

## A B R É G É

S'il est admis que le bien-être est plus que l'image inversée de la détresse psychologique et qu'il recouvre des composantes affectives et cognitives, les dimensions sous-jacentes à ce concept sont mal connues. Cet article présente les résultats des validations de contenu, de construit et concomitante d'une nouvelle Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-être Psychologique (EMMBEP). Son originalité est de reposer sur une liste initiale de manifestations d'une bonne santé psychologique rapportées par une population non clinique dans le cadre d'épisodes vécus. Les dimensions factorielles identifiées ne reposent donc plus sur le modèle théorique qu'en proposent leurs auteurs mais sur les construits qui structurent le contenu populaire du bien-être. Nous concluons à la pertinence de coupler des mesures de la santé mentale positive aux mesures de la détresse dans les enquêtes épidémiologiques et de santé publique.

## A B S T R A C T

Psychological well-being scales used in epidemiologic surveys usually show high construct validity. The content validation, however, is less convincing since these scales rest on lists of items that reflect the theoretical model of the authors. In this study we present results of the construct and criterion validation of a new Well-Being Manifestations Measure Scale (WBMMS) founded on an initial list of manifestations derived from an original content validation in a general population. It is concluded that national and public health epidemiologic surveys should include both measures of positive and negative mental health.

# Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'EMMBEP

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

Il est généralement reconnu aujourd'hui que le niveau de santé mentale ne peut être évalué qu'à partir des seules réactions négatives telles la dépression ou l'anxiété. Seule l'intégration de mesures des émotions positives et de la satisfaction face à soi et à la vie permet d'en obtenir un portrait plus complet.<sup>1</sup> Bien que corrélée avec le niveau de détresse, la santé mentale positive est une composante indépendante méritant d'être considérée en parallèle.<sup>2</sup> Nous avons nous même déjà montré<sup>3</sup> que la détresse et le bien-être psychologique ne sont ni les pôles opposés d'un concept latent unique et unifactoriel ni des concepts complètement indépendants mais plutôt deux dimensions corrélées d'un construit latent bi-dimensionnel de santé mentale. Nous concluons, alors, à la pertinence de coupler les mesures de la détresse et du bien-être psychologique dans les enquêtes visant la mesure de l'état global de santé mentale dans les populations non cliniques.

Afin de mesurer ce concept autonome de santé mentale positive, deux approches alternatives aux outils de mesure d'une détresse psychologique non spécifique se développèrent. On proposa d'abord des mesures de la santé émotionnelle (par ex., la mesure de l'équilibre émotionnel de

Bradburn<sup>4</sup> et des mesures conjuguant des symptômes de détresse à des signes de bien-être (le General Well-Being Schedule de Dupuy,<sup>5</sup> le Mental Health Inventory de Ware<sup>6</sup>), puis des mesures, plus cognitives, de la satisfaction face à la vie ou de la «qualité de la vie» ou de ce que Parmentier<sup>7</sup> considère comme des mesures d'un 'bien-être psychologique objectif' (Voir références 1 et 8-10 pour des revues de telles échelles).

S'il est généralement reconnu que le concept de bien-être subjectif doit être défini et mesuré à travers des composantes autant affectives (émotions positives, affects négatifs) que cognitives (satisfaction face à la vie, moral),<sup>1,8</sup> le débat n'en est pas clos pour autant quant à l'importance relative de ces deux composantes. Alors qu'Okun et Stock<sup>11,p.481</sup> réduisent le bien-être à «un construit parapluie qui fait référence aux réactions affectives des individus à leurs expériences de vie sur un continuum positif-négatif», d'autres, à l'inverse, insistent sur les composantes cognitives du bien-être en y voyant «une estimation réfléchie de la qualité de la vie globale, un jugement sur la satisfaction face à la vie.»<sup>12,p.5</sup> Le bonheur, autre composante de base du bien-être subjectif, est, lui aussi, défini à travers des composantes à la fois affective (un niveau d'affects hédoniques défini par l'équilibre entre des expériences affectives plus ou moins plaisantes) et cognitive (perception que les attentes et désirs ont été comblés).<sup>13</sup> Les recherches semblent toutefois confirmer que, partiellement indépendantes, ces composantes «sont néanmoins suffisamment corrélées pour confirmer qu'elles sont les dimensions d'un construit hiérarchiquement supérieur.»<sup>1,p.108</sup>

