychologique.
12. Finalement, des entrevues semi-structurées ont été réalisées, d'une part, par des psychiatres pour identifier les cas de névroses et de pathologies fonctionnelles selon des critères apparentés à ceux du CIM-9 (Kay et coll., 1964 et Nilsson et Persson, 1984) et, d'autre part, par des infirmières pour déterminer les personnes âgées hébergées souffrant d'anxiété et de dépression (Lefebvre-Girouard, 1986).

2.2.2 LES INSTRUMENTS DE MESURE DIAGNOSTIQUE

Le quart des instruments de mesure identifiés dans l'ensemble des enquêtes de maladies mentales sont qualifiés ici de mesure diagnostique. Contrairement au premier regroupement, ces instruments ont été élaborés avec le souci ambitieux d'établir des approximations de diagnostics psychiatriques avec l'appui de critères opérationnels et rigoureux provenant de différentes classifications nosologiques reconnues. L'intérêt manifeste ayant motivé le développement de ces instruments consiste à pouvoir identifier les personnes aux prises avec des problèmes psychiatriques selon des critères fidèles et valides, comparables aux jugements cliniques de psychiatres posés en fonction de normes standardisées.

Même si les jugements psychiatriques ne constituent pas un point de référence infailible*, les efforts investis à construire les instruments de mesure diagnostique visent à réduire la variance due surtout au manque de précision des critères utilisés et due aussi, aux différences quantitatives et qualitatives de l'information recueillie au cours d'entrevues standardisées de type psychiatrique. C'est dans ce sens que ces instruments très structurés qui tiennent compte de la fréquence, de l'intensité et de la durée des symptômes ont été développés en référence à des critères d'inclusion et d'exclusion délimitant avec complexité la nature et la quantité des indices requis pour identifier les cas psychiatriques.

Bien que ces instruments offrent l'avantage d'être plus rigoureux et qu'ils permettent de spécifier la nature et d'établir la prévalence de nombreux problèmes de santé mentale, certaines limites caractérisent l'utilisation de ces instruments, en l'occurrence la longueur de l'instrument et le mode d'administration onéreux par ses exigences (Corin et coll., 1987). De plus,

* Cette question importante fait l'objet de débats entretenus depuis plusieurs années par plusieurs auteurs dont Robins (1985), Helzer et coll. (1978), Helzer et coll. (1977), Spitzer et coll. (1975), Sandifer et coll. (1964), Babigian et coll. (1965), Ley (1972) qui mettent en évidence les difficultés d'observer une fidélité inter-juge appréciable entre les psychiatres.

certain auteurs (Anthony et coll., 1985; Helzer et coll., 1985) interrogent la fiabilité notamment du MIMH-DIS (cf. tableau 3). A ce propos, Blazer et Williams (1980) signalent que cet instrument, en adoptant des critères d'exclusion rigoureux, comporte le risque de rejeter des vrais négatifs (ou d'éliminer des personnes réellement affectées) particulièrement chez les personnes âgées.

De la même manière que pour les instruments de mesure symptomatologique, tous les instruments de ce second regroupement sont présentés ci-bas; ceux-ci sont accompagnés d'une description plus détaillée, présentée au tableau 3 à la fin de ce chapitre.

1. Le MIMH-DIS - National Institute of Mental Health - Diagnostic Interview Schedule - est choisi comme indicateur de plusieurs troubles parmi 31 catégories diagnostiques incluses dans le DSM-III par Robins et coll. (1984), Myers et coll. (1984), Blazer et coll. (1985), Swartz et coll. (1986) et Blazer et coll. (1987).
2. Le RDC - Research Diagnostic Criteria - est utilisé comme indicateur de plusieurs troubles parmi 25 catégories diagnostiques établies selon les critères de Feighner (voir Feighner et coll., 1972) par Billings et coll. (1983), Weissman et Myers (1978) et O'Hara et coll. (1985).
3. Le SADS - Schedule for Affective and Schizophrenia - est adopté comme indicateur de plusieurs troubles parmi 25 catégories diagnostiques établies selon les mêmes critères que le RDC par Weissmann et Myers (1978).
4. Le OARS - Depressive scale - Older American's Ressources and Services Multidimensional Assessment Questionnaire - a été élaboré et utilisé par Blazer et Williams (1980) comme indicateur de dépression définie selon les critères du DSM-III.

2.3 LES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE POSITIVE

Outre les indicateurs de maladies mentales qui s'appuient sur des concepts de morbidité et qui n'apportent, par conséquent, qu'une appréciation négative de la santé mentale, des indicateurs basés sur les concepts de bien-être psychologique ou subjectif, de la satisfaction face à la vie, de bonheur, de moral, de la qualité de vie, de l'adaptation et de l'attitude face à la vie ont été créés pour évaluer la santé mentale positive. En comparaison avec les indicateurs de maladies mentales, la multiplicité des construits et des cadres

de référence pour définir la santé mentale positive ainsi que la diversité des options méthodologiques conduisent, à peu de choses près, aux mêmes difficultés qu'énoncées plus haut.

Il est vrai que mesurer la santé mentale positive est une entreprise complexe et qu'il existe plusieurs façons de définir et d'évaluer cette notion (voir Jahoda, 1958). Déjà, de nombreux auteurs ont mis en parallèle les définitions de ces indicateurs rapatriés sous diverses appellations qui se veulent globales telles que la satisfaction face à la vie (George et Bearon, 1980), le moral (Nydegger, 1977), le moral et la satisfaction face à la vie (Sauer et Warland, 1982), le bien-être subjectif (Larson, 1978; Diener, 1984; Horley, 1984; Campbell, 1976) et la qualité de vie (Andrews, 1974).

L'ensemble de ces auteurs sont d'avis pour reconnaître le manque de clarté conceptuelle qui caractérise ces indicateurs. Ceux-ci sont employés de manière interchangeable dans la littérature, qui plus est, peuvent varier à l'intérieur d'une même étude sans que l'on dénote la spécificité conceptuelle de chacun d'eux (Sauer et Warland, 1982). Cette situation est attribuable au fait que ces indicateurs réfèrent à des construits unidimensionnels et multidimensionnels (Diener, 1984; George et Bearon, 1980; Larson, 1978). Ils sont formés de composantes affectives et/ou cognitives (Horley et Little, 1985; Campbell, 1976). De plus, ces indicateurs sont établis selon différentes périodes de temps de référence et selon différents critères dans la mesure où les appréciations des répondants peuvent s'effectuer en comparaison avec les autres, son expérience passée ou un point de vue idéalisé (Larson, 1978).

Malgré ces divergences conceptuelles et méthodologiques, plusieurs auteurs soutiennent que ces indicateurs partagent un ensemble d'indices qui gravitent autour de ce que nous appelons ici le bien-être psychologique (Larson, 1978; Sauer et Warland, 1982; Diener, 1984; Horley, 1984; Okun et Stock, 1987). Certains travaux de validation (Lohmann, 1980; Stones et Kozma, 1985; Kanmann, Farry et Herbison, 1984; Heady, Holmstrom et Wearing, 1985; Larsen, Diener et Emmons, 1985) permettent d'affirmer qu'un degré acceptable, sinon élevé, de validité de convergence caractérise plusieurs échelles de bien-être psychologique. Certains travaux ont identifié les composantes communes aux

diverses mesures développées (Lohmann, 1980; Pierce et Clark, 1973; Herzog et Rodgers, 1981).

De manière générale, nous pouvons envisager avec Diener (1984) que trois traits majeurs marquent l'ensemble des mesures de bien-être psychologique. Premièrement, toutes ces mesures sont de nature subjective dans la mesure qu'on fait appel qu'à l'expérience des répondants pour apprécier leur bien-être. Deuxièmement, les indicateurs de bien-être incluent ou se composent essentiellement de mesures positives. Ces mesures ne font pas que refléter une absence de composante négative de la santé mentale mais plutôt représentent des composantes positives qui s'avèrent, selon certains auteurs, être des dimensions distinctes -voire mutuellement exclusives- des dimensions négatives de la santé mentale (Diener, 1984; Heady, Holmstrom et Wearing, 1985; Bradburn, 1969; Bryant et Veroff, 1982). Troisièmement, les mesures de bien-être correspondent habituellement à des évaluations globales ou générales de l'expérience d'une personne.

La liste des instruments de mesure de santé mentale positive qui ont servi dans les 25 enquêtes de santé mentale est présentée ci-bas. Les principaux instruments de mesure sont brièvement décrits dans le tableau 3 annexé à ce chapitre.

1. L'ABS-Affect Balance Scale* est un instrument choisi pour évaluer le bien-être psychologique par Gooding et coll. (1988), Windley et Scheidt (1982), Luke et coll. (1982), Ploeg et Faux (1989), l'Enquête Santé Canada (1981) et Carp et Christensen (1986).
2. Le PGCMS- Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* est utilisé comme mesure du moral par Windley et Scheidt (1982), Koenig et coll. (1988), Ward et coll. (1984), Carp et Christensen (1986).
3. Le LSI-A et le LSI-Z - Life Satisfaction Index A et Index Z- sont deux échelles (dont la deuxième est une version abrégée de la première) mesurant la satisfaction de vivre dans les études de Dorfman et coll. (1985), Wister et Strain (1986) et de Edwards et Klemmack (1973).
4. Le GWB - General Well-being Schedule*- est utilisé par Costa et coll. (1987) sous une forme abrégée pour mesurer le bien-être psychologique.

* La description de ces instruments de mesure figure au tableau 4.

5. Le BESQ - Bien-être de Santé Québec* - est une version modifiée de GWB établie par l'Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988).
6. Le PWB - Perceived Well-Being Scale - mesure le bien-être subjectif dans l'étude de Reker et Wong (1984).
7. Le LSS - Life Satisfaction Scale* - a été élaboré et utilisé par Iohmann (1980) à partir d'échelles existantes pour évaluer la satisfaction face à la vie.
8. Le Index PWB - Index of Psychological Well-Being* est une version abrégée de l'ABS, utilisée par Berkman (1971).
9. Diverses échelles originales composées d'un et quelquefois, d'un nombre restreint d'items dichotomiques ou gradués en quelques points ont été développées comme mesures de satisfaction de vivre et de bien-être psychologique (Romaniuk et coll., 1983; Wan, Odell et Lewis, 1982; Edington et Berlin, 1983; Copeland et coll., 1986; Carp et Christensen, 1986), de moral (Lee et Isnii-Kuntz, 1983), de bonheur (Enquête sociale générale, 1987; Enquête canadienne sur la promotion de la santé, 1987) et de qualité de vie (Osberg et coll., 1987).

TABLEAU 3 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE SYMPTOMATOLOGIQUE ET DIAGNOSTIQUE

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE SYMPTOMATOLOGIE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
INSTRUMENT DE MESURE DIAGNOSTIQUE						
1. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (NIMH-DIS)	Pathologies psychiatriques	Ensemble de 269 questions établies selon des critères (présence de symptômes, durée et sévérité de symptômes du DSM-III, de Feighner et du RDC regroupant 31 diagnostics différentiels.	Variable selon les problèmes psychiatriques définis selon les critères d'inclusion et d'exclusion de 3 classifications.	Questionnaire rempli par interviewer dans le cadre d'une entrevue individuelle.	Variable selon les études (6 mois ou toute la vie).	Robins, L.H., Helzer, J.E., Croughan, J., Ratcliff, K.S. (1981)
2. Research Diagnostic Criteria (RDC)	Pathologies psychiatriques.	Ensemble d'items correspondant à des critères (présence, durée, sévérité de symptômes) composant 25 principales catégories diagnostiques établies à partir de la classification de Feighner.	Variable selon les catégories diagnostiques définies selon les critères d'inclusion et d'exclusion de la classification de Feighner.	Questionnaire rempli par interviewer dans le cadre d'une entrevue individuelle.	Variable selon les études (6 mois ou toute la vie).	Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. (1978)
3. Schedule for Affective and Schizophrenia (SADS)	Pathologies psychiatriques.	Ensemble d'items correspondant à des critères (présence, durée, sévérité de symptômes) composant 25 principales catégories diagnostiques établies à partir de la classification de Feighner.	Variable selon les catégories diagnostiques définies selon les critères d'inclusion et d'exclusion de la classification de Feighner.	Questionnaire rempli par interviewer dans le cadre d'une entrevue individuelle.	1 semaine (SADS) à vie (SADS-L)	Endicott, J., Spitzer, R.L. (1978)

TABLEAU 3 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE SYMPTOMATOLOGIQUE ET DIAGNOSTIQUE (SUITE 1)

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE SYMPTOMATOLOGIE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
INSTRUMENT DE MESURE DIAGNOSTIQUE						
4. Older American's Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire - Depressive Scale (OARS - Depressive Scale)	Dysphorie et dépression.	Échelle de 18 items incluant des symptômes établis à partir des critères du DSM-III de dysphorie (7 items) et de dépression (11 items). Aucun score global n'est produit à partir de ces items.	Critères d'inclusion et d'exclusion du DSM-III.	Questionnaire rempli par interviewer dans le cadre d'une entrevue individuelle.	Actuelle	Blazer, D. et Williams, C.D. (1980)
5. Older American's Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire - Mini-Mult (OARS - Mini - Mult).	Psychopathologies diverses.	Questionnaire composé de 15 items répondus par oui ou non correspondant à 15 symptômes issus d'une version abrégée du MMPI incluant 5 dimensions reliées à l'hypocondrie, la dépression, l'hystérie, la paranoïa et la schizophrénie. De plus, 5 items gradués en 4 points selon la fréquence des symptômes visent à une auto-évaluation de la santé mentale générale. Aucun score global n'est produit à partir de ces items.	Variable selon les études.	Questionnaire rempli par interviewer dans le cadre d'une entrevue individuelle.	Actuelle	Center of aging and human development, Duke University (1978); voir Filtenbaum, G.G. et Smyer, M.A. (1981)

TABLEAU 3 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE SYMPTOMATOLOGIQUE ET DIAGNOSTIQUE (SUITE 3)

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE SYMPTOMATOLOGIE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
INSTRUMENT DE MESURE SYMPTOMATOLOGIQUE						
6. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale)	Symptomatologie dépressive	Échelle de 20 items correspondant à 20 symptômes dépressifs élaborés à partir de 6 dimensions établies sur des critères cliniques et d'échelles de dépression validées: 1. humeur dépressive, 2. sentiments de culpabilité, 3. sentiments d'impuissance et de désespoir, 4. retard psychomoteur, 5. perte d'appétit, 6. perturbation du sommeil. Pour chacun des 20 items, 4 niveaux de réponses sont présentés selon la fréquence des symptômes. Un score global de 0 à 60 signifie que plus le score est élevé, plus les symptômes dépressifs sont fréquents et nombreux.	Plus élevé ou égal à 16, 10 ou la moyenne du groupe.	Autoquestionnaire.	1 semaine	Radloff, L.E. (1977)

TABEAU 3 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE SYMPTOMATOLOGIQUE ET DIAGNOSTIQUE (SUITE 4)'

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE SYMPTOMATOLOGIE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
INSTRUMENT DE MESURE SYMPTOMATOLOGIQUE						
7. Psychiatric Symptom Index (PSI)	psychopathologies.	29 items correspondant à 29 symptômes établis à partir de critères diagnostiques cliniques regroupant 4 dimensions: l'anxiété, la dépression, l'angoisse, l'agressivité et les troubles cognitifs. Pour chacun des items, 4 niveaux de réponses sont proposés selon la fréquence des symptômes. Un score global est obtenu par la somme de toutes les réponses.	Seuil établi selon les quintiles de la population étudiée (Esq).	Autoquestionnaire.	1 semaine	- Ilfeld, F.W. (1976) - Perreault, C. (1987)
8. Enquête sur l'opinion sentimentale (EOS).	Symptomatologie dépressive et anxieuse.	16 items associés à 16 symptômes physiologiques liés à une symptomatologie dépressive et anxieuse. Chaque item est associé à trois niveaux de réponse selon la fréquence des symptômes. Un score global est obtenu par la somme des réponses de tous les items.	Seuil non précisé (ESC).	Autoquestionnaire.	Actuelle	- MacMillan (1957) - Enquête Santé Canada (1981)

TABLEAU 3 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE SYMPTOMATOLOGIQUE ET DIAGNOSTIQUE (SUITE 5)

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE SYMPTOMATOLOGIE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
INSTRUMENT DE MESURE SYMPTOMATOLOGIQUE						
9. Self-Rating depression scale (SDS)	Symptomatologie dépressive	20 items correspondant à 20 symptômes de symptomatologie dépressive établis à partir de critères diagnostiques cliniques de trois dimensions: affective (2 items), physiologique (8 items), psychologique (12 items). Pour chacun des 20 symptômes, 4 niveaux de réponses sont présentés selon la fréquence des symptômes. Un score global de 0 à 80 signifie que plus le score est élevé, plus les symptômes dépressifs sont fréquents et nombreux.	Variable selon les études.	Autoquestionnaire.	Actuelle	. Zung, W.W.K. (1967)

TABLÉAU 4 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE DE SANTÉ MENTALE POSITIVE

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE CRITIQUE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
1. ABS- Affect Balance Scale	Bien-être psychologique	Échelle mesurant l'expérience affective des répondants selon 5 items attribués aux affects positifs et 5 items attribués aux affects négatifs. Un score global résulte de la somme des 10 items dichotomiques.	Variable selon les études	Autoquestionnaire	Actuelle	- Bradburn (1969) - Sauer et Warland (1982) - George et Beaton (1980) - Diener (1984) - Enquête Santé Canada (1981)
2. Index PWB - Index of psychological well-being	Bien-être psychologique	Version abrégée de l'ABS composée de 8 items, 3 positifs et 5 négatifs, gradués en 3 points selon la fréquence des symptômes. Un score global est calculé à partir de 8 items.	Critère non établi.	Autoquestionnaire	Actuelle	Berkman (1971)

TABLÉAU 4 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE DE SANTÉ MENTALE POSITIVE (SUITE 1)

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE CRITIQUE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
3. PGCMS - Philadelphia Geriatric Center Morale Scale	Moral	Échelle auto-administrée de 22 items dichotomiques ralliant trois dimensions principales: 1) agitation, 2) attitude envers le vieillissement, 3) attitude face à l'isolement. Un score global est calculé à partir de la somme de ces items.	Variable selon les études.	Autoquestionnaire	Actuelle	- Lawton (1972) - Sauer et Warlen (1982) - George et Beaton (1980) - Diener (1984)
4. LSI-A LSI-Z Life Satisfaction index A et index Z	Satisfaction face à la vie.	Échelle composée de 20 items (LSI-A) ou de 13 items (LSI-Z, version abrégée) évaluant 5 dimensions: l'entrain (par opposition à l'apathie), l'estime de soi, l'humeur, la convergence entre les buts accomplis et souhaités, le courage et la fermeté. Un score global est calculé à partir de la somme des items dichotomiques.	Variable selon les études	Autoquestionnaire	Actuelle	- Neugarten, Havighurst et Tobin (1961) - Wood, Wyle et Sheafor (1969) - Adams (1969) - Sauer et Warland (1982) - George et Beaton (1980) - Diener (1984)

TABEAU 4 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE DE SANTÉ MENTALE POSITIVE (SUITE 2)

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE CRITIQUE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
5. GMB Well-being schedule	Bien-être psychologique	Échelle composée de 18 items gradués en 4 points selon la fréquence des incidents. Échelle couvrant sept dimensions: 1. satisfaction de vivre, 2. les préoccupations liées à la santé, 3. l'humeur dépressive, 4. le niveau d'énergie, 5. le stress, 6. le "coping", 7. l'ajustement dans le milieu. L'échelle utilisée par Costa et coll. (1987) est une version abrégée de 10 items mesurant 1. l'affect négatif, 2. l'affect positif, 3. les préoccupations liées à la santé.	Variable selon les études.	Autoquestionnaire	Variables selon les études. (Dernier mois in Costa et coll. (1987)).	- Dupuy (1978) - Diener (1984) - Costa et coll. (1987)

TABLEAU 4 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE DE SANTÉ MENTALE POSITIVE (SUITE 3)

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE CRITIQUE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
6. BESQ - Bien-être de santé Québec	Bien-être psychologique	Version modifiée de l'échelle GWB composée de 14 items gradués en 4 points selon la fréquence des indices. Échelle mesurant 7 dimensions: 1. l'énergie, 2. le contrôle des émotions, 3. l'humour général, 4. l'intérêt face à la vie, 5. le stress ressenti, 6. la perception de la santé, 7. l'isolement émotionnel. Un score global est calculé à partir de la somme des réponses positives.	Score global > 35 à 42	Autoquestionnaire	12 derniers mois	Perreault (1987)
7. PWB - Perceived well-being scale	Bien-être subjectif	Échelle composée de 14 items gradués en 7 points selon le degré d'accord. Échelle mesurant 3 dimensions: le bien-être psychologique, physique et général. Un score global est calculé à partir de la somme des réponses positives.	Variables selon les études	Autoquestionnaire	Actuelle	Reker et Wong (1987)

TABLÉAU 4 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE DE SANTÉ MENTALE POSITIVE (SUITE 4)

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE CRITIQUE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
8. LSS-Life satisfaction scale	Satisfaction face à la vie	Échelle de 32 items dichotomiques (et sa version abrégée de 18 items) mesurant les affects négatifs et positifs rattachés à plusieurs dimensions provenant de 7 échelles existantes. Un score global est calculé à partir de la somme des items répondus positivement.	Moyenne des scores	Autoquestionnaire	Actuelle	Lohmann (1980)

TABLEAU 4 LISTE DES CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX INSTRUMENTS DE MESURE DE SANTÉ MENTALE POSITIVE (SUITE 5)

INSTRUMENT DE MESURE	INDICATEUR	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE MESURE	SEUIL DE CRITIQUE	MODE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE DE TEMPS DE RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCES
9. Mesures à item unique	Variés	Plusieurs mesures à item unique sont utilisées, par exemple, par l'Enquête Sociale Générale (1985) "Diriez-vous que vous êtes... très heureux, plutôt heureux, pas très heureux?", par l'Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1987) "de manière générale, affirmeriez-vous que vous êtes une personne... très heureuse, assez heureuse, pas très heureuse?" par Van et coll. (1982) "En prenant tout en compte, comment estimez-vous votre satisfaction face à la vie (traduction libre)	Variable selon les études	Autoquestionnaire	Variable selon les études	Sauer et Warland (1986)

3. LA PRÉVALENCE ET LES VARIATIONS SELON L'ÂGE

3.1 INTRODUCTION

Du point de vue de la littérature scientifique, la santé mentale semble se détériorer avec l'âge. Plus nous vieillissons, plus nous risquons d'éprouver des troubles mentaux. Parmi une dizaine de revues générales portant sur la nature et la fréquence des troubles mentaux chez les personnes âgées, six revues américaines se prononcent sur les différences selon l'âge établies à partir d'enquêtes et de statistiques hospitalières. De ce nombre, une majorité de recensions soutiennent que la prévalence et l'incidence de l'ensemble des psychopathologies augmentent après 60-65 ans (Pitt, 1980; Malzberg, 1980; Pfeiffer, 1977; Pfeiffer et Busse, 1973), alors que deux recensions concluent que les taux des populations adultes et âgées sont similaires (Dohrenwend et coll., 1980) ou qu'ils ont tendance à diminuer avec l'âge (Kay et Bergmann, 1980).

Au Québec, certains documents largement diffusés renforcent cette position. D'après Levasseur (1983), les taux les plus élevés se retrouvent chez les personnes de plus de 65 ans. Un second document souligne d'emblée l'importance dramatique des troubles mentaux chez la population âgée en démontrant à l'appui de taux d'incidence que plus de la moitié de tous les troubles mentaux sont attribuables aux gens âgés (Plamondon, 1987).

Certains peuvent penser que cette possible augmentation des problèmes de santé mentale avec l'âge est préjudiciable à l'accroissement des troubles mentaux organiques, des démences et des troubles de confusion. Dans l'ensemble, les auteurs des revues générales présentées ci-haut ainsi que Larue, Dessonville et Jarvik (1985), Gunner-Svensson et Jensen (1976) et Henderson et Kay (1984) s'entendent pour reconnaître le vieillissement comme un facteur fortement associé à l'apparition de ces troubles. Toutefois, il est difficile d'affirmer pour le moment que ceux-ci représentent les principaux troubles mentaux affectant la population âgée. Au contraire, malgré les difficultés diagnostiques qui contraignent les possibilités de différencier notamment les

cas de dépressions et de démences*, davantage d'auteurs tendent à estimer une prépondérance de problèmes incluant principalement des troubles affectifs et des syndromes dépressifs et anxieux parmi l'ensemble des troubles mentaux des gens âgés.

C'est à l'aide des travaux recensés ici que nous sommes tentés de réexaminer le rapport entre le vieillissement et la fréquence des troubles mentaux. Certaines revues récentes (Newmann, 1989; Cappeliez, 1988; Feinson, 1985) nous indiquent que le vieillissement ne peut être considéré comme un facteur intervenant défavorablement sur la prévalence de troubles dépressifs. Alors, peut-on toujours affirmer que vieillir tend à s'accompagner de problèmes de santé mentale plus fréquents? En contrepartie, est-il possible d'envisager un déclin du bien-être psychologique avec l'avance en âge?

