

Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative

Philippe Voyer et Richard Boyer

Volume 26, numéro 1, printemps 2001

Paternité et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014521ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014521ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Voyer, P. & Boyer, R. (2001). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 274–296. <https://doi.org/10.7202/014521ar>

Résumé de l'article

Le bien-être psychologique est depuis une décennie un concept beaucoup plus important dans le domaine de la santé. Depuis que les chercheurs accordent presque autant d'attention à la « qualité de vie » qu'à la « quantité de vie », ce concept est devenu populaire. L'attrait marqué a entraîné le développement de plusieurs échelles de mesure. Toutefois, moins de temps a été consacré au développement conceptuel du construit entraînant ainsi une confusion entre plusieurs termes qui semblent, a priori, similaires : le bien-être psychologique, le bien-être subjectif, la qualité de vie, le moral, la satisfaction dans la vie, le bonheur et la santé mentale. Ainsi, le but de cette revue (n : 57 articles) a été d'effectuer une analyse conceptuelle de type comparatif (Morse et al., 1996) du bien-être psychologique avec les concepts compétiteurs, selon une approche contemporaine d'analyse. Les résultats démontrent que ces concepts sont distincts et ne devraient pas être utilisés de façon interchangeable. Ils sont distincts à divers niveaux : type de mesure (objective/subjective), type d'évaluation (cognitive/affective), les attributs, les antécédents, les conséquents, et l'influence du temps (transitoire/stable). Les résultats de cette revue apportent un éclaircissement au niveau conceptuel pour plusieurs termes et, à l'aide d'une figure, les placent sur un échiquier favorisant par le fait même, une meilleure utilisation de ces derniers en recherche.



Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative

Philippe Voyer*

Richard Boyer**

Le bien-être psychologique est depuis une décennie un concept beaucoup plus important dans le domaine de la santé. Depuis que les chercheurs accordent presque autant d'attention à la « qualité de vie » qu'à la « quantité de vie », ce concept est devenu populaire. L'attrait marqué a entraîné le développement de plusieurs échelles de mesure. Toutefois, moins de temps a été consacré au développement conceptuel du construit entraînant ainsi une confusion entre plusieurs termes qui semblent, a priori, similaires : le bien-être psychologique, le bien-être subjectif, la qualité de vie, le moral, la satisfaction dans la vie, le bonheur et la santé mentale. Ainsi, le but de cette revue (n : 57 articles) a été d'effectuer une analyse conceptuelle de type comparatif (Morse et al., 1996) du bien-être psychologique avec les concepts compétiteurs, selon une approche contemporaine d'analyse. Les résultats démontrent que ces concepts sont distincts et ne devraient pas être utilisés de façon interchangeable. Ils sont distincts à divers niveaux : type de mesure (objective/subjective), type d'évaluation (cognitive/affektive), les attributs, les antécédents, les conséquents, et l'influence du temps (transitoire/stable). Les résultats de cette revue apportent un éclaircissement au niveau conceptuel pour plusieurs termes et, à l'aide d'une figure, les placent sur un échiquier favorisant par le fait même, une meilleure utilisation de ces derniers en recherche.

Le bien-être psychologique est depuis une décennie un concept beaucoup plus important dans le domaine de la santé. Ainsi, depuis que les chercheurs accordent presque autant d'attention à la « qualité de vie » qu'à la « quantité de vie », ce concept est devenu populaire. L'attrait marqué pour ce concept a entraîné le développement de plusieurs échel-

* Philippe Voyer est étudiant au doctorat en sciences infirmières dans le programme conjoint de l'université de Montréal/McGill University. Au cours de son programme de doctorat, il a été boursier de la faculté des sciences infirmières (FSI) de l'université Laval, de la FSI de l'université de Montréal, du Conseil québécois de la recherche sociale, de la Fondation des infirmières du Canada, de l'Institut de recherche en gérontologie sociale du Québec et du groupe de recherche sur les aspects sociaux en santé et en prévention (GRASP). Il est depuis peu professeur assistant à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

** Richard Boyer, M.A. (Soc.), Ph.D., est professeur chercheur au Département de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et chercheur boursier senior du FRSQ. Il œuvre au Centre de recherche Fernand-Seguin et est le directeur scientifique de l'équipe CQRS « Intégration sociale et bien vieillir ».

les de mesure. Par contre, moins de temps a été consacré au développement conceptuel du construit. Ainsi, on constate que différentes significations conceptuelles et opérationnelles sont prêtées au concept de bien-être psychologique dans la littérature.

Problème

Les écrits le démontrent clairement, il existe une certaine confusion entourant le concept de bien-être psychologique. D'ailleurs, plusieurs chercheurs (Bryant et Veroff, 1982 ; Campbell, 1976 ; George, 1981 ; Sauer et Warland, 1982) ont constaté que le concept de bien-être subjectif ou psychologique, la santé mentale, le bonheur, la satisfaction dans la vie, entre autres, sont utilisés de manière interchangeable sans respect pour leur signification conceptuelle respective. Par exemple, des chercheurs qui ont réalisé une revue des écrits (38 études recensées) afin d'évaluer la relation entre l'activité physique et le bien-être psychologique ont répertorié parmi ces recherches, l'utilisation de 85 instruments de mesure différents du bien-être psychologique (McAuley et Rudolph, 1995). Ceci démontre que le consensus est loin d'être atteint quant à la signification et la mesure de ce concept.

Le but de cette revue est de réaliser une analyse conceptuelle de type comparatif du bien-être psychologique selon une approche contemporaine d'analyse (Morse, 1995) afin d'éclaircir l'essence de ces concepts (bien-être subjectif, bonheur, détresse psychologique, satisfaction avec la vie, santé mentale, moral, etc.).

Méthode d'analyse

Les étapes (Morse, 1995) d'une analyse comparative sont : (a) identifier le phénomène, (b) identifier les concepts compétiteurs, (c) réaliser une revue des écrits, (d) identifier les attributs, les antécédents et les conséquences de chacun des concepts, (e) contraster les attributs de chacun des concepts, (f) identifier les limites de chacun des concepts pour expliquer le phénomène.