On est aussi loin d'un consensus quant aux dimensions couvertes par chacune de

1. Département d'anthropologie, Université Laval, Québec

2. Direction de la santé publique, Montréal

3. Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal

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

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

ces deux composantes. Les outils de mesure actuels parlent de dimensions factorielles référant aux «affects positifs», aux «liens émotifs» et au «contrôle émotionnel et comportemental» (le Mental Health Inventory<sup>2</sup>), à l'«énergie», à l'«auto-contrôle des affects», aux «soucis», aux «humeurs», à la «santé générale», aux «tensions» et à la «satisfaction face à la vie» (le General Well-Being Schedule de Dupuy<sup>5</sup>). Le volet cognitif est quant à lui divisé en sous-domaines de satisfaction face à la vie familiale, professionnelle, sentimentale, etc.

Globalement, il apparaît clairement que la notion de bien-être psychologique représente une composante fondamentale de la notion globale de qualité de la vie et un indicateur psychosocial important qui mérite d'être pris en considération. Le présent article présente donc les résultats d'une démarche originale d'élaboration, puis de validation, d'un tel outil de mesure du bien-être psychologique, l'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (ÉMMBEP). Son originalité réside dans la constitution d'une banque initiale de signes de santé psychologique positive rapportés par des Québécois à travers des récits de périodes de vie marquées par une bonne «santé psychologique». Cette démarche ethnosémantique initiale confère un haut niveau de validité de contenu à la liste de signes de bien-être retenus pour les analyses de fidélité et de validité concomitante tout en permettant une analyse originale des dimensions sous-jacentes de ce concept de bien-être. Elle suit la même logique méthodologique que celle retenue pour la construction, dans un autre volet du même projet, d'un outil de mesure de la détresse psychologique (voir Massé et al.<sup>14</sup>).

## MÉTHODE

La banque initiale de signes de bien-être psychologique provient d'une étude ethnosémantique réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 195 résidents francophones de la région de Montréal. Dans le cadre d'entrevues semi-dirigées, les répondants ont rapporté, dans le détail, les signes ou manifestations qu'ils percevaient comme caractéristiques d'une période au cours de la dernière année où vous vous êtes senti(e)

**TABLEAU I**  
**Caractéristiques sociodémographiques des répondants échantillonnés (n=398)**

Caractéristiques sociodémographiques	N	%
Sexe		
Hommes	197	49,5
Femmes	201	51,5
Âge (ans)		
15-24	48	12,1
25-34	70	17,6
35-44	82	20,6
45-54	76	19,1
55-64	51	12,8
65 et plus	71	17,8
Âge moyen=46,3 ans; écart-type = 17,3		
Nés au Québec	345	86,7
Nés au Canada	5	1,3
Nés hors Canada	48	12,0
Scolarité		
Secondaire non complété	104	26,2
Secondaire complété	106	26,8
Post-secondaire sans diplôme universitaire	80	20,2
Universitaire avec diplôme	106	26,8
Non spécifié	2	—
Nb. d'années moyen = 13,1; écart-type = 4,1		
Statut d'emploi		
Salarié	141	35,1
Travailleur indépendant	24	6,0
Chômeur, assisté social	70	17,5
Étudiant	41	10,3
Retraité	91	22,8
Ménagère	33	8,3