C'est à ces questions que nous nous proposons de répondre dans les prochaines pages. En rapport avec chacune des classes d'indicateurs de santé mentale, un examen comparatif des résultats d'enquêtes sur la prévalence des populations âgées identifiées est exposé succinctement. Deux tableaux présentent de manière détaillée les prévalences des personnes affectées de troubles mentaux (tableau 5) et de celles considérées comme bien portantes (tableau 6) qui sont rapportées dans chacune des études de cette recension. En se basant sur les enquêtes de la population âgée et générale, nous nous intéressons ensuite aux variations de la prévalence selon l'âge. Une brève conclusion met en évidence la correspondance entre les fréquences obtenues produites par les enquêtes de maladies mentales et les enquêtes de santé mentale positive.

3.2 LA PRÉVALENCE DES PERSONNES AGÉES ÉPROUVANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Un ensemble de trente enquêtes (sur quarante-deux) nous informent sur la prévalence des problèmes de santé mentale dont dix-huit enquêtes sont conduites auprès de la population âgée et douze enquêtes le sont auprès de la population

*Pour en savoir plus long sur la pseudodémence, les lecteurs intéressés peuvent consulter Caine (1981), Mahendra (1979), Roy (1987).

générale.

3.2.1 LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Parmi ces trente enquêtes, la plupart des résultats rapportant des taux de prévalence* de troubles mentaux des personnes âgées proviennent d'études faisant l'usage d'instruments de mesure symptomatologique. Ces résultats figurent ici au chapitre de la détresse psychologique. Ainsi, sont rapatriés les taux de prévalence de problèmes définis comme la **dépression** (Berkman et coll., 1986; Murrell et coll., 1983; Phifer et Murrell, 1986; O'Hara et coll., 1985; Krause, 1986A; Comstock et Helsing, 1976; Eaton et Kessler, 1981; Frerichs et coll., 1981; Blazer et Houpt, 1979; Magni et coll., 1988; Uhlenhuth et coll., 1983; Romaniuk et coll., 1983; Feinson et Thoits, 1986; Luke et coll., 1982; Copeland et coll., 1986), comme la **détresse psychologique** (Feinson et Thoits, 1985; Gerson et coll., 1987; Romaniuk et coll., 1983; Enquête Santé Québec; voir Émond et coll., 1988; Enquête Santé Canada, 1981; Uhlenhuth et coll., 1983; Kaplan et coll., 1987), comme des **troubles anxio-dépressifs** (Enquête Santé Canada, 1981; Lefebvre-Girouard, 1986), comme une **symptomatologie psychiatrique** (Romaniuk et coll., 1983), et comme l'**anxiété générale** (Uhlenhuth et coll., 1983). L'ensemble de ces taux de prévalence sont estimés à un moment donné (prévalence instantanée), au cours d'une semaine ou, dans le cas d'une seule étude (Uhlenhuth et coll., 1983), au cours d'une année.

Ainsi regroupés, les vingt-huit taux de prévalence de la détresse psychologique varient de 3,0 % à 27,0 % ayant comme médiane un taux de 16,4 %. Les taux les moins élevés oscillent entre 3,0 et 7,1 % (Comstock et Helsing, 1976; Uhlenhuth et coll., 1983; Enquête Santé Canada, 1981) tandis que les taux de prévalence les plus élevés sont ceux allant de 19 % à 27 % (Enquête Santé

*La prévalence signifie le nombre de cas identifiés dans une population donnée. De plus, la prévalence s'établit sur une période de temps déterminée et s'exprime fréquemment par un taux rapporté sur un dénominateur de 1 000, 10 000 ou 100 000 ou par un pourcentage (Jenicek et Cléroux, 1982). La plupart des études de cette recension présentent les taux de prévalence sous forme de pourcentage. Toutefois, le quart des études rapportent les valeurs par des moyennes, lesquelles sont exclues de ce compte rendu.

Québec; voir Émond et coll., 1988; Feinson et Thoits, 1985; Luke et coll., 1982; Romaniuk et coll., 1983).

3.2.2 LA DÉPRESSION

Sur la base des résultats établis avec l'aide d'instruments de mesure diagnostique, la prévalence de la dépression définie selon les critères du DSM-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^e édition; voir American Psychiatric Association, 1985) est beaucoup plus faible que la prévalence de la détresse psychologique. Quatre enquêtes de grande ampleur concluent que, chez les personnes âgées, la prévalence de la dépression majeure - à un moment donné et sur six mois -, varie de 0,1 % à 5,4 % et a une valeur médiane de 1,6 % (Blazer, Hugues et George, 1987; O'Hara et coll., 1985; Blazer et Williams, 1980; Myers, Weissman et coll., 1984). Deux études nous démontrent que si l'on tient compte de la dépression majeure et mineure à la fois, la prévalence totale de la dépression grimpe de 3,7 % (Blazer et Williams, 1980) à 8,1 % (Weissman et Myers, 1978).

Par ailleurs, si nous évaluons les risques d'être affecté au cours de sa vie, les deux études que nous disposons sur la prévalence de la dépression chez les personnes âgées présentent des résultats divergents. La prévalence à vie de la dépression majeure est estimée à 0,8 %, 1,4 % et 1,8 % par Robins, Helzer et coll. (1984) et se différencie peu de la prévalence estimée sur six mois tandis que, dans l'étude de Weissman et Myers (1978), la prévalence de la dépression majeure (14,4 %) et de la dépression majeure et mineure (19,8 %) augmentent sensiblement lorsqu'elle s'établit sur la période de toute la vie.

En somme, un écart important dissocie les taux de prévalence de la détresse psychologique de ceux de la prévalence de la dépression définie dans un sens strict. Blazer, Hugues et George (1987) et Blazer et Williams (1980) nous suggèrent que si l'on considère des critères moins sévères de symptomatologie dépressive à l'égard des personnes âgées, nous obtenons une prévalence nettement plus élevée. Dans l'étude de Blazer et Williams (1980), la prévalence instantanée des cas de dépressions associées à des troubles médicaux (6,5 %) et de dysphorie (4,5 %) s'ajoute à la prévalence des cas de

dépansions majeures (1,8 %) et mineures (1,9 %) pour totaliser une prévalence de 14,7 % de cas de dépansions définies dans un sens large. Par ailleurs, dans une étude subséquente, Blazer, Hugues et George (1987) démontrent que la prévalence sur six mois de la dysphorie (19 %) représente la plus grande part de la prévalence totale de cas de troubles dépressifs variés (27 %).

3.2.3 LES TROUBLES COGNITIFS

Un certain nombre d'études nous renseignent sur la prévalence des troubles cognitifs et des démences chez les personnes âgées (Myers, Weissman et coll., 1984; Blazer et Houpt, 1979; Copeland et coll., 1986; Kay et coll., 1964). La prévalence instantanée et sur six mois de ces troubles, mesurée ici par différents instruments, est évaluée à 1,0 %, 1, %, 1,3 %, 1,3 %, 2,1 %, 4,0 %, 5,7 % selon les six différents résultats de ces études. Par ailleurs la prévalence à vie des troubles cognitifs est estimée à 4,0 %, 5,0 % et 5,1 % par Robins, Helzer et coll. (1984).

3.2.4 L'ENSEMBLE DES TROUBLES MENTAUX

Deux enquêtes majeures (Robins, Helzer et coll., 1984; Myers, Weissman et coll., 1984) nous permettent d'apprécier l'ampleur de différents problèmes de santé mentale correspondant à quinze diagnostics psychiatriques affectant la population âgée. En incluant les troubles affectifs et cognitifs, les phobies et plusieurs autres troubles psychiatriques, la prévalence sur six mois est estimée à 8,8 %, 12,8 % et 16,5 % tandis que la prévalence à vie atteint 16,6 %, 18,7 % et 28,5 % selon les communautés échantillonnées.

Comparativement à la population âgée vivant dans la communauté, la population âgée institutionnalisée semble éprouver une fréquence beaucoup plus élevée de problèmes de santé mentale. Deux études nous permettent de préciser que les troubles affectifs et anxieux connaissent des taux de 42,6 % (Lefebvre-Girouard, 1986) et de 53,0 % (Magni et coll., 1988) et que les troubles liés à des comportements de confusion concernent 70,1 % de la population âgée résidant en centres d'hébergement (Lefebvre-Girouard, 1986).

3.3 LA PRÉVALENCE DES PERSONNES AGÉES BIEN PORTANTES

Douze enquêtes déterminent la proportion des personnes âgées qui se déclarent bien portantes ou, en d'autres termes, qui se considèrent heureuses, satisfaites face à leur vie, qui ressentent un bien-être psychologique ou qui se reconnaissent avoir un bon moral (tableau 6). Ces études faisant l'usage de mesures variées nous rapportent que de 60,8 % à 96,2 % des gens âgés ressentent un bien-être psychologique appréciable et élevé. La valeur médiane des dix-sept estimations relevées dans ces études est de 82,4 %. Par ailleurs, la proportion des individus estimant ressentir un niveau élevé de bien-être et de bonheur représente de 19,1 % à 73,0 % de la population totale. La proportion médiane de ces individus est de 40 %. Les proportions les plus élevées (> 90 %) de personnes âgées bien portantes apparaissent dans les études de Copeland et coll., (1986) de Romaniuk et coll. (1983), dans l'Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1987) et dans l'Enquête Sociale Générale (1987). Les proportions les moins élevées (< 71 %) de personnes âgées bien portantes sont rapportées dans l'Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988), dans l'Enquête Santé Canada (1981) et par Wan, Odell et Lewis (1982).

Par ailleurs, Lefebvre-Girouard (1986) évalue à 71,8 % les personnes résidant en centres d'hébergement satisfaites face à leur vie et à 37,9 % celles qui se disent avoir un niveau modéré et élevé de moral. Ces estimations font partie des valeurs les moins élevées prises en compte dans cette recension.

3.4 LES VARIATIONS DE LA PRÉVALENCE SELON L'ÂGE

Parmi l'ensemble des facteurs examinés en rapport à la santé mentale, le facteur "âge" est le facteur le plus étudié par les enquêtes de cette recension. Quarante-neuf études analysent les différences de prévalence selon l'âge parmi lesquelles trente-quatre sont des enquêtes de problèmes de santé mentale et quinze sont des enquêtes de santé mentale positive (tableaux 7 et 8, annexe A).

Peu de différences significatives entre les groupes d'âge sont observées dans dix-huit enquêtes de populations âgées. La majorité des taux de prévalence de problèmes établis par des instruments de mesure diagnostique et

symptomatologique tendent à demeurer stables avec l'avance en âge. De manière plus détaillée, ceci signifie que quatorze taux de prévalence rapportés dans ces enquêtes ne varient pas avec l'âge tandis qu'une relation positive est observée dans quatre études entre l'âge et la prévalence de troubles dépressifs et psychiatriques (Murell et coll., 1983; Romaniuk et coll., 1983; Dunkle, 1985) et de troubles cognitifs (Copeland et coll., 1986; Romaniuk et coll., 1983). Une seule étude rapporte une relation négative entre l'âge et deux mesures globales de problèmes de santé mentale (Gerson et coll., 1987).

Si l'on tient compte des seize enquêtes conduites auprès des populations générales, la prévalence des problèmes de santé mentale semble demeurer stable et même diminuer avec l'âge. Outre la prévalence de troubles cognitifs qui augmente avec l'âge (Robins, Helzer et coll., 1984; Myers, Weissman et coll., 1984; Blazer, George et coll., 1985), sept études concluent que la prévalence de la dépression (Billings et coll., 1983), de la détresse psychologique (Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988); Uhlenhuth et coll., 1983; Eaton et Kessler, 1981; Frerichs et coll., 1981, Kaplan et coll., 1987) et de la somatisation (Swartz, Blazer et coll., 1986) est comparable pour tous les groupes d'âge.

Par contre, sept études transversales nous rapportent que, non seulement, les taux de prévalence à vie et sur six mois de l'ensemble des pathologies psychiatriques sont significativement moins élevés chez les personnes âgées que plus jeunes (Robins, Helzer et coll., 1984; Myers, Weissman et coll., 1984; Blazer, George et coll., 1985; Weissman et Myers, 1978), mais aussi, les taux de prévalence de la détresse à un moment donné ou sur une semaine sont moins élevés chez les personnes âgées (Uhlenhuth et coll., 1983; Comstock et Helsing, 1976; Benfari et coll., 1972). De plus, une étude longitudinale réalisée sur une période de neuf années observe une diminution de la détresse avec l'avance en âge (Kaplan et coll., 1987).

A l'opposé de ces résultats, Blumenthal (1975) et Zung (1967) relèvent, avec l'aide d'une échelle de dépression (SDS) une fréquence plus élevée chez les personnes âgées. Cette échelle dont la composante somatique est importante (Steuer et coll., 1980) comporte le risque d'identifier faussement des personnes

âgées souffrant de problèmes physiques comme des personnes dépressives (Blazer et Williams, 1980). En dernier lieu, l'Enquête Santé Canada (1981) conclut que la prévalence de la détresse tend à augmenter avec l'âge.

En rapport avec les enquêtes de santé mentale positive, cinq études conduites auprès de populations âgées n'observent aucune différence significative de la proportion des personnes bien portantes selon l'âge (Romaniuk et coll., 1983; Lee et Ishii-Kuntz, 1988; Copeland et coll., 1986; Wister et Strain, 1986; Windley et Scheidt, 1982). Toutefois, quatre autres études rendent compte de la relation négative entre l'âge et le bien-être psychologique chez les personnes âgées (Gooding et coll., 1988; Koenig et coll., 1988; Edwards et Klemmack, 1973; Osberg et coll., 1987).

Lorsqu'on compare les différents groupes d'âge de la population générale, le nombre de personnes bien portantes ne varie pas selon l'âge d'après les résultats établis dans trois enquêtes (Enquête Santé Québec; voir Émond et coll., 1988; Costa et coll., 1987; Berkman, 1971) tandis que les indices de bien-être tendent à être moins élevés chez les personnes âgées dans les trois enquêtes pan-canadiennes (Enquête Santé Canada, 1981; Enquête canadienne sur la promotion de la santé, 1987; Enquête Sociale Générale, 1987).

3.5 CONCLUSION

Si l'on reprend les principaux résultats présentés dans ce chapitre, nous pouvons estimer que la prévalence de la détresse psychologique chez les personnes âgées représente une valeur médiane de 16,4 % tandis que la proportion des personnes bien portantes s'évalue approximativement à 82,4 %. Même si ces résultats se complètent assez bien, nous observons, parmi toutes les études recensées, des résultats peu congruents à l'égard des variations de la prévalence selon l'âge. En effet, tant les problèmes de santé mentale -en excluant évidemment les troubles cognitifs- que les indices de bien-être psychologique tendent à demeurer stables et à diminuer avec l'âge. Ces résultats sont compatibles notamment avec ceux rapportés dans l'Enquête Santé Québec (1988; voir Lapierre et Adams, 1989) et dans l'étude longitudinale de Costa et coll. (1987) qui démontrent qu'une diminution combinée de l'affect négatif et de l'affect positif caractérise l'avance en âge.

Ces résultats qui demeurent, malgré tout, quelque peu surprenants nous interrogent sur les possibles raisons qui justifient cet état de choses. Sans qu'il soit le propos de cet ouvrage de se pencher sur la signification et l'explication de ces conclusions, nous pouvons rappeler très rapidement certaines réserves méthodologiques qui nous invitent à la prudence lorsqu'on aborde l'épidémiologie appliquée à la population âgée. Certaines limites particulières surgissent dans les entreprises de dépistage des personnes âgées (affectées et bien-portantes) et d'analyse des différences réelles de la prévalence entre les groupes d'âge. Par exemple, ces limites particulières font appel à la tendance chez les personnes âgées d'attribuer les troubles affectifs à des problèmes de santé physique (Gurland, 1976), à la tendance à sous-déclarer les symptômes physiques et psychiques (Brody et Kleban, 1981), aux difficultés de rappel des symptômes manifestés au cours de longs intervalles de temps (Robins, Helzer et coll., 1984), aux difficultés liées à une moins bonne maîtrise des habiletés à répondre dans des situations d'enquêtes (Larue, Dessonville, Jarvik, 1985) et à la représentativité des populations âgées compte tenu de l'institutionnalisation élevée des personnes de ce groupe d'âge.

TABLEAU 5

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptomatologie	Période de temps de référence	Résultats
POPULATION AGÉE							
1. Blazer, Hughes et George (1987)	1304	60 +	Dépression	DIS-NIMH	Critères du DSM-III	6 mois	• Dépression majeure 0,8% • Dysthymie 2,0 • Syndrome anxio-dépressif 1,2 • Dépression symptomatique 4,0 • Dysphorie 19,0 Prévalence totale 27,0%
2. O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Dépression	RCD	Critères variés	1 semaine	65-69 3,5% 70-74 2,6 75-79 3,4 80-84 1,9 85-89 2,4 90-105 0,0 Prévalence (tout âge) 2,9%
3. Blazer et Williams (1980)	997	65 +	Dépression	OARS Depressive Scale	Critères du DSM-III	Instantanée	• Dépression majeure 1,8% • Dépression mineure 1,9 • Dysphorie 4,5 • Dépression associée à des troubles médicaux 6,5 Prévalence totale 14,7%

TABLEAU 5 (SUITE 1)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptomatologie	Période de temps de référence	Résultats																																																																
POPULATION AGÉE (SUITE)																																																																							
4. Berkman et coll. (1986)	2806	65 +	Depression	CES-D	> 16	1 semaine	<table> <tr> <td>. 65-74</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>14,9%</td></tr> <tr> <td>. 75 +</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>18,4</td></tr> <tr> <td colspan="7">Prévalence (tout âge)</td><td>16,4%</td></tr> </table>	. 65-74							14,9%	. 75 +							18,4	Prévalence (tout âge)							16,4%																																								
. 65-74							14,9%																																																																
. 75 +							18,4																																																																
Prévalence (tout âge)							16,4%																																																																
5. Murrell et coll. (1983)	2517	55 +	Depression	CES-D	> 20	1 semaine	<table> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>F</td><td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>. 55-59</td><td></td><td></td><td></td><td>19,0%</td><td>13,2%</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>. 60-64</td><td></td><td></td><td></td><td>15,0%</td><td>11,1</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>. 65-74</td><td></td><td></td><td></td><td>14,5%</td><td>12,9</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>. 75 +</td><td></td><td></td><td></td><td>26,0%</td><td>17,5</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="7">Prevalence (tout âge)</td><td>18,2% 13,7%</td></tr> </table>					F	H			. 55-59				19,0%	13,2%			. 60-64				15,0%	11,1			. 65-74				14,5%	12,9			. 75 +				26,0%	17,5			Prevalence (tout âge)							18,2% 13,7%																
				F	H																																																																		
. 55-59				19,0%	13,2%																																																																		
. 60-64				15,0%	11,1																																																																		
. 65-74				14,5%	12,9																																																																		
. 75 +				26,0%	17,5																																																																		
Prevalence (tout âge)							18,2% 13,7%																																																																
6. Phifer et Murrell (1986)	1360	55 +	Depression	CES-D	> 16	1 semaine	<table> <tr> <td>. 55-59</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>16,7%</td></tr> <tr> <td>. 60-64</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>23,1</td></tr> <tr> <td>. 65-69</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>30,8</td></tr> <tr> <td>. 70-74</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>16,8</td></tr> <tr> <td>. 75-79</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>12,5</td></tr> <tr> <td>. 80-84</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6,6</td></tr> <tr> <td>. 85 +</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>3,5</td></tr> <tr> <td colspan="7">Prevalence (tout âge)</td><td>10,7%</td></tr> </table>	. 55-59							16,7%	. 60-64							23,1	. 65-69							30,8	. 70-74							16,8	. 75-79							12,5	. 80-84							6,6	. 85 +							3,5	Prevalence (tout âge)							10,7%
. 55-59							16,7%																																																																
. 60-64							23,1																																																																
. 65-69							30,8																																																																
. 70-74							16,8																																																																
. 75-79							12,5																																																																
. 80-84							6,6																																																																
. 85 +							3,5																																																																
Prevalence (tout âge)							10,7%																																																																
Prévalence totale							5,7%																																																																

TABLEAU 5 (SUITE 2)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptomatologie	Période de temps de référence	Résultats
POPULATION AGÉE (SUITE)							
7. O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Depression	CES-D	> 16	1 semaine	. 65-69 7,5% . 70-74 7,7 . 75-79 10,4 . 80-84 11,3 . 85-89 11,6 . 90-105 9,3 Prévalence (tout âge) 9,0%
8. Krause (1986a)	351	65 +	Depression	CES-D	> 16	1 semaine	Prévalence totale 15,2%
9. Blazer et Houpt (1979)	997	65 +	Depression	OARS	> 70% des symptômes	Instantanée	. Dépression 15,9%
				OARS	> 70% des symptômes		. Hypochondrie 11,1
				SPMSQ	> 8% des symptômes		. Troubles cognitifs 1,2
10. Gerson et coll. (1987)	1332	65 +	Detresse psychologique	OARS	---	Instantanée	. Moyenne et pauvre santé mentale auto-évaluée 18,0%

TABLEAU 5 (SUITE 3)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptomatologie	Période de temps de référence	Résultats
POPULATION AGÉE (SUITE)							
11. Romaniuk et coll. (1983)	2146	60 +	Psychopathologies	OARS SPES SPHSQ	Critères variés	Instantanée	Moyenne et Troubles pauvre san- cognitif té mentale moyens et auto-évaluée sévères 60-64 25,0% 1,0% 13,0% 65-74 26,0 1,2 14,0 75-84 32,0 2,6 19,0 85 + 29,0 16,0 19,0 Tout 27,0% 2,1% 15,0% âge
12. Feinson et Thoits (1986)	476	65 +	Psychopathologies et détresse psychologique	SCL-90	> moyenne	1 semaine	. Détresse modérée élevée (GSI) 15,7 % . Détresse modérée et sévère (GHB) 20,4 . Dépression 16,6 . Anxiété 16,3 . Somatisation 20,1
13. Magni et coll. (1988)	398 (Inst.)*	75,8 ans	Psychopathologies	SCL-90	> 1	1 semaine	. Troubles du sommeil 56,0% . Dépression 53,0 . Somatisations 34,0 . Troubles obs.-compulsifs 33,0 . Angoisse 18,0

* Cet échantillon réfère à des personnes résidant en milieu institutionnel.

TABLEAU 5 (SUITE 4)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptomatologie	Période de temps de référence	Résultats
POPULATION AGÉE (SUITE)							
14. Copeland et coll. (1986)	396	65 +	Psychopathologies	Care Interview	---	Instantanée	. Dépression (tout âge) 65-74 17,0% 75 + 20,0 13,0 . Démence (tout âge) 65-74 4,0 75 + 2,0 8,0 . Autres (tout âge) 65-74 6,0 75 + 7,0 4,0
15. Luke et coll. (1982)	200	80 +	Psychopathologies	Mesure de 5 items	> 1 item	Instantanée	. Dépression 6,0% . Idéation suicidaire 4,5 . Alcoolisme 1,0 . Consommation de psychotropes 12,0 Prévalence totale 21,0%
16. Kay et coll. (1964)	505 (Inst/comm)*	65 +	Psychopathologies	Entrevues psychiatriques	---	Instantanée	. Psychose 8,0% . Névrose 8,9 . Troubles cognitifs 5,7 . Troubles du caractère 3,6 Prévalence totale 26,3%

* Cet échantillon réfère à la fois à des personnes résidant en milieu institutionnel et dans la communauté.

TABLEAU 5 (SUITE 5)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptomatologie	Période de temps de référence	Résultats
POPULATION AGÉE (SUITE)							
17. Nilsson et coll. (1984)	460	70 +	Psychoses Névroses	Entrevues psychiatriques	---	Instantanée	- Psychoses 70 ans 3,3% 75 ans 6,6 79 ans 10,3 - Névroses 70 ans 17,3% 75 ans 16,2 79 ans 19,7 - Toutes les pathologies 70 ans 21,9% 75 ans 24,2 79 ans 31,0
18. Lefebvre-Girouard (1986)	1071 (Inst)*	65 +	Dépression Anxiété Confusion	Entrevues cliniques et échelles	---	---	- Mélancolie 33,4% - Symptômes anxio-dépressifs 42,6 - Troubles liés à des comportements de confusion 70,2

* Cet échantillon réfère à des personnes résidant en milieu institutionnel.

