

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC 87



LES CAHIERS
DE RECHERCHE

WA
900
DC2.1
Q44
E87
N. 7
1992

Q

INSPQ - Montréal



3 5567 00000 6905

CENTRE DE DOCUMENTATION

Institut national de santé publique du Québec

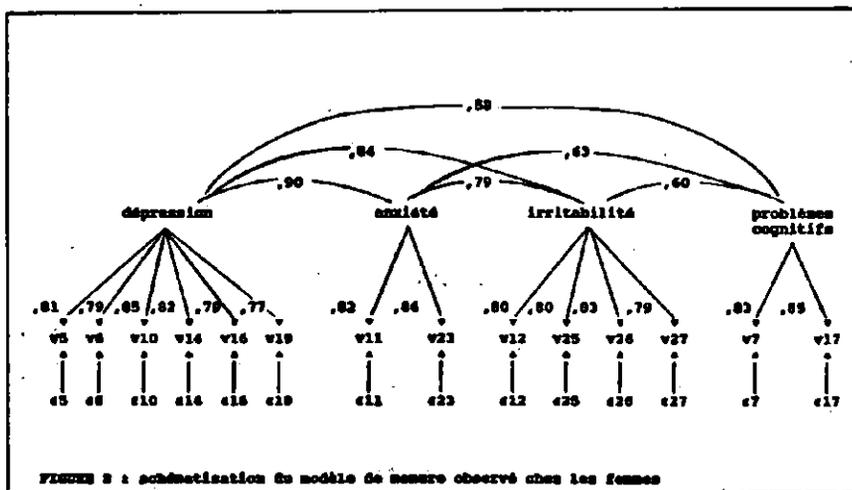
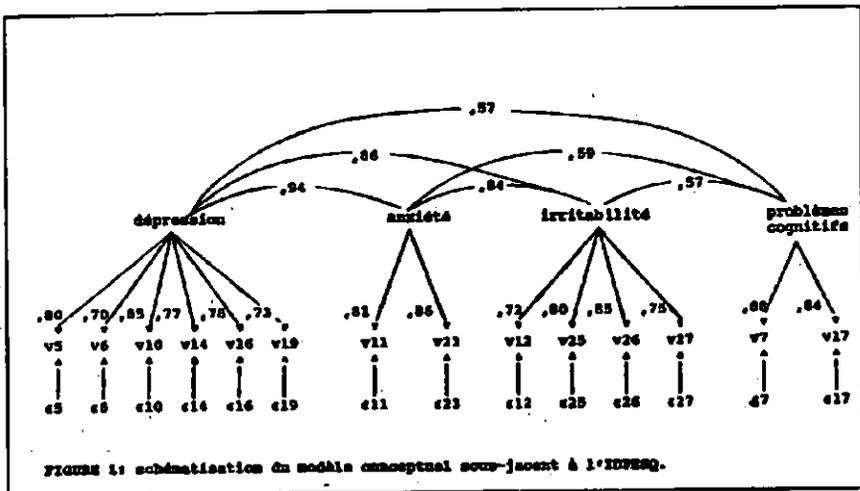
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200

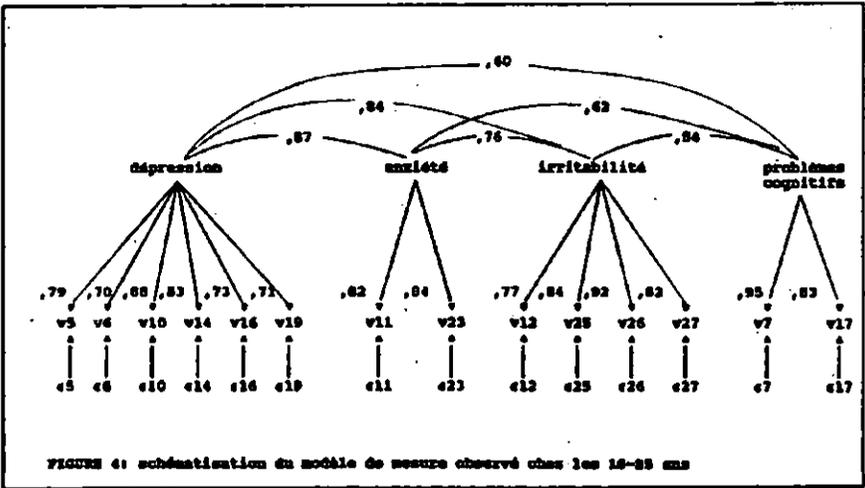
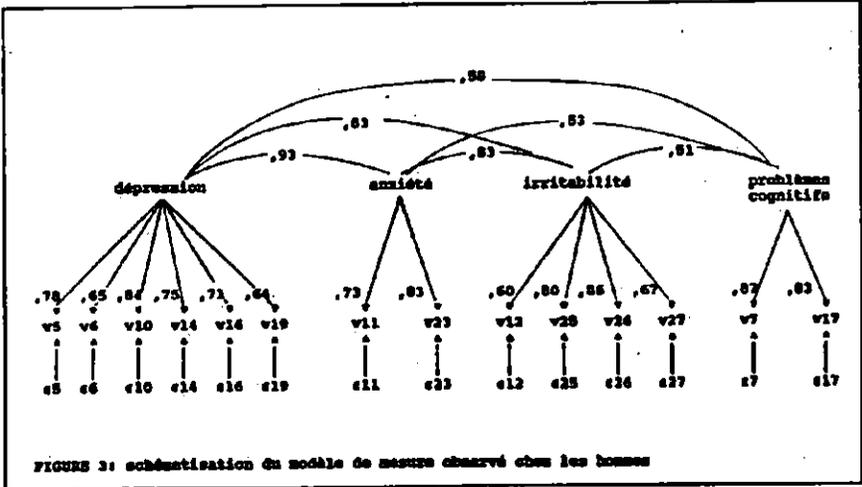
Montréal (Québec) H2J 3G8

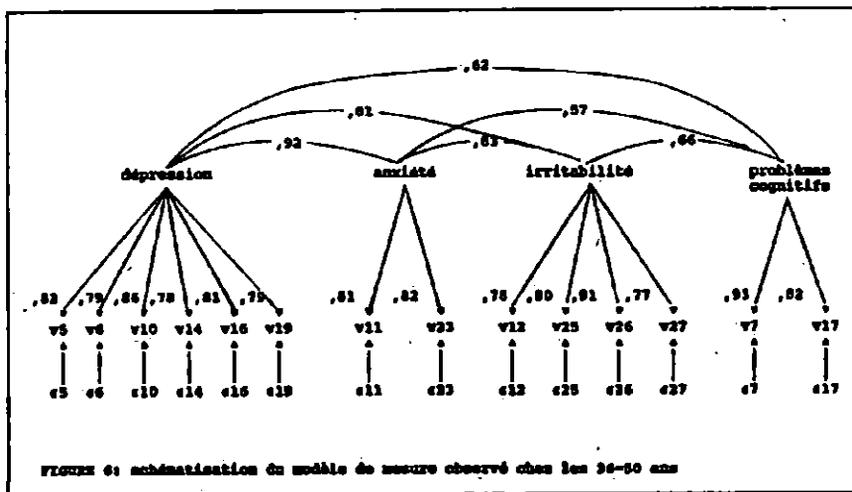
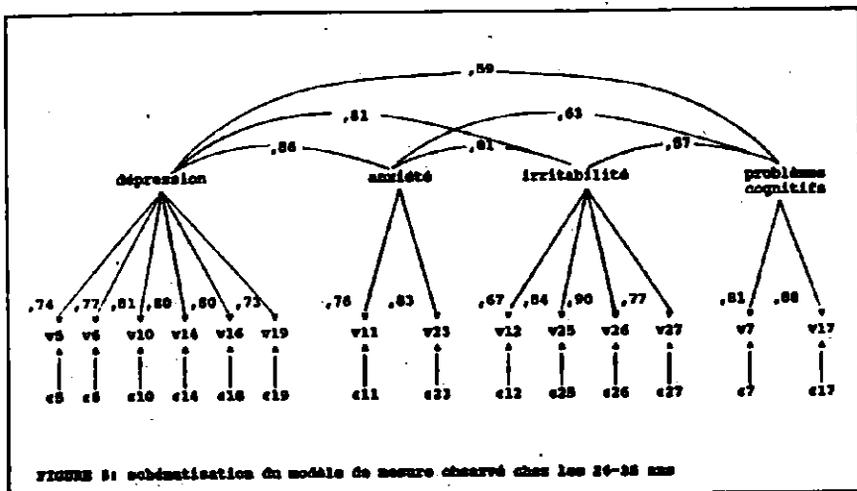
Tél.: (514) 597-0606

J31 636









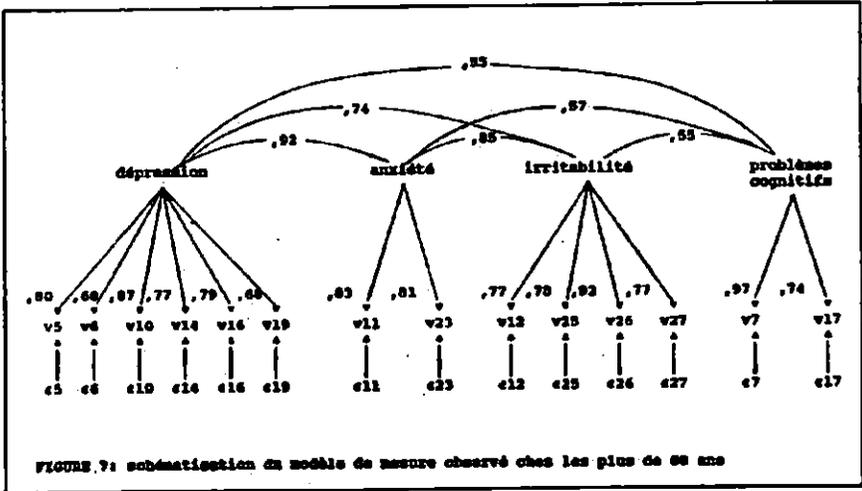


FIGURE 7: schématisation du modèle de mesure observé chez les plus de 60 ans

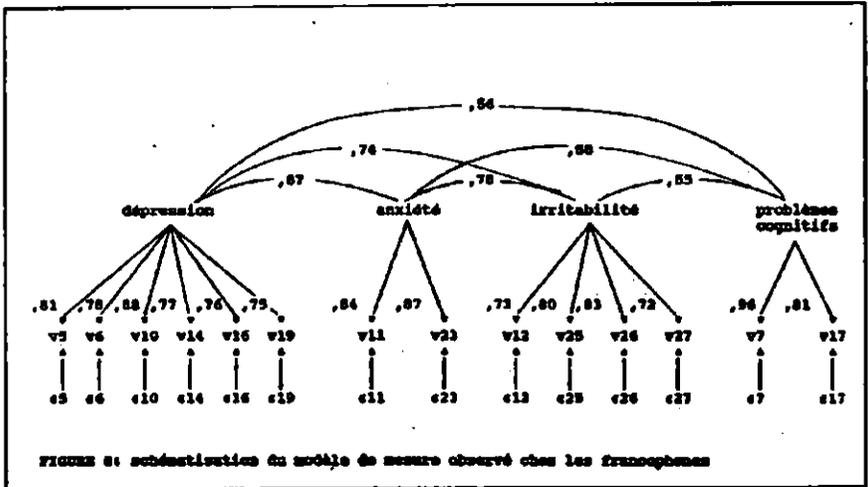


FIGURE 8: schématisation du modèle de mesure observé chez les francophones

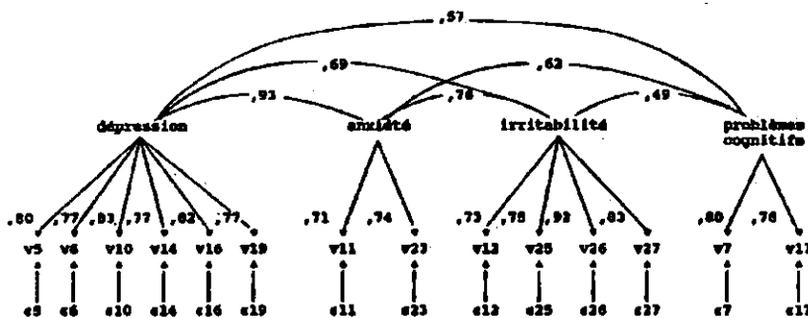
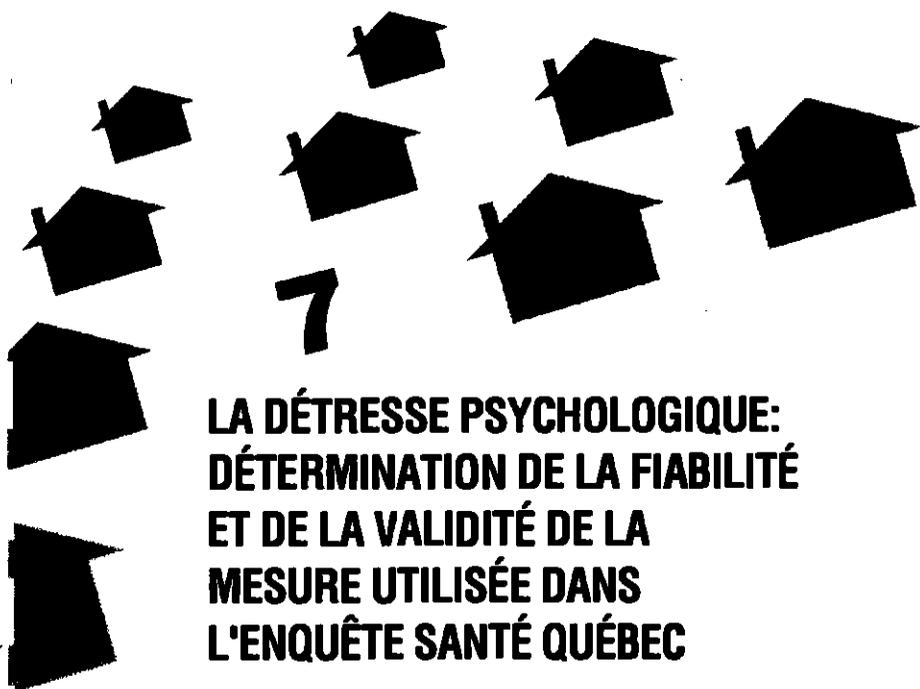


FIGURE 9: schématisation du modèle de mesure observé chez les anglophones



**LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE:
DÉTERMINATION DE LA FIABILITÉ
ET DE LA VALIDITÉ DE LA
MESURE UTILISÉE DANS
L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC**

Michel Prévile
Richard Boyer
Louise Potvin
Chantal Perrault
Gilles Légaré



L'enquête Santé Québec a été réalisée par le ministère de la Santé
et des Services sociaux conjointement avec les départements de
santé communautaire.