particulièrement en bonne santé psychologique». Des questions ouvertes portant spécifiquement sur les manifestations somatiques, affectives, cognitives et comportementales suivaient une première question ouverte qui incitait les répondants à décrire leur «état d'être en général» durant cette période. La durée médiane rapportée des 192 épisodes de bien-être analysés fut de dix mois et seulement 45 % de ces périodes de référence durèrent moins de six mois. Les manifestations rapportées de bien-être constituent donc des signes présents sur une longue durée et non des signes réactionnels passagés. Au total, 1 718 signes de bien-être ont été rapportés qui furent regroupés en 100 types de signes ventilés sous 37 sous-catégories et 4 grands domaines (signes physiques, comportementaux, cognitifs, émotifs/affectifs). La méthode retenue est une démarche mixte d'analyse de contenu thématique et de théorisation ancrée via l'intégration d'une démarche itérative et de comparaison constante dans la construction des catégories de manifestations de bien-être. Une liste initiale de 76 items fut constituée en respectant les critères suivants : a) respect de l'importance relative du nombre d'items

dans les quatre grands domaines, et au moins un item représentant chacune des 37 sous-catégories de signes (par ex., bon sommeil, absence de stress, estime de soi, sentiments amoureux); b) fréquence minimale de mention dans les récits. Les items furent formulés dans le respect du parler québécois populaire tout en demeurant intelligibles pour les francophones d'autres origines ethniques. Une version anglaise de l'outil fut produite en recourant à la méthode de rétrotraduction (Voir Massé et al.<sup>15</sup> pour plus de détails).

La validation de cet outil initial fut réalisée auprès d'un échantillon aléatoire stratifié selon l'âge, le sexe et le statut socio-économique de 400 répondants parlant français de toutes origines ethniques et résidant dans la grande région de Montréal (tableau I). Ils furent invités par un intervieweur, à domicile, à indiquer s'ils avaient, au cours du dernier mois, expérimenté ces signes de bien-être jamais (1), rarement (2), la moitié du temps (3), fréquemment (4) ou presque toujours (5). Le cadre temporel d'un mois fut retenu à l'instar d'autres mesures telles le Mental Health Inventory,<sup>2</sup> et le General Well-Being Schedule.<sup>5</sup> La stabilité temporelle

**TABLEAU II**  
**Échelle de Bien-être (version courte)**

Facteurs	Corrélation entre facteurs						Beta				Communauté total et lorsque	Alpha de Cronbach* l'item est éliminé		
	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f1	f2	f3	f4			f5	f6
1. Estime de soi	1,00	0,37	0,33	0,47	0,45	0,43							4 items	0,79
19. Je me suis senti(e) en confiance							0,38	—	—	—	—	—	0,60	0,71
22. Je me suis senti(e) aimé(e) et apprécié(e)							0,61	—	—	—	—	—	0,54	0,75
27. J'étais satisfait(e) de mes réalisations, j'étais fière de moi							0,40	—	—	—	—	—	0,50	0,75
21. Je me suis senti(e) utile							0,45	—	—	—	—	—	0,47	0,74
2. Équilibre	1,00	0,12	0,36	0,39	0,33								4 items	0,75
75. Je me suis senti(e) équilibré(e) émotionnellement							—	0,38	—	—	0,35	—	0,65	0,67
68. J'ai été égal(e) à moi-même, naturel(le), en toutes circonstances							—	0,53	—	—	—	—	0,52	0,70
67. J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès							—	0,66	—	—	—	—	0,49	0,70
72. Ma vie était bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles							0,29	0,31	—	—	—	—	0,42	0,72
3. Engagement social		1,00	0,29	0,36	0,35								4 items	0,71
76. J'avais des buts, des ambitions							—	—	0,51	—	—	—	0,46	0,63
62. J'étais curieux(se), je m'intéressais à toutes sortes de choses							—	—	0,55	—	—	—	0,44	0,64
49. J'ai été fonceur(se), j'ai entrepris plein de choses							—	—	0,40	—	—	—	0,44	0,64
44. J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférées							—	—	0,39	—	—	—	0,40	0,67
4. Sociabilité			1,00	0,49	0,30								4 items	0,75
30. J'avais facilement un beau sourire							—	—	—	0,68	—	—	0,69	0,63
35. J'avais beaucoup d'humour, je faisais rire mes amis							—	—	0,34	0,56	—	—	0,54	0,74
45. J'avais une bonne écoute pour mes amis							—	—	—	0,47	—	—	0,48	0,67
31. J'ai été en bon terme avec mon entourage							—	—	—	0,35	—	—	0,42	0,71
5. Contrôle de soi et des événements					1,00	0,41							4 items	0,75
25. J'ai su affronter positivement des situations difficiles							—	—	—	—	0,72	—	0,54	0,68
55. J'ai pu faire la part des choses lorsque confronté(e) à des situations complexes							—	—	—	—	0,56	—	0,51	0,68
50. J'ai facilement trouvé des solutions à mes problèmes							—	—	—	—	0,36	—	0,47	0,70
39. J'étais plutôt calme, posé(e)							—	—	—	—	0,42	0,34	0,52	0,72
6. Bonheur						1,00							5 items	0,85
15. J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie							—	—	—	—	—	0,60	0,65	0,79
12. J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même							—	—	—	—	—	0,55	0,64	0,81
10. J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter							—	—	—	—	—	0,58	0,63	0,80
8. J'avais un bon moral							—	—	—	—	—	0,39	0,50	0,83
3. Je me suis senti(e) en santé, en pleine forme							—	—	—	—	—	0,63	0,50	0,50