TABLEAU 5 (SUITE 6)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptoma- tologie	Période de temps de référence	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE							
19 Robins, Helzer et coll. (1984)	9543	18 +	Pathologies psychiatriques (15)	DIS-NIMH (et MMS)	Critères du DSM-III	A vie	New Haven Baltimore St-Louis Toutes les pathologies 18-24 34,7% 39,0% 32,1% 25-44 35,8 43,8 39,7 45-64 22,2 36,4 25,2 65 + 18,7 28,5 16,6 % Tout 28,8% 38,0% 31,0% âge
							. Dépression majeure 18-24 7,5% 4,1% 4,5% 25-44 10,4 7,5 8,0 45-64 4,2 4,2 5,2 65 + 1,8 1,4 0,8 Tout 6,7% 3,7% 5,5% âge
							. Troubles cognitifs 18-24 0,5% 0,2% 0,7% 25-44 0,3 0,3 0,2 45-64 1,1 1,1 0,7 65 + 5,0 5,1 4,0 Tout 1,3% 1,3% 1,0% âge
20 Myers, Weissman et coll. (1984)	9543	18 +	Pathologies psychiatriques (15)	DIS-NIMH (et MMS)	Critères du DSM-III	6 mois	New Haven Baltimore St-Louis Toutes les pathologies (Femmes) 18-24 24,6% 26,6% 17,8% 25-44 21,2 27,1 17,2 45-64 10,3 21,5 10,9 65 + 13,2 17,8 8,8 Tout (F) 17,1% 23,6% 14,3% âge

TABLEAU 5 (SUITE 7)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptoma- tologie	Période de temps de référence	Résultats																																																																																																																																																																																		
POPULATION GENERALE (SUITE)																																																																																																																																																																																									
20 Myers, Weissman et coll. (1984) (suite)	9543	18 +	Pathologies psychiatri- ques (15)	DIS-NIMH (MHS)	Critères du DSM-III	6 mois	<table><tr><td colspan="4">New Haven</td><td>Baltimore</td><td>St-Louis</td></tr><tr><td colspan="6">. Toutes les pathologies (Hommes)</td></tr><tr><td>18-24</td><td>23,8%</td><td>25,1%</td><td>18,9%</td></tr><tr><td>25-44</td><td>18,9</td><td>23,5</td><td>19,8</td></tr><tr><td>45-64</td><td>11,9</td><td>18,7</td><td>9,4</td></tr><tr><td>65 +</td><td>12,3</td><td>15,3</td><td>8,8</td></tr><tr><td colspan="4">Tout (H)</td><td>16,7%</td><td>21,1%</td><td>15,4%</td></tr><tr><td colspan="7">âge</td></tr><tr><td colspan="4">Tout (H+)</td><td>16,9%</td><td>22,5%</td><td>14,8%</td></tr><tr><td colspan="7">âge F)</td></tr><tr><td colspan="6">. Dépression majeure (Femmes)</td></tr><tr><td>18-24</td><td>6,1%</td><td>3,0%</td><td>5,2%</td></tr><tr><td>25-44</td><td>7,4</td><td>4,5</td><td>5,2</td></tr><tr><td>45-64</td><td>1,4</td><td>1,5</td><td>1,1</td></tr><tr><td>65 +</td><td>0,5</td><td>0,3</td><td>0,1</td></tr><tr><td colspan="4">Tout (F)</td><td>9,6%</td><td>23,6%</td><td>14,3%</td></tr><tr><td colspan="7">âge</td></tr><tr><td colspan="6">. Dépression majeure (Hommes)</td></tr><tr><td>18-24</td><td>3,9%</td><td>1,1%</td><td>1,1%</td></tr><tr><td>25-44</td><td>2,7</td><td>1,6</td><td>2,8</td></tr><tr><td>45-64</td><td>1,4</td><td>1,5</td><td>1,1</td></tr><tr><td>65 +</td><td>0,5</td><td>0,3</td><td>0,1</td></tr><tr><td colspan="4">Tout (H)</td><td>2,2%</td><td>1,3%</td><td>1,7%</td></tr><tr><td colspan="7">âge</td></tr><tr><td colspan="4">Tout (H+)</td><td>3,5%</td><td>2,2%</td><td>3,2%</td></tr><tr><td colspan="7">âge F)</td></tr><tr><td colspan="6">. Troubles cognitifs (Femmes)</td></tr><tr><td>18-24</td><td>0,3%</td><td>0,4%</td><td>0,9%</td></tr><tr><td>25-44</td><td>0,1</td><td>0,5</td><td>0,3</td></tr><tr><td>45-64</td><td>1,4</td><td>1,1</td><td>0,7</td></tr><tr><td>65 +</td><td>4,2</td><td>4,8</td><td>3,6</td></tr><tr><td colspan="4">Tout (F)</td><td>1,2%</td><td>1,4%</td><td>1,1%</td></tr><tr><td colspan="7">âge</td></tr></table>	New Haven				Baltimore	St-Louis	. Toutes les pathologies (Hommes)						18-24	23,8%	25,1%	18,9%	25-44	18,9	23,5	19,8	45-64	11,9	18,7	9,4	65 +	12,3	15,3	8,8	Tout (H)				16,7%	21,1%	15,4%	âge							Tout (H+)				16,9%	22,5%	14,8%	âge F)							. Dépression majeure (Femmes)						18-24	6,1%	3,0%	5,2%	25-44	7,4	4,5	5,2	45-64	1,4	1,5	1,1	65 +	0,5	0,3	0,1	Tout (F)				9,6%	23,6%	14,3%	âge							. Dépression majeure (Hommes)						18-24	3,9%	1,1%	1,1%	25-44	2,7	1,6	2,8	45-64	1,4	1,5	1,1	65 +	0,5	0,3	0,1	Tout (H)				2,2%	1,3%	1,7%	âge							Tout (H+)				3,5%	2,2%	3,2%	âge F)							. Troubles cognitifs (Femmes)						18-24	0,3%	0,4%	0,9%	25-44	0,1	0,5	0,3	45-64	1,4	1,1	0,7	65 +	4,2	4,8	3,6	Tout (F)				1,2%	1,4%	1,1%	âge						
New Haven				Baltimore	St-Louis																																																																																																																																																																																				
. Toutes les pathologies (Hommes)																																																																																																																																																																																									
18-24	23,8%	25,1%	18,9%																																																																																																																																																																																						
25-44	18,9	23,5	19,8																																																																																																																																																																																						
45-64	11,9	18,7	9,4																																																																																																																																																																																						
65 +	12,3	15,3	8,8																																																																																																																																																																																						
Tout (H)				16,7%	21,1%	15,4%																																																																																																																																																																																			
âge																																																																																																																																																																																									
Tout (H+)				16,9%	22,5%	14,8%																																																																																																																																																																																			
âge F)																																																																																																																																																																																									
. Dépression majeure (Femmes)																																																																																																																																																																																									
18-24	6,1%	3,0%	5,2%																																																																																																																																																																																						
25-44	7,4	4,5	5,2																																																																																																																																																																																						
45-64	1,4	1,5	1,1																																																																																																																																																																																						
65 +	0,5	0,3	0,1																																																																																																																																																																																						
Tout (F)				9,6%	23,6%	14,3%																																																																																																																																																																																			
âge																																																																																																																																																																																									
. Dépression majeure (Hommes)																																																																																																																																																																																									
18-24	3,9%	1,1%	1,1%																																																																																																																																																																																						
25-44	2,7	1,6	2,8																																																																																																																																																																																						
45-64	1,4	1,5	1,1																																																																																																																																																																																						
65 +	0,5	0,3	0,1																																																																																																																																																																																						
Tout (H)				2,2%	1,3%	1,7%																																																																																																																																																																																			
âge																																																																																																																																																																																									
Tout (H+)				3,5%	2,2%	3,2%																																																																																																																																																																																			
âge F)																																																																																																																																																																																									
. Troubles cognitifs (Femmes)																																																																																																																																																																																									
18-24	0,3%	0,4%	0,9%																																																																																																																																																																																						
25-44	0,1	0,5	0,3																																																																																																																																																																																						
45-64	1,4	1,1	0,7																																																																																																																																																																																						
65 +	4,2	4,8	3,6																																																																																																																																																																																						
Tout (F)				1,2%	1,4%	1,1%																																																																																																																																																																																			
âge																																																																																																																																																																																									

TABLEAU 5 (SUITE 8)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptomatologie	Période de temps de référence	Résultats																																
POPULATION GÉNÉRALE (SUITE)																																							
20	Myers, Weissman et coll. (1984) (suite)	9543	18 +	Pathologies psychiatriques (15)	DIS-NIMH (et MMS)	Critères de DSM-III	6 mois																																
							<table><tr><td></td><td>New Haven</td><td>Baltimore</td><td>St-Louis</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">Troubles cognitifs (Hommes)</td></tr><tr><td>18-24</td><td>0,7%</td><td>0,0%</td><td>0,4%</td></tr><tr><td>25-44</td><td>0,6</td><td>0,0</td><td>0,2</td></tr><tr><td>45-64</td><td>0,8</td><td>1,1</td><td>0,8</td></tr><tr><td>65 +</td><td>6,3</td><td>5,7</td><td>4,6</td></tr><tr><td>Tout âge</td><td>1,4%</td><td>1,1%</td><td>1,0%</td></tr><tr><td>Total (H+ âge F)</td><td>1,3%</td><td>1,3%</td><td>1,0%</td></tr></table>		New Haven	Baltimore	St-Louis		Troubles cognitifs (Hommes)			18-24	0,7%	0,0%	0,4%	25-44	0,6	0,0	0,2	45-64	0,8	1,1	0,8	65 +	6,3	5,7	4,6	Tout âge	1,4%	1,1%	1,0%	Total (H+ âge F)	1,3%	1,3%	1,0%
	New Haven	Baltimore	St-Louis																																				
	Troubles cognitifs (Hommes)																																						
18-24	0,7%	0,0%	0,4%																																				
25-44	0,6	0,0	0,2																																				
45-64	0,8	1,1	0,8																																				
65 +	6,3	5,7	4,6																																				
Tout âge	1,4%	1,1%	1,0%																																				
Total (H+ âge F)	1,3%	1,3%	1,0%																																				
21	Blazer, George et coll. (1985)	3798	18 +	Pathologies psychiatriques (9)	DIS-NIMH	Critères du DSM-III	6 mois																																
							<table><tr><td></td><td>Agoraphobie</td><td>8,4%</td></tr><tr><td></td><td>Alcoolisme</td><td>2,4</td></tr><tr><td></td><td>Troubles cognitifs</td><td>2,2</td></tr><tr><td></td><td>Troubles obs.-compulsifs</td><td>2,1</td></tr><tr><td></td><td>Dépression majeure</td><td>1,7</td></tr></table>		Agoraphobie	8,4%		Alcoolisme	2,4		Troubles cognitifs	2,2		Troubles obs.-compulsifs	2,1		Dépression majeure	1,7																	
	Agoraphobie	8,4%																																					
	Alcoolisme	2,4																																					
	Troubles cognitifs	2,2																																					
	Troubles obs.-compulsifs	2,1																																					
	Dépression majeure	1,7																																					
22	Swartz, Blazer et coll. (1986)	3798	18 +	Somatisation	DIS-NIMH	Critères du DSM-III	6 mois																																
							<table><tr><td></td><td>Somatisation</td><td>0,4%</td></tr></table>		Somatisation	0,4%																													
	Somatisation	0,4%																																					
23	Weissman et Myers (1978)	511	26 +	Depression	SADS RCD	Critères variés	A vie																																
							<table><tr><td colspan="3">Dépression</td></tr><tr><td></td><td>Majeure</td><td>Mineure</td><td>Maj./Min.</td></tr><tr><td>26-45</td><td>23,8%</td><td>12,4%</td><td>33,3%</td></tr><tr><td>46-65</td><td>19,0</td><td>7,9</td><td>23,8</td></tr><tr><td>66 +</td><td>14,4</td><td>5,4</td><td>19,8</td></tr><tr><td>Tout âge</td><td>18,0%</td><td>8,6%</td><td>24,7%</td></tr></table>	Dépression				Majeure	Mineure	Maj./Min.	26-45	23,8%	12,4%	33,3%	46-65	19,0	7,9	23,8	66 +	14,4	5,4	19,8	Tout âge	18,0%	8,6%	24,7%									
Dépression																																							
	Majeure	Mineure	Maj./Min.																																				
26-45	23,8%	12,4%	33,3%																																				
46-65	19,0	7,9	23,8																																				
66 +	14,4	5,4	19,8																																				
Tout âge	18,0%	8,6%	24,7%																																				
							<table><tr><td colspan="3">Dépression</td></tr><tr><td></td><td>Majeure</td><td>Mineure</td><td>Maj./Min.</td></tr><tr><td>26-45</td><td>1,9%</td><td>1,9%</td><td>3,8%</td></tr><tr><td>46-65</td><td>6,3</td><td>3,2</td><td>9,5</td></tr><tr><td>66 +</td><td>5,4</td><td>2,7</td><td>8,1</td></tr><tr><td>Tout âge</td><td>3,7%</td><td>2,0%</td><td>5,7%</td></tr></table>	Dépression				Majeure	Mineure	Maj./Min.	26-45	1,9%	1,9%	3,8%	46-65	6,3	3,2	9,5	66 +	5,4	2,7	8,1	Tout âge	3,7%	2,0%	5,7%									
Dépression																																							
	Majeure	Mineure	Maj./Min.																																				
26-45	1,9%	1,9%	3,8%																																				
46-65	6,3	3,2	9,5																																				
66 +	5,4	2,7	8,1																																				
Tout âge	3,7%	2,0%	5,7%																																				

TABLEAU 5 (SUITE 9)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptomatologie	Période de temps de référence	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE (SUITE)							
24. Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Détresse psychologique	PSI	> 80%	1 semaine	Niveau de détresse élevé
							15-24 22,9%
							25-34 17,7
							35-44 20,5
							45-54 22,1
							55-64 20,6
							65-69 19,3
							70-74 17,1
							75-79 19,6
							80-84 20,8
							85-89 43,3
							90 + 12,4
							Tout âge 20,5%
25. Enquête Santé Canada (1981)	24000	15 +	Détresse psychologique	EOS	---	Instantanée	Fréquence élevée de symptômes d'anxiété et de dépression
							15-19 2,1%
							20-24 2,6
							25-44 5,9
							45-64 5,4
							65 + 6,0
							Tout âge 4,8%
			ABS (échelle d'affect négatif)		---	Instantanée	Détresse
							15-19 5,3%
							20-24 4,2
							25-44 4,1
							45-64 4,0
							65 + 5,3
							Tout âge 4,4%

TABLEAU 5 (SUITE 10)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptomatologie	Période de temps de référence	Résultats			
POPULATION GÉNÉRALE (SUITE)										
26. Uhlenhuth et coll. (1983)	3161	18 +	Psychopathologies et détresse psychologique	SCL-90	Critères du DSM-III	1 année	Dépression majeure			
							18-34	4,4%		
							35-49	4,9		
							50-64	6,4		
							65-79	5,1		
Tout âge							5,1%			
							Anxiété générale			
							18-34	5,8%		
							35-49	4,7		
							50-64	8,6		
							65-79	7,1		
Tout âge							6,4%			
							Détresse			
							18-34	13,3%		
							35-49	10,9		
							50-64	8,4		
							65-79	6,4		
Tout âge							10,7%			
27. Comstock et Helsing (1976)	3845	18 +	Depression	CES-D	> moyenne	1 semaine	Washington			
							Kansas			
							Pop. noire	Pop. blanche		
							18-24	31,6%	31,1%	30,6%
							25-44	20,8	21,7	24,3
							45-64	14,7	15,2	16,8
							65 +	3,0	3,9	10,3
Tout âge 17,0%							17,6% 20,1%			

TABLEAU 5 (SUITE 11)

Prévalence des problèmes de santé mentale rapportée dans les études recensées selon le type de population

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptomatologie	Période de temps de référence	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE (SUITE)							
28. Eaton et Kessler (1981)	2867	25 +	Dépression	CES-D	> 15.16	1 semaine	25-44 16,9% 45-64 16,4 65-74 14,8 Tout âge 15,4%
29. Frerichs et coll. (1981)	1003	18 +	Dépression	CES-D	> 16	1 semaine	18-24 27,4% 25-44 18,3 45-64 16,3 65 + 16,7 Total 19,1%
30. Kaplan et coll. (1987)	4864	16 +	Detresse psychologique	Human Pop. Lab. Depression Index	---	Instantanée	1965 1974 H 14,0% H 18,0% F 11,5% F 17,5%

TABLEAU 6

PRÉVALENCE DES INDICES DE SANTÉ MENTALE POSITIVE RAPPORTÉE DANS LES ÉTUDES RECENSÉES SELON LE TYPE DE POPULATION

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil critique	Résultats
POPULATION AGÉE						
1. Gooding et coll. (1988)	2746 (ESC)*	65 +	Bien-être psychologique	ABS	---	Bien-être général Heureux 19,1% Assez heureux 57,7 Pas très heureux 12,3 Inconnu 10,9
						Échelle d'équilibre affectif Positif 40,6% Partagé 29,7 Négatif 5,4 Inconnu 24,3
2. Wan, Odell et Lewis (1982)	1182	60 +	Bien-être et satisfaction de vivre	Mesures à item unique	---	Satisfaction de vivre modérée et élevée 71,2% Bien-être aussi ou plus élevé depuis 5 ans 84,0% Bien-être aussi ou plus élevé comparativement aux autres 77,2%

* Cet échantillon réfère aux personnes âgées choisies dans le cadre de l'Enquête Santé Canada 1981.

TABLEAU 6 (SUITE 1)

PRÉVALENCE DES INDICES DE SANTÉ MENTALE POSITIVE RAPPORTÉE DANS LES ÉTUDES RECENSÉES SELON LE TYPE DE POPULATION

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil critique	Résultats
POPULATION AGÉE (SUITE)						
3. Romaniuk et coll. (1983)	2196	60 +	Satisfaction de vivre et bien-être psychologique	Mesures à item unique	---	Bonne et Bien-être excellent- aussi ou te santé plus élevée mentale depuis 5 ans Satisfaction face à la vie modérée élevée 60-64 75,0% 85,0% 28,0% 67,0% 65-74 74,0 83,0 31,0 64,0 75-84 68,0 78,0 34,0 60,0 85 + 71,0 71,0 24,0 67,0
4. Windley et Scheidt (1982)	898	65 +	Bien-être psychologique	ABS, PCGMS, Échelle de Lang-ner	> 6-10 > 14-18 > 6	Tout âge 73,0% 82,0% 30,0% 64,0% . Bien-être élevé 82,3% . Moral élevé 79,9% . Symptomatologie "normale" 96,2%
5. Copeland et coll. (1986)	396	65 +	Bien-être et satisfaction de vivre	Care (Mesures à item unique)	---	Bien-être général Très heureux 40,0% Assez heureux 55,0 Pas très heureux 2,0 Pas du tout heureux 1,0 Ne sait pas 2,0 Satisfaction de vivre Satisfaction élevée 73,0% Satisfaction modérée 22,0 Faible satisfaction 4,0

TABLEAU 6 (SUITE 2)

PRÉVALENCE DES INDICES DE SANTÉ MENTALE POSITIVE RAPPORTÉE DANS LES ÉTUDES RELEVÉES SELON LE TYPE DE POPULATION

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil critique	Résultats
POPULATION AGÉE (SUITE)						
6. Wister et Strain (1986)	354 veufs(ves)	65 +	Bien-être psychologique	LSI-A	---	. Bien-être général 60,8% . Bien-être aussi ou plus élevé depuis 5 ans 61,6%
7. Luke et coll. (1982)	200	80 +	Bien-être psychologique	ABS	> 6-10	Bien-être élevé 82,5%
8. Lefebvre-Girouard (1986)	1071	65+	Satisfaction de vivre et moral	-	---	Satisfaction face à la vie Modérée élevée Moral 41,5% 30,3% Faible Modéré et élevé 64,9% 37,9%
POPULATION ADULTE						
9. Enquête Santé Québec (voir émond et coll., 1988)	19 724	15 +	Bien-être psychologique	BESQ (GMB modifié)	> 35-42	Bien-être élevé Niveau de bonheur* Plutôt et très très heureux 15-24 75,2% 15-24 96,5% 3,5% 25-44 75,3 25-44 96,1 3,9 45-64 71,4 45-64 93,2 6,8 65 + 67,5 65-74 92,0 8,0 75+ 88,9 11,1 Tout âge 74,1% 94,9% 5,1%

* Données apparaissant in Lapierre et Adams (1989) Les personnes âgées (Enquête Santé Québec). Québec, Les Publications du Québec, 83 p.

TABLÉAU 6 (SUITE 3)

PRÉVALENCE DES INDICES DE SANTÉ MENTALE POSITIVE RAPPORTÉE DANS LES ÉTUDES RECHESÉES SELON LE TYPE DE POPULATION

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil critique	Résultats																																																												
POPULATION ADULTE (SUITE)																																																																		
10. Enquête Santé Canada (1981)	23 791	15 +	Bien-être psychologique	ABS	---	Échelle d'équilibre affectif <table><tr><th></th><th>Positif</th><th>Partagé</th><th>Négatif</th></tr><tr><td>15-19</td><td>40,8%</td><td>49,5%</td><td>5,3%</td></tr><tr><td>20-24</td><td>46,4</td><td>45,4</td><td>4,2</td></tr><tr><td>25-44</td><td>47,7</td><td>42,5</td><td>4,1</td></tr><tr><td>45-64</td><td>46,7</td><td>35,1</td><td>4,0</td></tr><tr><td>65 +</td><td>40,4</td><td>30,5</td><td>5,3</td></tr><tr><td>Tout âge</td><td>45,5%</td><td>40,5%</td><td>4,4%</td></tr></table> Perception du niveau de bonheur <table><tr><th></th><th>Très heureux</th><th>Passablement</th><th>Pas très heureux</th></tr><tr><td>15-24</td><td>56,2%</td><td>42,2%</td><td>1,7%</td></tr><tr><td>25-34</td><td>51,2</td><td>46,7</td><td>1,8</td></tr><tr><td>35-44</td><td>54,8</td><td>44,0</td><td>1,2</td></tr><tr><td>45-54</td><td>40,2</td><td>51,8</td><td>8,0</td></tr><tr><td>55-64</td><td>43,1</td><td>49,2</td><td>7,8</td></tr><tr><td>65 +</td><td>36,6</td><td>56,0</td><td>7,4</td></tr><tr><td>Tout âge</td><td>48,9%</td><td>47,2</td><td>3,8</td></tr></table>		Positif	Partagé	Négatif	15-19	40,8%	49,5%	5,3%	20-24	46,4	45,4	4,2	25-44	47,7	42,5	4,1	45-64	46,7	35,1	4,0	65 +	40,4	30,5	5,3	Tout âge	45,5%	40,5%	4,4%		Très heureux	Passablement	Pas très heureux	15-24	56,2%	42,2%	1,7%	25-34	51,2	46,7	1,8	35-44	54,8	44,0	1,2	45-54	40,2	51,8	8,0	55-64	43,1	49,2	7,8	65 +	36,6	56,0	7,4	Tout âge	48,9%	47,2	3,8
	Positif	Partagé	Négatif																																																															
15-19	40,8%	49,5%	5,3%																																																															
20-24	46,4	45,4	4,2																																																															
25-44	47,7	42,5	4,1																																																															
45-64	46,7	35,1	4,0																																																															
65 +	40,4	30,5	5,3																																																															
Tout âge	45,5%	40,5%	4,4%																																																															
	Très heureux	Passablement	Pas très heureux																																																															
15-24	56,2%	42,2%	1,7%																																																															
25-34	51,2	46,7	1,8																																																															
35-44	54,8	44,0	1,2																																																															
45-54	40,2	51,8	8,0																																																															
55-64	43,1	49,2	7,8																																																															
65 +	36,6	56,0	7,4																																																															
Tout âge	48,9%	47,2	3,8																																																															
11. Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1987)	846	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	---	Perception du degré de bonheur <table><tr><th></th><th>Très heureux</th><th>Plutôt heureux</th><th>Très malheureux</th><th>Inconnu</th></tr><tr><td>15-24</td><td>49,0%</td><td>47,0%</td><td>3,0%</td><td>1,0%</td></tr><tr><td>25-44</td><td>50,0</td><td>46,0</td><td>3,0</td><td>-</td></tr><tr><td>45-54</td><td>47,0</td><td>47,0</td><td>5,0</td><td>1,0</td></tr><tr><td>55-64</td><td>45,0</td><td>48,0</td><td>6,0</td><td>1,0</td></tr><tr><td>65-74</td><td>47,0</td><td>49,0</td><td>4,0</td><td>-</td></tr><tr><td>75 +</td><td>43,0</td><td>48,0</td><td>9,0</td><td>-</td></tr><tr><td>Tout âge</td><td>48,0%</td><td>47,0%</td><td>4,0%</td><td>1,0%</td></tr></table>		Très heureux	Plutôt heureux	Très malheureux	Inconnu	15-24	49,0%	47,0%	3,0%	1,0%	25-44	50,0	46,0	3,0	-	45-54	47,0	47,0	5,0	1,0	55-64	45,0	48,0	6,0	1,0	65-74	47,0	49,0	4,0	-	75 +	43,0	48,0	9,0	-	Tout âge	48,0%	47,0%	4,0%	1,0%																				
	Très heureux	Plutôt heureux	Très malheureux	Inconnu																																																														
15-24	49,0%	47,0%	3,0%	1,0%																																																														
25-44	50,0	46,0	3,0	-																																																														
45-54	47,0	47,0	5,0	1,0																																																														
55-64	45,0	48,0	6,0	1,0																																																														
65-74	47,0	49,0	4,0	-																																																														
75 +	43,0	48,0	9,0	-																																																														
Tout âge	48,0%	47,0%	4,0%	1,0%																																																														
12. Enquête sociale générale (1987)	13 295	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	---	Perception du degré de bonheur <table><tr><th></th><th>Très heureux</th><th>Plutôt heureux</th><th>Très malheureux</th><th>Inconnu</th></tr><tr><td>15-24</td><td>49,0%</td><td>47,0%</td><td>3,0%</td><td>1,0%</td></tr><tr><td>25-44</td><td>50,0</td><td>46,0</td><td>3,0</td><td>-</td></tr><tr><td>45-54</td><td>47,0</td><td>47,0</td><td>5,0</td><td>1,0</td></tr><tr><td>55-64</td><td>45,0</td><td>48,0</td><td>6,0</td><td>1,0</td></tr><tr><td>65-74</td><td>47,0</td><td>49,0</td><td>4,0</td><td>-</td></tr><tr><td>75 +</td><td>43,0</td><td>48,0</td><td>9,0</td><td>-</td></tr><tr><td>Tout âge</td><td>48,0%</td><td>47,0%</td><td>4,0%</td><td>1,0%</td></tr></table>		Très heureux	Plutôt heureux	Très malheureux	Inconnu	15-24	49,0%	47,0%	3,0%	1,0%	25-44	50,0	46,0	3,0	-	45-54	47,0	47,0	5,0	1,0	55-64	45,0	48,0	6,0	1,0	65-74	47,0	49,0	4,0	-	75 +	43,0	48,0	9,0	-	Tout âge	48,0%	47,0%	4,0%	1,0%																				
	Très heureux	Plutôt heureux	Très malheureux	Inconnu																																																														
15-24	49,0%	47,0%	3,0%	1,0%																																																														
25-44	50,0	46,0	3,0	-																																																														
45-54	47,0	47,0	5,0	1,0																																																														
55-64	45,0	48,0	6,0	1,0																																																														
65-74	47,0	49,0	4,0	-																																																														
75 +	43,0	48,0	9,0	-																																																														
Tout âge	48,0%	47,0%	4,0%	1,0%																																																														

4. LES CORRÉLATS DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES AGÉES

4.1 INTRODUCTION

Dans cette revue bibliographique, plusieurs auteurs s'intéressent à mesurer le degré de dépendance entre la santé mentale et divers facteurs et à établir ainsi les corrélats des maladies et de la santé mentale. Dix facteurs ou groupes de facteurs composent l'ensemble des variables examinées dans les enquêtes en relation avec la santé mentale en général. Le nombre d'auteurs se prononçant sur la nature et la valeur de ces relations est rapporté ci-bas.