Cette édition a été produite par:
La Direction des communications
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1088, Raymond Casgrain
Québec, G1S 2E4

Direction de l'enquête:
Aline Emond
Réalisation des entrevues:
SORECOM
Coordination de l'édition:
Daniel Tremblay, Santé Québec
Janne Lavallière, MSSS
Josette Jobin, MSSS

Les commentaires et les demandes de renseignements sur la
présente publication peuvent être adressés à:

Santé Québec
Tour de la Bourse, 800, Place Victoria
42^e étage, c.p. 164
Montréal (Québec) H4Z 1C8
(514) 873- 4749

ou aux auteurs;

Michel Préville (514) 252-3970
Richard Boyer (514) 251-4015
Louise Potvin (514) 343-6185
Chantai Perrault (514) 354-8830
Gilles Légaré (418) 724-8447

ISBN-2-550-22725-5
Dépôt légal - Premier trimestre 1992
Bibliothèque nationale du Québec

AVANT-PROPOS

Cette publication intitulée: «*La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*» s'inscrit dans la suite des travaux effectués à partir de l'enquête Santé Québec de 1987. Elle constitue le septième numéro d'une série de cahiers de recherche consacrés à la présentation des données et à l'évaluation des diverses méthodes de cueillette et d'analyse autour de cette enquête.

Les cahiers de recherche s'adressent particulièrement aux chercheurs, aux planificateurs, aux intervenants et aux administrateurs du domaine de la santé et des services sociaux. Ils ont pour objectifs de diffuser les connaissances sur ces sujets et de favoriser la discussion et la réflexion autour des enquêtes de santé.

Les auteurs de ces cahiers viennent de différents milieux: départements de santé communautaire, groupes de recherche universitaires, ministères, etc... Santé Québec assure la coordination de la révision, de l'édition et de la distribution de ces travaux. Chaque texte fait l'objet d'une révision par un groupe de lecteurs externes choisis en fonction du thème particulier à l'étude. Ce texte consacré à la détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure de détresse psychologique utilisée dans l'enquête Santé Québec a été relu par Madame Marie-Claire Laurendeau, du DSC de l'Hôpital Général de Montréal, Messieurs François Béland, de l'Université de Montréal et Hugues Cormier du Centre Hospitalier de l'Université Laval.

L'ENQUÊTE

L'enquête Santé Québec a été financée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les 32 départements de santé communautaire. Elle visait à recueillir des données inédites pouvant être directement utilisées dans l'évaluation de l'état socio-sanitaire de la population, de ses besoins en soins et services et dans la définition des populations à risque.

Elle s'est effectuée au cours de l'année 1987, en huit périodes de cueillette consécutives. Elle a rejoint 32 000 personnes réparties dans plus de 11 000 ménages privés sur l'ensemble du territoire québécois, à l'exception de la région du Nouveau-Québec et des réserves indiennes. L'échantillon des ménages s'est fait à partir d'unités primaires d'échantillonnage elles-mêmes établies après un découpage du Québec en 11 régions socio-sanitaires puis en 32 DSC. Toutes les personnes du ménage étaient sélectionnées pour l'enquête.

Se situant dans la lignée du modèle de l'Enquête Santé Canada de 1978-1979, l'enquête Santé Québec a adopté la définition globale de la santé telle que présentée dans le rapport Lalonde:

«...un état de bien-être suffisant pour accomplir de façon adéquate un certain niveau d'activités physiques, mentales et sociales, en prenant l'âge en considération.»

Elle cherche à décrire les déterminants de la santé, l'état de santé tant physique que psychologique ainsi que ses conséquences sur la consommation de services et sur la fonctionnalité.

THÈMES RETENUS POUR L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC (1987) (*)

DÉTERMINANTS	ÉTAT DE SANTÉ		CONSÉQUENCES
habitudes de vie	physique	perçu/observé	consommation
antécédents	psychologique	positif/négatif	conséquences sur la fonctionnalité
environnement	social		

SUJETS SPÉCIFIQUES

HABITUDES DE VIE	SANTÉ PHYSIQUE	CONSOMMATION
<ul style="list-style-type: none"> • consommation d'alcool • usage du tabac • activités physiques • usage de véhicules-moteurs • sommeil • prévention féminine • usage des drogues 	<ul style="list-style-type: none"> • limitation d'activité • problèmes de courte durée • problèmes chroniques • audition/vision • accidents/blessures • incapacités • perception générale 	<ul style="list-style-type: none"> • professionnels rencontrés • lieu de consultation • usage de médicaments
ANTÉCÉDENTS	SANTÉ PSYCHOLOGIQUE	CONSÉQUENCES SUR LA FONCTIONNALITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • antécédents personnels • antécédents familiaux 	<ul style="list-style-type: none"> • suicide • troubles psychologiques • santé mentale positive 	<ul style="list-style-type: none"> • journée d'incapacité • mobilité • besoin d'aide • impact sur les rôles
ENVIRONNEMENT	SANTÉ SOCIALE	
<ul style="list-style-type: none"> • travail • revenu • âge • sexe • scolarité • soutien social • événements stressants 	<ul style="list-style-type: none"> • problèmes sociaux 	

*Cette liste s'inspire du modèle de l'Enquête Santé Canada

Les renseignements sur la santé, l'incapacité et la consommation de soins pour toutes les personnes d'un même ménage ont été recueillis auprès d'un répondant à l'aide d'un questionnaire rempli par un interviewer. Les données portant sur les habitudes de vie, l'environnement social et la santé psychologique faisaient l'objet d'un questionnaire auto-administré qui s'adressait aux personnes âgées de 15 ans et plus. Le taux de réponse global a été de 87,3%.

Santé Québec a publié en juillet 1988 les «Faits saillants» de l'enquête. En octobre 1988 un rapport en deux tomes «Et la santé, ça va?» et en mai 1989 une série de six monographies sur différents sous-groupes de la population québécoise ont été édités par les Publications du Québec. De plus, huit cahiers techniques sur divers aspects de la réalisation de l'enquête et de l'exploitation de ses données ont été produits à Santé Québec.

Cahiers de recherche déjà parus

- No 1** «Problèmes sociaux rapportés par un tiers: méthodologie et premiers résultats». May Clarkson
- No 2** «L'utilisation des tranquillisants, sédatifs et somnifères: analyse des données de l'enquête Santé Québec». Claudine Laurier, Jacques Dumas, Jean-Pierre Grégoire, Luce Duval.
- No 3** «Profil des Québécois désirant un poids insuffisant». Gilbert Gagnon, Natalie Kishchuk, Denis Bélisle, Marie-Claire Laurendeau.
- No 4** «L'utilisation des services de santé par les personnes présentant un trouble psychologique». Sylvie Bérubé, Sylvie Marcoux, Gilles Mireault, Pierre Mercier.
- No 5** «L'état de santé des corésidents de personnes âgées en perte d'autonomie». Sylvie Jutras, Jean-Pierre Lavoie.
- No 6** «La santé mentale des parents de familles réorganisées au Québec». Richard Cloutier, Jacques Drolet, Nicole Dubé.
- No 7** «La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec». Michel Préville, Richard Boyer, Louise Potvin, Chantal Perrault, Gilles Légaré.

Cahiers de recherche à paraître

- No 8** «L'épidémiologie des parasuicides et des idéations suicidaires». Richard Boyer, Michel Prévile, Gilles Légaré, Chantal Perrault.
- No 9** «Les comportements suicidaires chez les jeunes Québécois de 15 à 24 ans». Lise Côté, Christine Ross, Jocelyne Pronovost, Richard Boyer.
- No 10** «Habitudes tabagiques d'aujourd'hui et personnes âgées de demain». Nicole Marcil-Gratton, Jacques Légaré, Paul-Marie Huot.
- No 11** «Éléments de fiabilité et de validité du BESQ, l'échelle de bien-être de Santé Québec». Chantal Perrault, Michel Prévile, Richard Boyer, Gilles Légaré.

Aline Émond
directeure

REMERCIEMENTS

Cette étude a été rendue possible grâce à une subvention de Santé Québec et à une participation financière du DSC Maisonneuve-Rosemont.



TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	14
INTRODUCTION	15
Le Psychiatric Symptoms Index (PSI)	15
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	18
MÉTHODOLOGIE	19
RÉSULTATS	20
Caractéristiques de l'échantillon	20
ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONSTRUIT DE L'IDPESQ	21
La validité factorielle	21
LA STABILITÉ DU MODÈLE	24
Comparaison des résultats obtenus chez les hommes et chez les femmes	24
Comparaison des résultats obtenus pour différents groupes d'âge	24
Comparaison des résultats obtenus avec les versions anglaise et française de l'IDPESQ	28
ÉVALUATION DE LA FIABILITÉ DE L'ÉCHELLE	31
CONCLUSION	34
ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ CONCOMITANTE DE L'IDPESQ-29 ET L'IDPESQ-14	35
Détresse psychologique et consultation pour un problème de santé mentale	36
Les idéations et tentatives suicidaires au cours des 12 derniers mois	38
La consommation de drogues psychoactives au cours des derniers 12 mois	38
DISCUSSION	46

BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXE 1: Matrice de corrélation des 29 items de l'IDPESQ	53
ANNEXE 2: Liste des 29 items composant l'indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec (IDPESQ)	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:	Caractéristiques des répondant(e)s à l'échelle IDPESQ dans l'enquête de Santé Québec et au questionnaire PSI de l'enquête de Chicago	20
Tableau 2:	Comparaison des résultats de l'enquête menée par Ilfeld à ceux de l'enquête pilote de Santé Québec et à ceux de la présente étude.	21
Tableau 3:	Indices d'ajustement des modèles d'homogénéité et d'hétérogénéité et pourcentage des corrélations observées non reproduites par ces modèles.	23
Tableau 4:	Indices d'ajustement du modèle de mesure de 14 items, chez les hommes et chez les femmes et test d'équivalence de la structure factorielle.	24
Tableau 5:	Indices d'ajustement du modèle de mesure de 14 items selon le groupe d'âge et test d'équivalence de la structure factorielle.	26
Tableau 6:	Indices d'ajustement du modèle de mesure de 14 items chez les anglophones, les francophones et test d'équivalence de la structure factorielle. ...	29
Tableau 7:	Moyennes de détresse psychologique, écarts-types et coefficients de fiabilité alpha pour chaque dimension de l'IDPESQ (versions de 29 items et de 14 items), selon le sexe.	32
Tableau 8:	Moyennes de détresse psychologique, écarts-types et coefficients de fiabilité alpha pour chaque dimension de l'IDPESQ (versions de 29 items et de 14 items), selon divers groupe d'âge.	33
Tableau 9:	Répartition des répondant(e)s selon leur position sur l'échelle IDPESQ et leur expérience de consultation durant les 12 derniers mois.	39
Tableau 10:	Répartition des répondant(e)s selon leur position sur l'échelle IDPESQ et leur expérience de consultation durant les quatre derniers mois et les deux dernières semaines.	40
Tableau 11:	Répartition des répondant(e)s selon leur position sur l'échelle IDPESQ et leur expérience d'hospitalisation.	41

Tableau 12: Répartition des répondant(e)s selon leur position sur l'échelle IDPESQ et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.	42
Tableau 13: Répartition des répondant(e)s selon leur position sur l'échelle IDPESQ et la présence d'idées ou de tentatives suicidaires.	43
Tableau 14: Répartition des répondant(e)s selon leur position sur l'échelle IDPESQ et leur consommation de drogues psychoactives durant les 12 derniers mois.	44

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1:	Schématisation du modèle conceptuel sous-jacent à l'IDPESQ	23
FIGURE 2:	Schématisation du modèle de mesure chez les femmes	25
FIGURE 3:	Schématisation du modèle de mesure chez les hommes	25
FIGURE 4:	Schématisation du modèle de mesure chez les 18-25 ans	26
FIGURE 5:	Schématisation du modèle de mesure chez les 26-35 ans	27
FIGURE 6:	Schématisation du modèle de mesure chez les 36-50 ans	27
FIGURE 7:	Schématisation du modèle de mesure chez les plus de 50 ans	27
FIGURE 8:	Schématisation du modèle de mesure chez les francophones	29
FIGURE 9:	Schématisation du modèle de mesure chez les anglophones	30

GRAPHIQUE

GRAPHIQUE 1: Distribution de la symptomatologie de détresse psychologique dans l'ensemble de la population 20

RÉSUMÉ

Dans le cadre de l'enquête Santé Québec réalisée en 1987, 19 016 personnes de 15 ans et plus ont complété l'échelle de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-29). Cet instrument a été développé à partir du «Psychiatric Symptoms Index» (PSI) construit par Ilfeld (1972). La présente étude vise à déterminer la fiabilité et la validité de l'IDPESQ.