Variance expliquée: Factorielle = 52 %  
Composantes principales = 63,4 %

\* Valeurs globales pour chacune des sous-échelles et valeur de l'indice si l'item était retiré.

des symptômes fut évaluée en resoumettant le questionnaire à un sous-échantillon de 120 répondants 5 à 8 jours après la première entrevue et en calculant des indices Kappa pour chacun des items. La validation de construit fut réalisée par le biais d'analyses factorielles utilisant diverses procédures d'extraction (PAF, ML, ALPHA) et explorant la performance de solutions orthogonale et oblique. Les items présentant une faible communauté avec les facteurs (>0,35), une corrélation inter-

items supérieure à 0,80 ou une forte parenté de sens furent retirés. L'homogénéité interne de l'échelle globale et des sous-échelles factorielles fut évaluée à l'aide du Alpha de Cronbach.

La validité concomitante de l'échelle finale fut évaluée à l'aide d'une série de régressions logistiques qui mesurent l'effet du niveau de bien-être (contrôlé pour le sexe, l'âge, le revenu familial et le nombre d'années de scolarité) sur le risque de présenter sept facteurs concomitants. Les

trois premiers sont une augmentation de la consommation d'alcool au cours du dernier mois, l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois et le fait d'avoir consulté un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale au cours du dernier mois. Quatre autres facteurs représentent des formes d'autoévaluation de l'état de santé mentale. Il s'agit d'abord de s'être autodiagnostiqué comme ayant vécu une dépression, un épuisement, une

**TABLEAU III**  
**Résultats des régressions logistiques exprimant l'influence du niveau de bien-être psychologique sur les risques de présenter les facteurs concomitants**

B: Coefficient de régression

ET(B): Erreur type de B

RC=exp(B) Ratio de Cote

IC(RC)<sub>0,95</sub> = [e<sup>(B-1,96SE(B))</sup>; e<sup>(B+1,96SE(B))</sup>] Intervalle de confiance