<u>Facteur ou groupe de facteurs étudiés</u>	<u>Nombre d'études utilisant des indicateurs de</u>		
	<u>Problèmes de santé mentale</u>	<u>Santé mentale positive</u>	<u>Total</u>
1. Sexe	32	14	46
2. Ressources économiques	25	13	38
3. Statut matrimonial	20	11	31
4. Ressources sociales	14	10	24
5. Santé physique	23	17	40
6. Stress	10	3	13
7. Ressources personnelles	5	3	8
8. Milieu de résidence rural et urbain	9	1	10
9. Consommation de médicaments et utilisation de services	4	2	6
10. Autres facteurs (religion, retraite, statut d'activité, habitat)	1	9	10

La présentation qui suit vise à exposer sommairement les principales tendances ressortant de l'examen comparatif des résultats d'enquêtes pour chacun de ces thèmes. Ce bref compte rendu fait référence aux informations figurant dans les tableaux 9 à 27 présentés à l'annexe A. Toutes les principales conclusions des études de cette revue apparaissent en détail dans ces tableaux. Il est évident que de multiples nuances se dégagent de cet examen comparatif et qu'elles peuvent faire l'objet de nombreux débats fort stimulants, déjà soulevés dans la littérature. Toutefois, nous optons ici pour une présentation

synthétique capable de rendre compte succinctement des conclusions sur l'importance des facteurs liés à la santé et aux maladies mentales des personnes âgées en comparaison avec la population adulte ou générale.

4.2 LES DIFFÉRENCES SEXUELLES

Un nombre de 46 études ont porté attention à la relation entre la santé mentale et le fait d'être un homme ou une femme (tableaux 9 et 10). De cet ensemble d'enquêtes, il apparaît que, indépendamment des indicateurs de santé mentale choisis, aucune différence significative ne distingue les hommes âgés des femmes âgées si l'on tient compte de 24 résultats d'enquêtes sur 29. Ce portrait se différencie de celui de la population générale. Dans la moitié des résultats recueillis (10/20), des écarts significatifs séparent les taux de prévalence des femmes et des hommes. Dans ces cas, ce sont les femmes qui sont davantage mal en point et les hommes les mieux portants, à l'exception d'une seule étude qui conclut à un résultat contraire (Enquête Sociale Générale, 1987).

Ainsi, les écarts entre les hommes et les femmes semblent beaucoup plus manifestes à l'âge adulte comparativement aux écarts estompés sinon absents entre les femmes et les hommes âgés.

4.3 LES RESSOURCES ÉCONOMIQUES

La relation entre la santé mentale et les ressources économiques est examinée principalement, par les auteurs de 38 enquêtes (tableaux 11 et 12), par le biais de l'influence du revenu et de la scolarité sur les problèmes de santé mentale (25/38 enquêtes) et sur le bien-être psychologique de la population (13/38 enquêtes). Les conclusions qu'il est possible de tirer des enquêtes de la population âgée sont beaucoup moins tranchantes que celles provenant des enquêtes de la population générale. En effet, dans la quasi-totalité des enquêtes de cette dernière population, le revenu et la scolarité s'avèrent être des facteurs favorables et importants liés à la santé mentale de la population et ce, indépendamment du type d'indicateurs de santé mentale. Par contre, les enquêtes de population âgée font moins l'unanimité à l'égard de la

relation entre la santé mentale et le revenu (14/20) et la scolarité (6/14).

En résumé, ces résultats nous suggèrent que si le revenu et la scolarité apparaissent comme deux facteurs majeurs influençant la santé mentale de la population générale, il n'en demeure pas moins qu'ils représentent des déterminants importants du bien-être et des troubles mentaux des personnes âgées.

4.4 LE STATUT MATRIMONIAL

La relation entre la santé mentale et le statut matrimonial ne fait pas consensus puisque près de la moitié des résultats des enquêtes répertoriées dans les tableaux 13 et 14 n'observent aucune relation significative entre la santé mentale et le fait d'être célibataire, marié, séparé, divorcé ou veuf.

Parmi les enquêtes utilisant des indicateurs de problèmes de santé mentale qui rapportent une relation significative (11/20), nous constatons que les conditions les plus à risque correspondent, chez les personnes âgées, au fait d'être veuf et, chez la population générale, au fait d'être séparé ou divorcé.

Parmi les enquêtes utilisant des indicateurs de bien-être psychologique qui observent une relation significative (6/11), il ressort que le fait d'être séparé, divorcé ou veuf est corrélé avec un faible niveau de bien-être psychologique.

En tenant compte de tous ces résultats d'enquêtes, nous pouvons présumer qu'être marié ou célibataire semble contribuer à une bonne santé mentale tant pour la population générale que pour la population âgée.

4.5 LES RESSOURCES SOCIALES

Un ensemble de 24 enquêtes (tableaux 15 et 16) examinent l'influence des ressources sociales sur la santé mentale par l'intermédiaire d'indicateurs du support social, évalué selon la fréquence, la qualité et le type de contacts, et d'interactions sociales, mesurées principalement par la fréquence et par la

qualité des contacts. La situation de ménage, ou le fait de vivre seul ou non, a été choisi dans un certain nombre d'enquêtes pour apprécier la vie sociale des populations étudiées.

A l'exception de trois études (Ward et coll., 1984; Gooding et coll., 1988; Holahan et Holahan, 1987), toutes les études sont unanimes pour reconnaître le rôle positif et significatif, sinon majeur, que jouent ces ressources sociales sur une faible symptomatologie et sur le bien-être. En effet, la majorité des résultats de ces études conduites auprès des populations âgées (8/15) nous précisent que les ressources sociales se situent parmi les trois plus importants facteurs associés à la santé mentale.

4.6 LA SANTÉ PHYSIQUE

Parmi toutes les enquêtes (40) étudiant la contribution de la santé physique sur la santé mentale (tableaux 17 et 18), il est possible de distinguer trois façons d'aborder et de mesurer la santé physique: la perception de la santé (qui est la mesure la plus utilisée), la santé dite "fonctionnelle" (signifiant la restriction et la limitation d'activités) et la présence de symptômes ou de problèmes de santé physique (évaluée dans deux études par des examens médicaux).

A l'exception de deux études, un consensus caractérise les enquêtes de population de tout âge sur la relation significative et importante entre la santé physique et la santé mentale. La moitié des enquêtes de populations âgées rapportent que la santé physique est le facteur le plus corrélé ou le plus influant sur la santé mentale.

Seulement deux études (Magni et coll., 1988; Steuer et coll., 1980) se basant sur des évaluations médicales n'observent aucune relation significative entre ces deux paramètres. Ces résultats, déjà relevés ailleurs, suggèrent que les mesures subjectives de la santé comparativement aux mesures objectives sont davantage corrélées avec la santé mentale.

Ainsi, la santé physique -et plus particulièrement la santé perçue-

représente un facteur majeur associé favorablement à la santé mentale de la population de tout âge, lequel apparaît prédominant dans l'ensemble de tous les déterminants de la santé mentale des personnes âgées.

4.7 LE STRESS

Tant les enquêtes de la population générale que les enquêtes de la population âgée s'entendent pour estimer le rôle significatif et défavorable des événements de vie stressants, des tensions chroniques de la vie quotidienne et du deuil sur la santé mentale. Une forte majorité de résultats d'enquêtes (15/17) soutiennent cette position indépendamment du type d'indicateur de santé mentale utilisé (tableaux 19 et 20).

4.8 LES RESSOURCES PERSONNELLES

D'après les résultats d'enquêtes de la population générale (3) et âgée (3), les ressources personnelles définies en termes d'estime de soi, de confiance en soi, d'un sentiment de compétence personnelle et d'attitudes face à la vie contribuent favorablement à la santé mentale (tableaux 21 et 22). Dans le même sens, l'optimisme et l'estime de soi mesurés par deux sous-échelles de la dépression (SDS) semblent, à des degrés variables, favoriser la santé mentale (Blumenthal, 1975; Zung, 1967). Toutefois, la compétence personnelle évaluée par des habiletés cognitives apparaît comme un facteur sans influence (Carp et Christensen, 1986).

4.9 LE MILIEU DE RÉSIDENCE URBAIN ET RURAL

Selon une majorité d'enquêtes (7/10), aucune différence significative ne distingue la prévalence de problèmes de santé mentale et le niveau de bien-être psychologique des personnes de tout âge vivant en milieu rural ou en milieu urbain (tableau 23). Notons, toutefois, que des résultats peu concluants s'ajoutent à ces derniers. Une étude (Murrell et coll., 1983) conclut que la prévalence de la détresse psychologique est plus élevée parmi la population rurale tandis que Robins, Helzer et coll. (1984) observent que la prévalence totale à vie de pathologies psychiatriques est plus élevée chez les personnes

vivant en milieu urbain. Par ailleurs, Blazer, George et coll. (1985) estiment que la prévalence sur six mois de différents troubles prédomine dans chacune des populations rurale et urbaine.

4.10 LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS ET L'UTILISATION DE SERVICES

En excluant une étude examinant la relation entre le bien-être psychologique et l'utilisation de services à domicile (Wister et Strain, 1986), la plupart des auteurs d'études (5/6) conduites essentiellement auprès de personnes âgées sont d'avis que la présence de la détresse psychologique, de la dépression et d'un faible niveau de bien-être est associée à une consommation élevée de médicaments et à une utilisation plus fréquente de services de santé (tableau 24).

4.11 LA RELIGION

Outre l'appartenance religieuse et l'importance subjective de la religion qui semblent ne pas influencer sur la santé mentale de la population adulte et âgée (tableau 25), les activités de type religieux ainsi que l'attitude face à la religion représentent des facteurs fortement corrélés avec le bien-être des personnes âgées (Koenig et coll., 1988).

4.12 LE STATUT D'ACTIVITÉ ET LA RETRAITE

De manière générale, le nombre d'activités auxquelles les personnes âgées participent apparaissent comme des variables hautement déterminantes du bien-être psychologique dans deux études (tableau 26). De plus, deux études rapportent que le fait d'être retraité semble être corrélé avec un plus faible niveau de bien-être que le fait de demeurer actif sur le marché du travail. Une troisième étude (Dorfman et coll., 1985) nous précise qu'une retraite volontaire plutôt qu'obligatoire et graduelle plutôt que soudaine est favorable au bien-être et à la satisfaction de vivre.

4.13 L'HABITAT

D'après Carp et Christensen (1986), la satisfaction résidentielle est une variable fortement associée au bien-être (tableau 27). Par ailleurs, la satisfaction de vivre est plus élevée chez les personnes vivant dans la communauté comparativement à celles vivant en milieu institutionnel (Lohmann, 1980).

4.14 CONCLUSION

Avec l'appui des revues existantes faisant état des relations entre la santé mentale et plusieurs facteurs, nous pouvons conclure que, parmi l'ensemble des corrélats les plus déterminants de la santé mentale des personnes âgées, la santé physique suivie des ressources économiques et des ressources sociales figurent comme facteurs prédominants. Les autres corrélats de la santé mentale qui s'avèrent être importants dans cette revue regroupent le stress, les ressources personnelles, la consommation de médicaments, l'utilisation des services de santé, le statut d'activité, la retraite et l'habitat. Par ailleurs, l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le milieu de résidence urbain ou rural et la religion représentent des facteurs pour lesquels l'influence sur la santé mentale est peu concluante. Le tableau qui suit fait ressortir les résultats des études recensées dans sept revues sur les relations entre ces facteurs et la santé mentale des personnes âgées.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS D'ENQUÊTES SE PRONONÇANT SUR LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET DIVERS CORRÉLATS SELON DIFFÉRENTES REVUES*

Facteur	Adams (1971)	Kozma et Stones (1978)	Larson** (1978)	Lohmann (1980)	Stock** Okun et coll. (1983)	Diener (1984)	Présente revue
Age	PPC	PPC	0-1 %	---	0 %	PPC	PPC
Sexe	---	---	0-1 %	---	0 %	PPC	PPC
Ressources économiques	CP	CP	1-9 %	---	4 %	CP	FCP
Statut matrimonial	CP	---	1-4 %	PPC	1 %	---	PPC
Ressources sociales	CP	PPC	1-9%	PPC	2 %	---	FCP
Santé physique	CP	CP	4-16 %	CP	12 %	---	FCP
Stress	---	---	---	---	---	---	CN
Ressources personnelles	---	PPC	---	---	---	---	CP
Milieu de résidence rural/urbain	---	---	---	---	---	---	PPC
Consommation de médicaments et utilisation de services	---	---	---	---	---	---	CN
Religion	---	---	---	---	8 %	CP	PPC
Statut d'activité	---	---	---	---	---	PPC	CP
Retraite	PPC	---	0-1 %	PPC	---	CN	CN
Habitat	---	---	1-4 %	PPC	---	---	CP

* La plupart des données apparaissant dans ce tableau sont tirées de Okun et Stock (1987). Seules les données provenant de Diener (1984) et de la présente revue sont ajoutées à la présentation originale.

** Les valeurs présentées pour chacune de ces revues représentent les coefficients de la variance totale du bien-être psychologique.

Note: Les sigles suivants signifient: 1) PPC - peu ou pas corrélé, 2) CP - corrélé positivement, 3) FCP - fortement corrélé positivement, 4) CN -corrélé négativement.

5. DISCUSSION GÉNÉRALE

La santé mentale est, en matière de santé publique, une préoccupation majeure. Des indicateurs tels que les motifs de consultation ou les pathologies rencontrées dans l'ensemble du dispositif de soins, les causes d'invalidité ou de handicap, ou encore la consommation médicamenteuse situent les troubles mentaux dans les premiers rangs. Les observations montrent que d'importants besoins de santé mentale restent mal couverts, notamment chez les jeunes enfants, adolescents ou personnes âgées.

Cette constatation qui figure au paragraphe introductif de la récente politique française de santé mentale (Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection publique, 1990) s'applique pertinemment au contexte américain (Kermis, 1986) et au contexte québécois. Ainsi, mieux connaître la santé mentale des personnes âgées apparaît comme un pré-requis nécessaire pour mieux comprendre les besoins des gens âgés et pour mieux envisager les interventions appropriées.

Au cours des dernières années, la littérature en épidémiologie sociale et psychiatrique témoigne un développement appréciable en faveur d'une connaissance de l'état de santé mentale de la population âgée. Cette connaissance soutenue par de nombreux travaux et des enquêtes de grande ampleur abrite certaines difficultés qui lui sont particulières. A cet effet, les indicateurs de santé mentale appréhendent une réalité qui demeure, malgré tout, difficilement objectivable, lesquels ont été développés, dans la majorité des cas, pour la population adulte.

L'examen de la littérature nous permet de déterminer l'ampleur des principaux problèmes de santé mentale: la détresse psychologique qui affecte une personne âgée sur six, la dépression et les troubles cognitifs. En contrepartie, la majorité des personnes âgées se considèrent bien portantes. En considérant l'ensemble des résultats d'enquêtes, ce qui apparaît comme particulier à la situation de la population âgée est le fait suivant: certaines études stipulent que l'importance des problèmes de santé mentale et, à la fois, du bien-être psychologique décline avec l'avance en âge et d'autres études concluent qu'elle demeure stable.

A l'instar des conclusions de revues bibliographiques antérieures, les facteurs qui influencent le plus sur la santé mentale des personnes âgées sont la santé physique, les ressources économiques et sociales. Ces facteurs ressortent comme prédominants tant par le biais d'indicateurs de problèmes de santé mentale que par le biais d'indicateurs de santé mentale positive. Comparativement à la population adulte, la santé physique représente le premier facteur associé favorablement à la santé mentale des gens âgés.

Dans l'ensemble, peu de différences marquantes tranchent, pour le moment, les résultats sur la contribution des corrélats selon les types d'indicateurs de santé mentale. Bien qu'il serait profitable de poursuivre ce questionnement, nous pouvons tout de même envisager l'ordre d'importance des facteurs étudiés et relevés dans cette revue.

Les apports de ce travail ont une certaine incidence sur l'élaboration d'éventuelles actions promotionnelles et préventives. Bien que cette tâche demeure entière, ce travail tente de définir l'objet de ces actions afin de guider et supporter toute contribution dans ce sens, à savoir les approches et les stratégies à privilégier, les populations à viser, les cibles à retenir prioritairement, les moyens à élaborer, etc...

ANNEXE A

Tableau 7

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET L'ÂGE

Étude	(N)	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION AGÉE								
1. Blazer, Hugues et George (1987)	1304	60 +	Dépression	DIS-NIMH	Différence de prévalence entre les 60-74, 75 +	1	p < .05	Aucune différence significative
2. O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Dépression	RCD	Différence de prévalence entre les 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-105	1	p < .05	Aucune différence significative
3. Blazer et Williams (1980)	997	65 +	Dépression	OARS Depressive scale	Différence de prévalence entre les 65-74, 75 +	1	p < .01	Aucune différence significative
4. Berkman et coll. (1986)	2806	65 +	Dépression	CES-D	Différence de prévalence et des taux moyens entre les 65-74, 75 +	1, 3, 4	p < .01	Aucune différence significative
5. Murrell et coll. (1983)**	2517	55 +	Dépression	CES-D	Différence de prévalence entre les 55-59, 60-64, 65-74, 75 +	1	p < .05	Prévalence plus élevée chez les 75 + (relation significative que chez les femmes)
6. Phifer et Murrell (1986)	1360	55 +	Dépression	CES-D	Différence de prévalence entre les 55-59, 60-64, 65-74, 75 +	4	p < .05	Aucune différence significative
7. O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Dépression	CES-D	Différence de prévalence entre les 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-105	1	p < .05	Aucune différence significative

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélationnelle; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de régression.

** Ces études sont longitudinales

Tableau 7 (suite 1)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET L'ÂGE

Étude	(N)	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION AGÉE (suite 1)								
8. Krause (1986 AB)	351	65 +	Dépression	CES-D	Différence de prévalence et des taux moyens entre les groupes d'âge	4	$p < .05$	- Aucune différence significative
9. Haug et coll. (1984)**	1332	65 +	Psycho-pathologies	OARS	Différence de prévalence et des taux moyens entre les groupes d'âge	4	$p < .05$	- Aucune différence significative - La santé mentale tend à s'améliorer avec l'âge
10. Gerson et coll. (1987)	1139	65 +	Psycho-pathologies	OARS	Différence de prévalence et des taux moyens entre les groupes d'âge	4	$p < .05$	- Une amélioration de la santé mentale auto-évaluée ($r = 0.40$) et une diminution des symptômes psychiatriques ($r = 0.18$) sont observées avec l'avance en âge
11. Romaniuk et coll. (1983)	2146	60 +	Psycho-pathologies	OARS SPES SPMSQ	Différence de prévalence et des taux moyens entre les groupes d'âge	1	$p < .0001$ $p < .001$	- Les troubles cognitifs augmentent avec l'âge ($r = 0.43$) - Les symptômes psychiatriques augmentent avec l'âge ($r = 0.17$) - La santé mentale auto-évaluée n'est pas associée significativement à l'âge
12. Ilarel et coll. (1982)	1008	60 +	Psycho-pathologies	OARS SPES SPMSQ	Différence de prévalence et des taux moyens entre les groupes d'âge	2, 4	$p < .05$	- Aucune différence significative
13. Blazer et Houpt (1979)	997	65 +	Psycho-pathologies	OARS SPES SPMSQ	Différence de prévalence et des taux moyens entre les groupes d'âge	1	$p < .05$	- Aucune différence significative
14. Copeland et coll. (1986)	396	65 +	Psycho-pathologies	Care	Différence de prévalence et des taux moyens entre les 65-74, 75 +	2	$p < .005$	- Aucune différence significative sauf dans les cas de démences plus élevées chez les 75+ ans

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélacionnelle; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de régression.

** Ces études sont longitudinales

Tableau 7 (suite 2)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET L'ÂGE

Étude	(N)	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION AGÉE (suite 1)								
15. Dunkle (1985)	410	65 +	Depression	SDS	Différence de taux moyens entre les groupes d'âge	2, 3	p < .05	Corrélation positive entre l'âge et les symptômes dépressifs (r = 0.18)
16. Steurer et coll. (1980)	60	48 +	Depression	SDS	Différence de taux moyens entre les groupes d'âge	2	-	Aucune différence significative
17. Nilsson et coll. (1984)**	460	70+	Psychoses Névroses	Entrevues psychiatriques	Différence de prévalence entre les 65-74, 75+	1	p < .005	Aucune différence significative
POPULATION GÉNÉRALE								
18. Robins, Helzer et coll. (1984)	9543	18 +	15 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	Différence de prévalence entre les 18-24, 25-44, 45-64, 65+	1	p < .05	De manière générale, la prévalence totale a vie diminue avec l'âge Prévalence totale est la plus élevée chez les 25-44 ans Prévalence totale la moins élevée chez les 65 ans et + Seuls les troubles cognitifs augmentent avec l'âge
19. Myers, Weissman et coll. (1984)	9543	18 +	15 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	Différence de prévalence entre les 18-24, 25-44, 45-64, 65+	1	p < .05	La prévalence totale sur 6 mois est 2 fois plus élevée chez les 44 et + que chez les 45 et + sauf dans les cas de phobies, de dysthymies et de troubles cognitifs
20. Blazer, George et coll. (1985)	3798	18 +	9 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	Différence de prévalence entre les 18-24, 25-44, 45-64, 65+	1	p < .05	La prévalence totale sur 6 mois diminue avec l'âge sauf dans le cas des troubles cognitifs
21. Swartz, Blazer et coll. (1986)	3798	18 +	Somatisation	DIS-NIMH	Différence de prévalence entre les 18-24, 25-44, 45-64, 65 +	1	p < .05	Aucune différence significative

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélationnelle; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de régression.