Technique d'échantillonnage

Les articles ont été sélectionnés à partir de différentes bases de données (CINAHL, MedLine, Current Content, PsychInfo, Eric) dans le but d'analyser des articles provenant de disciplines différentes comme le suggèrent Rodgers et Knafl (1993) et Morse et al. (1996). Les articles ont été sélectionnés selon le titre. En effet, le titre devait nommer un concept d'intérêt tel que le bien-être psychologique, le bonheur, la santé mentale... Par ailleurs, comme il est suggéré, les articles considérés comme étant des classiques ont été analysés (par exemple, Bradburn,

1969). Un total de 57 articles apparaissent dans la liste de références à la fin de l'article, mais plus de 100 articles ont été analysés.

Identifier le phénomène

Le phénomène d'intérêt est de nommer adéquatement ce que plusieurs chercheurs observent chez les individus. En effet, plusieurs chercheurs étudient le bien-être ou le moral ou le bonheur ou la qualité de vie, etc., pour décrire une personne qui semble bien dans sa peau, heureuse et qui s'adapte aux changements.

Identifier les concepts compétiteurs

Les concepts fréquemment utilisés pour représenter ce phénomène sont : le bien-être psychologique, la détresse psychologique, le bien-être subjectif, la qualité de vie, le moral, la satisfaction dans la vie, le bonheur et la santé mentale.

Revue des écrits

Le bien-être psychologique

Bradburn (1969) est reconnu pour avoir été le premier à définir avec beaucoup de précisions le bien-être psychologique. Il a soulevé le manque de mesure du sens positif du concept. Ainsi, pour Bradburn, les sentiments intérieurs tels que le sentiment de compétence, l'estime de soi, les relations affectives, l'optimisme et le bonheur sont des dimensions clés, le bien-être psychologique étant la prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs. Pour Bryant et Veroff (1982), le bien-être psychologique se définit par le sentiment de bien-être, la perception de soi, les symptômes de détresse et l'adaptation de la personne au mariage, au rôle de parent et au travail. À la même époque, Andrews et McKennell (1980) suggèrent de distinguer les sentiments et le cognitif pour définir le bien-être psychologique. Selon ces derniers, la cognition a un rôle aussi important que l'affectif dans l'évaluation du concept. En effet, ils soutiennent que l'évaluation cognitive de la personne face à ses buts et sa vie est importante pour déterminer le bien-être psychologique. Berrera (1988), Pearlin (1985) et House et Khan (1985) ont apporté à l'attention des chercheurs l'importance du soutien social. Ces derniers estiment que l'influence du réseau est fondamentale sur le bien-être psychologique. Enfin, Reich et Zautra (1981) soulignent et proposent que la notion de contrôle sur la vie soit une variable importante du bien-être psychologique. Rousseau et Dubé (1993) ont proposé qu'il y ait quatre dimensions pour expliquer le bien-être psychologique. La première dimension se rapporte aux caractéristiques personnelles (âge, état civil, mode de résidence, enracinement,

homogénéité d'âge). La deuxième dimension observe le stress personnel et environnemental (la perception de la résidence, du quartier, de la santé et du revenu). La troisième dimension est le facteur cognitif (système de croyances). La dernière dimension s'intéresse aux variables relationnelles (satisfaction du soutien, soutien émotionnel, réseau total, fréquence des rencontres et soutien instrumental). Ainsi, selon ces chercheurs, ces quatre dimensions représentent l'essence du bien-être psychologique. Ryff (1995) propose une définition qui englobe les principaux ajouts mentionnés ci-dessus. Sa définition du bien-être psychologique est composée de six dimensions. Le tableau suivant présente les six dimensions :

Tableau I

Dimensions	Définitions
Acceptation de soi	L'acceptation de soi se définit par une attitude positive envers soi, reconnaître et accepter les multiples facettes de soi, incluant les bonnes et mauvaises qualités, et se sentir bien avec son passé.
Relations avec les autres	Cette dimension signifie avoir des relations avec les autres qui soient chaleureuses, satisfaisantes et de confiance. De plus, l'individu doit être préoccupé par le bien-être des autres et être capable d'empathie, d'affection et d'intimité. Finalement, pour cette dimension, la personne doit comprendre le principe de donner et de recevoir dans les relations avec les autres.
Autonomie	L'autonomie représente l'autodétermination et l'indépendance. De plus, la personne doit être capable de résister aux pressions sociales afin de penser et de se comporter comme elle le croit. Également, les comportements doivent avoir originé de l'intérieur et la personne doit s'évaluer selon ses propres barèmes.
Maîtrise sur l'environnement	Cette dernière réfère au sentiment de maîtrise et de compétence pour gérer son environnement et de contrôler un nombre important d'activités externes. Aussi, cela signifie faire un usage efficace des opportunités et de choisir ou de créer des contextes profitables pour ses besoins et ses valeurs personnelles.
But dans la vie	En plus d'avoir un but dans la vie, la personne doit percevoir un sens dans sa vie présente et son passé. Également, la personne doit avoir des croyances qui donnent un sens à la vie et avoir des objectifs dans cette vie.
Croissance personnelle	La personne a le sentiment de s'épanouir, grandir et se développer. Elle est ouverte aux nouvelles expériences et elle a le désir de réaliser son plein potentiel. Elle remarque une amélioration de soi et de ses comportements avec le temps. Enfin, les changements qu'elle a effectués et qu'elle réalise semblent être influencés par la connaissance de soi et de son efficacité personnelle.

Une personne qui répond positivement aux six dimensions aura un haut niveau de bien-être psychologique et vice-versa.