Facteurs concomitants	Constante	Âge 16-87 ans	Genre (masc.)	Revenu familial > 12 000\$	Années de scolarité (0-25)	Score brut détresse (1-4,70)
Augmentation consommation d'alcool	3,028 ±1,332		-1,243 ±0,559 0,29 [1,28;9,48]			-1,494 ±0,365 0,22 [0,11;0,46]
Augmentation consommation de psychotropes		0,044 ±0,009 1,04 [1,03;1,06]				0,874 ±0,219 0,42 [0,27;0,64]
Recours à un professionnel de la santé	3,094 ±1,032				-0,092 ±0,039 0,91 [0,84;0,99]	-0,957 ±0,224 0,38 [0,25;0,60]
Peu ou pas satisfait de sa vie en général	5,945 ±1,154			1,248 ±0,511 3,48 [1,28;9,48]		-2,146 ±0,304 0,12 [0,06;0,21]
Autodiagnostic de dépression, épuisement	4,690 ±0,786					-1,350 ±0,199 0,26 [0,18;0,38]
Auto-évaluation négative de santé psychologique	9,537 ±1,401				-0,116 ±0,045 0,89 [0,82;0,97]	-2,633 ±0,334 0,07 [0,04;0,14]
Auto-évaluation négative état de santé général	4,499 ±0,976				-0,114 ±0,036 0,89 [0,83;0,96]	-1,147 ±0,211 0,32 [0,21;0,48]

crise d'anxiété, d'angoisse ou d'instabilité émotionnelle au cours du dernier mois et des réponses aux trois questions suivantes : 1) comparativement à d'autres personnes, diriez-vous que votre santé est, en général, excellente (1) à mauvaise (5); 2) comment qualifieriez-vous votre état de santé psychologique au cours du dernier mois? («excellent» (1) à «mauvais» (5)); 3) dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie en général? («très satisfait» (1), «pas du tout satisfait» (4)).

## RÉSULTATS

Les résultats des analyses factorielles exploratoires (solution oblique, extraction PAF) nous ont permis de construire une première version longue de l'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique comprenant 47 items

regroupés sous six dimensions factorielles. La variance expliquée est de 49,2 % (55,6 % pour l'analyse en composantes principales). Ces facteurs sont 1) le contrôle de soi et des événements (14 items, alpha=0,91), 2) le bonheur (8 items, alpha=0,90), 3) l'engagement social (6 items, alpha=0,78), 4) l'estime de soi (6 items, alpha=0,84), 5) l'équilibre (7 items, alpha=0,82) et 6) la sociabilité (6 items, alpha=0,83). Tous ces items présentent des communautés supérieures à 0,36. Neuf des 76 items initiaux furent retirés présentant des kappa inférieurs à 0,25 à la comparaison test-retest.

Une seconde version courte comportant 25 items fut aussi construite dont les paramètres sont présentés au tableau II. Elle fut préparée en retirant, à l'intérieur de chacun des six facteurs initiaux, les items ayant les communautés les plus faibles et l'un de

ceux présentant une forte corrélation dans une paire d'items à l'intérieur d'un même facteur et ce, dans le souci de respecter la représentation des sous-catégories les plus importantes de signes de bien-être à l'étape ethnosémantique. La corrélation entre les résultats bruts obtenus aux versions longues et courtes étant de r=0,98, nous présentons ici les résultats de la validation de la seule version courte.

Nous observons au tableau II que la réduction du nombre d'items par facteur à quatre ou cinq entraîne une diminution de la valeur des alpha de Cronbach qui varient entre 0,71 et 0,85 pour chacune des dimensions, alpha qui demeure élevé (0,93) pour l'ensemble de l'échelle (0,96 pour la version longue). La variance expliquée est de 52,1 % (solution oblique, extraction PAF) et de 63,4 % pour l'analyse en composantes principales.

Les résultats bruts obtenus sont fortement associés avec les divers facteurs concomitants. Le tableau III montre que, même une fois contrôlés pour divers facteurs socio-démographiques, les risques d'une augmentation de la consommation d'alcool ou de médicaments psycho-actifs, de recours à un professionnel de la santé sont considérablement réduits par une augmentation du niveau de bien-être. Une augmentation du niveau de bien-être est aussi fortement associée avec des auto-évaluations de l'état de santé en général et de la santé psychologique en particulier (ratio de cote=0,07). Notons aussi que le niveau de bien-être est clairement et positivement associé avec la satisfaction face à la vie en général.