** Ces études sont longitudinales

Tableau 7 (suite 3)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET L'ÂGE

Étude	(N)	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE (suite)								
22. Weissman et Myers (1978)	511	26 +	Dépression	SADS, RCD	Différence de prévalence entre les 26-45, 46-65, 66+	2	p < .10	La prévalence instantanée de la dépression majeure augmente après l'âge de 45 ans. La prévalence à vie de la dépression mineure (p < .10) et majeure diminue avec l'âge (p < .05)
23. Billings et coll. (1983)	818 (Comm/Inst)	18 +	Dépression	RCD	Différence de taux moyens entre les groupes d'âge	2	p < .01	Aucune différence significative
24. Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Détresse psychologique	PSI	Différence de prévalence entre les 15-24, 25-44, 45-64, 65+	1	p < .01	Aucune différence significative
25. Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Détresse psychologique	EOS	Différence de prévalence entre les 15-24, 25-44, 45-64, 65+	1	-	La prévalence tend à augmenter avec l'âge.
26. Uhlenhuth et coll. (1983)	3161	18 +	Détresse psychologique et psychopathologies	SCL-90	Différence de prévalence entre les 18-34, 35-49, 50-64, 65-79	1	-	La prévalence de la détresse diminue avec l'âge et celles de la dépression et des autres troubles tendent à demeurer stables avec l'âge
27. Comstock et Helsing (1976)	3845	18 +	Dépression	CES-D	Différence de prévalence entre les groupes d'âge	4	p < .05	La prévalence diminue significativement avec l'âge

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélationnelle; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de régression.

** Ces études sont longitudinales

Tableau 7 (suite 4)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET L'ÂGE

Étude	(N)	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE (suite)								
28. Eaton et Kessler (1981)	2867	25 +	Dépression	CES-D	Différence de prévalence entre les 25-44, 45-64, 65-74	1	p < .05	Aucune différence significative
29. Frerichs et coll. (1981)	1003	18 +	Dépression	CES-D	Différence de prévalence entre les 18-24, 25-44, 45-64, 65+	4	p < .05	La prévalence de la dépression chez les 18-24 est significativement plus élevée que chez les 25 +
30. Kaplan et coll. (1987)**	4864	16 +	Détresse psychologique	Human Pop Lab. depr. scale	Différence de prévalence entre les groupes d'âge	2	p < .05	Aucune différence n'est observée entre les groupes d'âge Sur une période de neuf années, une diminution de la détresse est observée avec l'avance en âge
31. Benfari et coll. (1972)	531	20 +	Pathologies psychiatriques	Quest. modifié du Stirling County	Différence de taux moyens entre les 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60+	3, 4	---	La dépression et le syndrome anxio-dépressif diminuent avec l'âge, l'estime de soi augmente avec l'âge et l'anxiété demeure stable avec l'âge
32. Blumenthal (1975)	320	18 +	Dépression	SDS	Différence de taux moyens entre les groupes d'âge	2	p < .001	La dépression augmente significativement avec l'âge (r=0.19). Ce sont les composantes "symptômes somatiques" (r=0.17), "bien-être" (r=-0.12) et "optimisme" (r=-0.20) qui sont corrélées significativement avec l'âge.
33. Zung (1967)	169 (Comm/Inst)	64 - 65 +	Dépression	SDS	Différence de taux moyens entre les 64 - et les 65 +	2	p < .01	La dépression augmente significativement avec l'âge

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélatoire; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de régression.
 ** Ces études sont longitudinales

Tableau 8

LISTE DES ENQUÊTES ETUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE ET L'ÂGE

Étude	(N)	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION AGÉE								
1. Gooding et coll. (1988)	2746	65 +	Bien-être psychologique	ABS	Différence de prévalence entre les 65-69 ans, 70+	1, 3, 4	$p < .001$	La prévalence est plus élevée chez les 65-69 ans que les 70 ans et +
2. Romaniuk et coll. (1983)	2146	60 +	Bien-être psychologique et satisfaction de vivre	Échelle (3 questions)	Différence entre les 60-64 ans, 65-69, 75-84, 85+	1	$p < .01$	Aucune différence significative
3. Lee et Ishii-Kuntz (1988)	2872	55 +	Moral	Échelle originale de 6 items	Différence entre les groupes d'âge	2	$p < .01$	Aucune différence significative
4. Koenig et coll. (1988)	836	55 +	Moral	PCGMS	Différence entre les groupes d'âge	2, 4	$p < .001$	L'âge est corrélé négativement au moral ($r = 0.15$)
5. Edwards et Klemmack (1973)	507	45 +	Satisfaction face à la vie	LSI modifié	Différence entre les groupes d'âge	2	$p < .05$	L'âge est corrélé négativement à la satisfaction de vivre ($r = -0.14$)
6. Copeland et coll. (1986)	396	65 +	Bien-être et satisfaction de vivre	Mesures à item unique	Différence entre les 65-74, 75+	2	$p < .05$	Aucune différence significative
7. Wister et Strain (1986)	354	65 +	Bien-être psychologique	LSI-A	Différence entre les groupes d'âge	3	$p < .05$	Aucune différence significative
8. Windley et Scheidt (1982)	898	65 +	Bien-être psychologique	ABS, PCGMS	Différence entre les groupes d'âge	1	$p < .05$	Aucune différence significative
9. Osberg et coll. (1987)	97	60 +	Qualité de vie	QOL	Différence entre les groupes d'âge	4	$p < .05$	L'âge est le 3 ^e facteur le plus corrélé (négativement) à la qualité de vie

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélationnelle; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de régression.

Tableau 8 (suite 1)

Étude	(N)	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE								
10. Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., (1988))	19724	15 +	Bien-être psychologique	BESQ (GWB modifié)	Différence entre les 15-24, 25-44, 45-64, 65+	1	p < .01	- Aucune différence significative caractérise l'indice de bien-être - Aucune différence observée caractérise les gens plutôt et très heureux malgré que les gens pas très heureux augmentent après l'âge de 45+
11. Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Bien-être psychologique	ABS	Différence entre les 15-19, 20-24, 25-44, 45-64, 65+	1	-	L'indice de santé affective tend à être plus bas chez les adolescents et les personnes âgées
12. Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1987)	846	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	Différence entre les 15-49, 20-24, 25-44, 45-64, 65+	1	-	L'indice de bonheur tend à diminuer avec l'âge
13. Enquête Sociale Générale (1987)	13295	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	Différence entre les 15-24, 25-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+	1	-	- Le nombre de personnes "très heureuses" tend à diminuer quelque peu avec l'âge. - Le nombre de personnes "très malheureuses" tend à augmenter avec l'âge
14. Costa et coll. (1987)**	4942	25 +	Bien-être psychologique	GWB (version abrégée)	Différence entre les 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75 +	3	p < .001	- Aucune différence significative (indice global) - Les indices d'affect négatif et positif diminuent avec l'âge
15. Berkman (1971)	6928	16 +	Bien-être psychologique	Index PWB	Différence entre les 16-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+	1	-	Aucune différence significative malgré que l'indice de bien-être est plus bas chez les 24- et les 75+

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélacionnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

** Ces études sont des enquêtes longitudinales.

Tableau 9

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE SEXE

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptoma- tologie	Méthode d'analyse*	Résultats
POPULATION AGÉE							
1. Blazer, Hugues et George (1987)	1304	60 +	Dépression	DIS-NIMH	p < .05	1	. Aucune différence significative malgré une tendance à observer une prévalence de dysphorie plus élevée chez les femmes
2. O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Dépression	RCD	p < .05	1	. Aucune différence significative (ratio 1,5/1)
3. Blazer et Williams (1980)	997	65 +	Dépression	OARS Depressive scale	p < .01	2	. Aucune différence significative
4. Berkman et coll. (1986)	2806	65 +	Dépression	CES-D	p < .05	1, 3, 4	. Plus de femmes que d'hommes souffrent de dépression (5e facteur le plus corrélé)
5. Murrell et coll. (1983)	2517	55 +	Dépression	CES-D	p < .05	4	. Aucune différence significative
6. Norris et Murrell (1984)**	1406	55 +	Dépression	CES-D	p < .05	3	. Aucune différence significative
7. Phifer et Murrell (1986)	1360	55 +	Dépression	CES-D	p < .05	4	. Aucune différence significative
8. O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Dépression	CES-D (version abrégée)	p < .05	2	. Plus de femmes que d'hommes souffrent de dépression (ratio 1,4/1)
9. Krause (1986ab)	351	65 +	Dépression	CES-D	p < .003	4	. Plus de femmes que d'hommes ont des symptômes de dépression

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de regression.

** Ces études sont longitudinales.

Tableau 9 (suite 1)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE SEXE

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptoma- tologie	Méthode d'analyse*	Résultats
POPULATION AGÉE (SUITE)							
10. Haug et coll. (1984)	1332	65 +	Psychopa- thologies	OARS	p < .01	2, 4	. Aucune différence significative
11. Gerson et coll. (1987)	1139	65 +	Psychopa- thologies	OARS	p < .05	4	. Aucune différence significative
12. Romaniuk et coll. (1983)	2146	60 +	Psychopa- thologies	OARS, SPMSQ SPES	p < .05	1	. Aucune différence significative
13. Harel et coll. (1982)	1008	60 +	Psychopa- thologies	OARS	p < .05	2, 4	. Aucune différence significative
14. Blazer et Houpt (1979)	997	65 +	Psychopa- thologies	OARS SPMSQ	p < .05	1	. Aucune différence significative
15. Luke et coll. (1982)	200	80 +	Psychopa- thologies	Échelle de 5 symptômes	p < .05	3	. Aucune différence significative malgré une relation significative observée au seuil p < 1.0 (ratio F/H = 5/3)
16. Dunkle (1985)	410	65 +	Dépression	SDS	p < .05	2, 3	. Aucune différence significative
17. Steuer et coll. (1980)	60	48 +	Dépression	SDS	---	2	. Aucune différence significative
18. Feinson et Thoits (1986)	476	65 +	Psychopa- thologies et détresse psychologique	SCL-90 GWB	---	2, 4	. Aucune différence significative
19. Magni et coll. (1988)	398	75.8 (âge moyen)	(âge Psychopa- thologies)	SCL-90	p < .05 à p < .0001	1	. Plus de femmes que d'hommes souffrent de psychopathologies (7 échelles sur 10)

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélative, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 9 (suite 2)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE SEXE

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptoma- tologie	Méthode d'analyse*	Résultats
POPULATION AGÉE (suite)							
20. Nilsson et coll. (1984)	460	70 +	Psychoses névroses	Entrevues psychia- triques	$p < .05$	1	Seules les femmes âgées de 70 ans (et non pas les plus âgées) ont davantage de psychopa- thologies que les hommes
POPULATION GÉNÉRALE							
21. Robins, Helzer et coll. (1984)	9543	18 +	15 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	$p < .001$	1	Pour toutes les pathologies psychiatriques réunies, aucune dominance sexuelle n'apparaît sauf dans le cas d'une communauté où plus d'hommes que femmes ont davantage de psychopathologies. La plupart des pathologies connaissent des différences sexuelles.
22. Myers, Weissman et coll. (1984)	9543	18 +	15 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	$p < .05$	1	Pour toutes les pathologies psychiatriques réunies, aucune dominance sexuelle n'apparaît. Toutefois, les femmes ont davantage de troubles dépressifs et anxieux et les hommes ont davantage de troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool et à une personnalité anti-sociale.
23. Blazer, George et coll. (1985)	3798	18 +	9 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	$p < .01$	1, 4	Pour toutes les pathologies psychiatriques réunies, aucune dominance sexuelle n'apparaît. La plupart des pathologies (6/9) connaissent des différences sexuelles (cf. Myers, Weissman et coll. (1984)).
24. Weissman et Myers (1978)	511	26 +	Depression	SADS, RCD	$p < .05$ a $p < .001$	2	La prévalence instantanée ne diffère pas selon le sexe. La prévalence à vie est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (ratio 2/1).

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélative, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 9 (suite 3)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE SEXE

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptoma- tologie	Méthode d'analyse*	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE (SUITE)							
25. Billings et coll. (1983)	818	18 +	Dépression	RCD	$p < .05$	2	. Aucune différence significative
26. Enquête Santé Québec (voir Emond et coll., 1988)	19724	15 +	Détresse psychologique	PSI	$p < .01$	1	. Plus de femmes que d'hommes ont des indices élevés de détresse
27. Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Détresse psychologique	EOS	---	1	. Plus de femmes que d'hommes ont des indices élevés de détresse
28. Uhlenhuth et coll. (1983)	3161	18 +	Détresse psycho- logique et psy- chopathologies	SCL-90	$p < .05$	1	. La prévalence de l'ensemble des psychopa- thologies et de la détresse est plus élevée chez les femmes que les hommes.
29. Comstock et Helsing (1976)	3845	18 +	Dépression	CES-D	---	4	. La prévalence de la dépression est plus élevée chez les femmes que les hommes dans 2 commu- nautés sur 3.
30. Kaplan et coll. (1987)	4864	16 +	Détresse psychologique	Human pop. Lab. De- pression Index	$p < .05$	2	. Aucune différence significative
31. Benfari et coll. (1972)	531	20 +	Pathologies psychiatriques	Question- naire mo- difié du Stirling County	---	3, 4	. La prévalence est plus élevée chez les femmes dans le cas de 2 échelles sur 4 (anxiété et syndrome anxio-dépressif et non pas dépression et estime de soi.
32. Blumenthal (1975)	320	18 +	Dépression	SDS	$p < .001$	2	. Plus de femmes que d'hommes souffrent de dépres- sion

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 10

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE ET LE SEXE

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptoma- tologie	Méthode d'analyse*	Résultats
POPULATION AGÉE							
1. Gooding et coll. (1988)	2746	65 +	Bien-être psychologique	ABS	p < .001	1,3,4	, Aucune différence significative
2. Romaniuk et coll. (1983)	2146	60 +	Bien-être psychologique et satisfaction de vivre	Mesures à item unique	p < .05	1	, Aucune différence significative
3. Wan, Odell et Lewis (1982)	1182	60 +	Bien-être et satisfaction de vivre	Mesures à item unique	p < .01	1	, Les hommes ont une satisfaction de vivre plus élevée que les femmes
4. Koenig et coll. (1988)	836	55 +	Moral	PCQMS	p < .01	2,4	, Aucune différence significative
5. Edwards et Klemmack (1973)	507	45 +	Satisfaction face à la vie	LSI modifié	p < .05	2	, Aucune différence significative
6. Wister et Strain (1986)	354	65 +	Bien-être	LSI-A	p < .05	3	, Aucune différence significative
7. Luke et coll. (1982)	200	80 +	Bien-être psychologique	ABS	p < .05	1,4	, Aucune différence significative
8. Ploeg et Faux (1989)	50	65 +	Bien-être psychologique	ABS	p < .05	2,4	, Aucune différence significative
9. Lohmann (1980)	259	60 +	Satisfaction de vivre	LSS	---	3	, Aucune différence observée

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de regression.

Tableau 10 (suite 1)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE ET LE SEXE

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de symptoma- tologie	Méthode d'analyse*	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE							
10. Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Bien-être psychologique	BESQ (GWB modifié)	$p < .01$	1	. Les hommes de tout âge ont des indices plus élevés de bien-être (et non de bonheur)
11. Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Bien-être psychologique	ABS	---	1	. Les hommes de tout âge ont des indices négatifs de bien-être moins élevés que les femmes . Aucune différence n'est observée concernant les indices positifs de bien-être
12. Enquête Sociale Générale (1987)	13295	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	---	1	. Les femmes de tout âge ont tendance à avoir des indices de bonheur plus élevés
13. Costa et coll. (1987)**	4942	25 +	Bien-être psychologique	GWB (version abrégée)	$p < .03$	3	. Les femmes ont des niveaux moins élevés de bien-être . Les indices de bien-être demeurent stables dans le temps tant chez les femmes que chez les hommes
14. Berkman (1971)	6928	16 +	Bien-être psychologique	Index PWB	---	1	. Aucune différence significative

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélative, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

** Ces études sont longitudinales.

TABLEAU 11

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LES RESSOURCES ÉCONOMIQUES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION AGÉE								
1. Blazer, Hughes et George (1987)	1304	60 +	Dépression	DIS-NIMH	Revenu et scolarité	1	$p < .05$	Une prévalence élevée de dysphorie est associée à un bas revenu et à une faible scolarité
2. O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Dépression	RCD	Revenu et scolarité	1	$p < .05$	Seul le revenu est corrélé négativement à la dépression
3. Blazer et Williams (1980)	997	65 +	Dépression	OARS	Ressources économiques (OARS)	1	$p < .01$	Seuls les cas de dépression majeure et les cas de dépression liée à des problèmes médicaux ont de pauvres ressources économiques Le niveau de scolarité n'est pas associé significativement à la dépression
4. Berkman et coll. (1986)	2806	65 +	Dépression	CES-D	Revenu et scolarité	1,3,4	$p < .05$	Le revenu et le niveau de scolarité sont les deux facteurs les plus corrélés (négativement) à la dépression
5. Murrell et coll. (1983)	2517	55 +	Dépression	CES-D	Revenu et scolarité	1	$p < .001$	Le revenu est corrélé négativement avec la dépression chez les femmes (2e facteur) et chez les hommes (5e facteur) Le niveau de scolarité n'est corrélé négativement avec la dépression que chez les hommes (2e facteur)
6. Phifer et Murrell (1986)	1360	55 +	Dépression	CES-D	Scolarité	4	$p < .05$	Aucune différence significative
7. O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Dépression	CES-D (version abrégée)	Revenu et scolarité	4	$p < .05$	Le revenu est le facteur le plus corrélé (négativement) à la dépression ($p < .001$) Le niveau de scolarité est associé négativement à la dépression
8. Krause (1986ab)	351	65 +	Dépression	CES-D	Revenu et scolarité	4	$p < .02$	Seul le revenu est corrélé négativement à la dépression
9. Haug et coll. (1984)	1332	65 +	Psychopathologies	OARS	Scolarité	4	$p < .05$	Le niveau de scolarité est le 2e facteur le plus corrélé négativement avec la dépression
10. Gerson et coll. (1987)	1139	65 +	Psychopathologies	OARS	Ressources économiques (OARS)	4	$p < .05$	La prévalence des psychopathologies est corrélée négativement aux ressources économiques (3e facteur)

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélationnelle; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de régression.

TABLEAU 11 (SUITE 1)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LES RESSOURCES ÉCONOMIQUES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION AGÉE								
11. Romaniuk et coll. (1983)	2146	60 +	Psychopathologies	OARS, SPES, SPMQ	Revenu et scolarité	1	$p < .001$	La prévalence des psychopathologies est corrélée négativement aux ressources économiques (2e facteur)
12. Harel et coll. (1982)	1008	60 +	Psychopathologies	OARS	Ressources économiques (OARS)	2,4	$p < .05$	La prévalence des psychopathologies est corrélée négativement aux ressources économiques (2e ou 3e facteur selon les mesures)
13. Luke et coll. (1982)	200	80 +	Psychopathologies	Mesure à 5 items	Revenu et scolarité	3	$p < .05$	Aucune différence significative
14. Feinson et Thoits (1986)	476	65 +	Psychopathologies	SCL-90	Revenu et scolarité	2,4	$p < .05$	Seul le revenu est associé négativement à la dépression et l'anxiété (2/5 mesures)
POPULATION GÉNÉRALE								
15. Robins, Helzer et coll. (1984)	9543	18 +	15 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	Scolarité	1	$p < .01$	Une prévalence accrue des psychopathologies est associée à un faible niveau de scolarité
16. Weissman et Myers (1978)	511	26 +	Depression	SADS, RCD	Classe sociale	2	$p < .05$	Seule la prévalence instantanée de la dépression mineure est associée à la classe sociale défavorisée
17. Billings et coll. (1983)	818	18 +	Depression	RCD	Scolarité et statut occupationnel	2	$p < .01$	Le niveau de scolarité et le statut occupationnel sont corrélés négativement avec la dépression
18. Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Détresse psychologique	PSI	Revenu et scolarité	1	$p < .01$	Le revenu et le niveau de scolarité diffèrent les cas de détresse des autres
19. Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Détresse psychologique	EOS	Revenu et scolarité	1	---	Le revenu et le niveau de scolarité diffèrent les cas de détresse des autres

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélationnelle; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de régression.

TABLEAU 11 (SUITE 2)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LES RESSOURCES ÉCONOMIQUES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE (suite)								
20. Comstock et Helsing (1976)	3845	18 +	Depression	CES-D	Revenu, scolarité et statut occupationnel	4	$p < .05$	- Le statut occupationnel est associé négativement à la dépression (3/3 communautés) - Le niveau de scolarité et le revenu sont associés à la dépression (1/3 communauté)
21. Eaton et Kessler (1981)	2867	25 +	Depression	CES-D	Revenu, scolarité et statut occupationnel	1	$p < .05$	La prévalence de la dépression augmente avec un faible revenu, un bas niveau de scolarité et un bas niveau du statut occupationnel
22. Frerichs et coll. (1981)	1003	18 +	Depression	CES-D	Revenu, scolarité et statut occupationnel	4	$p < .05$	La prévalence de la dépression augmente avec un faible revenu, un bas niveau de scolarité et un bas niveau du statut occupationnel
23. Catalano et Dooley (1977)	1173	18 +	Depression	CES-D	Taux de chômage	2	$p < .01$	Le taux régional et national influe positivement sur la prévalence de la dépression
24. Kaplan et coll. (1987)	4864	16 +	Detresse psychologique	Human pop. Lab. Depression index	Revenu, scolarité	2	$p < .05$	Le revenu et surtout le niveau de scolarité sont associés à la détresse
25. Blumenthal (1975)	320	18 +	Depression	SDS	Scolarité	2	$p < .01$	La scolarité est corrélée négativement à la dépression (ratio 3.5/1)

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélationnelle; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de regression.

TABLEAU 12

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE ET LES RESSOURCES ÉCONOMIQUES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION AGÉE								
1. Romaniuk et coll. (1983)	2146	60 +	Bien-être psychologique et satisfaction de vivre	Mesures à item unique	Revenu et scolarité	1	$p < .0001$	La scolarité et le revenu (2e et 3e facteurs les plus importants) sont corrélés positivement aux indices de bien-être
2. Lee et Ishii-Kuntz (1988)	2872	55 +	Moral	Échelle de 6 items	Revenu et scolarité	2	$p < .01$	Seul le revenu est corrélé au bien-être des hommes (5e facteur)
3. Koenig et coll. (1988)	836	55 +	Moral	PGMS	Statut financier subj. et obj.	2,4	$p < .01$	Le statut financier est la 3e variable la plus corrélée au bien-être
4. Edwards et Klenmack (1973)	507	45 +	Satisfaction de vivre	LSI modifié	Revenu, scolarité et prestige occupationnel	2	$p < .05$	Le revenu ($r=0.33$), la scolarité ($r=0.24$) et le prestige occupationnel ($r=.12$) sont les facteurs les plus corrélés à la satisfaction de vivre
5. Dorfman et coll. (1985)	451	65 +	Satisfaction de vivre	LSI-2	Revenu	4	$p < .05$	Le revenu est le 2e facteur le plus corrélé avec la satisfaction de vivre ($r=0.18$, 0.16)
6. Luke et coll. (1982)	200	80 +	Bien-être psychologique	ABS	Scolarité et occupation	1,4	$p < .01$	Seule la scolarité est corrélée positivement au bien-être (2e facteur; $\beta=0.27$)
7. Carp et Christensen (1986)	88 femmes	60 +	Bien-être psychologique	8 échelles validées	Statut social (ressources économiques subj. et obj.)	2,4	$p < .05$	Le statut social est corrélé positivement au bien-être (3e facteur)
8. Ploeg et Faux (1989)	50	65 +	Bien-être psychologique	ABS	Revenu et scolarité	2,4	$p < .05$	Aucune différence significative
9. Osberg et coll. (1987)	97	60 +	Qualité de vie	QOL	Revenu	4	$p < .05$	Aucune différence significative

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélationnelle; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de régression.

TABLEAU 12 (SUITE 1)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE ET LES RESSOURCES ÉCONOMIQUES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Indicateur de la variable étudiée	Méthode d'analyse*	Seuil de signification	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE								
10. Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Bien-être psychologique	BESQ (GWB modifié)	Revenu et scolarité	1	p < .01	L'indice de bien-être est plus élevé chez les personnes bien nanties et scolarisées
11. Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Bien-être psychologique	ABS	Revenu et scolarité	1	-	Le revenu (1er facteur) et la scolarité sont corrélés positivement avec le bien-être
12. Enquête Canadienne sur la promotion de la santé (1987)	846	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	Revenu et scolarité	1	-	L'indice de bonheur augmente avec le revenu et la scolarité
13. Berkman (1971)	6928	16 +	Bien-être psychologique	Index PWB	Revenu et scolarité	1	-	Le revenu et la scolarité sont associés positivement au bien-être

* Les méthodes d'analyse sont: 1. Analyse descriptive; 2. Analyse corrélationnelle; 3. Analyse de la variance; 4. Analyse de régression.