Les définitions qu'on retrouve ci-haut ont toutes été élaborées d'une manière déductive. Par ailleurs, à l'exception de Ryff (1995), les définitions du bien-être psychologique se composent d'au moins une dimension négative (anxiété, dépression, agitation, frustration). Il est maintenant reconnu que le bien-être psychologique doit s'évaluer uniquement à partir de dimensions positives (Diener, 1994 ; Ryff, 1995 ; Massé et al., 1998 ; 1998a ; Veit et Ware, 1983). Massé et al. (1998) ont justement développé un instrument de mesure du bien-être psychologique en prenant en considération ces deux éléments. Ils ont donc formulé une définition du bien-être psychologique selon un procédé inductif et composé uniquement de dimensions positives. Les six dimensions créées inductivement et de nature positive du bien-être psychologique sont les suivantes (Massé et al., 1998) :

Tableau 2

Dimensions	Définitions
L'estime de soi	se définit par le fait de se sentir en confiance, apprécié et aimé, utile, fier de soi et satisfait de ses réalisations.
L'équilibre	s'exprime au niveau émotif mais aussi au niveau des activités professionnelles et familiales.
L'engagement social	s'exprime à travers l'intérêt pour ce qui se passe autour de la personne et le goût d'entreprendre des activités.
La sociabilité	une propension à socialiser avec l'entourage dans l'humour, la joie tout en étant à l'écoute des autres.
Le contrôle de soi	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.
Le bonheur	le fait de se sentir bien dans sa peau, de jouir de la vie, d'avoir un bon moral et de se sentir en forme.

La détresse psychologique

Les outils de mesure de la détresse psychologique sont généralement construits à partir de listes de symptômes associés à des cas cliniques de dépression, d'anxiété et d'autres désordres psychologiques (Gotlib et Cane, 1989 ; Ilfeld, 1976 ; Santé Québec, 1988). Il semble que la grande proportion d'outils de mesure de la détresse psychologique mesure des construits tels que le désespoir, la tristesse, l'anxiété, les

troubles cognitifs, la démoralisation, la dépression, l'irritabilité, la somatisation, l'obsession, la compulsion et la perte de contrôle sur les émotions et les comportements (Gotlib et Cane, 1989; Massé et al., 1998b; Weissman et al., 1988). Dans ce sens, la communauté scientifique s'accorde pour dire que les concepts de dépression et d'anxiété prennent une place centrale dans la détresse psychologique (Massé et al., 1998b; Préville et al., 1995). Massé et al. (1998b) ont développé un instrument de mesure de la détresse psychologique à partir d'une banque de manifestations de détresse psychologique. La détresse psychologique se compose de quatre dimensions : 1) l'autodévalorisation qui réfère à une perte de confiance en soi, un sentiment d'inutilité, une faible estime de soi et une tendance à s'isoler de son entourage; 2) l'irritabilité / agressivité qui s'accompagne d'arrogance et de conflits avec l'entourage; 3) l'anxiété / dépression couplée à un état de stress; 4) un désengagement social associé à un désintéret généralisé (Massé et al., 1998b). Selon certains auteurs (Massé et al., 1998b; Roberts et Vernon, 1983), la validité de construit et concomitante de la détresse psychologique est fragilisée par une faible validité de contenu. Toutefois, des résultats d'enquêtes telles Santé Québec (1995) ont démontré qu'une personne ayant une détresse psychologique élevée consultera davantage les services de santé et consommera davantage de médicaments. D'ailleurs une analyse en profondeur des données de Santé Québec (Préville et al., 1995) démontre l'influence d'un niveau élevé de détresse psychologique sur la présence d'idées suicidaires, la perception de la santé et l'état physique. Dans la même veine, Link et Dohrenwend (1980) soutiennent l'importante corrélation entre la détresse psychologique et l'estime de soi, la tristesse, l'anxiété, la désorientation et l'absence d'espoir.

Le moral

Le concept de moral a pris origine en gérontologie (Lawton, 1972) et dans les sciences sociales. Il était défini comme étant un sentiment de cohésion sociale, de motivation et d'engagement envers un groupe (George, 1981). Pour Stones et Kozma (1980), le moral se définit par la discipline et la confiance. Le moral se mesure par les composantes suivantes : « l'absence de symptômes de détresse, la satisfaction de soi, la syntonie entre soi et l'environnement et l'habileté à lutter de manière appropriée tout en acceptant l'inévitable. » (Lawton, 1972, p. 161, traduction libre). La notion de temps est ambigu, par moment, ce concept est présenté comme étant un état stable (Lawton, 1972), alors que d'autres l'évaluent comme un sentiment transitoire face à la vie (George, 1981).

Qualité de vie

La qualité de vie est un concept complexe et abstrait qui comprend tous les aspects de la vie (Bowling, 1991). Tartar et al. (1988), Dalkey et Rourke (1973) et Young et Longman (1983) interprètent la qualité de vie comme étant un concept composé de multiples facettes qui est au-dessus des autres concepts et qui englobe les comportements des individus, leur capacité cognitive, leur sentiment de bien-être, leur habileté à effectuer les tâches domestiques et à réaliser leur rôle professionnel et social. Selon Meeberg (1993), la qualité de vie se compose de quatre attributs. Le premier est le sentiment de satisfaction face à la vie en général. Le deuxième est la capacité mentale d'évaluer sa vie comme étant satisfaisante ou pas. Le troisième est de posséder un état acceptable au niveau physique, mental, social et émotionnel. Enfin, une personne de l'extérieur doit porter une évaluation objective sur les conditions de vie de la personne. Les échelles de mesure portant sur la qualité de vie touchent aux aspects suivants : la satisfaction au travail, dans le mariage et sur le style de vie (Meeberg, 1993). Selon McCall (1975), la qualité de vie peut être observée à deux niveaux : le premier étant individuel et le second au niveau de la société. Bergsma et Engel (1988) ont établi que la qualité de vie se mesure sur quatre niveaux hiérarchiques soit : macro (la signification accordée à la vie en société), méso (vie en communauté), personnel (perception de sa santé, du futur...), physique (la santé physique, les comportements, etc.). Également, d'autres personnes doivent évaluer la qualité de vie de la personne et être en accord pour affirmer que les conditions de vie de la personne sont adéquates et qu'elles répondent aux besoins de la personne. Pour Jonsen et al. (1986) et Twycross (1987), la qualité de vie se rapporte à la satisfaction subjective des gens face à leur situation sur les plans physique, mental et social.