## DISCUSSION

L'originalité de notre démarche et la principale force de l'ÉMMBEP résident dans le niveau élevé de validité de contenu de la notion de santé psychologique positive mesuré par l'outil. Souvent, cette étape de validation se résume à une vérification de la clarté dans la formulation des items<sup>9</sup> ou, au mieux, on confronte le contenu de l'outil à un contenu théorique défini par consensus d'experts. Définie à partir des narrations descriptives de phases vécues de «bonne santé psychologique», la santé mentale positive repose ici sur la définition qu'en donne la population elle-même à travers les manifestations qu'elle y associe dans le vécu quotidien. Il s'agit d'une démarche ethnosémantique fondée sur un inventaire de la multiplicité des signes par lesquels une population expérimente et communique sa santé psychologique. Ces signes sont alors considérés comme les composantes de base d'un vocabulaire du bien-être à partir duquel les individus construisent un «discours» exprimé à travers tant leurs gestes et émotions quotidiennes qu'à travers les récits qu'ils en font à l'entourage et aux chercheurs. Loin de constituer un «*symptoms checklist*», l'ÉMMBEP regroupe un échantillon représentatif des manifestations à travers lesquelles le bien-être est vécu et communiqué.

Ce contenu populaire de la santé psychologique se structure autour de six

dimensions ou construits qui ne sont pas que la simple image inversée des quatre dimensions factorielles que la même démarche méthodologique a mise à jour pour le cas de la santé mentale négative (la détresse psychologique). Rappelons que des analyses factorielles confirmatives réalisées à partir des six facteurs de bien-être et des quatre facteurs de détresse ont confirmé l'adéquation d'un modèle à trois niveaux dans lequel ces deux groupes de facteurs définissent, chacun, des construits latents de détresse et de bien-être corrélés à  $r=-0,65$ , et que ces derniers définissent à leur tour un construit de troisième niveau de santé mentale globale.<sup>14</sup>

La santé psychologique des Québécois francophones donc s'exprime et est évaluée par la population elle-même à travers les manifestations ou signes suivants : 1) une estime de soi définie par le fait de se sentir en confiance, apprécié et aimé, utile, fier de soi et satisfait de ses réalisations; 2) un équilibre ou une stabilité qui s'exprime au niveau émotif mais aussi au niveau des activités professionnelle et familiale; 3) un engagement social s'exprimant à travers l'intérêt pour ce qui se passe autour de nous, le goût de pratiquer des activités de loisir, le fait d'avoir des ambitions et le goût d'entreprendre des activités; 4) une propension à socialiser avec l'entourage dans l'humour, la joie tout en étant à l'écoute des autres; 5) un sentiment de contrôle de soi et des événements, de se sentir capable d'affronter de façon constructive et dans le calme les difficultés de la vie; et enfin, 6) par le fait de se sentir bien dans sa peau, de jouir de la vie, d'avoir un bon moral, de se sentir en forme, tous signes que nous avons regroupés sous l'étiquette du bonheur.

Plusieurs des items ont une forte composante émotionnelle; on y fait référence à des sensations émotives (je me suis senti(e) en confiance, aimé(e), équilibré(e), etc.) et à des humeurs (goût de s'amuser, calme, jouir de la vie). D'autres sont plutôt à caractère cognitif (par ex., avoir su affronter des situations, avoir trouvé des solutions à ses problèmes). D'autres enfin véhiculent un fort contenu évaluatif impliquant une évaluation-bilan d'un degré de satisfaction face à certaines situations (par ex., reconnaître avoir été égal à soi-même; avoir vécu avec