Une analyse factorielle en composantes principales avec une rotation varimax a permis de reproduire les résultats obtenus par Ilfeld dans sa propre étude utilisant des interviewers, à savoir: un facteur dépressif, un facteur d'irritabilité, un facteur d'anxiété et un facteur de problèmes cognitifs. Une solution non orthogonale a permis d'obtenir un meilleur ajustement avec les données observées que la solution en composantes principales utilisée par Ilfeld. Notre analyse a aussi démontré qu'une échelle ne comportant que 14 des 29 items de l'IDPESQ-29 permettait de mesurer de façon adéquate le construit de la détresse psychologique tout en conservant une fiabilité appréciable à l'échelle (0,89). L'IDPESQ-14 présente, en outre, une association appréciable avec quatre autres mesures du statut de santé des répondant(e)s: [1] la consultation d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale au cours des 12 mois précédents, [2] l'hospitalisation pour ce type de problème durant les 12 derniers mois, [3] la présence d'idées ou de tentatives suicidaires au cours des 12 derniers mois et [4] la consommation de certaines drogues psychoactives.

INTRODUCTION

Depuis 1950, un nombre important de mesures faisant appel à l'évaluation subjective des répondant(e)s ont été développées pour mesurer divers construits théoriques tels: la santé mentale; la maladie mentale, les troubles psychiatriques, l'ajustement émotionnel, les symptômes psychophysiologiques et les symptômes de stress (Seiler, 1973). Il est apparu que les réponses recueillies par des questionnaires de dépistage des problèmes psychiatriques étaient imparfaites et souvent, indirectement reliées aux désordres psychiatriques cliniques (Link, Dohrenwend, 1980). Dohrenwend et ses collègues ont cependant trouvé que plusieurs de ces échelles étaient fortement corrélées avec des mesures d'estime de soi, de désespoir, de tristesse et d'anxiété. Ces auteurs ont retenu le concept de démoralisation proposé par Frank (1973) pour désigner cette réalité qui, quoique indirectement reliée aux désordres psychiatriques cliniques, constitue un facteur majeur qui entraîne les gens à rechercher de l'aide chez un professionnel de la santé mentale.

Le Psychiatric Symptoms Index (PSI)

Le Psychiatric Symptoms Index a été construit par F.W. Iffeld lors d'une enquête sur le stress et l'adaptation. L'enquête a eu lieu à Chicago en 1972 auprès de 2 299 adultes de 15 à 64 ans. Cet index mesure un ensemble de symptômes qui recouvrent le concept de démoralisation. Il a été développé à partir du Hopkins Symptoms Distress Checklist (54 items) mis au point par Derogatis et ses collègues en 1970. Iffeld recherchait alors un index comportant peu d'items mais représentant le spectre des symptômes présents dans le Hopkins Checklist. Les items sélectionnés par Iffeld sont ceux qui présentaient les poids les plus élevés sur chacun des facteurs suivants: dépression, anxiété, irritabilité et problèmes cognitifs. Tous les items somatiques qui ont été jugés principalement d'origine organique ont été éliminés. Des 54 items originaux, Iffeld retient finalement 28 questions auxquelles il ajoute un item portant sur le sentiment de solitude (Ilfeld, 1976). Les items de cette échelle se rapportent aux sept derniers jours et se présentent sous forme d'énoncés touchant divers aspects de la démoralisation avec quatre catégories de réponses se rapportant à la fréquence d'occurrence des symptômes: jamais, de temps en temps, assez souvent, très souvent. La liste des 29 items composant le PSI est présentée à l'annexe 2.

Le Psychiatric Symptoms Index n'a pas été construit pour identifier des cas de maladies mentales ou d'incapacité. Il est davantage conçu comme une mesure d'intensité de symptômes fréquemment observés chez les personnes souffrant de dépression et d'anxiété (Ilfeld, 1976). Pour démontrer la fiabilité et la validité de son échelle, Ilfeld s'appuie, premièrement, sur la congruence démontrée par Dérogatis et ses collègues (1970) entre le Hopkins Checklist (puisque le PSI en découle) et la perception de psychiatres cliniciens. Dans une première étude, rapporte Ilfeld, 34 psychiatres ont évalué des ex-patients névrosés lors d'entrevues d'une durée de trente minutes. Un haut niveau de convergence a été observé avec les résultats obtenus à l'aide du Hopkins Checklist. Ilfeld s'appuie aussi sur une étude réalisée par Uhlenhuth, Lipman, Balter et Stern (1974). Ces chercheurs ont observé que les répondant(e)s montrant un haut niveau de détresse mesurée par le Hopkins Checklist avaient une probabilité supérieure d'avoir pris des tranquillisants mineurs ou des sédatifs que les répondant(e)s montrant un niveau de détresse faible.

Dans sa propre étude visant à évaluer les qualités métrologiques du Psychiatric Symptoms Index, Ilfeld (1976) rapporte un coefficient de consistance interne alpha de Cronbach de 0,91 pour l'ensemble des items de son échelle. Les coefficients rapportés pour chacune des sous-échelles: dépression, anxiété, irritabilité et problèmes cognitifs sont respectivement de 0,84, 0,85, 0,79, 0,77. Il est à noter, toutefois, que l'analyse factorielle présentée par Ilfeld révèle que les quatre (4) facteurs retenus expliquent moins de 40% de la variance des réponses fournies par les répondant(e)s. En outre, certains des coefficients factoriels obtenus par une analyse en composantes principales avec une rotation varimax sont relativement faibles, variant de 0,12 à 0,65.

Ilfeld a aussi examiné la validité concomitante du PSI en regard des trois critères suivants: [1] le recours aux services d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale durant la dernière année, [2] la consommation de psychotropes pendant la dernière année et [3] le degré de nervosité noté par l'interviewer. Dans son étude, l'auteur rapporte une relation significative entre la présence de symptômes de détresse et le fait de consulter un professionnel de la santé. Selon les données fournies par l'auteur, on constate que ceux qui avaient un score élevé au PSI ont indiqué avoir cherché de l'aide dans une proportion 8 fois plus grande que les autres répondant(e)s. En outre, les répondant(e)s qui ont cherché l'aide d'un professionnel et qui ont été hospitalisés pour leur problème, montraient un plus haut niveau de symptomatologie que ceux traités sur une base externe. L'auteur a observé, par ailleurs, que les répondant(e)s qui faisaient une utilisation élevée de drogues

psychoactives montraient aussi un niveau de symptomatologie élevé contrairement aux répondant(e)s qui n'en utilisaient pas. Finalement, le degré de tension rapporté par les interviewers s'est aussi révélé relié de façon significative au niveau de symptomatologie des répondant(e)s.

Notons que selon les données rapportées par l'auteur, il appert que près de 48% de ceux qui ont consulté un professionnel et qui ont été hospitalisés présentaient un score faible ou modéré au PSI, tandis que près de 34% de ceux qui n'ont pas été hospitalisés présentaient un score élevé au PSI. En outre, dans une étude subséquente utilisant les mêmes données, Ilfeld (1978) rapporte des corrélations relativement faibles entre diverses mesures du statut psychologique des répondant(e)s et le PSI (une corrélation de 0,20 avec une mesure de désordres psychosomatiques, de 0,39 avec une mesure de l'utilisation de drogues psychotropes, de -0,41 avec une mesure d'estime de soi et finalement, une corrélation de -0,36 avec une mesure d'efficacité personnelle). Les résultats rapportés par Ilfeld concernant la validité du PSI n'apparaissent donc pas totalement concluants.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude vise à déterminer les qualités psychométriques de l'échelle de santé mentale utilisée dans l'enquête principale de Santé Québec réalisée en 1987. L'utilité de cette étude repose sur le fait que la version du PSI utilisée dans l'enquête Santé Québec est une traduction française adaptée pour être utilisée en mode auto-administré et que les caractéristiques psychométriques de cette version ne sont pas connues. L'utilité de cette étude repose aussi sur le fait que cette version a été administrée dans un contexte culturel différent de celui caractérisant la population utilisée par Ilfeld pour évaluer la validité et la fiabilité du PSI. Il apparaît, en outre, important de réaliser cette étude de façon à permettre aux responsables de Santé Québec et aux différents chercheurs québécois impliqués dans le domaine de la santé mentale de tirer des conclusions sur l'utilité de cette mesure de santé mentale dans des contextes d'enquêtes épidémiologiques ou de recherches évaluatives.

Compte tenu des modifications apportées à l'échelle originale, il a été décidé de lui attribuer un nouveau nom soit: l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-29). Dans un premier temps, nous avons cherché à évaluer la validité des construits appartenant à cette échelle de mesure. A cette étape, nous avons comparé les caractéristiques de l'outil lorsqu'il est administré aux femmes à celles qu'il présente lorsqu'il est administré aux hommes. Nous avons aussi comparé la structure factorielle obtenue avec la version française du questionnaire à celle obtenue avec la version anglaise. En outre, nous avons étudié les caractéristiques de l'IDPESQ pour divers groupes d'âge. Nous avons aussi vérifié la fiabilité de l'ensemble de l'échelle ainsi que celle de chacune des sous-échelles qu'il comporte. A cette étape, nous avons comparé les résultats obtenus chez les hommes à ceux obtenus chez les femmes ainsi que ceux obtenus pour différents groupes d'âge. Dans un deuxième temps, nous avons vérifié la validité concomitante de l'IDPESQ avec différentes mesures du statut de santé des individus. Premièrement, nous avons vérifié s'il y avait une relation entre le score des répondant(e)s à l'IDPESQ et le fait d'avoir consulté un professionnel de la santé ou d'avoir été hospitalisé pour un problème de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Deuxièmement, nous avons vérifié s'il y avait une relation entre le score des répondant(e)s à l'IDPESQ et l'occurrence d'idées ou de tentatives suicidaires et nous avons vérifié s'il y avait une relation entre le degré de détresse psychologique et le fait de prendre des drogues psychoactives.

MÉTHODOLOGIE

L'étude des caractéristiques structurelles de l'IDPESQ a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 2 018 sujets de 15 ans et plus tirés de l'échantillon mère de l'enquête Santé Québec comportant 19 016 sujets ayant répondu à au moins 25 des 29 items de l'IDPESQ. Pour les fins de cette étude, nous avons attribué à chaque répondant(e) ayant une donnée manquante à un item, son score moyen à l'ensemble des items.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse factorielle exploratoire en composantes principales pour vérifier l'existence d'un modèle de mesure comportant 29 items et 4 facteurs orthogonaux tel qu'identifié par Iffeld et vérifier la possibilité de réduire le nombre d'items nécessaires pour expliquer la variance commune observée entre les réponses fournies à l'IDPESQ. Dans un second temps, pour valider les résultats de nos analyses concernant la structure factorielle de l'IDPESQ, une analyse confirmatoire utilisant la version VII de LISREL (Jöreskog et Sörbom, 1989) a été réalisée sur un échantillon indépendant du premier. La statistique χ^2 d'ajustement produit par le programme LISREL est sensible à la taille de l'échantillon, nous avons donc limité ce dernier à près de 500 répondant(e)s ($n=486$). Différentes mesures statistiques sont proposées dans la littérature pour évaluer le degré d'ajustement des modèles étudiés. Dans cette étude, nous utiliserons le ratio χ^2/df et l'index GFI (Goodness of Fit Index) proposé par Jöreskog et Sörbom (1986) pour guider l'évaluation des divers modèles. Rappelons que le χ^2 d'ajustement est une statistique conservatrice qui peut conduire à rejeter l'hypothèse nulle plus souvent que les données l'exigent lorsque l'échantillon est grand ou lorsque la distribution des variables utilisées est, comme dans ce cas-ci, fortement asymétrique. Dans un tel cas, il est recommandé d'effectuer les analyses à partir des corrélations polychoriques, d'utiliser les matrices de variances/covariances asymptotiques et d'analyser les estimés calculés par la méthode des moindres carrés pondérés (Bollen, 1989; Muthen, 1989). Ces coefficients de corrélations ont été calculés par le programme PRELIS, un utilitaire de LISREL.

L'étude de la fiabilité de cette échelle de mesure a été conduite à partir de notre échantillon principal ($n=2018$). Nous avons utilisé la statistique de consistance interne alpha de Cronbach. Finalement, lors de l'étude de la validité concomitante de l'IDPESQ, les 19 016 sujets de l'échantillon mère répondant à nos critères d'inclusion ont été utilisés pour tenir compte du fait que les covariables analysées constituaient des événements relativement rares. Les rapports de cotes (odds ratio) ont été utilisés pour vérifier le degré d'association entre l'IDPESQ et les variables critères.

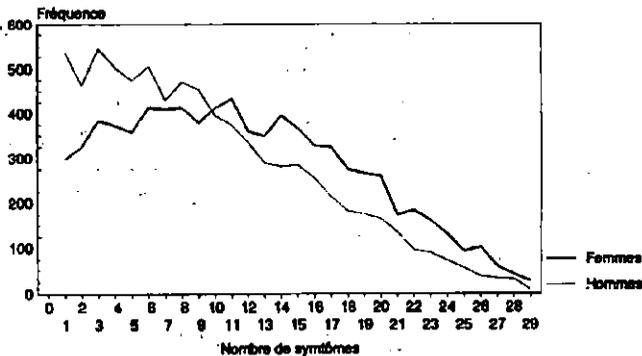
RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

La moyenne d'âge des répondant(e)s à l'IDPESQ était de 39,6 ans. La proportion d'hommes et de femmes était de 47% et 53% respectivement. Comme l'indique le tableau 1, la proportion de femmes et d'hommes, l'importance des différents groupes d'âge ainsi que la caractéristique de statut civil dans l'enquête de Chicago et celle de Santé Québec varient de façon significative.

Nous retrouvons, dans l'échantillon mère de Santé Québec (19016 sujets), une forte hétérogénéité dans la symptomatologie des individus, avec beaucoup de personnes qui manifestent peu de symptômes et peu de personnes qui en présentent beaucoup (graphique 1).