Tableau 13

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE STATUT MATRIMONIAL

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1. Blazer, Hughes et George (1987)	1304	60 +	Depression	DIS-NIMH	$p < .05$	1	Statut matrimonial (mar/non mar)	Seule la prévalence de la dysphorie est plus élevée chez les personnes non mariées
2. O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Depression	RCD	$p < .05$	1	Statut matrimonial (mar/cél/veuf/sép/div)	Aucune différence significative
3. Blazer et Williams (1980)	997	65 +	Depression	OARS Depressive Scale	$p < .01$	2	Statut matrimonial (mar/cél/veuf/sép/div)	La prévalence totale de la dépression est plus élevée chez les personnes mariées et veuves
4. Murrell et coll. (1983)	2517	55 +	Depression	CES-D	$p < .05$	4	Statut matrimonial (mar/cél/veuf/sép/div)	La prévalence de la dépression est plus élevée chez les femmes veuves, divorcées et séparées
5. Phifer et Murrell (1986)	1360	55 +	Depression	CES-D	$p < .05$	4	Statut matrimonial (mar/cél/veuf/sép/div)	Aucune différence significative
6. O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Depression	CES-D (version abrégée)	$p < .001$	2	Statut matrimonial (mar/cél/veuf/sép/div)	La prévalence de la dépression est plus élevée chez les personnes veuves, séparées et divorcées
7. Krause (1986ab)	351	65 +	Depression	CES-D	$p < .05$	4	Statut matrimonial (mar/cél/veuf/sép/div)	La prévalence de la dépression est plus élevée chez les veuf(ves)
8. Haug et coll. (1984)	1332	65 +	Psychopathologies	OARS	$p < .05$	2, 4	Statut matrimonial (mar/non mar)	Aucune différence significative
9. Gerson et coll. (1987)	1139	65 +	Psychopathologies	OARS	$p < .05$	4	Statut matrimonial (mar/non mar)	La prévalence est moins élevée chez les hommes mariés et tend à l'être chez les femmes célibataires ($r = .07$)
10. Romanuk et coll. (1983)	2146	60 +	Psychopathologies	OARS, SPES SPMSQ	$p < .05$	1	Statut matrimonial (mar/non mar)	Aucune différence significative
11. Harel et coll. (1982)	1008	60 +	Psychopathologies	OARS	$p < .001$	2, 4	Statut matrimonial (mar/non mar)	La prévalence est moins élevée chez les personnes mariées

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélacionnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de regression.

Tableau 13 (suite 1)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE STATUT MATRIMONIAL

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE								
12. Enquête Santé Québec (voir Emond et coll., 1988)	19724	15 +	Détresse psychologique	PSI	p < .01	1	Statut matrimonial (mar/cél/veuf/div/sép)	La prévalence est plus élevée chez les personnes séparées et divorcées
13. Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Détresse psychologique	EOS	-	1	Statut matrimonial (mar/cél/veuf/div/sép)	La prévalence est moins élevée chez les personnes mariées et célibataires
14. Comstock et Helsing (1976)	3845	18 +	Depression	CES-D	p < .05	4	Statut matrimonial (mar/cél/veuf/div/sép)	La prévalence est moins élevée chez les personnes mariées (1 communauté sur 3) et plus élevée chez les personnes divorcées et séparées (1 communauté sur 3)
15. Eaton et Kessler (1981)	2867	25 +	Dépression	CES-D	-	1	Statut matrimonial (cél/mar/veuf/autres)	La prévalence est plus élevée chez les personnes divorcées et séparées
16. Weissman et Myers (1978)	511	26 +	Depression	SADS, RCD	p < .05	2	Statut matrimonial (mar/non mar)	Aucune différence significative
17. Frerichs et coll. (1981)	1003	18 +	Depression	CES-D	p < .001	4	Statut matrimonial (cél/mar/veuf/div/sép)	La prévalence est plus élevée chez les personnes séparées et célibataires
18. Kaplan et coll. (1987)	4864	16 +	Détresse psychologique	Iluman pop. Lab. Depression Index	p < .05	2	Statut matrimonial (cél/mar/veuf/div/sép)	Aucune différence significative
19. Billings et coll. (1983)	818	18 +	Depression	RCD	p < .05	2	Statut matrimonial (mar/non mar)	Aucune différence significative
20. Feinson et Thoits (1986)	476	65 +	Psychopathologies et détresse psychologique	SCL-90 G4B	p < .05	2, 4	Statut matrimonial (mar/non mar)	Aucune différence significative

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélotionnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 14

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE ET LE STATUT MATRIMONIAL

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1. Romaniuk et coll. (1983)	2146	60 +	Bien-être psychologique et satisfaction de vivre	Mesures à item unique	p < .01	1	Statut matrimonial (mar/non mar/veuf)	Aucune différence significative
2. Wan, Odell et Lewis (1982)	1182	60 +	Bien-être et satisfaction de vivre	Mesures à item unique	p < .05	1	Statut matrimonial (mar/non mar/veuf)	La satisfaction de vivre et le moral sont moins élevés chez les personnes divorcées, séparées et veuves La satisfaction de vivre et le moral sont les plus élevés chez les célibataires
3. Lee et Ishii-Kuntz (1988)	2872	55 +	Moral	Échelle de 6 items	p < .01	2	Statut matrimonial (mar/non mar)	Le moral est corrélé au fait d'être marié (4 ^e facteur le plus important)
4. Edwards et Klemack (1973)	507	45 +	Satisfaction face à la vie	LSI modifiée	p < .05	2	Statut matrimonial (mar/non mar/veuf)	Aucune différence significative
5. Luke et coll. (1982)	200	80 +	Bien-être psychologique	ABS	p < .05	1, 4	Statut matrimonial (cél/mar)	Aucune différence significative
6. Ploeg et Faux (1989)	50	65 +	Bien-être psychologique	ABS	p < .05	2, 4	Statut matrimonial (cél/mar/div/sep/veuf)	Aucune différence significative
7. Osberg et coll. (1987)	97	60 +	Qualité de vie	QOL	p < .05	4	Statut matrimonial (mar/non mar)	Aucune différence significative

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 14 (suite 1)

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE								
8. Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Bien-être psychologique	BESQ (GWB modifié)	p < .01	1	Statut matrimonial (cél/mar/div/sep/veuf)	L'indice de bien-être est moins élevé chez les personnes séparées et divorcées
9. Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Bien-être psychologique	ABS	---	1	Statut matrimonial (cél/mar/div/sep/veuf)	L'indice de bien-être est plus élevé chez les personnes mariées et célibataires
10. Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1987)	846	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	-	1	Statut matrimonial (cél/mar/div/sep/veuf)	L'indice de bonheur est plus élevé chez les personnes mariées et célibataires
11. Enquête sociale générale (1987)	13295	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	-	1	Statut matrimonial (cél/mar/div/sep/veuf)	L'indice de bonheur est plus élevé chez les personnes mariées

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélative, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 15

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LES RESSOURCES SOCIALES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Blazer, Hugues et George (1987)	1304	60 +	Depression	DIS-NIMH	$p < .05$	1	Support social (5 mesures sur la fréquence et la qualité des relations sociales)	La prévalence de 3 sous-types (sur 5) de dépression est plus élevée chez les personnes ayant une pauvre qualité de support social.
2 O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Depression	RCD	$p < .001$	1	Situation de ménage	La prévalence est moins élevée chez les personnes ne vivant pas seules.
3 Blazer et Williams (1980)	997	65 +	Depression	OARS Depressive scale	$p < .01$	2	Situation de ménage et ressources sociales (OARS)	La prévalence est plus élevée chez les personnes ayant des ressources sociales perturbées.
4 Phifer et Murrell (1986)	1360	55 +	Depression	CES-D	$p < .01$	4	Support social, participation sociale et accessibilité des ressources	Une prévalence élevée est associée à des niveaux faibles de l'indice de support social (2 ^e facteur le plus important).
5 O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Depression	CES-D (version abrégée)	$p < .001$	2	Situation de ménage	La prévalence est moins élevée chez les personnes ne vivant pas seules.
6 Gerson et coll. (1987)	1139	65 +	Psychopathologies	OARS	$p < .05$	4	Situation de ménage et support social (OARS)	Les ressources sociales sont le 2 ^e facteur le plus corrélé positivement à la prévalence de psychopathologies.
7 Harel et coll. (1982)	1008	60 +	Psychopathologies	OARS	$p < .01$	2, 4	Ressources sociales (OARS)	Les ressources sociales sont le 3 ^e facteur le plus corrélé négativement à la prévalence de psychopathologies.
8 Luke et coll. (1982)	200	80 +	Psychopathologies	Échelle de 5 symptômes	$p < .03$	3	Nombre de contacts sociaux, situation de ménage et participation à des clubs sociaux	La prévalence est plus élevée que chez ceux ayant peu de contacts sociaux (2 ^e facteur le plus corrélé).

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 15 (suite 1)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LES RESSOURCES SOCIALES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE (suite)								
9 Magni et coll. (1988)	398	75.8 (âge moyen)	Psychopathologies	SCL-90	$p < .05$	1	Situation de ménage	La prévalence de l'angoisse phobique ($p < .0001$), de la dépression ($p < .001$) et des somatisations est plus élevée chez les personnes vivant seules.
10 Holahan et Holahan (1987)	52	65 à 75 ans	Detresse psychologique	échelle de 5 symptômes	$p < .05$	2	Support social (5 mesures sur la fréquence et la qualité des relations sociales)	La prévalence est moins élevée chez les personnes ayant un niveau élevé de support social.
11 Billings et coll. (1983)	818	18 +	Dépression	RCD	$p < .01$	2	Ressources sociales (fréquence et qualité des contacts)	Les indices quantitatifs et qualitatifs du support social sont associés négativement à la dépression.
POPULATION GÉNÉRALE								
12 Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Detresse psychologique	PSI	$p < .01$	1	Satisfaction face à la vie sociale	La prévalence est plus élevée chez les personnes de tout âge insatisfaites de leur vie sociale.
13 Eaton et Kessler (1981)	2867	25 +	Dépression	CES-D	-	1	Situation de ménage	Aucune différence significative.
14 Kaplan et coll. (1987)	4864	16 +	Detresse psychologique	Human pop. Lab. Depression index	$p < .05$	2	Fréquence des contacts sociaux	La prévalence est plus élevée chez les personnes ayant peu de contacts sociaux (3 ^e facteur prédictif)

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 16

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE ET LES RESSOURCES SOCIALES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Gooding et coll. (1988)	2746	65 +	Bien-être psychologique	ABS	$p < .05$	1, 3, 4	Situation de ménage	Aucune différence significative
2 Wan, Odell et Lewis (1982)	1182	60 +	Bien-être satisfaction à item de vivre	Mesures à item unique	$p < .05$	1	Situation de ménage	Les personnes vivant seules ont des niveaux moins élevés de satisfaction de vivre.
3 Lee et Ishii-Kuntz (1988)	2872	55 +	Moral	Échelle de 6 items	$p < .01$	2	Fréquence des contacts (6 sphères sociales: famille, amis, voisins, confidents, associations et églises)	Les interactions avec les amis sont le 2 ^e facteur le plus corrélé au bien-être. Les interactions avec le voisinage sont le 3 ^e facteur le plus corrélé au bien-être des hommes. L'engagement bénévole est corrélé positivement au bien-être.
4 Ward et coll. (1984)	1185	60 +	Moral	PGCMS	$p < .05$	4	Fréquence et qualité des contacts (5 sphères sociales)	La qualité des contacts et le support reçu (et non pas la fréquence des contacts) sont corrélés avec le moral.
5 Koenig et coll. (1988)	836	55 +	Moral	PGCMS	$p < .01$	2, 4	Support social	Le support social est le 2 ^e facteur le plus corrélé avec le bien-être.
6 Edwards et Klemmack (1973)	507	45 +	Satisfaction face à la vie	LSI modifiée	$p < .01$	2	Participation sociale (fréquence des contacts)	Seule la participation sociale à des groupes formels (associations bénévoles et paroissiales) plutôt qu'à des groupes informels (voisinage, parenté, ...) est corrélée positivement à la satisfaction de vivre.
7 Dorfman et coll. (1985)	451	65 +	Satisfaction de vivre	LSI-2	$p < .05$	4	Intégration sociale (fréquence et qualité des contacts)	La participation sociale à des groupes formels (3 ^e facteur) et à des groupes informels (4 ^e facteur) sont corrélés positivement à la satisfaction de vivre.

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 16 (suite 1)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LES RESSOURCES SOCIALES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE (suite)								
8 Luke et coll. (1982)	200	80 +	Bien-être psychologique	ABS	$p < .01$	1, 4	Interaction sociale (fréquence et qualité des contacts)	Les interactions sociales sont le 1 ^{er} facteur le plus corrélé avec le bien-être ($\beta = 0.32$).
9 Ploeg et Faux (1989)	50	65 +	Bien-être psychologique	ABS	$p < .05$	2, 4	Support social	Le support social est le 2 ^e facteur le plus corrélé avec le bien-être.
POPULATION GÉNÉRALE								
10 Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1987)	846	15 +	Bonheur	Mesure à item unique	-	1	Nombre de fréquentations sociales	Le nombre de fréquentations sociales est associé positivement à l'indice de bonheur.

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABLEAU 17

Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes de santé mentale et la santé physique

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1. Blazer, Hughes et George (1987)	1304	60 +	Dépression	DIS-NIMH	$p < .01$	1	Santé physique perçue	Une prévalence élevée est corrélée avec une mauvaise santé physique dans les cas de dépression majeure (50%) et symptomatique (33%), de dysthymies (33%) et non pas dans les cas de dysphories (10%) et de syndromes anxio-dépressifs (27%)
2. Blazer et Williams (1980)	997	65 +	Dépression	OARS Depressive Scale	$p < .01$	2	Santé physique perçue et activités quotidiennes (OARS)	- Une prévalence élevée accompagne significativement une mauvaise santé physique des dépressifs (44%) - Une perturbation des activités quotidiennes caractérise les cas des dépressions liées à des problèmes médicaux (60%)
3. Berkman et coll. (1986)	2806	65 +	Dépression	CES-D	$p < .005$	1, 3, 4	Pertes fonctionnelles et maladies chroniques (3 échelles)	Les pertes fonctionnelles (3e facteur) et les maladies chroniques (4e facteur) sont corrélées avec une prévalence élevée de la dépression
4. Murrell et coll. (1983)	2517	55 +	Dépression	CES-D	$p < .001$	4	Problèmes de santé, restrictions des activités et santé globale perçue (20 items)	- La prévalence de troubles dépressifs est corrélée avec la présence de 6 problèmes de santé sur 10. - La santé physique est la variable prédictive la plus importante de la dépression.
5. Phifer et Murrell (1986)	1360	55 +	Dépression	CES-D	$p < .005$	4	Problèmes de santé, restrictions des activités et santé globale perçue (20 items)	La santé physique est la variable prédictive la plus importante de la dépression.
6. Krause (1986ab)	51	65 +	Dépression	CES-D	$p < .001$	4	Santé physique perçue (1 item) et autonomie fonctionnelle (OARS)	- La santé physique est la variable la plus corrélée avec la dépression. - L'autonomie fonctionnelle n'est pas associée à la dépression.
7. Haug et coll. (1984)	1332	65 +	Psychopathologies	OARS	$p < .05$	2, 4	Journées de maladies et symptômes somatiques	La santé physique est la variable la plus corrélée aux psychopathologies

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABLEAU 17 (SUITE 2)

Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes de santé mentale et la santé physique

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE								
16. Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Détresse psychologique	PSI	$p < .01$	1	Santé perçue et indice de santé globale (problèmes de santé et restriction des activités)	- La prévalence est plus élevée chez les personnes de tout âge ayant une santé perçue pauvre (1er facteur). - L'indice de santé globale est associé significativement à la détresse psychologique particulièrement dans les cas d'incapacité sévère (51%), d'incapacité restreinte (41%) et de maladie chronique (30%).
17. Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Détresse psychologique	EOS	---	1	Incapacité et restriction chronique de l'activité principale	Ces deux variables sont fortement associées à la détresse
18. Uhlenhuth et coll. (1983)	3161	18 +	Détresse psychologique	SCL-90	$p < .05$	1	Problèmes de santé	La prévalence de la détresse et des troubles mentaux augmentent avec les problèmes de santé physique, particulièrement dans les cas de dépression majeure (69%), d'agoraphobie (67%) et d'anxiété généralisée (68%).
19. Brenner (1979)	2752	18 +	Dépression	CES-D	$p < .001$	2	Symptômes somatiques (sous-échelle CES-D)	La prévalence de la dépression augmente avec les symptômes somatiques (Gamma = 0.44).
20. Kaplan et coll. (1987)**	4864	16 +	Détresse psychologique	Human pop. Lab. Depression Index	$p < .05$	2	Santé physique perçue et problèmes de santé	La santé physique représente le facteur le plus associé à la détresse.
21. Blumenthal (1975)	320	18 +	Dépression	SDS	---	2	Symptômes somatiques (sous-échelle SDS)	La dépression est davantage associée aux symptômes somatiques et à l'optimisme chez les 58+ que chez les 57-.
22. Zung (1967)	169	Pop. gén.	Dépression	SDS	---	2	Symptômes somatiques (sous-échelle SDS)	La dépression des personnes âgées est surtout associée aux symptômes somatiques plutôt qu'à un affect négatif.
23. Billings et coll. (1983)	818	15 +	Dépression	RCD	$p < .01$	2	Symptômes physiques	La prévalence de la dépression augmente avec la présence de symptômes physiques.

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélacionnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

** Ces études sont longitudinales.

TABLEAU 18

Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale positive et la santé physique

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1. Gooding et coll. (1988)	2746	65 +	Bien-être psychologique	ABS	$p < .05$	1, 3, 4	Restriction des activités et durée de la restriction	- La restriction des activités est le facteur le plus corrélé (négativement) avec le bien-être. - La durée de la restriction des activités est le 2^e facteur le plus corrélé (négativement) avec le bien-être.
2. Romaniuk et coll. (1983)	2146	60 +	Bien-être psychologique et satisfaction de vivre	Mesures à item unique	$p < .001$	1	Santé physique perçue (1 question)	La santé perçue est la 1^{ère} variable la plus corrélée avec tous les indices du bien-être.
3. Lee et Ishii-Kuntz (1988)	2872	55 +	Moral	Échelle de 6 items	$p < .01$	2	Santé physique perçue (2 questions)	La santé perçue est la 1^{ère} variable la plus corrélée avec le moral.
4. Ward et coll. (1984)	1185	60 +	Moral	PGCMS	$p < .05$	4	Santé fonctionnelle (2 échelles)	La santé perçue est la 1^{ère} variable la plus corrélée avec le moral.
5. Koenig et coll. (1988)	836	55 +	Moral	PGCMS	$p < .001$	2, 4	Santé physique perçue (1 question)	La santé perçue est le 1^{er} facteur le plus corrélé avec le moral.
6. Edwards et Klemmack (1973)	507	45 +	Satisfaction face à la vie	LSI modifiée	$p < .05$	2	Santé physique perçue (1 question)	La santé perçue est la 3^e variable la plus corrélée avec la satisfaction de vivre ($r=0.19$)
7. Dorfman et coll. (1985)	451	65 +	Satisfaction de vivre	LSI-2	$p < .05$	4	Santé physique perçue (1 question)	La santé perçue est la 1^{ère} variable la plus corrélée avec la satisfaction de vivre ($r=0.21-0.27$)
8. Wister et Strain (1986)	354	65 + veufs/veuves	Bien-être psychologique	LSI-A	$p < .05$	3	Limitation fonctionnelle	Aucune différence significative
9. Luke et coll. (1982)	00	80 +	Bien-être psychologique	ABS	$p < .05$	1, 4	Santé fonctionnelle (Échelle de Rosow-B)	La santé fonctionnelle est la 3^e variable la plus corrélée avec le bien-être ($b=0.16$)

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABLEAU 18 (SUITE 1)

Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale positive et la santé physique

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE (suite)								
10. Carp et Christensen (1986)	88 femmes	60 +	Bien-être psychologique	8 échelles validées	$p < .05$	2, 4	Santé physique perçue et autonomie fonctionnelle	La santé et l'autonomie sont la 1 ^{ère} et la 2 ^e variables les plus associées au bien-être
11. Ploeg et Faux (1989)	50	65 +	Bien-être psychologique	ABS	$p < .05$	2, 4	Santé physique perçue	La santé est la 1 ^{ère} variable la plus corrélée avec le bien-être.
12. Lohmann (1980)	259	60 +	Satisfaction vivre	LSS	---	3	Mobilité restreinte	La satisfaction de vivre est plus élevée chez les personnes sans restriction de mobilité (ratio 1.4/1)
13. Osberg et coll. (1987)	97	60 +	Qualité de vie	QOL	$p < .05$	4	Autonomie fonctionnelle (échelle de Barthel)	L'autonomie fonctionnelle est le 1 ^{er} facteur le plus corrélé avec la qualité de vie
POPULATION GÉNÉRALE								
14. Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Bien-être psychologique	BESQ (GHB modifié)	$p < .01$	1	Indice de santé globale	L'indice de bien-être est moins élevé chez ceux ayant surtout des incapacités et des maladies chroniques.
5. Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Bien-être psychologique	ABS	---	1	Inactivité et restriction chronique de l'activité physique	Ces deux variables ont un impact majeur et négatif sur le bien-être.
16. Berkman et coll. (1971)	6928	16 +	Bien-être psychologique	Index PHB	---	1	Santé perçue, problèmes de santé et incapacités fonctionnelles	L'indice de santé est le 1 ^{er} facteur associé au bien-être.
17. Edington et Berlin (1983)	200	40 (âge moyen)	Satisfaction vivre	LAQ	$p < .0001$	2	Santé perçue	La santé perçue augmente avec le bien-être.

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABLEAU 19

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE STRESS

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Blazer, Hugues et George (1987)	1304	60 +	Dépression	DIS-NIMH	$p < .05$	1	Événements de vie et deuil	- La prévalence de la dépression (3/5 sous-types) augmente avec le deuil - La prévalence de la dépression (2/5 sous-types) augmente avec les événements de vie
2 Blazer et Williams (1980)	997	65 +	Dépression	OARS Depressive scale	$p < .01$	2	Perte d'un ami cher et d'un parent	La prévalence de la dépression primaire et secondaire est plus élevée chez ceux ayant perdu un ami cher
3 Phifer et Murrell (1986)	1360	55 +	Dépression	CES-D	$p < .05$	4	Deuil et événements de vie (8 items)	La prévalence est plus élevée surtout chez ceux ayant perdu un ami cher
4 Norris et Murrell (1984)	1406	55 +	Dépression	CES-D	$p < .001$	3	Événements de vie	La prévalence augmente avec un indice élevé de stress global (2^e facteur prédictif)
5 Krause (1986ab)	351	65 +	Dépression	CES-D	$p < .003$	4	Événements de vie et difficultés financières	La prévalence augmente avec le deuil ($p < .001$; 2^e facteur), les difficultés financières ($p < .002$; 3^e facteur) et les événements de vie (4^e facteur)
6 Feinson et Thoits (1986)	476	65 +	Psychopathologies et détresse psychologique	SCL-90 GHB	$p < .05$	2, 4	Deuil	La prévalence de la détresse et de la dépression (3/4 mesures) est plus élevée chez les veuf(ves)
7 Holahan et Holahan (1987)	52	65 à 75 ans	Détresse psychologique	Échelle de 5 symptômes	$p < .05$	2	Événements de vie et tensions chroniques	La prévalence augmente avec le nombre de tensions chroniques de la vie quotidienne ($r = 0.35$) et le nombre d'événements de vie ($r = 0.13$)

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABEAU 19 (SUITE 1)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LE STRESS

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE								
8 Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Détresse psychologique	PSI	p < .01	1	Événements de vie	La prévalence est plus élevée chez les personnes de tout âge ayant vécu plus d'un événement stressant.
9 Billings et coll. (1983)	818	18 +	Depression	RCD	p < .01	2	Événements de vie et tensions chroniques	La prévalence augmente avec le nombre de stressseurs
10 Kaplan et coll. (1987)	4864	16 +	Détresse psychologique	Human pop. Lab. Depression Index	p < .05	2	Événements de vie	Aucune différence significative

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABLEAU 20

L'ISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE ET LE STRESS

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Gooding et coll. (1988)	2746	65 +	Bien-être psychologique	ABS	p < .05	1, 3, 4	Événements de vie	Les événements de vie stressants sont le 5 ^e facteur le plus corrélé (négativement) avec le bien-être.
2 Wister et Strain (1986)	354	65 + veuf (ve)s	Bien-être psychologique	LSI-A	p < .05	3	Durée de veuvage	Aucune différence significative
POPULATION GÉNÉRALE								
3 Enquête Santé Québec (voir Émond et coll., 1988)	19724	15 +	Bien-être psychologique	BESQ (GWB modifié)	p < .01	1	Événements de vie	L'indice de bien-être est moins élevé chez les personnes ayant eu des événements de vie stressants.