modération; avoir eu des buts; une bonne écoute avec les autres) ou des évaluations-bilans de son moral (avoir eu un bon moral), de sa santé (s'être senti(e) en forme, en santé) ou encore de son bien-être global représenté dans le discours populaire par l'idiome central «être bien dans sa peau». Soulignons toutefois que, dans le cadre d'un questionnaire reposant sur des manifestations auto-rapportées, les réponses à tous les items comportent un fort contenu cognitif. Même issue d'une démarche empirique fondée sur la reconstitution narrative du vécu d'épisodes de santé psychologique, l'ÉMMBEP recouvre donc les trois composantes de base théoriquement associées au bien-être subjectif par les recherches récentes soit sa composante subjective (expérience intériorisée de l'environnement social, bien-être intérieur), une composante liée aux affects positifs et à l'hédonisme (et non la simple absence de symptômes de détresse) et une évaluation globale, donc cognitive, de la satisfaction face à diverses sphères de la vie (évaluation-bilan de soi, de ses conditions de vie et des rapports aux autres). Ces trois composantes traversent les six dimensions factorielles.

En conclusion, l'ÉMMBEP mesure le niveau de santé psychologique des répondants à partir de la fréquence d'occurrence d'une liste de manifestations qu'y associe la population québécoise francophone. Il mesure un bien-être psychologique défini comme un ensemble d'évaluations positives que fait l'individu de ses réalisations (estime de soi, engagement social), de son contrôle sur soi et sur les événements, tout en conservant un bon équilibre psychologique et une bonne sociabilité et en rapportant un niveau élevé de bonheur. Nous avons retenu le concept de bien-être pour désigner l'ensemble de ces dimensions de la santé mentale positive. Bien qu'un faible niveau de bien-être soit associé avec des auto-diagnostics de troubles mentaux, une consommation de médicaments psycho-actifs et le recours à des soins professionnels de santé, il ne s'agit aucunement d'un outil diagnostique. L'ÉMMBEP doit être considérée comme un outil thermomètre qui permet d'estimer la santé mentale positive considérée comme une dimension partiellement indépendante mais complémentaire de la santé mentale de populations

générales. La force de l'association du résultat total avec les auto-évaluations de la santé en général, de la santé psychologique et de satisfaction face à la vie confirment la sensibilité de l'outil. De même, le bien-être psychologique subjectif apparaît comme un indicateur socio-psychologique plus stable, moins sensible aux aléas et incidents de la vie quotidienne, que les mesures de la détresse psychologique.<sup>1,16-18</sup> Nous entérinons donc pleinement la position défendue par Veit et Ware<sup>2</sup> voulant qu'un nombre important de personnes visées par les enquêtes épidémiologiques populationnelles ne rapportent que rarement ou jamais des symptômes (à caractère psychiatrique) de détresse psychologique. L'intégration de mesures du bien-être psychologique peut seule améliorer les mesures populationnelles de la santé mentale qui sont d'intérêt pour la santé publique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Diener E. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research* 1994;33:103-57.
2. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:730-42.
3. Massé R, Poulin C, Dassa C, et al. The structure of mental health: Confirmatory hierarchical factor analyses of psychological distress and Well-Being Measures. (À paraître dans *Social Indicators Research*), 1998.
4. Bradburn NM. *The Structure of Psychological Well-being*. Chicago, IL: Aldine, 1969.
5. Dupuy HJ. Self-representations of general psychological well-being of American adults. Paper presented at American Public Health Association Meetings, Los Angeles, California. October 17, 1978.
6. Ware JE, Johnston SA, Davies-Avery A, Brook RH. *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study: Vol. III, Mental Health*. Santa Monica, CA: Rand Corporation, 1979.
7. Parmentier TR. Quality of life as a concept and measurable entity. *Social Indicators Research* 1994;33:3-46.
8. Andrews FM, McKennell AC. Measures of self-reported well-being: Their affective, cognitive and other components. *Social Indicators Research* 1980;8:127-55.
9. McDowell I, Newell C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press, New York, Oxford, 1987.
10. Andrews FM, Robinson JP. Measures of subjective well-being, dans: Robinson JP, Shaver P, Wrightsman L (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego, CA: Academic Press, 1991; 61-114.
11. Okun MA, Stock WA. Correlates and components of subjective well-being among the elderly. *J Appl Gerontol* 1987;6:95-112.
12. Argyle M. *The Psychology of Happiness*. New York, NY: Methuen, 1987.
13. Veenhoven R. Is happiness a trait? Tests of the theory that a better society does not make people any happier. *Social Indicators Research* 1994;32:101-60.
14. Massé R, Poulin C, Dassa C, et al. Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones. *Rev can santé publique* 1998;89:183-87.
15. Massé R, Poulin C, Dassa C, et al. Élaboration d'un outil de mesure de la santé mentale des Montréalais Francophones. Rapport de recherche remis au Fonds pour la Recherche en Santé du Québec, Subvention #961538. 1997.
16. Diener E, Larsen RJ. Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses. *J Pers Soc Psychol* 1984;47:871-83.
17. Chamberlain K, Zika S. Stability and change in subjective well-being over short time periods. *Social Indicators Research* 1992;26:101-17.
18. Headley B, Wearing A. Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *J Pers Soc Psychol* 1989;57:731-39.