GRAPHIQUE 1
DISTRIBUTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DANS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION



TABEAU 1
CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS À L'ÉCHELLE IDPESQ DANS L'ENQUÊTE DE SANTÉ QUÉBEC ET AU QUESTIONNAIRE PSI DE L'ENQUÊTE DE CHICAGO

	Enquête Santé Québec (1987)			Enquête de Chicago (1961, 1972)			
	%	n	intervalle de confiance [0,05]	%	n	intervalle de confiance [0,05]	
sexe	hommes	47,3	8995	[46,6 - 48,0]	41,0	943	[39,0 - 43,0]
	femmes	52,7	10021	[52,0 - 53,4]	59,0	1356	[57,0 - 61,0]
âge	19-24	22,0	3730	[21,4 - 22,6]	12,0	276	[10,7 - 13,3]
	25-34	27,0	4583	[26,4 - 27,6]	26,0	598	[24,2 - 27,8]
	35-44	23,9	4069	[23,3 - 24,5]	23,0	529	[21,3 - 24,7]
	45-54	15,4	2624	[14,9 - 15,9]	19,0	437	[17,4 - 20,6]
55-64	11,6	1978	[11,1 - 12,0]	20,0	460	[18,4 - 21,6]	
statut	maré(e)	67,5	12844	[66,8 - 68,2]	69,0	1586	[67,1 - 70,9]
	séparé/divorcé	7,1	1385	[6,9 - 07,3]	10,0	230	[8,8 - 11,2]
	veuf(ve)	4,4	842	[4,1 - 04,7]	8,0	184	[6,9 - 09,1]
	célibataire	18,2	3466	[17,6 - 18,8]	13,0	299	[11,6 - 14,4]

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DES CONSTRUITS DE L'IDPESQ

La validité factorielle de l'IDPESQ

La comparaison de nos résultats avec ceux présentés par Ilfeld et ceux de l'enquête pilote de Santé Québec (Kovess, 1985), tous trois obtenus par une analyse en composantes principales, indique que les trois études sont presque parfaitement concordantes sur la composition du facteur d'irritabilité et celui des problèmes cognitifs. Comme le montre le tableau 2, elles le sont aussi largement sur la composition du facteur dépressif et d'anxiété.

TABEAU 2
COMPARAISON DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MENÉE PAR ILFELD À CEUX DE L'ENQUÊTE PILOTE DE SANTÉ QUÉBEC ET À CEUX DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

	FACTEUR 1 dépression			FACTEUR 2 anxiété			FACTEUR 3 irritabilité			FACTEUR 4 problèmes cognitifs			
	IL	SPO	SO	IL	SPO	SO	IL	SPO	SO	IL	SPO	SO	
V1*	.47					.55							
V2				.59	.57	.64							
V3				.55	.61	.63							
V4										.71	.53	.54	
V5	.60	.73	.71										
V6	.65	.75	.72										
V7											.61	.82	.80
V8*	.49											.35	
V9				.51	.65	.54							
V10	.70	.69	.67										
V11			.44	.51	.53								
V12							.61	.79	.72				
V13				.45	.53	.50							
V14	.59	.60	.51										
V15*				.58	.36								
V16		.55	.60	.48									
V17										.66	.61	.61	
V18*	.43				.46								
V19	.54	.56	.57										
V20				.53	.67	.68							
V21	.38			.52	.49								
V22*				.39	.29								
V23*			.45	.58									
V24	.30	.58	.57										
V25				.60	.58	.57							
V26							.76	.70	.71				
V27							.70	.69	.77				
V28*										.60		.39	
V29*				.47	.45								

IL = étude d'Ilfeld SPO = étude pilote de Santé Québec
SO = notre étude * = items manquants dans l'étude pilote de Santé Québec

Le pourcentage de la variance des items expliqué dans notre analyse par un modèle comportant quatre facteurs orthogonaux, quoique comparable à celui trouvé par Ilfeld, demeure toutefois relativement faible (47,1%). Dans cette solution, la plus faible communalité observée (fraction de la variance d'un item commune avec l'ensemble des facteurs) était de 0,22 et la plus élevée de 0,70.

De plus, notons que dans cette solution (composantes principales), 26% des corrélations reproduites à l'aide du modèle comportant 29 items différaient significativement des corrélations observées entre les réponses des répondantes, ce qui indiquerait un mauvais ajustement entre les données observées et le modèle théorique. Or, nous cherchons à résumer adéquatement le patron des intercorrélations entre les variables et à expliquer une proportion élevée de la variance entre les réponses tout en réduisant le plus possible le nombre d'items nécessaires.

Un processus itératif d'élimination des items ayant une communalité relativement faible, nous a permis d'obtenir un modèle comportant aussi 4 facteurs mais ne retenant plus que 14 des 29 items originaux. Dans cette deuxième solution, qui expliquait près de 65% de la variance totale des items ainsi retenus, la plus faible communalité était de 0,48 et la plus élevée de 0,81. Notons, cependant, que 28% des corrélations reproduites par ce modèle différaient de plus de 5% des corrélations observées entre les réponses.

Une solution factorielle autorisant la corrélation entre les facteurs a favorisé un ajustement plus grand entre les corrélations reproduites et les corrélations observées entre les données. Seulement 2% des corrélations reproduites par ce modèle différaient de plus de 5% des corrélations observées.

Finalement, l'hypothèse d'un modèle non orthogonal comportant des mesures congénériques a été testée de façon confirmatoire à l'aide de la version VII de LISREL sur un échantillon indépendant de répondant(e)s. Comme l'indique le tableau 3, la statistique d'ajustement produit par le programme LISREL à partir des corrélations (d'ordre second) polychoriques est significative tant pour le modèle d'homogénéité que pour le modèle d'hétérogénéité (d'ordre premier) comportant 14 items. Toutefois, le ratio X^2/dl et l'indice GFI nous permettent de croire à un bon ajustement du modèle de 14 items aux données observées. Nos résultats indiquent aussi que tous les coefficients factoriels du modèle comportant 14 items sont significativement différents de zéro et que les coefficients de corrélations entre les facteurs de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs sont, aussi, tous significativement différents de zéro.

Nos résultats indiquent en outre que le coefficient de détermination du modèle de 14 items est de 0,98 et l'examen de la matrice des coefficients de corrélations reproduits révèle que seulement 13,3% des corrélations reproduites sous l'hypothèse d'un modèle non orthogonal diffèrent de plus de 5% des corrélations observées entre les items.

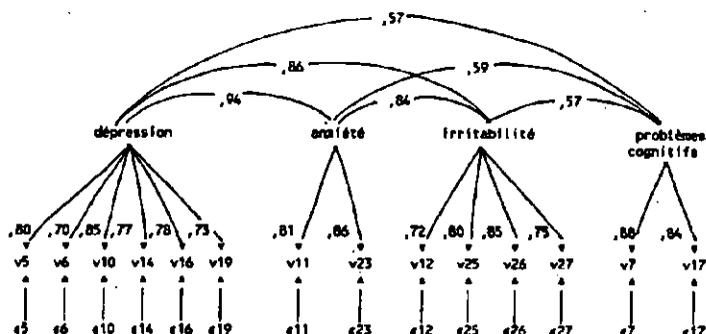
TABLEAU 3
INDICES D'AJUSTEMENT DES MODÈLES D'HOMOGÉNÉITÉ
ET D'HÉTÉROGÉNÉITÉ ET POURCENTAGE DES
CORRÉLATIONS OBSERVÉES NON REPRODUITES PAR CES
MODÈLES

	X^2_{WLS}	dl	p	n	GFI ¹	X^2/df	% de corrélations non reproduites
Modèle d'homogénéité (14 items)	140,7	73	,00	486	,98	1,9	12,4%
Modèle d'hétérogénéité (14 items)	138,7	71	,00	486	,98	1,9	13,3%

¹ Goodness of Fit Index

Il est à noter, finalement, qu'un modèle de second ordre (modèle d'homogénéité) traduisant la présence d'un syndrome général de la détresse psychologique auquel les facteurs dépression, anxiété, irritabilité et problèmes cognitifs seraient reliés s'ajuste aussi aux données observées. Toutefois, ce modèle de mesure n'a pas permis un meilleur ajustement aux données observées (X^2_{WLS} DIF.=2,06, dl=2) qu'un modèle d'hétérogénéité entre les facteurs. L'IDPESQ peut donc être considéré comme une mesure de la détresse psychologique composée de quatre facteurs traduisant des symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs.

FIGURE 1
SCHEMATISATION DU MODELE CONCEPTUEL SOUS-
JACENT A L'IDPESQ



LA STABILITÉ DU MODÈLE

Comparaison des résultats obtenus chez les hommes et chez les femmes.

Nous avons vérifié la reproductibilité de nos résultats auprès de deux échantillons aléatoires, indépendants de l'échantillon précédent, constitués respectivement de 454 hommes et de 498 femmes. Une analyse de variance a révélé une différence significative quant au score moyen de détresse psychologique chez les hommes et chez les femmes ($F_{(1,950)}=16,3, p=0,001$). De plus, comme l'indique le tableau 4, sous l'hypothèse d'une égalité de la structure factorielle chez les hommes et les femmes, le test d'ajustement du modèle d'homogénéité comportant 14 items demeure significatif. Toutefois, le ratio X^2/dl , l'indice GFI et l'examen des coefficients factoriels standardisés obtenus dans chacun des groupes (figures 2 et 3) nous permettent de conclure à la stabilité du modèle dans ces deux groupes.

Comparaison des résultats obtenus pour différents groupes d'âge

L'hypothèse d'invariance de la structure factorielle a été vérifiée auprès de quatre différents groupes d'âge. Quatre échantillons de

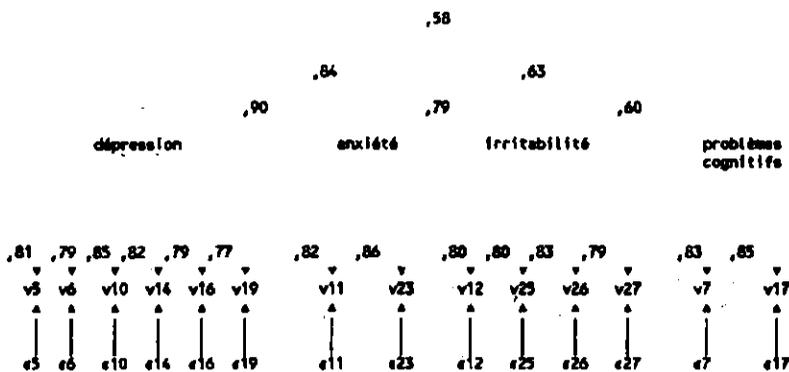
TABLEAU 4
INDICES D'AJUSTEMENT DU MODÈLE DE MESURE DE
14 ITEMS, CHEZ LES HOMMES ET CHEZ LES FEMMES ET
TEST D'ÉQUIVALENCE DE LA STRUCTURE FACTORIELLE

	X^2_{WLS}	dl	p	n	GFI ²	X^2/dl
Modèle d'homogénéité						
hommes (1)	97,8	71	,019	454	,98	1,4
femmes (2)	142,8	71	,000	498	,98	2,1
Modèle d'équivalence de la structure factorielle.						
(LX,TD,PH=IN) ¹	336,5	176	,000	454 498	,97	1,9

¹ les coefficients factoriels, les erreurs de mesure et les coefficients de corrélation entre les facteurs sont égaux dans les deux groupes.

² Goodness of Fit Index

**FIGURE 2
SCHÉMATISATION DU MODÈLE DE MESURE CHEZ LES FEMMES**



**FIGURE 3
SCHÉMATISATION DU MODÈLE DE MESURE CHEZ LES HOMMES**

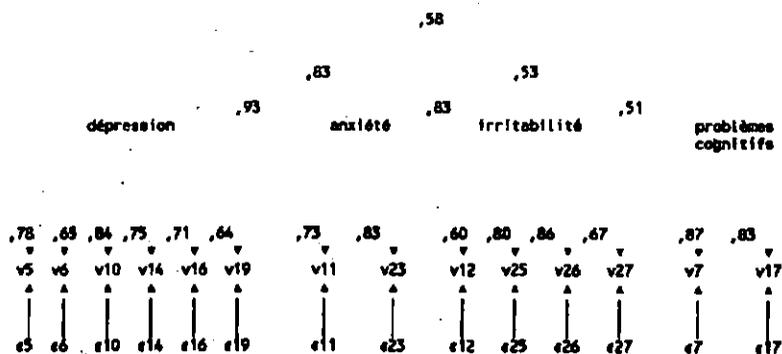


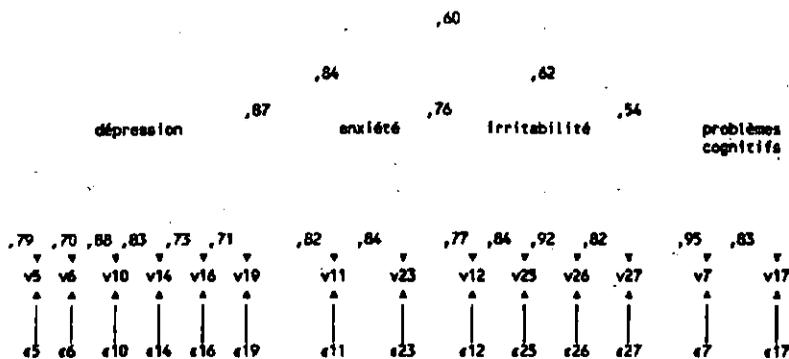
TABLEAU 5
INDICES D'AJUSTEMENT DU MODÈLE DE MESURE DE 14
ITEMS SELON LE GROUPE D'ÂGE ET TEST D'ÉQUIVALENCE
DE LA STRUCTURE FACTORIELLE

	X ² wLS	dl	p	n	X ² /dl	GFI ²
Modèle d'homogénéité						
18-25 ans	117,6	71	,000	530	1,6	,99
26-35 ans	105,6	71	,005	529	1,5	,99
36-50 ans	94,5	71	,032	523	1,3	,99
51 ans et +	94,7	71	,031	519	1,3	,99
Test d'équivalence de la structure factorielle						
(LX,TD,PH=IN) ¹	579,1	386	,000		1,5	,98

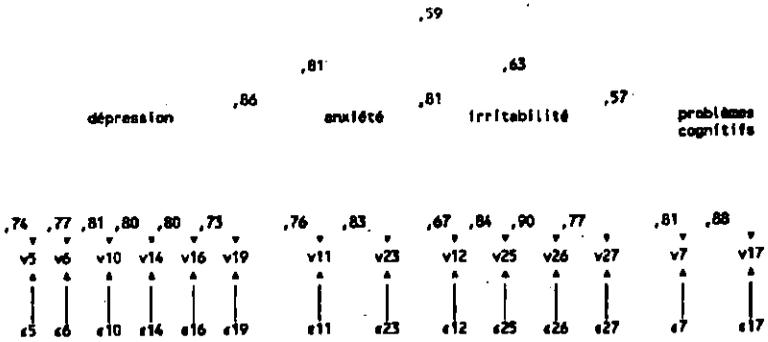
¹ les coefficients factoriels, les erreurs de mesure et les coefficients de corrélation entre les facteurs sont égaux dans les quatre groupes.