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABLEAU 21

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LES RESSOURCES PERSONNELLES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Holahan et Holahan (1987)	52	65 à 75 ans	Détresse psychologique	Échelle de 5 symptômes	$p < .001$	2	Compétence personnelle	La prévalence de la détresse est inversement corrélée avec la compétence personnelle ($r = -0.47$)
POPULATION GÉNÉRALE								
2 Billings et coll. (1983)	818	18 +	Depression	RCD	$p < .01$	2	Estime de soi	La prévalence est plus élevée chez ceux ayant un faible niveau d'estime de soi
3 Benfari et coll. (1972)	531	20 +	Pathologies psychiatriques	Questionnaire modifié du Stirling County	-	3, 4	Estime et confiance en soi	L'estime et la confiance en soi est le 5 ^e et dernier facteur associé aux psychopathologies (12% de la variance totale)
4 Blumenthal (1975)	320	18 +	Depression	SDS	$p < .05$	2	Optimisme (sous-échelle de SDS)	Ce facteur est peu corrélé à la dépression et au bien-être des personnes âgées et ce, contrairement aux plus jeunes
5 Zung (1967)	169	Pop. gen.	Depression	SDS	-	2	Estime de soi (sous-échelle de SDS)	Le second facteur le plus corrélé avec la dépression des personnes âgées contrairement aux plus jeunes est la perte d'estime de soi

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABLEAU 22

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE ET LES RESSOURCES PERSONNELLES

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Carp et Christensen (1986)	88 femmes	60 +	Bien-être psychologique	8 échelles validées	$p < .05$	2, 4	Compétence personnelle (habiletés cognitives)	Aucune différence significative
POPULATION GÉNÉRALE								
2 Edington et Berlin (1983)	200	40 (âge moyen)	Satisfaction de vivre	LAQ	$p < .0001$	2	Estime de soi	L'estime de soi augmente avec le bien-être.
3 Reker, Peacock et Wong (1987)	300	16 +	Bien-être et attitude face à la vie	PWB, LAP	$p < .05$	3	Attitudes face à la vie (7 dimensions)	Le sens de l'avenir, le locus de contrôle et les objectifs de vie sont corrélés positivement au bien-être. L'absence de sens de la vie et l'acceptation face à la mort sont associées négativement au bien-être.

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABLEAU 23

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET LE MILIEU DE RÉSIDENCE RURAL/URBAIN

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Blazer, Hugues et George (1987)	1304	60 +	Depression	DIS-NIMH	p < .05	1	Milieu de résidence rural ou urbain	Aucune différence significative
2 O'Hara et coll. (1985)	3159	65 +	Depression	RCD	p < .05	1	Milieu de résidence: 1 Cité (6500+) 2 Ville (2500-) 3 Rural agricole 4 Rural non agricole	Aucune différence significative
3 Murrell et coll. (1983)	2517	55 +	Depression	CES-D	p < .001	4	Milieu urbain ou rural	La prévalence est plus élevée chez les hommes vivant en milieu rural.
4 Phifer et Murrell (1986)	1360	55 +	Depression	CES-D	p < .05	4	Milieu urbain ou rural	Aucune différence significative malgré un ratio de 2,3/1 de personnes dépressives vivant en milieu rural.
POPULATION GÉNÉRALE								
5 Robins, Helzer et coll. (1984)	9543	18 +	15 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	p < .05	1	Milieu urbain, semi-urbain et rural	La prévalence totale à vie est plus élevée chez les personnes en milieu urbain.
6 Blazer, George et coll. (1985)	3798	18 +	9 pathologies psychiatriques	DIS-NIMH	p < .05	1, 4	Milieu urbain et rural	La prévalence sur 6 mois de la dépression et des abus et de la dépendance aux drogues est plus élevée en milieu urbain. La prévalence sur 6 mois des troubles cognitifs et de l'alcoolisme est plus élevée en milieu rural.
7 Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Détresse psychologique	EOS	-	1	Milieu rural (1000-) et urbain (1 million et +)	Aucune relation observée.
8 Enquête Santé Canada (1981)	23791	15 +	Bien-être psychologique	ABS	-	1	Milieu rural (1000 -) et urbain (1 million et +)	Aucune relation observée.

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABLEAU 23 (SUITE 1)

LISTE DES ENQUÊTES ÉTUDIANT LA RELATION ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET LE MILIEU DE RÉSIDENCE RURAL/URBAIN

Étude	Taille de l'é- chantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signifi- cation	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION GÉNÉRALE (SUITE 1)								
9 Comstock et Helsing (1976)	3845	18 +	Depression	CES-D	-	4	Milieu rural et urbain	, Aucune relation observée.
10 Eaton et Kessler (1981)	2867	25 +	Depression	CES-D	-	1	Milieu de resi- dence: cite, ban- lieue, ville, milieu rural	, Aucune relation observée.

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de regression.

TABLEAU 24

Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale et la consommation de médicaments et l'utilisation des services

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Blazer, Ilugues et George (1987)	1304	60 +	Depression	DIS-NIMH	p < .01	1	Consommation de benzodiazépine et d'anti-dépresseurs	- La prise de médicaments varie de 18% à 50% selon les types de dépression. - Les cas de dépression majeure et symptomatique consomment davantage de psychotropes que les cas de dysphorie.
2 Blazer et Williams (1980)	997	65 +	Depression	OARS Depressive scale	p < .05	2	Consommation de médicaments	La consommation de médicaments contre la douleur (62%) et de tranquillisants (36%) est élevée surtout chez les cas de dépression majeure, de dysphorie et de dépression liée à des problèmes médicaux.
					p < .01		Besoin perçu de médicament	Un besoin élevé de médicaments "pour les nerfs" est corrélé avec les 4 types de dépression.
					-		Médicaments prescrits	Les personnes dépressives reçoivent davantage de médicaments "pour les nerfs" (de 26% à 52%) que les personnes non dépressives.
					-		Utilisation de services psychiatriques	La prévalence de la dépression majeure et mineure est associée positivement à l'utilisation de services institutionnels (11% à 17%).
3 Murrell et coll. (1983)	2517	55 +	Depression	CES-D	p < .005	4	Consommation de médicaments	La prévalence de la dysphorie et de la dépression liée à des problèmes médicaux est associée positivement à l'utilisation de services ambulatoires.
4 Lefebvre-Girouard (1986)	1071	65 +	Depression anxiété	Entrevues cliniques	p < .05	1	Consommation de médicaments	- La prévalence de la dépression est associée positivement à la prise de médicaments. - Les comportements d'anxiété sont associés positivement à la consommation de médicaments (r=.15 et 0.19).

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélative, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

TABLEAU 24 (SUITE 1)

Liste des enquêtes étudiant la relation entre les problèmes la santé mentale positive et la consommation de médicaments et l'utilisation des services

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE (suite)								
5 Gooding et coll. (1988)	2746	65 +	Bien-être psychologique	ABS	p < .05	1, 3, 4	Consultations médicales	Les consultations chez un médecin sont le 4 ^e facteur le plus corrélé (négativement) avec le bien-être.
							Consommation de médicaments	La consommation de médicaments est le 3 ^e facteur le plus corrélé (négativement) avec le bien-être.
6 Wister et Strain (1986)	354	65 + veuf (ve)s	Bien-être psychologique	LSI-A	p < .05	3	Utilisation de services à domicile	Aucune différence significative.

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 25

Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale et la religion

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Gooding et coll. (1988)	2746	65 +	Bien-être psychologique	ABS	p < .05	1, 3, 4	Importance subjective de la religion	. Aucune différence significative
2 Koenig et coll. (1988)	836	55 +	Moral	PCGMS	p < .05	2, 4	Activités religieuses et attitude face à la religion	. Ces variables représentent le 4 ^e facteur le plus corrélé au bien-être (8% de la variance totale)
POPULATION ADULTE								
3 Frerichs et coll. (1981)	1003	18 +	Depression	CES-D	p < .05	4	Appartenance religieuse (Protest/cathol/autre/aucune)	. Aucune différence significative

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélationnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 26

Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale et le statut d'activité et la retraite

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Windley et Scheidt (1982)	898	65 +	Bien-être psychologique	ABS, PCGMS	---	1	Activité	Le niveau d'activité est le premier prédicteur de bien-être
2 Van, Odell et Lewis (1982)	1182	60 +	Bien-être et satisfaction de vivre	Échelle (3 items)	$p < .05$	1	Retraite	Les retraité(e)s ont des niveaux de satisfaction de vivre plus élevés que les non retraité(e)s.
3 Dorfman et coll. (1985)	451	65 +	Satisfaction de vivre	LSI-2	$p < .05$	4	Retraite	La retraite volontaire plutôt qu'obligatoire est corrélée positivement à la satisfaction de vivre (5 ^e facteur; $r=0.12$) Une retraite graduelle plutôt que brusque est corrélée positivement à la satisfaction de vivre ($r=0.12$)
4 Osberg et coll. (1987)	97	60 +	Qualité de vie	QOL	$p < .05$	4	Activité (6 mesures)	Le niveau d'activité est la 2 ^e variable la plus corrélée avec la qualité de vie.
5 Enquête sociale générale (1987)	13000	15 +	Bonheur	Échelle (1 item)	-	1	Statut active	L'indice de bonheur est plus élevé chez les personnes dont les activités sont l'emploi, la maison, à l'école plutôt que les personnes chômeuses, retraitées...

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélacionnelle, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

Tableau 27

Liste des enquêtes étudiant la relation entre la santé mentale et l'habitat

Étude	Taille de l'échantillon	Age	Indicateur	Mesure	Seuil de signification	Méthode d'analyse*	Indicateur de la variable étudiée	Résultats
POPULATION AGÉE								
1 Carp et Christensen (1986)	88 femmes	60 +	Bien-être psychologique	8 échelles variées	$p < .05$	2, 4	Satisfaction résidentielle	La satisfaction résidentielle est la 3 ^e variable la plus corrélée avec le bien-être.
2 Lohmann (1980)	259	60 +	Satisfaction de vivre	LSS	-	3	Milieu de résidence (Inst/comm)	La satisfaction de vivre est plus élevée chez les personnes vivant dans la communauté (ratio 1.6/1)

* Les méthodes d'analyse sont: 1. analyse descriptive, 2. analyse corrélative, 3. analyse de la variance, 4. analyse de régression.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS, D.L. (1971). Correlates of satisfaction among the elderly. Gerontologist, vol. 11, p. 64-68.
- ADAMS, D.L. (1969). «Analysis of life satisfaction index» Dans Journal of Gerontology, vol. 24, p. 70-74.
- ALBEE, G.W. (1986). «Toward a just society» Dans American Psychologist, vol. 41, p. 891-898.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1985). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3e édition - DSM-III. Paris, Masson, 535 p.
- AMYOT, A. et coll. (1982). Pour une politique de prévention en santé mentale à l'intention des personnes âgées, Québec; Services des programmes de santé mentale; Ministère des Affaires sociales, 108 p.
- ANCTIL, H., MARTIN, C. (1988). La promotion de la santé: une perspective, une pratique, Québec; Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ANDREWS, F.M. (1974). Social Indicators of perceived life quality. Social Indicators Research, vol. 1, p. 279-199.
- ANTHONY, J.C., FOLSTEIN, M., ROMANOSKI, A.J. et coll. (1985). «Comparaison of the lay diagnostic interview schedule and a standardized psychiatric diagnosis» Dans Arch Gen Psychiatry, vol. 42, p. 667-675.
- ARCAND, B. (1982). «La construction culturelle de la vieillesse» Dans Anthropologie et Sociétés, vol. 6, (3), p. 7-24.
- BABIGIAN, H.M., GADER, E.A., MILES, H.C., ROMANO, J. (1965). «Diagnosis consistency and change in a follow-up study of 1215 patients» Dans Am. J. Psychiatry, vol. 121, p. 895-901.
- BABIGIAN, H.M., ODOROFF, C.L. (1969). «The mortality experience of a population with psychiatric illness» Dans American Journal of Psychiatry, vol. 126, no 4, p. 53-62.
- BENFARI, R.C., BEISER, M., LEIGHTON, A.H., MERTENS, C. (1972). «Some dimensions of psychonevrotic behavior in an urban sample» Dans Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 155, p. 77-90.
- BENGTON, V.L. et coll. (1975). «Modernization, modernity, and perceptions of aging: a cross-cultural study» Dans Journal of Gerontology, vol. 30, (6), p. 688-695.
- BERKMAN, L.F., BERKMAN, C.S., KASL, S., FREEMAN, D.H., LEO, L., OSTFELD, A.M., CORNORI, J., BRODY, J.A. (1986). «Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly» Dans American journal of epidemiology, vol. 124, p. 372-388.
- BERKMAN, P. (1971). Measurement of mental health in a general population survey. American Journal of Epidemiology, vol. 94, p. 105-111.

- BILLINGS, A.G., CRONKITE, R.C., MOOS, R.H. (1983). «Social-environmental-factors in unipolar depression: comparaisons of depressed patients and non-depressed controls» Dans Journal of Abnormal Psychology, vol. 92, p. 119-133.
- BLAZER, D., GEORGE, L.K., LANDERMAN, M. ET COLL. (1985). Psychiatric disorders - a rural/urban comparison. Archives of General Psychiatry, vol. 42, p. 651-656.
- BLAZER, D.G. (1980). «The diagnosis of depression in the elderly» Dans J. Am Ger Society, 28.
- BLAZER, D.G., HOUP, J.L. (1979). «Perception of poor health in the healthy older adult» Dans Journal of the American Geriatrics Society, vol. 27, p. 330-334.
- BLAZER, D.G., HUGUES, D.C., GEORGE, L.K. (1987). «The epidemiology of depression in an elderly community population» Dans Gerontologist, vol. 27, (3), p. 281-287.
- BLAZER, D.G., WILLIAMS, C.D. (1980). «Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population» Dans American journal of Psychiatry, vol. 137, p. 439-444.
- BLUMENTHAL, M.D. (1975). «Measuring depressive symptomatology in a general population» Dans Archives of general psychiatry, vol. 32, p. 971-978.
- BOUCHARD, C. (1983). NON à la prévention, in J. Arseneau et coll. Psychothérapies attention!; Montréal: Québec Science éditeur, p. 205-223.
- BOUCHARD, C. (1984). «Prétendre prévenir» Dans Revue internationale d'action communautaire, Vol. 11/51, p. 21-27.
- BOYD, J.H., WEISSMAN, M. (1981). «Epidemiology of affective disorders: a reexamination and future directions» Dans Arch Gen Psychiatry, 38, p. 1039-1046.
- BRADBURN, N.M. (1969). The structure of well-being. Chicago; Adline.
- BRENNER, B. (1979). Depressed affect as a cause of associated somatic problems, Psychological Medicine, vol. 9, p. 91-111.
- BRODY, E.M., KLEBAN, M.H. (1981). «Physical and mental health symptoms of older people: who do they tell?» Dans Journal of the American Geriatrics Society, no 29, p. 442-449.
- BRYANT, F.B., VEROFF, J. (1982). The structure of psychological well-being: a sociohistorical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 43, p. 653-673.

- BUSSE, E.W. (1973). Mental disorders in later life - organic brain syndromes. Chap. 6 in E.W. Busse et E. Pfeiffer (eds). Mental illness in later life. Washington D.C.; American Psychiatric Association, p. 89-106.
- CAINE, E.D. (1981). «Pseudodementia - current concepts and future directions», dans Archives of General Psychiatry, vol. 38, p. 1359-1364.
- CAMPBELL, A. (1976). Subjective measures of well-being. American Psychologist, vol. 31, p. 117-124.
- CAMIRAND, F. (1983). Les coûts de la maladie, Gouvernement du Québec; Collection: la santé des Québécois, 50 p.
- CAPPELIEZ, P. Quelques considérations sur la prévalence et l'étiologie des états dépressifs de la personne âgée. Revue canadienne du vieillissement, vol. 7 (4), p. 417-430.
- CARDINAL, M. (1982). «Une politique de la vieillesse...» Dans M. Aumond (Ed) Éléments de gérontologie, Montréal (Tome I), p. 53-72.
- CARP, F.M., CHRISTENSEN, D.L. (1986). Older women living alone. Research on aging, vol. 8 (3), p. 407-825.
- CATALANO, R., DOOLEY, C.O. (1977). «Economic predictors of depressed mood and stressful life events in a metropolitan community» Dans J Health Social Behavior, vol. 18, p. 292-307.
- CAVAN, R.S., BURGESS, E.W., HAVIGHURST, R.J., GOLDHAMER, H. (1949). Personal adjustment in old age. Chicago; Science Research ass.
- CHAMPAGNE, R. (1986). Sources d'informations multidimensionnelles en gérontologie (SIMEG), Trois-Rivières; Université du Québec à Trois-Rivières, 4 volumes.
- CHOWN, S.M. (1977). Morale, Careers and personal potential. in J.E. Birren et K.W. Schaie (eds) Handbook of psychology of aging. New York; Van Nostrand Reinhold Co., p. 672.
- CLARK, M.M. (1973). Contribution of cultural anthropology to the study of the aged, in L. Nader, T.W. Maretski (eds). Cultural illness and health; Washington: American Anthropological Association, p. 78-88.
- COENEN-HUTHER, J. (1978). Anthropologie du vieillissement. Dans Centre international de gérontologie sociale. Écologie et vieillissement, VIIIe Conférence internationale de gérontologie sociale, Paris, p. 225-231.
- COHEN, D., EISDOFER, C., VITALIANO, P.P., BLOOM, U. (1980). The relationship of age, anxiety and serum immunoglobulins with crystallized and fluid intelligence. Biological Psychiatry, vol. 15, no 5, p. 699-709.

- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1985). La santé mentale - Prévenir, traiter et réadapter efficacement. L'efficacité de la prévention, Gouvernement du Québec; Direction générale des publications gouvernementales, 101 p.
- COMSTOCK, G.W., HELSING, K.J. (1976). «Symptoms of depression in two communities» Dans Psychological Medicine, vol. 6, p. 551-63.
- CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL DU TROISIEME AGE (1989). Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés. 1^{er} rapport: Les obstacles et les avenues de solution. Ottawa; Gouvernement du Canada, 109 p.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE - CASF (1979). Pour une politique québécoise du vieillissement et des personnes âgées. Québec; Gouvernement du Québec.
- COPELAND, J.R.M., KELLEHER, M.J., SMITH, A.M.R., DEVLIN, P. (1986). The well, the mentally ill, the old and the old old: a community survey of elderly persons in London, Ageing and Society, vol. 6, p. 417-433.
- CORIN, E. et coll. (1987). Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse, Synthèse critique #16 présentée à la Commission Rochon; Gouvernement du Québec, 150 p.
- CORIN, E. (1982A). «De la structure à la signification des réseaux sociaux des personnes âgées dans la région de Québec» Dans Cahiers de l'ACFAS, no 11, p. 147-192.
- CORIN, E. (1982B). «Regards anthropologiques sur la vieillesse» Dans Anthropologie et sociétés, vol. 6, (3), p. 63-89.
- COSTA, P.T. ZANDERMAN, A.B., McCRAE, R.R., CORNORI-HUNTLEY, J., LOCKE, B.Z., BARBARO, H.E. (1987). «Longitudinal analyses of psychological well-being in a national sample: stability of mean levels» Dans Journal of Gerontology, vol. 42, (1), p. 50-55.
- CRIBIER, F. (1983). «Gérontologie et histoire sociale: vers une réflexion historique sur les problèmes de la vieillesse» Dans Gérontologie, vol. 45, p. 15-20.
- DEROGATIS, L.R., LIPMA, R.A., RICKELS, R., ULHENHUTH, E.H., COUI, L. (1974). The hopkins symptom checklist (CHSCL): a measure of primary symptom dimensions. Pharmaco-psychiatry, vol. 7, p. 79-110.
- DESROSIERS, H. (1987). Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux. Québec; Les Publications du Québec, 100 p.
- DIENER, E. (1984). «Subjective well-being» Dans Psychological Bulletin, vol. 95, no 3, p. 542-575.

- DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S. (1982). «Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology» Dans American journal of Public Health, vol. 72, p. 1271.
- DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., GOULD, M.S., LINK, G., NEUGEBAUER, R., WUNSCH-HITZIG, R. (1980). Mental illness in United States - Epidemiological estimates, New York; Praeger publ., 166 p.
- DORFMAN, L.T., KOHOUT, F.J., HECKERT, D.A.S. (1985). «Retirement satisfaction in the rural elderly» Dans Research on aging, vol. 7, no 4, p. 577-599.
- DOWD, J.J. (1986). The old person as stranger. Dans V.W. Marshall (ed) Later life - The social psychology of aging. Beverly Hills; Sage Publications, p. 147-189.
- DUNKLE, R.E. (1985). «Comparing the depression of elders in two types of caregivings arrangements» Dans Family relations: journal of applied family and child studies, vol. 34, (2), p. 235-240.
- EATON, W.W., KESSLER, L.G. (1981). Rates of symptoms of depression in a national sample. American Journal of Epidemiology, vol. 114, no 4, p. 528-539.
- EDINGTON, D.W., BERLIN, J.E. (1983). Correlates of selected health risk appraisal input questions with physiological and psychosocial indicators, in F. Landry et coll. (Eds). La mesure et l'atténuation des facteurs de risque et la promotion de la santé. Ottawa; Association canadienne d'hygiène publique, p. 82-90.
- EDWARDS, J.N., KLEMMACK, D.L. (1973). «Correlates of life satisfaction: a reexamination» Dans Journal of Gerontology, vol. 28, p. 497-502.
- EMOND, A. (1988). Et la santé, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec 1987, Québec; Les Publications du Québec, (2 tomes).
- ENDICOTT, J., SPITZER, R.L. (1978). A diagnostic interview, Archives of General Psychiatry, vol. 35, p. 837-844.
- ENQUETE CANADIENNE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ (1987). (Clarkson, M.) Description des données québécoises, Québec; MSSS, 174 p.
- ENQUETE SANTÉ CANADA (1981). La santé des Canadiens: rapport de l'Enquête santé Canada, Statistique Canada; Division de la santé, Ottawa.
- ENQUETE SOCIALE GÉNÉRALE (1987). Santé et aide du milieu - 1985. Statistique Canada: Ottawa, Ministère des Approvisionnements et services Canada, 240 p.
- EPP, J. (1988). La santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre, Ottawa; Ministère de la santé nationale et du Bien-être social.
- EPP, J. (1986). La santé pour tous. Plan d'ensemble pour la promotion de la santé, Ottawa; Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

- FEIGHNER, J.P., ROBINS, E., GUZE, S.B., WOODRUFF, R.A., WINOKUR, G., MUROZ, R. (1972). «Diagnostic Criteria for use in psychiatric research» Dans Archives of general Psychiatry, vol. 26, p. 57-63.
- FEINSON, M.C., THOITS, P.A. (1986). «The distribution of distress among elders» Dans Journal of Gerontology, vol. 41, p. 225-233.
- FEINSON, M.C. (1985). Aging and mental health - distinguishing myth from reality. Research on Aging, vol. 7 (2), p. 155-74.
- FILLENBAUM, G.G., SMYER, M.A. (1981). «The development, validity and reliability of the OARS multi-dimensional functional assessment questionnaire.» Dans Journal of Gerontology, vol. 36, p. 428-434.
- FORD, C.V., SBORDONE, R.J. (1980). «Attitudes of psychiatrists toward elderly patients» Dans American journal of psychiatry, vol. 137, (5), p. 571-575.
- FRANK, J.D. (1973). Persuasion and healing. Baltimore; John Hopkins University Press.
- FRERICHS, R.R., ANESHENDEL, C.S., CLARK, V.A. (1981). Prevalence of depression in Los Angeles County, American Journal of Epidemiology, vol. 113, no 6, p. 691-699.
- GEORGE, L.K., BEARON, L.B., (1980). Quality of life in older persons: meaning and measurement. New York; Human Sciences Press.
- GERSON, L.W., JAJOURA, D., MCCORD, G. (1987). «Factors related to impaired mental health in urban elderly». Dans Research Aging, vol. 9, (3), p. 356-371.
- GOLDBERG, M., DAB, W., CHAPERON, J., FUHRER, R., GREMY, F. (1979). «Indicateurs de santé et «sanométrie»: les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population» Dans Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 27, p. 51-68.
- GOODING, B.A., SLOAN, M., AMSEL, R. (1988). The well-being of older Canadians. The Canadian Journal of Nursing Research, vol. 20 (2), p. 5-18.
- GOULET, O. (1982). «La santé vécue chez les personnes âgées» Dans L'Union médicale, vol. 111, p. 616-618, 648.
- GROVE, W.M., ANDREASEN, N.C., MCDONALD-SCOTT, P., KELLER, M.B., SHAPIRO, R.W. (1981). «Reliability studies of psychiatric diagnosis», dans Archives of General Psychiatry, vol. 38, p. 408-413.
- GRUENBERG, E.M. (1980). Epidemiology of senile dementia in S.G. Haynes, M. Feinleib (eds). Epidemiology of aging - proceedings of the second conference of National Institutes of Health. USA.; U.S. Department of Health and Human Services, p. 91-104.