La satisfaction dans la vie

La satisfaction dans la vie se détermine par l'évaluation générale des conditions de vie d'un individu. La comparaison entre les aspirations d'une personne et ses réalisations permet d'évaluer la satisfaction de vie d'un individu (Andrews et Withey, 1976 ; Campbell et al., 1976 ; George, 1979). Pour Neugarten et al. (1961) et Phillips (1986), la satisfaction dans la vie est un concept multidimensionnel se définissant par la vitalité, le courage, l'atteinte de ses objectifs, le concept de soi et l'humeur. Pour Stones et Kozma (1980), la satisfaction dans la vie se définit par l'atteinte d'une proportion importante des désirs significatifs de la vie.

Le bien-être subjectif

Andrews et Withey (1976) soutiennent que le bien-être subjectif est composé de deux niveaux. Le premier niveau serait une évaluation générale de la vie et le deuxième niveau toucherait des domaines spécifiques de la vie tels que le mariage et le travail. Selon Horley (1984), le bien-être subjectif est l'autoperception de ses sentiments positifs. Pour sa part, Fuhrer (1994) soutient que le bien-être subjectif est un jugement sur la vie en général de l'individu et ne représente pas l'humeur ou les sentiments de ce dernier. Il ajoute que le bien-être subjectif est composé des mesures du bonheur, du moral, et de la satisfaction dans la vie. Selon Burleigh et Farber (1998), le bien-être subjectif est synonyme de la qualité de vie qui se réfère au jugement global d'une personne face à sa vie, se distribuant sur un continuum positif-négatif.

Le bonheur

Le bonheur est une évaluation affective et subjective de la qualité de vie. Le bonheur est vu comme étant transitoire, susceptible de changer à court terme (Bradburn, 1969). Le bonheur se mesure par le sentiment de bien-être (heureux ou malheureux) et l'humeur (joyeux, triste et neutre) (Fordyce, 1988). Selon Stones et Kozma (1980), le bonheur se rapporte à une activité ou à un état dans la sphère des sentiments. Kammann et al. (1979) n'offrent pas de définition du bonheur, mais leur échelle de mesure est composée de 100 items dont le choix de réponse est heureux ou malheureux.

Santé mentale

Selon Stones et Kozma (1980), les instruments de mesure sur la satisfaction dans la vie, le bonheur et le moral sont trois indicateurs de la santé mentale. Lorsque les chercheurs s'intéressent à la santé mentale, il y a presque toujours présence de mesures touchant des problèmes psychologiques ou de détresse psychologique (Bergin, 1983 ; Busfield, 1989, Dohrenwend et Dohrenwend, 1976 ; Fehring et al., 1987 ; Gartner et al, 1991 ; Mickley et al., 1995 ; Miller, 1985 ; Payne et al., 1991 ; Thoits, 1983). Selon Pugliesi (1992), il existe deux moyens pour mesurer la santé mentale. La première vise le bien-être et la deuxième façon, la santé (maladie) mentale. Certains auteurs ont mesuré la santé mentale par des capacités ou des habiletés intellectuelles ou sociales. Larson et Larson (1991) ont mesuré le fonctionnement psychologique pour évaluer la santé mentale. Johnson et Spilka (1991) de même que Raleigh (1992) ont observé la capacité de « coping » des sujets comme indicateur de la santé mentale. Pargament et al. (1988) vont dans le même sens en

évaluant la résolution de problèmes. De façon générale, les propos des auteurs mentionnés ci-haut sur la santé mentale indiquent que cette dernière se mesure par des dimensions négatives et positives.

Résultats de l'analyse

Contraster les concepts pour identifier les similitudes et les différences

Sur le plan des indicateurs, il y a cinq concepts (le bien-être psychologique, le moral, la satisfaction dans la vie, le bien-être subjectif et le bonheur) qui se mesurent uniquement à partir de l'évaluation subjective de la personne. Les trois autres concepts (qualité de vie, santé mentale et détresse psychologique) se composent d'au moins une mesure « objective ». La mesure objective de la qualité de vie touche les conditions de vie, celle sur la santé mentale et la détresse psychologique a trait à l'anxiété et la dépression.

Tableau 3

Caractéristiques	Bien-être psychologique	Moral	Qualité de vie	La satisfaction dans la vie	Le bien-être subjectif	Le bonheur	Santé mentale	Détresse psychologique
Indicateurs subjectifs et/ou objectifs	Subjectifs	Subjectifs	Subjectifs et objectifs	Subjectifs	Subjectifs	Subjectifs	Subjectifs et « objectifs »	Subjectifs et objectifs

Sur le plan du type d'évaluation fait par la personne, les écrits démontrent qu'il y a deux types : une évaluation cognitive et l'autre affective ou émotive. L'appréciation de l'ensemble des concepts se fait par les deux types d'évaluation, à l'exception du concept du bonheur qui est, fondamentalement, une évaluation affective ou émotive.