² Goodness of Fit Index

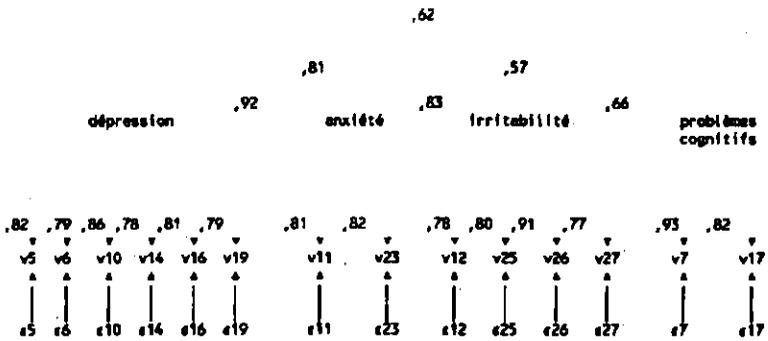
FIGURE 4
SCHÉMATISATION DU MODÈLE DE MESURE CHEZ LES
18-25 ANS



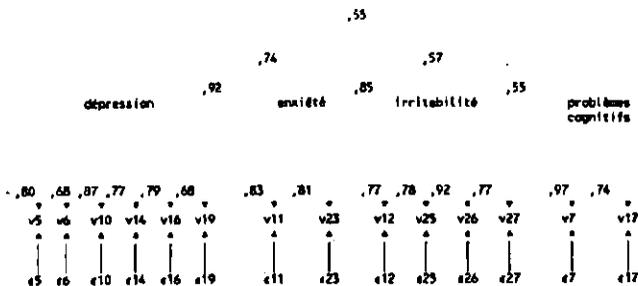
**FIGURE 5
SCHÉMATISATION DU MODÈLE DE MESURE CHEZ LES
26-35 ANS**



**FIGURE 6
SCHÉMATISATION DU MODÈLE DE MESURE CHEZ LES
36-50 ANS**



**FIGURE 7
SCHÉMATISATION DU MODÈLE DE MESURE CHEZ LES
PLUS DE 50 ANS**



500 sujets approximativement, indépendants des échantillons précédents ont été tirés de l'échantillon principal de l'enquête Santé Québec. Les quatre groupes d'âge considérés sont: les 18 à 25 ans, les 26 à 35 ans, les 36 à 50 ans et les sujets âgés de plus de 50 ans. Une analyse de variance n'a révélé aucune différence significative quant au score de la détresse psychologique moyen dans les différents groupes d'âge ($F_{(3,1892)}=54,8, p=0,18$). Cependant, comme l'indique le tableau 5, sous l'hypothèse d'une équivalence de la structure factorielle dans les différents groupes d'âge, le test d'ajustement du modèle d'homogénéité comportant 14 items demeure significatif. Toutefois, le ratio X^2/dl , l'indice GFI et l'examen des coefficients factoriels standardisés obtenus dans chacun des groupes (figures 4 à 7) nous permettent de croire à la stabilité du modèle dans les différents groupes.

Comparaison des résultats obtenus avec les versions anglaise et française de l'IDPESQ

Finalement, nous avons vérifié la reproductibilité de nos résultats auprès d'un échantillon aléatoire de 416 sujets ayant utilisé la version anglaise du questionnaire que nous avons comparé à un échantillon aléatoire de 424 répondant(e)s ayant utilisé la version française de l'outil. Ces échantillons étaient indépendants de ceux utilisés précédemment.

28

Une analyse de variance n'a révélé aucune différence significative quant au score moyen de détresse psychologique chez les anglophones et les francophones ($F_{(1,838)}=13,4, p=0,55$). Cependant, comme l'indique le tableau 6, sous l'hypothèse d'une équivalence de la structure factorielle dans les deux groupes linguistiques, le test d'ajustement du modèle d'homogénéité comportant 14 items demeure significatif. Toutefois, le ratio X^2/dl , l'indice GFI et l'examen des coefficients factoriels standardisés obtenus dans chacun des groupes (figures 8 et 9) nous permettent de croire à la stabilité du modèle dans les différents groupes.

TABEAU 6
INDICES D'AJUSTEMENT DU MODÈLE DE MESURE DE 14
ITEMS CHEZ LES ANGLOPHONES ET LES FRANCOPHONES
ET TEST D'ÉQUIVALENCE DE LA STRUCTURE FACTORIELLE

	X^2_{wls}	dl	p	n	X^2/dl	GFI ²
Modèle d'homogénéité						
anglophones	108,7	71	,003	416	1,5	,98
francophones	109,3	71	,002	424	1,5	,98
Test d'équivalence de la structure factorielle						
(LX,TD,PH=IN) ¹	272,9	176	,000		1,6	,98

¹ les coefficients factoriels, les erreurs de mesure et les coefficients de corrélation entre les facteurs sont égaux dans les deux groupes.

² Goodness of Fit Index

FIGURE 8
SCHEMATISATION DU MODÈLE DE MESURE CHEZ LES
FRANCOPHONES

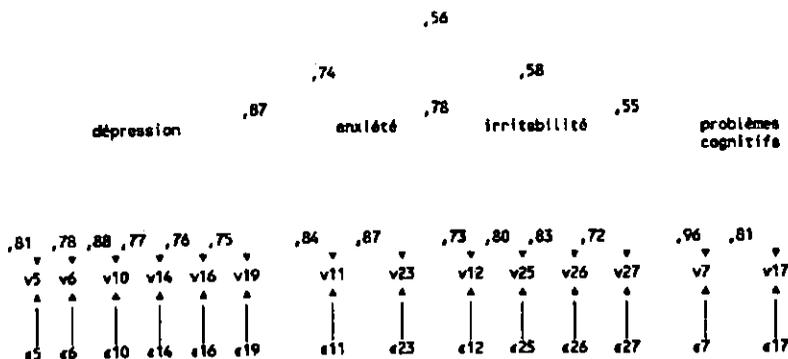
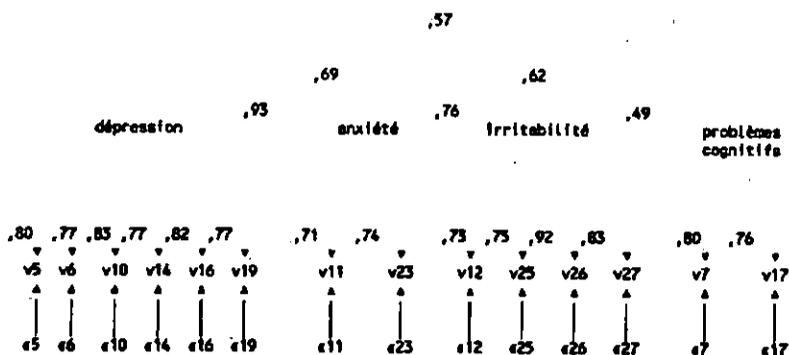


FIGURE 9
SCHÉMATISATION DU MODÈLE DE MESURE CHEZ LES
ANGLOPHONES



ÉVALUATION DE LA FIABILITÉ DE L'ÉCHELLE

L'IDPESQ est une mesure multidimensionnelle composée de quatre facteurs. Aussi, l'évaluation de la consistance interne de notre mesure doit être démontrée pour chacune de ces dimensions. Les tableaux 7 et 8 présentent le score moyen de la détresse psychologique, l'écart-type et le coefficient alpha de Cronbach pour chacun des facteurs des versions de 29 items et de 14 items de l'IDPESQ. Les résultats concernant les hommes et les femmes ainsi que ceux des principaux groupes d'âge sont aussi présentés.

Nos résultats démontrent la fiabilité de l'ensemble de l'IDPESQ-29 et sont consistants avec les résultats produits par Ilfeld qui, rappelons-le, rapportait dans sa propre étude un coefficient de consistance interne alpha de 0,91 pour l'ensemble des items de son échelle et des coefficients de 0,84, 0,85, 0,79, 0,77 pour chacune des sous-échelles: dépression (10 items), anxiété (11 items), irritabilité (4 items) et problèmes cognitifs (4 items).

La fiabilité de la version 14 items de l'IDPESQ est aussi démontrée chez les hommes, les femmes, pour une population mixte et pour divers groupes d'âge. Cette version réduite de l'IDPESQ conserve une fiabilité appréciable avec un coefficient de consistance interne alpha de 0,89 pour l'ensemble des 14 items et des coefficients de 0,83, 0,72, 0,79 et de 0,76 respectivement pour les sous-échelles de dépression (6 items), d'anxiété (2 items), d'irritabilité (4 items) et de problèmes cognitifs (2 items).

Notons que le coefficient de fiabilité du facteur anxiété subit une baisse considérable attribuable au fait que, dans le processus exploratoire de réduction des items, ce sont principalement les items, appartenant à ce facteur qui ont été exclus.

TABLEAU 7
MOYENNES DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE, ÉCARTS-TYPES ET COEFFICIENTS DE FIABILITÉ ALPHA POUR CHAQUE DIMENSION DE L'IDPESQ (VERSIONS DE 29 ITEMS ET DE 14 ITEMS), SELON LE SEXE

Facteurs (version 29 items)	hommes/femmes ^a			hommes ^b			femmes ^c		
	M ^d	sd ^d	α	M	sd	α	M	sd	α
facteur dépressif (10 items)	1,30	0,41	,87	1,24	0,38	,87	1,37	0,43	,87
facteur anxiété (11 items)	1,39	0,36	,81	1,36	0,37	,82	1,42	0,36	,79
facteur irritabilité (4 items)	1,48	0,50	,79	1,45	0,50	,80	1,50	0,50	,79
facteur prob. cognitif (4 items)	1,78	0,56	,73	1,71	0,52	,70	1,84	0,59	,74
facteur démoralisation (29 items)	1,43	0,36	,92	1,38	0,35	,92	1,47	0,36	,92

Facteurs (version 14 items)	hommes/femmes ^a			hommes ^b			femmes ^c		
	M ^d	sd ^d	α	M	sd	α	M	sd	α
facteur dépressif (6 items)	1,44	0,49	,83	1,35	0,44	,82	1,53	0,53	,84
facteur anxiété (2 items)	1,66	0,65	,72	1,60	0,64	,73	1,71	0,65	,71
facteur irritabilité (4 items)	1,48	0,50	,79	1,45	0,50	,80	1,50	0,50	,79
facteur prob. cognitif (2 items)	1,36	0,53	,76	1,34	0,51	,74	1,38	0,54	,77
facteur démoralisation (14 items)	1,47	0,43	,89	1,41	0,40	,89	1,52	0,44	,89

^a n=2018

^b n= 973

^c n=1045

^d les moyennes et les écarts-types présentés dans ce tableau sont pondérés par le nombre d'items de chaque facteur.

TABEAU 8
MOYENNES DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE, ÉCARTS-
TYPES ET COEFFICIENTS DE FIABILITÉ ALPHA POUR
CHAQUE DIMENSION DE L'IDPESQ (VERSIONS DE
29 ITEMS ET DE 14 ITEMS), SELON DIVERS GROUPE D'ÂGE

Facteurs (version 29 items)		18-25 ans ^a			26-35 ans ^b			36-50 ans ^c			51 ans et plus ^d		
		M ^e	sd ^e	α	M ^e	sd ^e	α	M ^e	sd ^e	α	M ^e	sd ^e	α
facteur dépressif	(10 items)	1,52	0,40	,84	1,43	0,40	,84	1,46	0,44	,85	1,50	0,45	,83
facteur anxiété	(11 items)	1,41	0,37	,82	1,37	0,37	,85	1,43	0,40	,85	1,45	0,43	,86
facteur irritabilité	(4 items)	1,54	0,48	,84	1,50	0,48	,78	1,55	0,52	,81	1,48	0,53	,82
facteur prob. cognitif	(4 items)	1,41	0,43	,75	1,37	0,43	,73	1,43	0,46	,74	1,47	0,50	,77
facteur démoralisation	(29 items)	1,46	0,35	,93	1,41	0,35	,93	1,46	0,39	,94	1,47	0,40	,93

Facteurs (version 14 items)		18-25 ans ^a			26-35 ans ^b			36-50 ans ^c			51 ans et plus ^d		
		M ^e	sd ^e	α	M ^e	sd ^e	α	M ^e	sd ^e	α	M ^e	sd ^e	α
facteur dépressif	(6 items)	1,57	0,56	,85	1,43	0,48	,84	1,45	0,52	,87	1,42	0,50	,83
facteur anxiété	(2 items)	1,72	0,71	,74	1,69	0,62	,70	1,75	0,65	,72	1,63	0,64	,71
facteur irritabilité	(4 items)	1,54	0,58	,84	1,50	0,48	,78	1,55	0,52	,81	1,48	0,53	,82
facteur prob. cognitif	(2 items)	1,29	0,53	,79	1,29	0,45	,69	1,36	0,51	,75	1,51	0,58	,74
facteur démoralisation	(14 items)	1,54	0,49	,91	1,46	0,41	,90	1,51	0,45	,91	1,48	0,44	,90

^a n=530

^b n=529

^c n=523

^d n=519

^e les moyennes et les écarts-types présentés dans ce tableau sont pondérés par le nombre d'items de chaque facteur.

CONCLUSION

L'IDPESQ-29 apparaît donc comme une mesure composée de facteurs corrélés entre eux, traduisant des symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Une solution factorielle basée sur la méthode des moindres carrés pondérés et autorisant la corrélation entre les facteurs a permis de démontrer la plausibilité d'une mesure plus parcimonieuse (comportant 14 items) que celle utilisée dans l'enquête Santé Québec pour mesurer le construit de détresse psychologique ou de démoralisation.