- GUILLEMARD, A.M. (1981). «Vieillesse, retraite et position dans les rapports sociaux» Dans Gérontologie, vol. 39, p. 26-41.
- GUNNER-SVENSSON, F., JENSEN, K.C. (1976). «Frequency of mental disorders in old age» Dans Acta Psychiat. Scand., 53, p. 283-297.
- GURLAND, B.J. (1980). The assessment of the mental health status of older adults, in J.E. Birren, R.B. Sloane (eds) Handbook of mental health and aging; New Jersey, Prentice-Hall, p. 671-700.
- GUTMANN, D. (1980). Observations on culture and mental health in later life, in J.E. Birren, R.B. Sloane (eds) Handbook of mental health and aging; New Jersey: Prentice-Hall, p. 429-447.
- HAREL, Z., SOLLOD, R.N., BOGNAR, B.J. (1982). «Predictors of mental health among semi-rural Aged» Dans Gerontologist, vol. 22, no 6, p. 499-504.
- HARRIS, D.K., COLE, W.E. (1980). Age norms and age status. Chap. 3 in Sociology of Aging. Boston; Houghton Mifflin Co., p. 49-65.
- HAUG, M., BELGRAVE, L.L., GRATTON, B. (1984). «Mental health and the elderly: factors in stability and change over time» Dans J Health and Social Behavior, vol. 25, p. 100-115. 28
- HAVIGHURST, R.J., ALBRECHT, R. (1953). Older people, New York: Longman's Green.
- HEADY, B., HOLMSTOM, E., WEARING, A. (1985). Models of well-being and ill-being. Social Indicators Research, vol. 17, p. 211-234.
- HELZER, J.E., ROBINS, L.N., McEVOY, L.T. et coll. (1985). «A comparaison of clinical and diagnostic interview schedule» Dans Arch Gen Psychiatry, vol. 42, p. 657-666.
- HELZER, J.E., CLAYTON, P.J., PAMBAKIAN, R., WOODRUFF, R.A. (1978). «Concurrent diagnostic validity of a structured psychiatric interview», dans Archives of General Psychiatry, vol. 35, p. 849-853.
- HELZER, J.E., ROBINS, L.N., TABLESON, M. et coll. (1977). «Reliability of psychiatric diagnosis I: a methodological review» Dans Arch. Gen. Psychiatry, vol. 34, p. 129-133.
- HENDERSON, A.S., KAY, D.W.K. (1984). The epidemiology of mental disorders in the aged in Kay, D.W.K. et Burrows, G.D. (eds) Handbook of studies on psychiatry and old age, Australia, Elsevier Science Publ., p. 53-88.
- HENNEKENS, C.H., BURING, J.E. (1987). Epidemiology in medecine. Boston; Little, Brown and Co., 378 p.
- HERZOG, A.R., RODGERS, W.L. (1981). The structure of subjective well-being in different age groups. Journal of Gerontology, vol. 36, p. 472-479.

- HOFMAN, A. (1987). «Prevalence, incidence, prognosis and risk factors of dementia» Dans Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 35, p. 287-291.
- HOLAHAN, C.K., HOLAHAN, C.J. (1987). «Self-efficacy, social support and depression in aging: a longitudinal analysis» Dans Journal of Gerontology, vol. 42, (1), p. 65-68.
- HOLZER III, C.E., TISCHLER, G.L., LEAF, P.J., MYERS, J.K. (1984). An epidemiologic assessment of cognitive impairment in community population, dans Research in community and mental health, vol. 4, p. 3-32.
- HORLEY, J., LITTLE, B.R. (1985). Affective and cognitive components of global subjective well-being measures. Social Indicators Research, vol. 17, p. 189-197.
- HORLEY, J. (1984). «Life satisfaction, happiness and morale: two problems with the use of subjective well-being indicators» Dans The Gerontologist, vol. 24, (2), p. 124-128.
- ILFELD, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, dans Psychological Reports, vol. 39, p. 1215-1228.
- IRWIN, M. et coll. (1987). «Life events, depressive symptoms and immune function» Dans American Journal of Psychiatry, 144, (4), p. 437-441.
- JAHODA, M. (1958). Current concepts of positive mental health. New York; Basic Books.
- JENICEK, M., CLEROUX, R.C. (1982). Épidémiologie - principes, techniques, applications. St-Hyacinthe; Edisem Inc., 454 p.
- KANE, R.A., KANE, R.L. (1981). Assessing the elderly - a practical guide to measurement. Massachusetts; Mand Corporation, 301 p.
- KANMANN, R., FARRY, M., HERBISON, P. (1984). The analysis and measurement of happiness as a sense of well-being. Social Indicators Research, vol. 15, p. 91-115.
- KAPLAN, G.A., ROBERTS, R.E., CAMACHO, T.C., COYNE, J.C. (1987). Psychosocial predictors of depression. American Journal of Epidemiology, vol. 125, no 2, p. 206-220.
- KAY, D., BEAMISH, P., ROTH, M. (1964). «Old age mental disorders in New Castle - Upon-tyne: I, II» Dans Br J Psychiatry, vol. 110, p. 146-158 et p. 668-682.
- KAY, D.W.K. (1977). «The epidemiology and identification of brain deficit in the elderly» in C. Eisdorfer, R.O. Friedel. Cognitive and emotional disturbance in the elderly - clinical issues. Chicago; Year Book Medical Publ., p. 11-26.

- KAY, D.W.K., BERGMANN, K. (1980). Epidemiology of mental disorders among the aged in the community, in J.E. Birren, R.B. Sloane (eds). Handbook of mental health and aging; New Jersey: Prentice-Hall, p. 34-56.
- KEITH, J. (1981). Old age and age differentiation: anthropological speculations on age as a social border. dans S.B. Kiesler, J.N. Morgan, V.K. Oppenheimer (eds) Aging - Social Change. Academic Press, p. 453-88.
- KERMIS, M.D. (1986). The epidemiology of mental disorder in the elderly: A response to the senate/AARP Report. The Gerontologist, vol. 26, no 5, p. 482-487.
- KLERMAN, G.L. (1985). «Diagnosis of psychiatric disorders in epidemiologic field studies» dans Archives of General Psychiatry, vol. 42, p. 723-724.
- KOENIG, H.G., KVALE, J.N., FERREL, C. (1988). Religion and well-being in later life. The Gerontologist, vol. 28 (1), p. 18-28.
- KORANYI, E.K. (1977). «Fatalities in 2070 psychiatric out patients: preventive features» Dans Archives of General Psychiatry, vol. 34, p. 1137-1142.
- KOVACS, M., BECK, A.T. (1978). «Maladaptive cognitive structure in depression», dans American Journal of Psychiatry, vol. 135, no 5, p. 525-533.
- KOVESS, V., MURPHY, H.B.M., TOUSIGNANT, M., FOURNIER, L. (1982). Les indicateurs de santé mentale. Montréal; Centre hospitalier Douglas, Unité de recherche psycho-sociale, Mimeo.
- KOZMA, A., STONES, M.J. (1978). Some research issues and findings in the study of psychological well-being in the aged. Canadian Psychological Review, vol. 19, p. 241-249.
- KRAUSE, N. (1986A). «Social support, stress and well being among older adults» Dans Journal of Gerontology, 41, (4), p. 512-519.
- KRAUSE, N. (1986B). «Stress and sex differences in depressive symptoms among older adults» Dans Journal of Gerontology, 41, (6), p. 727-731.
- LARSON, R. (1978). «Thirty years of research on the subjective well being of older americans» Dans Journal of Gerontology, vol. 33, p. 109-125.
- LARSON, R.J., DIENER, E., EMMONS, R.A. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. Social Indicators Research, vol. 17, p. 1-17.
- LARUE, A., DESSONVILLE, C., JARVIK, L.F. (1985). Aging and mental disorders, in J.E. Birren, R.W. Schaie, K.W. (eds) Handbook of the psychology of aging; New York: Van Nostrand Reinhold Compagny, p. 664-702.
- LAVALLÉE, F., BÉLISLE, J., DENIS, M.-C. (1988). Conceptions de la personne âgée dans l'intervention psychologique. Revue québécoise de psychologie, vol. 9, no 2, p. 98-107.

- LEE, O.R., ISHII-KUNTZ, M. (1988). «Social interaction, loneliness and emotional well-being among the elderly» Dans Research Aging, vol. 9, (4), p. 459-482.
- LEFEBVRE-GIROUARD, A. (1986). Les comportements psychosociaux des personnes âgées hébergées, Montréal, Association des centres de services sociaux du Québec; 297 p.
- LEHR, V. (1983). Stereotypes of aging and age norms dans Aging - A challenge to science and society. J.E. Birren et coll. (eds) Oxford University Press, p. 101-110.
- LENOIR, R. (1979). «L'invention du "troisième âge". Constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse» Dans Actes de la recherche en sciences sociales, vol. 26-27, p. 57-82.
- LEVASSEUR, M. (1983). Des problèmes prioritaires, Québec, Gouvernement du Québec; Collection: La santé des Québécois, 189 p.
- LEY, P. (1972). «The reliability of psychiatric diagnosis: some new thoughts» Dans Br J Psychiatry, vol. 121, p. 41-43.
- LINK, B., DOHRENWEND, B. (1980). Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralisation in the United States, in Dohrenwend, B.P. et coll. Mental Illness in United States - epidemiological estimates; Praeger; New York, p. 114-132.
- LIVINGSTON-BRUCE, M., LEAF, P.J. (1989). Psychiatric disorders and 15-month mortality in a community sample of older adults. American Journal of Public Health, vol. 79, no 6, p. 727-730.
- LOHMANN, N. (1980). «A factor analysis of life satisfaction adjustment and morale measures with elderly adults» Dans Int Journal of Aging and Human Dev, vol. 11, p. 35-43.
- LOHMANN, N. (1980). Life satisfaction research in aging: implications for policy development. In N. Datan et N. Lohmann (Eds) Transitions of Aging. New York; Academic Press, p. 27-40.
- LUKE, E., NORTON, W., DENBIGH, K. (1982). «Prevalence of psychological impairment in an advanced age population» Dans Journal of the American Geriatric Society, vol. 30, no 20, p. 114-122.
- MACMILLAN, A.M. (1957). The health opinion survey: technique for estimating prevalence of psychoneurotic and related type of disorder in communities. Psychological Reports, vol. 3, p. 325-329.
- MADDOX, G.L., CAMPBELL, R.T. (1985). Scope, concepts and methods in the study of aging, dans R.H. Binstock et E. Shanas (eds). Handbook of aging and the social sciences. New York; Van Nostran Reinhold, p. 3-31.

- MAGNI, G., SCHIFANO, F., RENESTO, U. (1988). Identification et appréciation de la souffrance psychologique chez les personnes âgées hospitalisées. Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 36, p. 457-463.
- MAHENDRA, B. (1979). Depression and dementia: the multi-faceted relationship. Psychological Medicine, vol. 9, p. 227-236.
- MALZERG, B. (1980). A statistical review of mental disorders in later life. in Kaplan, O.J. (Ed.). Mental disorders in later life. Stanford; Stanford University Press, p. 6-25.
- MARKUSH, R.E., SCHWAB, J.J., FARRIS, P., PRESENT, P.A., HOLZER III, C.E. (1977). Mortality and community mental health. Archives of General Psychiatry, vol. 34, p. 1393-1401.
- MARSHALL, V.W. (1983). Generations, age groups and cohorts: conceptual distinctions. La Revue canadienne du vieillissement, vol. 2, no 2, p. 51-62.
- MATTHEWS, G. (1988). Priorités de la recherche en matière de vieillissement, Conseil Québécois de la recherche sociale; 20 p.
- MILES, M.B., HUBERMAN, A.M. (1984). Qualitative data analysis, Beverly Hills; Sage Publications, 263 p.
- MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - MSSS (1989). Politique de santé mentale, Gouvernement du Québec; 62 p.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES (1985). Un nouvel âge à partager: politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, Gouvernement du Québec; 61 p.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES - MAS (1980). Pour mieux vieillir au Québec. Québec; Gouvernement du Québec.
- MINISTRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE (1990). Orientations de la politique de santé mentale. France; Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux, 39 p.
- MINKLER, M., PASICK, R.J. (1986). «Health promotion and the elderly: a critical perspective on the past and future » Dans DYCHTWARD, K., MACLEAN, J. Wellness and health promotion for the elderly, Rockville; Aspen Publication, p. 39-54.
- MONTPLAISIR, M., DUFOUR, Y. (1982). «Les attitudes devant le vieillissement et les personnes âgées» Dans L'Union médicale au Canada, vol. 111, (8), p. 716-718.
- MORRISEY, S. (1983). «Attitudes on aging in China» Dans Journal of gerontological Nursing, vol. 9, 11, p. 589-593.

- MORTIMER, J.A., SCHUMAN, L.M., FRENCH, R.M. (1981). Epidemiology of dementing illness. Chap 1 in J.A. Mortimer et L.M. Schuman (eds). The epidemiology of dementia. New York; Oxford University Press, p. 3-23.
- MÜLLER, C. et coll. (1969). Manuel de géronto-psychiatrie, Paris; Masson, 275 p.
- MURPHY, J.M. et coll. (1984). «Affective disorders and mortality» Dans Archives of General Psychiatry, 41, p. 484-462.
- MURRELL, S.A., HIMMELFARB, S., WRIGHT, K. (1983). «Prevalence of depression and its correlates in older adults» Dans Am J Epidemiology, vol. 117, p. 173-185.
- MYERS, J.R., WEISSMAN, M.M., TISCHLER, G.L. HOLZER III, C.E., LEAF, P.J. et coll. (1984). «Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities» Dans Archives of General Psychiatry, vol. 41, p. 959-967.
- NEUGARTEN, B.L., HAVIGHURST, R.J., TOBIN, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. Journal of Gerontology, vol. 16, p. 134-143.
- NEUGEBAUER, R. (1980). Formulation of hypotheses about the true prevalence of fonctional and organic psychiatric disorders among elderly in the United States (chap. 4) in B.P. Dohrenwend et coll. Mental illness in the United States - Epidemiological estimates. New-York; Praeger Publ., p. 95-113.
- NEWMANN, J.P. (1989). Aging and depression. Psychology and Aging, vol. 4 (2), p. 150-165.
- NILSSON, L.V., PERSON, G. (1984). «Prevalence of mental disorders in an urban sample examined at 70,75 and 79 years of age» Dans Action Psychiatrica Scandinavia, vol. 69, (6), p. 519-527.
- NORRIS, F.H., MURRELL, S.A. (1984). «Protective function of ressources related to life events, global stress and depression in older adults» Dans J. Health and Social Behavior, vol. 25, p. 424-437.
- NYDEGGER, N., LAWTON, M.P., CARP, F.M., BLOOM, M., TAYTOR, G., SHERWOOD, S., ROSOW, I. (1977). Measuring morale: a guide to effective assessment. Washington, D.C.: Gerontological Society, vol. 3, 49 p.
- O'HARA, M.W., KOHOUT, F.J., WALLACE, R.B. (1985). «Depression among the rural elderly - a study of prevalence and correlates» Dans Journal of Nervous and Mental Diseases, vol. 173, p. 582-589.
- OKUN, M.A., STOCK, W.A. (1987). Correlates and comparents of subjective well-being among the elderly. Journal of Applied Gerontology, vol. 6 (1), p. 95-112.
- OSBERG, J.S., MCGINNIS, G.E., DEJONG, G., SEWARD, M.L. (1987). «Life satisfaction and quality of life among disabled elderly adults» Dans Journal of Gerontology, vol. 42, (2), p. 228-230.

- PERON, Y. STROHMENGER, C. (1985). Indices démographiques et indicateurs de santé de population, Ottawa; Statistique Canada, Division de la santé, Section de la recherche et de l'analyse, 265 p.
- PERREAULT, C. (1987). Santé Québec: les mesures de santé mentale - possibilités et limites de la méthodologie utilisée, Montréal; Enquête Santé Québec, 33 p.
- PFEIFFER, E., BUSSE, E.W. (1973). Mental disorders in later life - affective disorders; paranoid, nevrotic, and situational reactions, in Busse, E.W., Pfeiffer, E. (Eds). Mental illness in later life. Washington; American Psychiatric Association, p. 107-144.
- PFEIFFER, E. (1977). Psychopathology and social pathology in Birren, J.E. Schie, K.W. (Eds). Handbook of the psychology of aging. New York; Van Nostrand Reinhold Co., p. 650-671.
- PHIFER, J.F., MURRELL, S.A. (1986). «Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults» Dans Journal of abnormal Psychology, vol. 95, no 3, p. 282-291.
- PHILLIBERT, M. (1984). «Le statut de la personne âgée dans les sociétés antiques et préindustrielles» Dans Sociologie et sociétés, vol. XVI, no 2, p. 15-28.
- PIERCE, R.C., CLARK, M.M. (1973). Measurement of morale in the elderly. Int. Journal of Aging and Human Development, vol. 4, no 2, p. 83-101.
- PITT, B. (1980). «Growing points in the psychiatry of old age» Dans Canadian journal of Psychiatry, 25, (1), p. 1-24.
- PLAMONDON, M. (1987). La psychogériatrie: éléments de réflexion, Québec; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 187 p.
- PLOEG, J., FAUX, S. (1989). The relationship between social support, lifestyle behaviours, coping and health in the elderly. The Canadian Journal of Nursing Research, vol. 21 (2), p. 53-65.
- RADLOFF, L.E. (1977). «The CES-D scale» Dans APPL Psychol. Measurement, vol. 1, p. 385-401.
- REID, J. (1985). "Going up" or "Going down": The status of old people in an australian aboriginal society, Ageing and Society, vol. 5, p. 69-95.
- REKER, G.T., PEACOCK, E.J., WONG, P.T. (1987). «Meaning and purpose in life and well-being: a life-span perspective» Dans Journal of Gerontology, 42, (1), p. 44-49.
- REKER, G.T. et WONG, P.T.P. (1984). Psychological and physical well-being in the elderly: the perceived well-being scale (PWB). La revue canadienne du vieillissement, vol. 3 (1), p. 23-32.

- RENAUD, M. (1987). «De l'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention: 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie» Dans Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 35, p. 3-19.
- ROBINS, L.N. (1985). «Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews» Dans Arch. Gen. Psychiatry, vol. 42, p. 918-924.
- ROBINS, L.N. (1978). «Psychiatric epidemiology» Dans Archives of General Psychiatry, vol. 35, p. 697-702.
- ROBINS, L.N., HELZER, J.E., WEISSMAN, M.M., ORVASCHEL, H., GRUENBERG, E., BURKE, J.D., REGIER, D.A. (1984). «Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites» Dans Archives of General Psychiatry, vol. 41, p. 949-958.
- ROBINS, L.N., HELZER, J.E. CROUGHAN, J., RATCLIFF, K.S. (1981). «NIMH-DIS: its history, characteristics and validity» Dans Arch Gen Psychiatry, vol. 38, p. 381-389.
- ROMANIUK, M., MCAULEY, W.J., ARLING, G. (1983). «An examination of the prevalence of mental disorders among the elderly in the community» Dans J. of Abnorm. Psychol., vol. 92, p. 458-467.
- ROY, J. (1988). «Un avenir sombre ou prometteur?» Dans Santé Société, vol. 10, (3), p. 36-40.
- ROY, J.R. (1987). «Differentiating between depression and dementia» Dans Geriatrics, vol. 3, (4), p. 54-71.
- SALZMAN, C., SHADER, M.I. (1979). Clinical evaluation of depression in the elderly, dans A. Raskin, L.F. Jarvik (eds). Psychiatric symptoms and cognitive loss in the elderly. New York; John Wiley and sons, p. 39-72.
- SANDIFER, M.G. PETTUS, C., QUADE, D. (1964). «A study of psychiatric diagnosis» Dans J. Nerv Ment Dis, vol. 139, p. 350-356.
- SAUER, W.J., WARLAND, R. (1982). Morale and life satisfaction. (Chap. 5) Dans Mangen D.J., Peterson, W.A. (Eds). Clinical and social psychology - Research instruments in social gerontology, vol. I, Minneapolis, University of Minneapolis Press, p. 195-239.
- SCHLEIFER, S.J. et coll. (1984). «Lymphocyte function in major depressive disorder» Dans Arch Gen Psychiatry, 41, p. 484-486.
- SCHERR, P.A., ALBERT, M.S., FUNKENSTEIN, H.L.H., COOK, N.R. ET COLL. (1988). Correlates of cognitive function in an elderly community population. American Journal of Epidemiology, vol. 128, no 5, p. 1084-2001.
- SCHLEIFER, S.J. et coll. (1989). «Major depressive disorder and immunity» Dans Archives of General Psychiatry, vol. 46, p. 81-87.

- SCHNEIDER, E.L., GURALNIK, J.M. (1987). The compression of morbidity: a dream which come true, someday! Gerontologica Perspecta, vol. 1, p. 8-14.
- SCHOENBERG, B.S. (1986). «Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementing illnesses» Dans Journal of Chronic Diseases, vol. 39, no 12, p. 1095-1104.
- SELTZER, B., SHERWIN, I. (1978). Organic brain syndromes: an empirical study and critical review. American Journal of Psychiatry, vol. 135, no 1, p. 13-21.
- SILVERMAN, C. (1968). «The epidemiology of depression - A Review» Dans American journal of Epidemiology, vol. 124, no 7, p. 883-891.
- SLOANE, R.B. (1980). Organic Brain Syndrome, in J.E. Birren, R.B. Sloane (eds). Handbook of mental health and aging; New Jersey: Prentice Hall, p. 554-590.
- SPITZER, R.L., ENDICOTT, J., ROBINS, E. (1978). Research diagnostic criteria - rationale and reliability, Archives of general psychiatry, vol. 35, p. 773-782.
- SPITZER, R.L., ENDICOTT, J., ROBINS, E. (1975). «Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III» Dans Am. J. Psychiatry, vol. 132, p. 1187-92.
- STEIN, M. (1985). Bereavement, depression, stress and immunity. in Guillemin, R., Cohn, M., Melnechuk, T. (eds). Neural modulation of immunity, New York, Raven Press, p. 29-41.
- STEUER, J., BANK, L. OLSEN, E. et coll. (1980). «Depression, physical health and somatic complaints in the elderly: a study of the zung self rating depression scale» Dans J Gerontology, vol. 35, p. 683-688.
- STOCK, W.A., OKUN, M.A., HARING, M.J., WITTER, R.A. (1983). Age and subjective well-being: a meta-analysis. in R.J. Light (Ed.) Evaluation studies: Review annual. Newbury Park; C.A., Sage, vol. 8, p. 279-302.
- STONES, M.J., KOZMA, A. (1985). Structural relationship among happiness scales: a second order factorial study. Social Indicators Research, vol. 17, p. 19-28.
- SWARTZ, M., BLAZER, D., GEORGE, L., LANDERMAN, R. (1986). Somatization disorder in a community population. American Journal of Psychiatry, vol. 143, no 11, p. 1403-1408.
- THÉOLIS, M. (1990). La morbidité hospitalière pour troubles mentaux dans Lanaudière. Joliette, DSC de Lanaudière, 119 p..
- THOMAE, H. (1985). Psychology of aging - personality and its attributes, in Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, J.C. Brocklehurst (ed); New York; Churchill livingstone, p. 105-121.

- TOUSIGNANT, M. (1987). L'étiologie sociale en santé mentale. Montréal, Larehs, UQAM, 137 p.
- TSUANG, M.T., SIMPSON, J.C. (1985). «Mortality studies in psychiatry» Dans Archives of General Psychiatry, vol. 42, p. 98-103.
- TSUANG, M.T., WOOLSON, R.F. (1978). Excess mortality in schizophrenia and affective disorders. Archives of General Psychiatry, vol. 35, p. 1181-1185.
- UHLENHUTH, E.H., BALTER, M.B., MELLINGER, G.D., CISIN, I.H., CLINTHORNE, J. (1983). «Symptom checklist syndromes in the general population - Correlations with psychotherapeutic drug use» Dans Arch. Gen. Psychiatry, vol. 40, p. 1167-1173.
- WAN, T.D., ODELL, B.G., LEWIS, D.T. (1982). Promoting the well-being of the elderly: a community diagnosis, New York: The Haworth Press.
- WARD, R., SHERMAN, S., LAGORY, M. (1984). «Subjective network assessments and subjective well-being» Dans Journal of Gerontology, vol. 39, p. 93-101.
- WEISSMAN, M., KLERNAN, G.L. (1978). «Epidemiology of mental disorders» Dans Archives of General Psychiatry, vol. 35, p. 705-712.
- WEISSMAN, M.M., MYERS, J.K. (1978). «Affective disorders in US urban community» Dans Arch Gen Psychiatry, vol. 35, p. 1309.
- WELLS, C.E. (1978). Chronic brain disease: a overview, American Journal of Psychiatry, vol. 135, no 1, p. 1-12.
- WILSON, L.B., SIMSON, S., MCCAUGHEY, K. (1983). «The status of preventive care for the aged: a meta-analysis» Dans Simson, S., Wilson, L.B., HERMALIN, J., HESS, R. (EDS) Aging and prevention - new approaches for preventing health and mental health problems in older adults, New York, Haworth Press, p. 23-37.
- WISTER, A.V., STRAIN, L. (1986). Social support and well-being: a comparaison of older widows and widowers. La Revue canadienne du vieillissement, vol. 5 (3), p. 205-220.
- WOOD, V., WYLIE, M., SHEAFOR, B. (1969). «An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: correlation with rater judgments» Dans Journal of Gerontology, vol. 24, p. 465-469, .
- ZAY, N. (1980). «Politique de la vieillesse au Québec» Dans Gérontologie et Société, 14, p. 111-120.
- ZUNG, W.W.K (1967). «Depression in the normal aged» Dans Psychosomatics, vol. 8, p. 287-292.