Tableau 4

Caractéristiques	Bien-être psychologique	Moral	Qualité de vie	La satisfaction dans la vie	Le bien-être subjectif	Le bonheur	Santé mentale	Détresse psychologique
Évaluation cognitive et/ou affective	Cognitive et affective	Cognitive et affective	Cognitive et affective	Cognitive et affective	Cognitive et affective	Affective	Cognitive et affective	Cognitive et affective

Au niveau des attributs, les nuances entre les concepts sont subtiles :

Tableau 5

Caractéristiques	Attributs
Le bien-être psychologique	1- acceptation de soi, 2-les relations avec les autres, 3- l'autonomie, 4- la maîtrise sur l'environnement, 5- des buts dans la vie, 6- la croissance personnelle, 7- le bonheur.
Le moral	1- le niveau d'engagement dans la vie, 2- la présence ou l'absence de symptômes de détresse, 3- la satisfaction de soi, 4- la syntonie entre soi et son environnement, 5- capacité d'accepter l'inévitable (la mort, la douleur, l'éloignement).
La qualité de vie	1- un sentiment général de bien-être, 2- la satisfaction des besoins (physiques, psychologiques, et sociaux), 3- une personne de l'extérieur doit porter une évaluation objective sur les conditions de vie de la personne, 4- mesure de symptômes (détresse) de maladies mentales.
La satisfaction dans la vie	1- la congruence entre les aspirations d'une personne et ses réalisations, 2- le niveau de vitalité ou de dynamisme.
Le bien-être subjectif	1- évaluation générale de la vie, 2- il y a évaluation des domaines spécifiques de la vie tels que le mariage et le travail.
Le bonheur	1- sentiments (heureux), 2- humeur (joyeuse).
La santé mentale	1- dimension positive : la satisfaction dans la vie ou le bonheur ou le bien-être psychologique, 2- dimension négative : le niveau de dépression et d'anxiété, ou de désordres. Certains cas : - fonctionnement psychologique, - capacité de résolution de problèmes.
La détresse psychologique	1- dépression, 2- anxiété, 3- désordres psychologiques

Dans un premier temps, il y a quatre concepts qui semblent être bien distincts des autres. La qualité de vie, la santé mentale, le bonheur et la détresse psychologique, malgré qu'ils sont souvent confondus avec d'autres concepts, ils possèdent des attributs exclusifs. La particularité de la qualité de vie est qu'une personne de l'extérieur doit porter une évaluation objective sur les conditions de vie du sujet évalué. Les autres attributs de ce concept, comme le démontre le tableau, sont présents dans d'autres concepts. De plus, des concepts compétiteurs tels que le « bien-être » et la « satisfaction » se retrouvent comme des dimensions de la qualité de vie.

Pour sa part, la santé mentale se caractérise par la présence d'attributs s'intéressant aux aspects positifs et négatifs de l'état psychologique. Le bonheur et la satisfaction dans la vie sont des dimensions de la santé mentale. Ces dimensions permettent de vérifier lorsqu'un individu ne présente pas de signes de dépression ou d'anxiété, s'il est heureux ou satisfait avec sa vie ou a un bien-être psychologique élevé. Le but est d'éviter une erreur fréquemment commise, c'est-à-dire d'interpréter l'absence de symptômes de dépression comme étant un indice de bonheur ou de satisfaction. Les attributs touchant aux aspects négatifs se rapportent à l'absence de symptômes de dépression et d'anxiété et de désordres psychologiques (par exemple, insomnie, perte d'appétit). Par ailleurs, dans certains cas, l'emphase est mise sur le bon fonctionnement cognitif. Le bon fonctionnement cognitif est représenté par les attributs suivants : le fonctionnement psychologique et la capacité de résolution de problèmes.

Le concept de bonheur a la particularité d'évaluer que les sentiments positifs et l'humeur. Ainsi, le bonheur vise à être sensible aux sentiments heureux et à l'humeur joyeuse. À l'inverse, la détresse psychologique ne s'intéresse qu'aux aspects négatifs (anxiété, dépression...).

L'analyse du concept de bien-être psychologique et du moral démontre quelques similitudes, mais ils demeurent des concepts différents. Le bien-être psychologique est un concept touchant à plusieurs éléments positifs de la vie d'un individu. Le concept est global et il est composé de 7 attributs distincts et complémentaires. Le concept de moral est différent du bien-être psychologique et cela même, si certains attributs (engagement dans la vie, la satisfaction de soi) se retrouvent dans les dimensions du bien-être psychologique. Le concept de moral demeure quand même particulier puisqu'il s'intéresse aux symptômes de détresse et à l'acceptation de l'inévitable. Les attributs du concept de moral cherchent, en fait, à évaluer l'*adaptation* de la personne à la vieillesse (Lawton, 1972). Ce concept s'applique surtout chez les personnes âgées de par l'importance qui est accordée à l'acceptation de l'inévitable, tandis que le bien-être psychologique a une pertinence pour tous les âges de la vie (Massé et al., 1998 ; Ryff et Keyes, 1995).

Les concepts de satisfaction dans la vie et de bien-être subjectif sont sans contredit les concepts où la distinction est la plus difficile à tracer. La satisfaction dans la vie est orientée vers la réalisation des objectifs fixés par la personne. En effet, la présence de cet attribut est fondamentale, car dans les écrits c'est cette orientation qui spécifie ce concept. Comme on observe dans le tableau, le bien-être subjectif est très similaire. La différence significative entre les deux est que la satisfac-

tion dans la vie s'évalue à partir des objectifs fixés par la personne, alors que le bien-être subjectif est estimé à partir de domaines spécifiques prédéterminés tels que la vie de couple et le travail. Par exemple, le bien-être subjectif se prête mal à l'étude d'une femme, cheffe de famille monoparentale et sans emploi. La satisfaction dans la vie serait une meilleure mesure. L'analyse permet de conclure, pour ce qui est des attributs, que ces concepts sont distincts et ne devraient pas être utilisés de façon interchangeable.

Au niveau des antécédents, les écrits s'expriment peu sur les antécédents ou les facteurs requis pour observer les concepts à l'étude. Il faut inférer ou « lire entre les lignes ». Le terme antécédent fait référence au facteur préalable pour observer le concept. Par exemple, en général pour observer une dépression post-partum, il y a eu naissance, ou pour observer le deuil, il y a eu nécessairement une perte.