Par ailleurs, notre étude révèle que la structure factorielle se trouve reproduite de façon satisfaisante tant chez les hommes que chez les femmes, pour différents groupes d'âge et, finalement, chez les anglophones comme chez les francophones. Nos résultats démontrent, en outre, la fiabilité de l'IDPESQ-29 et sont consistants avec les résultats produits par Ilfeld. La fiabilité de la version 14 items de l'IDPESQ est aussi démontrée. Somme toute l'IDPESQ-14 conserve une fiabilité appréciable chez les hommes, les femmes, pour une population mixte et pour divers groupes d'âge.

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ CONCOMITANTE DE L'IDPESQ-29 ET L'IDPESQ-14

La validité d'une mesure peut être évaluée de différentes façons. En plus d'examiner la validité des construits théoriques qui sont postulés, on peut baser l'évaluation de la validité de la mesure sur des critères externes. Ces critères peuvent être choisis parmi des comportements que la mesure est sensée prédire. Lorsque la mesure du comportement critère est obtenue en même temps que la mesure évaluée, on parle de validité concomitante (concurrent validity); lorsque la mesure du comportement critère est obtenue postérieurement on parle, alors, de validité prédictive (Allen et Yen, 1979).

Nous avons examiné la validité concomitante de l'IDPESQ en étudiant sa relation avec quatre autres mesures du statut de santé des répondant(e)s: [1] la consultation d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale dans l'année précédente, [2] l'hospitalisation pour un problème de santé mentale durant les 12 derniers mois [3] la présence d'idées et de tentatives suicidaires au cours des 12 derniers mois et [4] la consommation de drogues psychoactives. Dans chacun des cas, nous avons comparé nos résultats à ceux obtenus avec la version originale de l'IDPESQ-29. Nous avons aussi comparé l'association de ces deux versions de l'IDPESQ avec certaines variables socio-démographiques. La vérification de nos hypothèses d'association a été réalisée en utilisant la régression logistique. Nos résultats sont présentés sous forme de distributions multinomiales. Les ratios de cotes des différents groupes ainsi comparés sont présentés avec leur intervalle de confiance. Nous avons retenu le ratio de cotes comme mesure d'association parce qu'il possède la propriété de ne refléter que l'effet d'association entre les variables (invariant par rapport aux distributions marginales) et qu'il est facile d'interprétation ⁽¹⁾. Le ratio de cotes traduit la probabilité de posséder une caractéristique donnée lorsque l'on appartient à un groupe par rapport à la probabilité de posséder cette même caractéristique pour ceux (celles) qui n'appartiennent pas à ce groupe (Fienberg, 1989).

⁽¹⁾ Notons que lorsque la prévalence d'un phénomène est faible, le ratio de cotes est une bonne approximation du risque relatif.

Détresse psychologique et consultation pour un problème de santé mentale

Parmi les 19 016 répondant(e)s à l'IDPESQ, 1559 ont déclaré (par l'intermédiaire d'un tiers) avoir eu au cours de leur vie au moins un problème de santé mentale. De ce nombre, 909 (58%) ont consulté un professionnel de la santé pour leur problème de santé mentale au cours des 12 mois précédant l'enquête, mais n'ont pas été hospitalisés.

Par ailleurs, près de 50% des répondant(e)s qui ont indiqué (par l'intermédiaire d'un tiers) avoir consulté pour un problème de santé mentale au cours des 12 derniers mois manifestaient un niveau élevé de détresse psychologique (score supérieur ou égal au 85ième percentile) lors de l'enquête, alors que seulement 16,2% de ceux et celles qui ont indiqué (par l'intermédiaire d'un tiers) ne pas avoir consulté étaient dans ce groupe.

Dans sa propre étude, Ilfeld (1976) a constaté que, de façon générale, ceux qui avaient un score élevé au PSI avaient indiqué avoir cherché de l'aide au cours des 12 derniers mois dans une proportion 8 fois plus grande que les autres répondant(e)s [IC=5,55 - 11,57]. Les résultats de l'enquête Santé Québec abondent dans la même direction en démontrant que ces répondant(e)s avaient indiqué avoir consulté un professionnel de la santé mentale dans une proportion 6 fois plus grande [IC=5,28 - 6,87] que les autres. Comme l'indique le tableau 9, la différence entre les résultats présentés par Ilfeld et ceux que nous avons obtenus, est non significative même après avoir contrôlé pour l'effet de l'âge et du sexe.

Les résultats présentés par Ilfeld pour chacune des sous-échelles: dépression, anxiété, problème cognitif et irritabilité indiquent des rapports de cotes de 8,42, 8,45, 2,57 et 3,00 respectivement. Notons que les sous-échelles «problèmes cognitifs» et «irritabilité» démontrent une association significativement plus faible que les sous-échelles «dépression» et «anxiété» avec le fait d'avoir consulté au cours des 12 mois précédents. Nos propres analyses, avec l'IDPESQ-29, montrent des résultats similaires. La version de 14 items présente un résultat global non significativement différent de celui obtenu avec la version de 29 items. Les sous-échelles dépression, anxiété et irritabilité ne présentent pas, non plus, de différences significatives avec la version de 29 items. Toutefois, la sous-échelle problèmes cognitifs présente un résultat significativement plus faible.

Lorsque l'on contrôle pour l'effet confondant du sexe et de l'âge, l'IDPESQ-29 et l'IDPESQ-14 présentent, aussi, des résultats semblables quant à leurs relations avec le fait d'avoir consulté pour un problème de santé mentale dans les quatre derniers mois. Ces deux versions de l'IDPESQ présentent aussi des résultats semblables quant à leur relation avec le fait d'avoir consulté durant les deux dernières semaines et le fait d'avoir été hospitalisé pour un problème de santé mentale au cours des 12 mois précédents. Dans chacun des cas, il n'existe pas de différence significative entre les deux versions de l'IDPESQ.

Notons, par ailleurs, que les résultats rapportés par Ilfeld révèlent que ceux qui avaient un score de détresse psychologique plus grand ou égal au 85ième percentile avaient une probabilité 6,74 fois supérieure aux autres répondant(e)s d'avoir été hospitalisé durant les 12 derniers mois pour un problème de santé mentale [IC=4,11 - 11,05]. Les données de l'enquête Santé Québec font apparaître un rapport de cotes semblable à celui rapporté par cet auteur tant avec la version de 29 items de l'IDPESQ qu'avec la version de 14 items. Comme l'indique le tableau 10, les répondant(e)s ayant un score élevé de détresse psychologique ont déclaré approximativement 6,5 fois plus souvent avoir été hospitalisés au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Notons qu'il n'existe pas de différence significative entre les versions réduite et complète de l'IDPESQ quant à leurs associations avec les caractéristiques de sexe, de statut matrimonial et de suffisance de revenu des répondant(e)s. Les deux versions présentent, toutefois, des différences statistiquement significatives quant à la caractéristique d'âge. Comme l'indique le tableau 11, la version complète de l'IDPESQ montre une association plus grande entre la détresse psychologique et l'âge chez les groupes de 55-64 ans et de 65 ans et plus.

Somme toute, les données révèlent que les femmes ont un niveau de détresse psychologique élevé dans une proportion plus grande que les hommes. Les répondant(e)s appartenant au groupe d'âge 18-24 ans apparaissent aussi surreprésentés parmi les répondant(e)s ayant un niveau élevé de détresse psychologique. Par ailleurs, les personnes mariées ont indiqué avoir un niveau de détresse psychologique élevé dans une proportion plus faible que les personnes célibataires, séparées ou divorcées et veuves. Finalement, nos résultats démontrent que les répondant(e)s appartenant au groupe «pauvre» ou «très pauvre» manifestaient un niveau de détresse psychologique élevé dans une proportion plus grande que les personnes ayant un revenu moyen ou supérieur.

Les résultats de l'enquête Santé Québec concernant l'association entre la détresse psychologique et les principales variables démographiques sont congruents (à l'exception de l'âge) avec les résultats d'études plus poussées sur l'épidémiologie de la dépression et de l'anxiété telles, les recherches de l'Epidemiological Catchment Area (ECA) aux Etats-Unis (Eaton et al., 1989; Myers et al., 1984; Robins et al., 1984) et leur équivalent au Canada (Bland, Newman, Orn, 1988; Bland, Orn, Newman, 1988).

Les idéations et tentatives suicidaires au cours des 12 derniers mois

Les résultats de l'enquête Santé Québec démontrent que les répondant(e)s ayant un score de détresse psychologique élevé, mesuré par l'IDPESQ-29 ont indiqué avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois dans une proportion 9 fois plus grande que les autres. L'IDPESQ-14 présente des résultats similaires. Le rapport de cotes était, avec cette version, de 8,98 pour les répondant(e)s ayant un score de démoralisation élevé, ceci, après avoir contrôlé pour l'effet du sexe et de l'âge.

Les résultats de l'enquête Santé Québec démontrent, par ailleurs, que les répondant(e)s ayant un score de détresse psychologique élevé (mesuré par l'IDPESQ-29) ont indiqué avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois dans une proportion 5,31 fois plus grande que les autres. Avec la version de 14 items, le rapport de cotes était de 5,24 pour les répondant(e)s ayant un score de démoralisation élevé, ceci, après avoir contrôlé pour l'effet du sexe et de l'âge.

Quant aux tentatives suicidaires réalisées au cours de l'existence, les personnes ayant un score élevé de détresse psychologique présentaient un profil semblable à celui noté concernant les tentatives suicidaires pour la période des 12 derniers mois.

La consommation de drogues psychoactives au cours des derniers 12 mois.

Dans son étude, Ilfeld a évalué si la symptomatologie associée à la détresse psychologique était reliée à la consommation de pilules ou de médicaments pour donner de l'énergie, pour favoriser le sommeil ou pour calmer les nerfs. Le questionnaire de l'auteur excluait les vitamines et ne faisait pas de différence quant au fait qu'elles soient prescrites ou non par un médecin. Cette

TABLEAU 9
RÉPARTITION DES RÉPONDANT(E)S SELON LEUR POSITION SUR L'ÉCHELLE IDPESQ ET LEUR EXPÉRIENCE DE CONSULTATION DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

	Enquête santé québec (14 items)				Enquête santé québec (29 items)				Étude de chicago (11feld)			
	Consultation durant les 12 derniers mois											
	non	oui	ratio de cotes	intervalle de confiance [α=.05]	non	oui	ratio de cotes	intervalle de confiance [α=.05]	non	oui	ratio de cotes	intervalle de confiance [α=.05]
4 facteurs réunis												
PSI <85 1ème percentile	15485	539	4,93	[4,31-5,63]	15520	494	6,02	[5,28-6,87]	1846	58	8,01	[5,55-11,57]
PSI ≥85 1ème percentile	2554	438	5,30	[4,61-6,09]	2519	483	5,72	[4,98-6,56]	286	72		
nombre de répondant(e)s	19016				19016				2262			
facteur dépression												
PSI <85 1ème percentile	15411	536	4,82	[4,23-5,51]	15171	484	5,39	[4,72-6,15]	1891	62	8,42	[5,83-12,10]
PSI ≥85 1ème percentile	2628	441	5,31	[4,61-6,12]	2668	493	6,08	[5,29-7,00]	250	69		
nombre de répondant(e)s	19016				19016				2272			
facteur anxiété												
PSI <85 1ème percentile	10606	280	3,55	[3,08-4,09]	15212	463	5,97	[5,24-6,81]	1816	55	8,45	[5,85-12,22]
PSI ≥85 1ème percentile	7453	697	4,05	[3,50-4,69]	2827	516	5,10	[4,46-5,85]	293	75		
nombre de répondant(e)s	19016				19016				2239			
facteur problème cognitif												
PSI <85 1ème percentile	14209	554	2,83	[2,48-3,23]	14133	466	3,97	[3,48-4,52]	1851	96	2,57	[1,72-3,82]
PSI ≥85 1ème percentile	3830	423	2,25	[1,96-2,57]	3906	511	3,30	[2,87-3,75]	284	37		
nombre de répondant(e)s	19016				19016				2266			
facteur irritabilité												
PSI <85 1ème percentile	14262	600	2,37	[2,08-2,71]	14262	600	2,37	[2,08-2,71]	1968	103	3,00	[1,93-4,69]
PSI ≥85 1ème percentile	3777	377	2,64	[2,30-3,03]	3777	377	2,64	[2,30-3,03]	178	28		
nombre de répondant(e)s	19016				19016				2277			

a

ratios de cotes non ajustés.

b

ratios de cotes contrôlés pour l'effet de l'âge et du sexe

TABLEAU 10
RÉPARTITION DES RÉPONDANT(E)S SELON LEUR POSITION SUR L'ÉCHELLE IDPESQ ET LEUR EXPÉRIENCE DE
CONSULTATION DURANT LES QUATRE DERNIERS MOIS ET LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES

	IDPESQ (version 14 items)				IDPESQ (version 29 items)			
	ONT CONSULTÉ POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE							
	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha=,05$]	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha=,05$]
Durant les 4 derniers mois								
PSI <85 ième percentile	15607	394	5,18	[4,41 - 6,07]	15633	357	5,65	[4,83 - 6,62]
PSI ≥85ième percentile	2633	322			2607	359		
nombre de répondant(e)s	18956				18956			
Durant les 2 dernières semaines								
PSI <85 ième percentile	15959	57	5,92	[4,13 - 8,50]	15949	55	6,25	[4,37 - 8,96]
PSI ≥85 ième percentile	2906	65			2922	69		
nombre de répondant(e)s	18987				18995			

TABEAU 11
RÉPARTITION DES RÉPONDANT(E)S SELON LEUR POSITION SUR L'ÉCHELLE IDPESQ ET LEUR EXPÉRIENCE
D'HOSPITALISATION

	IDPESQ (version 14 items)				IDPESQ (version 29 items)			
	ONT ÉTÉ HOSPITALISÉ POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE							
	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha=,05$]	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha=,05$]
Indice de détresse psychologique								
PSI <85 ième percentile	15994	30	6,47	[3,99 - 10,50]	15985	29	6,68	[4,11 - 10,86]
PSI ≥85ième percentile	2954	38			2963	39		
nombre de répondant(e)s	19016				19016			

^a ratios de cotes contrôlés pour l'effet de l'âge et du sexe.