Reçu : 22 septembre 1997

Accepté : 20 mars 1998

## Directives de rédaction à l'intention des auteurs

La *Revue canadienne de santé publique* publie des articles originaux sur la santé publique, la médecine préventive et la promotion de la santé. Les articles sont évalués par des pairs. Tous les manuscrits soumis pour publication dans ses colonnes doivent respecter les Directives de rédaction à l'intention des auteurs qui se trouvent aux pages 15-16 du numéro de janvier/février 1998 (Vol. 89, No. 1) de la *Revue canadienne de santé publique* avant de présenter un manuscrit.

Les documents à publier doivent être soumis au rédacteur en chef scientifique de la *Revue canadienne de santé publique*, 1565 avenue Carling, bureau 400 à Ottawa, Ontario (Canada) K1Z 8R1.

Le Comité de rédaction de la *RCSP* a adopté une politique de révision des articles, par des pairs, en double aveugle. Auteurs et réviseurs restent anonymes.

La Rédaction doit recevoir l'original et deux copies (pour la révision par des pairs), ainsi qu'une disquette. Afin d'assurer l'anonymat de cette révision par des pairs, les auteurs doivent s'assurer de ne donner les renseignements les identifiant que sur la page titre de l'original seulement; la page titre des deux copies à l'intention des réviseurs ne doit avoir que le titre.

Le manuscrit doit être dactylographié à **double interligne** d'un seul côté de feuillet de 8½ po. par 11 po. Prévoir également une marge d'au moins 1¼ po. autour du texte. Si le texte existe sur

une machine à traitement de texte, nous demandons la soumission d'une disquette format Macintosh 3½ po.

Les articles originaux ne doivent pas dépasser **2 000 mots**. Les brefs comptes-rendus, qui auront la priorité pour publication, ne doivent pas dépasser **800 mots**; il n'est pas nécessaire de fournir un abrégé pour un bref compte-rendu. Veuillez indiquer le nombre de mots.

La page titre de l'original doit comporter : 1) le titre et un bref sous-titre de 40 caractères au maximum; 2) les noms et prénoms des auteurs; 3) leurs diplômes d'études; 4) le nom du service ou de l'organisme dans le cadre duquel le travail a été effectué; 5) les organismes auxquels les auteurs sont affiliés, autres que ceux cités en 4); 6) le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'auteur chargé des accords de publication du manuscrit; 7) une renonciation aux droits, le cas échéant; 8) le nom et l'adresse de l'auteur à qui les demandes de réimpression doivent être envoyées; et 9) les divers types d'assistance, notamment les subventions, le matériel et les médicaments.

Les documents sont acceptés en anglais ou en français. La page deux doit comporter un bref résumé du texte, pas plus de **150 mots**, écrit dans la même langue que l'article. *Il est également nécessaire de fournir une traduction professionnelle de l'abrégé.*

Nous vous encourageons à écrire à la Rédaction, en vous priant d'envoyer des lettres aussi courtes que possible.

La Rédaction se réserve le droit de modifier les articles.