À tout le moins, six concepts présentent des antécédents qui sont assez semblables. En effet, dans les écrits sur les concepts suivants : le bien-être psychologique, la qualité de vie, la satisfaction avec la vie, le bonheur, la santé mentale et la détresse psychologique, on constate que les antécédents mentionnés ont tous un effet sur les différents construits. À noter, que ces antécédents se rapportent davantage à une série de variables qui influencent la façon dont un concept se comporte.

Les antécédents rapportés peuvent se classer en trois catégories : **les caractéristiques de l'individu** : l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau de scolarité, le quotient intellectuel, le niveau de stress, l'estime de soi, la nécessité d'un sentiment d'efficacité personnelle, le niveau de dépression, l'alcoolisme, la présence de problèmes de santé, la présence de la vie, un état de conscience, l'indépendance, la présence d'espoir, avoir des priorités et des objectifs dans la vie qui soient réalistes, avoir une vie spirituelle, une capacité de mémorisation supérieure, la perception de la santé, la perception des finances ; **l'environnement social** : le fait d'avoir des enfants, le mariage, les relations avec les autres, un milieu de vie stressant, avoir des loisirs, la satisfaction au travail, avoir une vie privée et un espace personnel ; **des événements stressants** : la mort d'un proche, les déménagements et la présence de différents stressseurs. On peut logiquement prétendre, sans évidence empirique, que ces antécédents ont une influence également sur le moral et le bien-être subjectif de par la nature de ces construits.

La quasi-absence d'information sur les antécédents dans la littérature semble être perçue comme étant intrinsèque. En effet, comme les concepts à l'étude sont multidimensionnels, les dimensions sont présen-

tées comme étant les antécédents du concept. Par exemple, Ryff (1995) présente les antécédents du bien-être psychologique comme étant chacune de ses dimensions évaluées de manière positive pour un bien-être psychologique élevé et une évaluation négative de ses dimensions pour un faible bien-être psychologique. Selon cette logique qui semble être partagée chez les chercheurs, l'exercice devient le même pour chacun des concepts à l'étude. Cette façon de faire est logique, même si elle peut paraître simpliste. Également, comme tout le monde a un certain bien-être psychologique, un moral, ou un niveau de bonheur, les antécédents, comme le propose Meeberg (1993) seraient la présence de la vie et de la capacité mentale d'un individu à porter un jugement.

Le même problème se présente pour les conséquences. Les écrits sont discrets sur les conséquences puisque ces concepts multidimensionnels sont considérés comme étant des conséquences ou des résultats en soi. Il y a trois concepts dans les articles consultés qui présentent des conséquences. Cette liste de conséquences découlant des articles consultés n'est pas exhaustive, mais elle note les conséquences généralement retrouvées en relation avec ces concepts. Ces conséquences sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6

Caractéristiques	Conséquences
Le bien-être psychologique	1-abordera mieux son vieillissement, 2- diminution de la consommation de psychotropes, d'alcool et du recours aux professionnels de la santé, 3- plus satisfait avec la vie, 4- perception plus positive de sa santé.
La qualité de vie	1-la satisfaction, 2-le bonheur, 3-le sentiment de bien-être, 4-un sentiment de valorisation de soi, 5-de la fierté face à la vie, 6-permet de se réaliser.
La détresse psychologique	1- dépression, 2- diminution du réseau social, 3- perception négative de sa santé 4- consommation de psychotropes et d'alcool, 5- l'estime de soi, 6- la tristesse, 7- la désorientation, 8- l'absence d'espoir, 9- présence d'idées suicidaires, 10-l'état physique

On constate que les conséquences rapportées sont des construits souvent abstraits et sont des conséquences qui sont implicites au concept. Selon cette logique, les conséquences du concept de bonheur seraient : une personne heureuse et joyeuse. Toutefois, Massé et al. (1998a,b) démontrent l'influence des différents niveaux de bien-être

psychologique et de détresse psychologique sur la perception de la santé, la consommation d'alcool, la consommation de psychotropes et la satisfaction avec la vie en général.

L'influence du temps sur le concept est un élément nouveau qu'il semble important d'introduire dans le tableau d'analyse. Ce point d'analyse ne fait pas partie de la méthode d'analyse conceptuelle proposée par Morse (1995), mais il apparaissait fondamental de l'intégrer dans l'analyse pour sa pertinence en recherche.

Tableau 7

Caractéristiques	Bien-être psychologique	Moral	Qualité de vie	La satisfaction dans la vie	Le bien-être subjectif	Le bonheur	La santé mentale	La détresse psychologique
État	Stable et/ou transitoire	Stable et/ou transitoire	Stable	Stable	Stable	Transitoire	Stable et/ou transitoire	transitoire

Tout d'abord, les qualificatifs de stable et de transitoire sont un peu similaires aux qualificatifs utilisés notamment en psychologie de « trait » versus « manifestation » de l'anxiété par exemple. Dans cette analyse, le fait de déterminer si un concept se rapporte davantage à un état stable ou transitoire repose sur ses attributs. C'est donc un travail intellectuel de réflexion qui a permis d'établir le type d'état de chaque concept. Donc, ce n'est pas à partir de tests statistiques de stabilité (test-retest) que l'état a été déterminé.

Ainsi, on remarque qu'il y a cinq concepts qui seraient sensibles au temps. Le bien-être psychologique, le moral, le bonheur, la santé mentale et la détresse psychologique sont des concepts sensibles au temps. Lorsqu'ils sont évalués, il faut garder à l'esprit que les résultats obtenus ne représentent que le bien-être psychologique, le moral ou le bonheur... au moment de la collecte des données. À l'inverse, les attributs des autres concepts sont moins susceptibles d'être influencés par le temps à court et moyen terme. Par exemple, les résultats obtenus lors de l'évaluation de la satisfaction dans la vie seraient théoriquement les mêmes si une deuxième collecte avait lieu trois à six mois plus tard. Toutefois, le bien-être psychologique et la détresse psychologique seraient plus sensibles au temps. Le bien-être psychologique a des composantes de bonheur, de sociabilité et d'estime de soi qui sont plus sujets aux changements... Aussi, la détresse psychologique composée de dimensions « irritabilité/agressivité, anxiété/dépression » est reconnue pour être plus sensible au temps.