TABEAU 12
RÉPARTITION DES RÉPONDANT(E)S SELON LEUR POSITION SUR L'ÉCHELLE IDPESQ ET SELON CERTAINES
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.

		IDPESQ (version 14 items)				IDPESQ (version 29 items)			
		< 85ième percentile	≥ 85ième percentile	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha = .05$]	< 85ième percentile	≥ 85ième percentile	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha = .05$]
sexe	hommes	7947	1055	1,81	[1,67 - 1,96]	7940	1062	1,79	[1,65 - 1,94]
	fémmes	8077	1937			8087	1940		
nombre de répondant(e)s		19016				19016			
Age	18-24 ans	3027	703	1,19	[1,06 - 1,34]	3099	631	1,14	[1,01 - 1,29]
	25-34 ans	3949	639	,83	[,74 - ,94]	3999	589	,83	[,73 - ,93]
	35-44 ans	3400	662	.		3448	614	.	
	45-54 ans	2215	407	,94	[,82 - 1,08]	2173	449	1,16	[1,02 - 1,33]
	55-64 ans	1679	293	,90	[,77 - 1,04]	1621	351	1,22	[1,05 - 1,40]
	65 ans et +	1754	288	,84	[,73 - ,97]	1674	368	1,23	[1,07 - 1,42]
nombre de répondant(e)s		19016				19016			
statut	marlé(e)	11079	1765	.		11056	1788	.	
	séparé/div.	1040	346	2,09	[1,83 - 2,38]	1041	345	2,05	[1,80 - 2,34]
	veuf(ve)	679	163	1,51	[1,26 - 1,80]	651	191	1,81	[1,53 - 2,15]
	célibataire	2833	633	1,40	[1,27 - 1,55]	2879	587	1,26	[1,14 - 1,40]
	nombre de répondant(e)s		18538				18538		
suffisance de revenu	très pauvre	1298	323	1,57	[1,34 - 1,84]	1271	350	1,83	[1,57 - 2,14]
	pauvre	2303	540	1,48	[1,29 - 1,70]	2281	562	1,64	[1,43 - 1,88]
	revenu moyen	8128	1393	1,08	[,97 - 1,21]	8149	1372	1,12	[,99 - 1,26]
	riche	2875	455	.		2895	435	.	
	nombre de répondant(e)s		17315				17315		

- ratios de cotes non ajustés
- groupe de comparaison

TABEAU 13**RÉPARTITION DES RÉPONDANT(E)S SELON LEUR POSITION SUR L'ÉCHELLE IDPESQ ET LA PRÉSENCE D'IDÉES OU DE TENTATIVES SUICIDAIRES**

	IDPESQ (version 14 items)				IDPESQ (version 29 items)			
	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha=,05$]	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha=,05$]
IDÉATIONS SUICIDAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS								
PSI <85 ième percentile	15294	225	8,98	[7,52 - 10,74]	15294	227	9,63	[8,05 - 11,51]
PSI ≥85 ième percentile	2502	327			2502	325		
nombre de répondant(e)s	18348				18348			
TENTATIVES SUICIDAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS								
	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha=,05$]	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha=,05$]
PSI <85 ième percentile	15294	70	5,24	[3,68 - 7,46]	15294	71	5,31	[3,73 - 7,57]
PSI ≥85 ième percentile	2502	59			2502	58		
nombre de répondant(e)s	17925				17925			
TENTATIVES SUICIDAIRES AU COURS DE L'EXISTENCE								
	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha=,05$]	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance [$\alpha=,05$]
PSI <85 ième percentile	14430	325	4,65	[3,89 - 5,55]	14423	322	5,04	[4,22 - 6,02]
PSI ≥85 ième percentile	2125	231			2132	2343		
nombre de répondant(e)s	17111				17111			

^a ratios de cotes une fois contrôlé l'effet de l'âge et du sexe.

TABLEAU 14
RÉPARTITION DES RÉPONDANT(E)S SELON LEUR POSITION SUR L'ÉCHELLE IDPESQ ET LEUR CONSOMMATION
DE DROGUES PSYCHOACTIVES DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

	IDPESQ (version 14 items)				IDPESQ (version 29 items)			
	Consommation de drogues psychoactives au cours des 12 derniers mois ⁽¹⁾							
	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance ($\alpha=.05$)	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance ($\alpha=.05$)
PSI <85 ième percentile	14751	373	2,52	[2,08 - 3,04]	14734	367	2,77	[2,30 - 3,35]
PSI ≥85 ième percentile	2582	164			2599	170		
nombre de répondant(e)s	17870				17870			
Consommation de drogues psychoactives au cours des 12 derniers mois ⁽²⁾								
	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance ($\alpha=.05$)	non	oui	ratio de cotes ^a	intervalle de confiance ($\alpha=.05$)
PSI <85 ième percentile	13998	1126	1,90	[1,66 - 2,17]	13968	1133	2,04	[1,78 - 2,34]
PSI ≥85 ième percentile	2404	342			2434	335		
nombre de répondant(e)s	17870				17870			

^a ratio de cotes une fois contrôlée l'effet de l'âge et du sexe.

(1) Amphétamines ou stimulants, barbituriques ou sédatifs, tranquillisants.

(2) Marijuana ou hashich, amphétamines ou stimulants, barbituriques ou sédatifs, tranquillisants, cocaïne, opium et héroïne, psychédélique, autres drogues.

consommation de médicaments était étudiée en référence à la dernière semaine. Quatorze pourcent (14%) des répondant(e)s à cette étude ont déclaré avoir utilisé des drogues psychoactives. Deux fois plus de femmes (17%) que d'hommes (9%) rapportaient faire usage de ces médicaments. Selon les données présentées par l'auteur, près de 4 fois plus de répondant(e)s (3,94) ont déclaré avoir consommé ce type de médicaments durant la dernière semaine, parmi ceux(celles) qui avaient un niveau élevé de détresse psychologique.

Alors que, dans son étude, Ilfeld se réfère aux notions de pilules et de médicaments, les questions posées dans l'enquête Santé Québec se réfèrent, elles, à la notion de «drogue». De plus, dans cette étude, aucune référence n'est faite aux motifs de leur utilisation (pour dormir, pour avoir plus d'énergie, pour se calmer, pour améliorer son humeur) contrairement à la démarche suivie par Ilfeld. Somme toute, des différences suffisamment importantes existent entre les deux études pour introduire une réserve quant aux comparaisons qui pourraient être faites sur ces variables. Notons que nos résultats concernant la prévalence de la consommation de drogues psychoactives sont présentés pour une période d'un an.

Parmi les répondant(e)s de l'enquête Santé Québec, 1 468 personnes (8,2%) ont déclaré avoir consommé au moins une catégorie de drogue ⁽¹⁾ durant les 12 derniers mois. Nos résultats démontrent que les répondant(e)s ayant un score de détresse psychologique élevé, mesuré par l'iDPESQ-29, ont indiqué avoir consommé ces drogues dans une proportion 2 fois plus grande que les autres, ceci, après avoir contrôlé pour l'effet du sexe et de l'âge. L'iDPESQ-14 présente des résultats similaires. Lorsque l'on considère l'usage de certaines drogues en particulier ⁽²⁾, nos données indiquent aussi des résultats semblables.

⁽¹⁾ Marijuana ou haschich, amphétamines ou stimulants, barbituriques ou sédatifs, tranquillisants, cocaïne, opium et héroïne, psychédélique, autres drogues.

⁽²⁾ Amphétamines ou stimulants, barbituriques ou sédatifs, tranquillisants.

DISCUSSION

Une mesure est réputée valide si elle mesure ce qu'elle est sensée mesurer. On distingue trois types de validité: la validité de contenu, la validité de construit et la validité de critère (Allen et Yen, 1979). Dans cette étude, nous avons examiné la validité de construit de l'IDPESQ. Nous avons aussi examiné sa validité de critère, c'est-à-dire, sa relation avec certaines variables auxquelles elle est sensée être associée.

Les résultats rapportés dans cette étude indiquent que l'IDPESQ est une mesure composée de facteurs corrélés entre eux, traduisant des symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. En outre, nos résultats permettent de conclure à l'existence d'une mesure plus parcimonieuse que celle proposée par Ilfeld (14 items plutôt que 29) pour mesurer le concept de «détresse psychologique» ou de «démoralisation».

Nos résultats démontrent, par ailleurs, la fiabilité de l'ensemble de l'IDPESQ et sont consistants avec les résultats produits par Ilfeld. La fiabilité de la version 14 items de l'IDPESQ est aussi démontrée. Cette version réduite conserve une fiabilité appréciable tant chez les hommes que chez les femmes, pour une population mixte et pour divers groupes d'âge. Notons, cependant, que dans cette dernière version les facteurs anxiété et problème cognitif ne comportent que 2 items chacun. Selon Tabachnick (1983), des facteurs comportant seulement deux items sont peu fiables et difficilement interprétables à moins que la corrélation entre ces deux variables soit élevée ($r > 0,70$) et que la corrélation de chacune d'elles avec les autres items soit faible, ce qui n'est pas le cas pour les variables mesurant ces facteurs. Il est donc recommandé de ne pas utiliser ces sous-échelles de façon indépendante.

Notre étude révèle, en outre, une stabilité appréciable de la structure factorielle de l'IDPESQ chez les hommes et chez les femmes. Il n'y a pas non plus de différences marquées entre le patron de réponses des différents groupes d'âge étudiés ni entre les répondant(e)s francophones et anglophones. Toutefois, ces résultats ne fournissent aucune information quant à la stabilité des symptômes dans le temps qui, selon Craig et Van Natta (1979), serait plus fortement associée à la présence d'un syndrome de dépression que la fréquence ou l'intensité. L'hypothèse selon laquelle les caractéristiques de la détresse psychologique des individus sont relativement constantes durant une période de temps relativement longue suggère une méthodologie d'évaluation de type test-retest et n'a été réalisée ni par Ilfeld, ni par Kovess et les données dont nous

disposons ne nous permettent pas, non plus, de répondre à cette interrogation. Dans sa propre étude, Ilfeld a cependant noté que seulement 20% des personnes présentant un haut niveau de symptomatologie rapportaient avoir ces symptômes depuis moins de trois mois. Une large majorité, 75%, rapportaient avoir ces symptômes depuis au moins un an (Ilfeld, 1976). Les recherches futures devraient, à notre avis, s'intéresser à démontrer la stabilité de l'IDPESQ dans le temps (la persistance de la détresse psychologique).

Des chercheurs ont, par ailleurs, souligné la confusion possible entre certaines réactions normales de la détresse psychologique avec la présence d'un trouble psychiatrique cliniquement identifiable (Radloff, 1977). Dans une perspective épidémiologique, cette confusion est d'autant plus problématique qu'elle peut entraîner de fausses conclusions quant à l'évaluation de la santé mentale de la population. Boyer (1990), dans une récente synthèse de la littérature épidémiologique montre, en particulier, comment l'utilisation des mesures de détresse psychologique peut conduire à surestimer la prévalence des troubles psychiatriques chez les femmes. Il devient alors difficile pour les planificateurs de s'appuyer sur la prévalence de la détresse psychologique dans la population pour définir précisément les besoins de cette dernière en matière de services psychiatriques. Des recherches devraient donc être réalisées pour déterminer la validité clinique de cet instrument par rapport à un diagnostic étalon. Le Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins, Regier, 1991) pourrait être retenu pour cette investigation. Ceci permettrait de déterminer si, pratiquement, l'IDPESQ apparaît comme un outil pouvant être avantageusement utilisé dans une étude épidémiologique pour identifier des groupes particulièrement à risque de présenter un problème de santé mentale ou ayant besoin d'une intervention particulière.

Dans une étude réalisée en 1988, Kovess et Fournier (1988) ont comparé une version auto-administrée du DIS, le DISSA, au diagnostic d'un médecin utilisant une grille DSM-III. Ces chercheuses rapportent, aussi, certains résultats comparant le PSI auto-administré à ce diagnostic médical. Pour le diagnostic de dépression majeure, ces auteurs rapportent des coefficients de sensibilité et de spécificité du PSI auto-administré (le cutpoint étant fixé au 85^{ième} percentile) de 40,9% et de 86,1% respectivement. Pour le diagnostic d'anxiété généralisée, les coefficients de sensibilité et de spécificité sont de 57,1% et de 93,2% respectivement. Toutefois, comme ces auteurs

le soulignent, le diagnostic médical établit une prévalence à vie du trouble clinique alors que le PSI auto-administré se réfère à la dernière semaine. Ces résultats ont donc une portée limitée dans la démonstration de la validité clinique de l'IDPESQ.

Notons finalement que, pour les besoins de cette étude, nous avons utilisé la catégorisation des niveaux de détresse psychologique proposés par Ilfeld, les scores supérieurs ou égaux au 85^{ième} percentile définissant le niveau élevé de détresse psychologique. Les auteurs des premiers résultats publiés par Santé Québec ont, pour les besoins de leur étude, utilisé une catégorisation différente: les quintiles. En définitive, le seuil de positivité établissant le meilleur niveau de sensibilité et de spécificité pourrait être établi lors de l'étude de la validité clinique de l'IDPESQ par une analyse de type ROC (Metz, 1986).

Quoique l'IDPESQ ne constitue pas un outil diagnostique, il est apparu, à la lumière des données de l'enquête Santé Québec, comme un bon indicateur de la présence d'idées suicidaires, de la consultation des services de santé mentale et de l'hospitalisation pour un problème de santé mentale. Les répondant(e)s ayant un indice égal ou supérieur au 85^{ième} percentile sur l'échelle de détresse psychologique présentaient une probabilité 5 fois supérieure aux autres répondant(e)s d'avoir consulté pour un problème de santé mentale durant la dernière année; une probabilité 6 fois supérieure aux autres répondant(e)s d'avoir été hospitalisé pour ce type de problème durant la même période et une probabilité 9 fois supérieure aux autres répondant(e)s d'avoir eu des idées suicidaires durant cette période.

Nos résultats doivent être interprétés à la lumière de ceux rapportés par Shapiro et al. (1984) qui, en se basant sur les données en provenance de trois sites du programme ECA, ont démontré qu'une très forte proportion de personnes avec un diagnostic psychiatrique récent ne consultaient aucun professionnel de la santé pour leur problème d'ordre psychologique et qu'une proportion significative des ressources en santé mentale étaient utilisées par des personnes ne souffrant d'aucun problème psychiatrique diagnostiqué. De leur côté, Berkanovic et al. (1988), soutiennent qu'il faut distinguer les visites initiées par les patients de celles requises par le médecin et suggèrent qu'il n'y aurait pas plus de consultations médicales initiées par les personnes démoralisées que par d'autres. Ils avancent, en outre, qu'il n'y aurait pas plus de visites médicales non nécessaires faites par les personnes démoralisées que par les autres. Une plus grande spécification des questions, utilisées dans l'enquête Santé Québec pour évaluer la consultation médicale, aurait

été nécessaire pour déterminer comment la détresse psychologique affecte la demande de services de santé. Les réponses qui pourraient être apportées à cette question permettraient aussi de déterminer l'utilité de l'IDPESQ dans le cadre d'une enquête épidémiologique.

Soulignons que, dans l'enquête Santé Québec, la consultation médicale était rapportée par un tiers. Il apparaît probable que ce fait ait conduit à une sous-estimation de l'association entre la détresse psychologique et les diverses mesures de l'état de santé mentionnées précédemment. Il apparaît donc utile d'envisager la réalisation d'une étude complémentaire associant les données de l'enquête Santé Québec à celles du registre de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour déterminer avec plus de justesse la relation entre un niveau élevé de détresse psychologique et l'utilisation ultérieure des services de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Allen, M.J. Yen, W.M. *Introduction to Measurement Theory*, Monterey: Brooks and Cole, (1979).

Berkanovic, E. Hurwicz, M.L. Landsverk, J. «Psychological Distress and the Decision to Seek Medical Care», dans *Soc. Sci. Med.*, Vol. 27, no. 11, (1988), p. 1215-1221.

Bland, R.C. Newman, S.C. Orn, H. «Period Prevalence of Psychiatric Disorders» in Edmonton dans *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 77, supp. 338, (1988), p. 33-42.

Bland, R.C. Orn, H. Newman, S.C. «Lifetime Prevalence of Psychiatric Disorders» in Edmonton, dans *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 77, supp. 338, (1988), p. 24-32.

Bollen, K.A. *Structural Equations With Latent Variables*, Wiley-Interscience Publication, (1989).

Boyer, R., Sur l'épidémiologie des maladies mentales: mise à jour des données récentes, dans *Santé mentale au Québec*, vol. XV(2), nov. 1990, p. 73-88.

Brisson, J. *Projets-pilotes de l'enquête Santé Québec menés sur les territoires des DSC de Verdun et de Rimouski : évaluation méthodologique*, (1985).

Craig, T.J. Van Natta, P.A. «Influence of Demographic Characteristics on Two Measures of Depressive Symptoms», dans *Archives of General Psychiatry*, vol. 36, (1979), p. 149-154.

Crandeli, D.L. Dohrenwend, B.P. «Some Relations Among Psychiatric Symptoms, Organic Illness, and Social Class», dans *American Journal of Psychiatry*, vol. 123, p. 1527-38.

Derogatis, L. Lipman, R. Covi, L. Rickels, K. Uhlenhuth, E. «Dimensions of Outpatient Neurotic Pathology: Comparaison of a Clinical Versus an Empirical Assessment», dans *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (1970), vol. 34, p. 164-171.

Dupuy, H. «Utility of the National Center for Health Statistics General Well Being Schedule in the Assessment of Self-Representations of Subjective Well-Being and Distress», dans *National Conference on Education in Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Programs*, Washington, D.C.: DHEW in Link, B., Dohrenwend, B., op. cit.

Eaton, W.W. et al. «The Incidence of Specific DIS/DSM-III Mental Disorders: Data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program», dans *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 79, (1989), p. 163-178.

Fienberg, SE. *The Analysis of Cross-Classified Categorical Data*, MIT Press, second edition, (1980).

Frank, JD. *Persuasion and Healing*, Jonh Hopkins University Press, Baltimore 1961; 2^e édition (1973) in Link, B., Dohrenwend, B., op. cit.

Ilfeld, FW. «Further Validation of a Psychiatric Symptom Index in a Normal Population», dans *Psychological Report*, (1976), vol. 39, p. 1215-1228.

Ilfeld, FW. «Psychologic Status of Community Residents along Major Demographic Dimensions», *Archives of General Psychiatry*, (1978), vol. 35, p: 716-724.

Jöreskog, KG. Sörbom, D., LISREL VII, Mooresville : Scientific Software, (1989).

Kovess, V. *Evaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski*, tomes 1 et 2, Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun, (1985).

Kovess, V. Fournier, L. *A Short and Effective Mesure of Mental Health Disorders and a Comparaison of Two Strategies: Final Report #6605-216-46*, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, (1988).

Langner, TS. «A Twenty-Two Item Screening Score of Psychiatric Symptoms Indicating Impairment», dans *Journal of Health and Human Behavior*, vol. 3, (1962), p. 269-76 in Link, B., Dohrenwend, B. op. cit.

Link, B. Dohrenwend, BP. *Formulation of Hypotheses About the True Prevalence of Demoralization in the United States*, in *Mental Illness Estimates for the Unites States in the Eighties*, Praeger, New-York, (1980), p. 114-132.

Macmillan, AM. «The Health Opinion Survey: Technique for Estimating Prevalence of Psychoneurotic and Related Types of Disorder in Communities», dans *Psychological Reports*, (1957), vol. 3, p. 325-9 in Link B., Dohrenwend, B., op. cit.

Metz, C.E., ROC Methodology in Radiology Imaging, dans *Investigate Radiology*, 1986; 21. 720-733.

Muthen, B.O., Dichotomus Factor Analysis of Symptom Data, dans *Sociological Methods and Research*, 1989.

Myers, JK. et al. «Six-Months Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities», dans *Archives of General Psychiatry*, vol. 41, no. 10, (1984), p. 959-970.

Perrault, C., *L'Enquête Santé Québec et la santé mentale des Québécois: cadre conceptuel et méthodologie*, Santé mentale au Québec, XIV, (1989), p. 132-143.

Radloff, LS. «The Ces-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in the Population», dans *Applied Psychological Measurements*, vol. 1, (1977), p. 385-401 in Link, B. Dohrenwend, B. op. cit.

Robins, LN. et al. «Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Communities», dans *Archives of General Psychiatry*, vol. 41, no. 10, (1984), p. 949-958.

Seller, LH. «The 22-item Scale Used in Field Studies of Mental Illness : A Question of Method, a Question of Substance, and a Question of Theory», dans *Journal of Health and Social Behavior* vol. 14, (1973), p. 252-64, in Link, B., Dohrenwend, B., op. cit.

Shapiro, S. Skinner, EA. et al. «Utilization of Mental Health Services: Three Epidemiologic Catchment Area Sites», dans *Archives of General Psychiatry*, vol. 41, (1984), p. 971-978.

Tabachnick, BG. Fidell, LS. *Using Multivariate Statistics*. Harper and Row, Publishers, New York, (1983), 509 pages.

Uhlenhuth Lipman, R. Alter, M. Stren, M. «Symptom Intensity and Life Stress in the City», dans *Archives of General Psychiatry*, vol. 31, (1974), p. 759-764.

ANNEXE 1

MATRICE DE CORRÉLATION DES 29 ITEMS DE L'IDPESQ

	FACTEUR DEPRESSION														FACTEUR ANXIÉTÉ					FACTEUR IRRITABILITÉ				FACTEUR COGNITIF									
	V1	V5	V6	V8	V10	V14	V18	V19	V21	V24	V2	V3	V9	V11	V13	V15	V16	V20	V22	V23	V29	V12	V25	V26	V27	V4	V7	V17	V28	TOT			
V1	1,00																																
V5	,30	1,00																															
V6	,26	,48	1,00																														
V8	,29	,20	,24	1,00																													
V10	,37	,54	,50	,27	1,00																												
V14	,37	,45	,42	,33	,50	1,00																											
V18	,35	,27	,22	,27	,32	,30	1,00																										
V19	,30	,40	,41	,22	,45	,40	,30	1,00																									
V21	,31	,24	,25	,23	,27	,32	,33	,32	1,00																								
V24	,19	,35	,32	,14	,35	,30	,18	,33	,26	1,00																							
V2	,36	,21	,20	,16	,22	,22	,22	,28	,28	,16	1,00																						
V3	,37	,26	,24	,21	,28	,25	,29	,26	,24	,21	,38	1,00																					
V9	,33	,22	,18	,27	,27	,27	,28	,24	,19	,15	,26	,35	1,00																				
V11	,39	,39	,36	,27	,53	,47	,32	,36	,24	,27	,20	,29	,27	1,00																			
V13	,28	,18	,19	,19	,21	,31	,26	,23	,26	,18	,25	,23	,26	,25	1,00																		
V15	,21	,22	,24	,12	,22	,23	,21	,26	,24	,23	,25	,26	,21	,23	,21	1,00																	
V16	,32	,46	,39	,21	,47	,47	,29	,43	,27	,32	,25	,29	,20	,45	,27	,33	1,00																
V20	,32	,22	,20	,22	,25	,29	,30	,32	,30	,25	,34	,44	,33	,27	,29	,24	,24	1,00															
V22	,22	,23	,21	,20	,24	,27	,16	,23	,20	,22	,20	,21	,24	,24	,20	,18	,34	,29	1,00														
V23	,38	,40	,34	,24	,47	,45	,40	,45	,33	,30	,25	,33	,29	,56	,31	,29	,52	,32	,32	1,00													
V29	,37	,27	,21	,24	,27	,30	,31	,26	,23	,17	,25	,27	,30	,34	,28	,22	,29	,29	,21	,35	1,00												
V12	,23	,28	,24	,21	,39	,36	,20	,28	,17	,18	,15	,17	,22	,42	,21	,21	,32	,17	,18	,34	,19	1,00											
V25	,25	,36	,34	,24	,42	,23	,33	,22	,38	,14	,18	,17	,39	,22	,19	,41	,26	,30	,43	,25	,37	,25	1,00										
V26	,31	,34	,29	,27	,43	,45	,29	,38	,22	,26	,21	,26	,25	,48	,28	,22	,40	,30	,27	,49	,34	,50	,55	1,00									
V27	,24	,28	,22	,16	,38	,35	,22	,28	,20	,22	,16	,23	,19	,34	,23	,22	,30	,21	,21	,38	,24	,52	,43	,55	1,00								
V4	,41	,38	,29	,22	,37	,41	,34	,30	,24	,19	,28	,34	,28	,41	,20	,28	,37	,24	,24	,38	,31	,31	,32	,34	,28	1,00							
V7	,26	,25	,25	,24	,26	,34	,26	,24	,18	,16	,20	,25	,28	,28	,22	,24	,27	,21	,21	,28	,27	,26	,25	,27	,20	,44	1,00						
V17	,26	,20	,18	,28	,21	,30	,28	,20	,18	,11	,18	,21	,23	,27	,19	,20	,21	,23	,24	,27	,28	,21	,27	,20	,19	,39	,60	1,00					
V28	,24	,34	,30	,24	,36	,37	,26	,32	,21	,22	,20	,19	,24	,31	,21	,22	,37	,22	,29	,37	,27	,27	,40	,37	,38	,36	,33	,32	1,00				
TOT	,60	,60	,56	,46	,68	,67	,55	,60	,48	,44	,44	,52	,49	,67	,47	,44	,64	,51	,44	,70	,34	,53	,59	,66	,55	,62	,52	,49	,56	1,00			

N=2018

ANNEXE 2

LISTE DES 29 ITEMS COMPOSANT L'INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DE L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC (IDPESQ)

FACTEUR ANXIÉTÉ (Au cours de la dernière semaine...)

- v2 Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous allez vous évanouir?
- v3 Avez-vous senti que votre coeur battait vite ou fort sans avoir fait d'effort physique?
- v9 Avez-vous transpiré sans avoir travaillé fort ou avoir eu trop chaud?
- *v11 Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?
- v13 Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac?
- v15 Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient?
- *v16 Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?
- v20 Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle?
- v22 Avez-vous du éviter des endroits, des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur?
- *v23 Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux (se) intérieurement?
- v29 Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre cou, votre dos ou d'autres muscles?

FACTEUR DÉPRESSIF

- v1 Vous êtes-vous senti(e) ralenti(e) ou avez-vous manqué d'énergie?
- *v5 Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?
- *v6 Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?
- v8 Avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans votre vie sexuelle?
- *v10 Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les bleus?
- *v14 Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?
- v18 Avez-vous des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?
- *v19 Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?
- v21 Avez-vous manqué d'appétit?
- v24 Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours?

FACTEUR IRRITABILITÉ

- *v12 Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?
- *v25 Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?
- *v26 Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?
- *v27 Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?

FACTEUR PROBLÈMES COGNITIFS

- v4 Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer?
- *v7 Avez-vous eu des blancs de mémoire?
- *v17 Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?
- v28 Avez-vous eu des difficultés à prendre des décisions?

* Désigne les questions appartenant à l'échelle de 14 items.

G 8756

ex.2

Préville, M. et al.

AUTEUR	La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée ds l'Enquête Santé Québec.		
TITRE			
DATE	NUMÉRO DU LECTEUR	DATE	NUMÉRO DU LECTEUR

G 8756

ex.2



Gouvernement du Québec
**Ministère de la Santé et
des Services sociaux**