Discussion

L'analyse démontre que les concepts n'expliquent pas le même phénomène. Ils ne sont pas des concepts compétiteurs. Ils semblent simplement être confondus par le monde scientifique. Ces concepts peuvent être utilisés dans une multitude de contextes, par exemple : l'adaptation à la vieillesse, le « bien-être » d'un groupe de travailleurs, les sentiments des adolescents, etc. Il est surtout important pour le chercheur de connaître la signification des concepts pour s'assurer que le concept choisi répondra au phénomène étudié.

Ainsi, un chercheur intéressé par la qualité de vie n'utilisera pas uniquement une mesure du bonheur pour déterminer la qualité de vie des individus. Par contre, s'il veut comparer le niveau de bonheur de deux populations (par exemple, Montréalais et Rimouskois), des mesures sur le bonheur sont appropriées. La connaissance de la signification de ces concepts évitera, par exemple, de déterminer la santé mentale d'une population à partir de mesures sur le bonheur ou le moral. Il est évident que ces concepts sont « cousins » pour ne pas dire « frères », mais par une attention soucieuse de la signification de chacun des concepts, il est possible pour un chercheur d'éviter de contribuer à une certaine confusion.

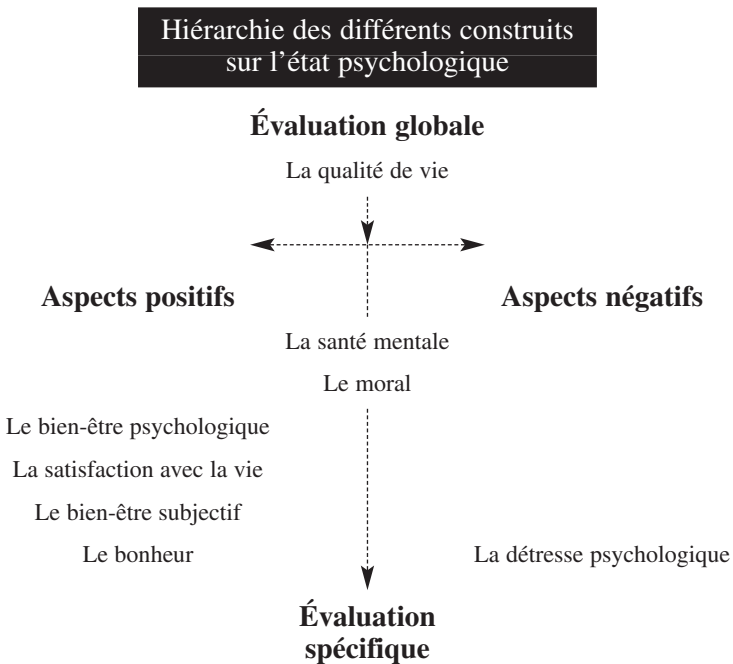
Par ailleurs, il s'avère particulièrement important de connaître la signification de ces différents concepts dans les recherches évaluatives. En effet, lorsqu'un chercheur est intéressé à évaluer une intervention auprès des adultes ou des personnes âgées, il est très important de bien choisir le facteur (concept) qu'il veut mesurer. Des résultats peuvent être non significatifs statistiquement suite à une intervention en raison du mauvais choix du concept mesuré. Par exemple, il semble peu adéquat d'évaluer l'impact d'une activité de groupe sur la satisfaction avec la vie car ce concept est plutôt stable dans le temps et peu probable au changement. Il serait beaucoup plus adéquat de mesurer la détresse psychologique ou le bonheur. En effet, ces deux concepts sont plus sensibles aux interventions en raison de la nature même des attributs de ces concepts (concepts transitoires et évaluation affective et subjective). À noter que les études qui présentent des résultats statistiques concernant la stabilité temporelle appuient généralement les conclusions de la présente recherche (Andrews et Withey 1976 ; Bradburn, 1969 ; Campbell et al., 1976 ; Campbell, 1976 ; Fordyce, 1988 ; Lawton, 1972 ; Palmore et Kivett, 1977 ; Phillips, 1986 ; Ryff et Keyes, 1995).

Pour faire un retour sur le concept central qui a poussé la réalisation de cette analyse conceptuelle, il semble qu'il y ait deux visions du bien-être psychologique. La revue des écrits permet d'appuyer deux ty-

pes de vision du bien-être psychologique qui ont été développés avec beaucoup de rigueur. La première définition est de type déductif étant le modèle de Ryff (1995) comme définition du bien-être psychologique. Aussi, la définition inductive du bien-être psychologique de Massé et al. (1998) est également un construit très intéressant.

Dans un autre ordre d'idée, on constate dans l'ensemble de la littérature scientifique que les différents chercheurs se sont intéressés souvent qu'à un seul concept à la fois. En effet, que ce soit Bradburn (1969), Lawton (1972), Massé et al. (1998), Meeger (1993), Ryff (1995), etc., ces derniers tentent d'identifier les dimensions d'un concept particulier. Toutefois, aucun auteur n'offre une vision générale de ces concepts. La figure ci-dessous a été construite dans le but de donner un outil aux chercheurs qui s'interrogent sur les concepts à inclure dans leurs études. L'objectif est d'éclaircir, un temps soit peu, ce sur quoi, chacun de ces concepts se penche.

Figure 1



Les concepts sur la verticale mesurent des aspects positifs et négatifs de l'état psychologique. Les autres concepts ont des attributs uni-

quement positifs ou négatifs. Aussi, plus le concept est situé vers le haut de la figure plus il est global dans son évaluation de l'état psychologique. À la lumière de cette figure, on comprend que la qualité de vie est un concept plus global que la santé mentale et le moral et tous ces concepts touchent à des aspects positifs autant que négatifs. Aussi, on constate que le bien-être psychologique est plus global que le bonheur et ces deux concepts ont des attributs touchant à des aspects uniquement positifs. Enfin, cette figure se veut une amorce dans le but de bien diriger le choix du concept à inclure dans une recherche.

Conclusion

L'analyse démontre que les différents concepts n'expliquent pas le même phénomène. Ils ne sont pas des concepts compétiteurs. Ils sont simplement confondus dans les écrits. La confusion peut se retrouver à différents niveaux : (a) il se peut que le chercheur n'ait pas une connaissance adéquate sur le plan conceptuel ; (b) qu'il connaît bien le concept mais ne choisit pas l'instrument de mesure approprié pour ce concept ; (c) qu'il connaît bien la signification du concept mais ce dernier n'est tout simplement pas approprié pour le phénomène étudié.

Dans ce sens, la connaissance de la signification de ces concepts évitera des erreurs telles que celles observées dans les écrits, par exemple, déterminer la santé mentale d'une population à partir de mesure sur le bonheur ou le bien-être psychologique.

La principale limite de cette revue se trouve dans le travail même d'une analyse conceptuelle. C'est-à-dire que cela demeure difficile car il est évident qu'un chercheur ne peut consulter l'ensemble des écrits sur chacun des concepts. Ainsi, cet article n'a pas la prétention d'être une fin en soi, mais s'inscrit comme un stimulant pour les chercheurs sur l'importance de bien choisir les concepts d'une recherche. Il serait pertinent de développer davantage la figure afin d'identifier et d'inclure les instruments de mesure qui correspondent réellement aux attributs des concepts.

Références

- ANDREWS, F. M., MCKENNEL, A. C., 1980, Measures of self-reported well-being, *Social Indicators Research*, 8, 127-156.
- ANDREWS, F. M., WITHEY, S. B., 1976, *Social Indicators of Well-being : Americans' Perceptions of Life Quality*, New York, Plenum Press.
- BECKER, L. C., 1992, Good lives : Prolegomena, *Social Philosophy and Policy*, 9, 2, 15-37.

- BERGIN, A. E., 1983, Religiosity and mental health : A critical reevaluation and meta-analysis, *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 2, 170-184.
- BERGSMA, J., ENGEL, G. L., 1988, Quality of life : does measurement help? *Health Policy*, 10, 267-279.
- BERRERA, M., 1988, Models of social support and life stress : beyond the buffering hypothesis, in Cohen, L. H., ed., *Life Events and Psychological Functioning*, Beverly Hills, Sage.
- BOWLING, A., 1991, *Measuring Health, A Review of Quality of Life Measurement Scales*, Milton Keynes, Open University Press.
- BRADBURN, N., 1969, *The Structure of Psychological Well-being*, Chicago, Aldine.
- BRYANT, F. B., VEROFF, J., 1982, The structure of psychological well-being : a sociohistorical analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 653-673.
- BURLEIGH, S. A., FARBER, R. S., GILLARD, M., 1998, Community integration and life satisfaction after traumatic brain injury — long-term findings, *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 1, 45-52.
- BUSFIELD, J., 1989, Sexism and psychiatry, *Sociology*, 23, 343-364.
- CAMPBELL, A., 1976, Subjective measures of well-being, *American Psychologist*, 31, 117-124.
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P. E., RODGERS, W. L., 1976, *The Quality of American Life*, New York, Russel Sage Foundation.
- DALKEY, N., ROURKE, D., 1973, *The Delphi procedure and rating quality of life factors*, in *Quality of Life Concept*, Washington, D.C., Environmental Protection Agency.
- DIENER, E. D., 1994, Assessing subjective well-being : progress and opportunities, *Social Indicators Research*, 33, 103-157.
- DOHRENWEND, B., DOHRENWEND, B. S., 1976, Sex differences and psychiatric disorders, *American Journal of Sociology*, 81, 6, 1447-1454.
- FEHRING, R. J., BRENNAN, P. F., KELLER, M. L., 1987, Psychological and spiritual well-being in college students, *Research in Nursing and Health*, 10, 6, 391-398.
- FORDYCE, M. W., 1988, A review of research on the happiness measures : a sixty second index of happiness and mental health, *Social Indicators Research*, 20, 355-381.

- FUHRER, M. J., 1994, Subjective well-being : Implications for medical rehabilitation outcomes and models of disablement, *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 358-364.
- GARTNER, J., LARSON, D. B., ALLEN, G. D., 1991, Religious commitment and mental health : a review of the empirical literature, *Journal of Psychology and Theology*, 19, 1, 6-25.
- GEORGE, L. K., 1979, The happiness syndrome : methodological and substantive issues in the study of social-psychological well-being in adulthood, *Gerontologist*, 19, 210-216.
- GEORGE, L. K., 1981, Subjective well-being : conceptual and methodological issues, in Eidorfer, C., ed., *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 2, New York, Springer.
- GOTLIB, I. H., CANE, D. B., 1989, Self-report assessment of depression and anxiety, in Kendall, P.C., Watson, D., eds., *Anxiety and Depression : Distinctive and Overlapping Features*, New York, Academic Press, 131-163.
- HORLEY, J., 1984, Life satisfaction, happiness and moral : two problems with the use of subjective well-being indicators, *Gerontologist*, 24, 2, 124-127.
- HOUSE, J. S., KAHN, R. L., 1985, Convoys over life course : attachment, roles, and social support, in Baltes, P.B., Brim, O., eds., *Life Span Development and Behavior*, Lexington, MA, D.C. Heath.
- ILFELD, F. W., 1976, Further validation of psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- JOHNSON, S. C., SPILKA, B., 1991, Coping with breast cancer : The roles of clergy and faith, *Journal of Religion and Health*, 30, 1, 21-33.
- JONSEN, A. R., SIEGLER, M., WINSLADE, W., 1986, *Clinical Ethics*, London, Collier Macmillan.
- KAMMANN, R., CHRISTIE, D., IRWIN, R., DIXON, G., 1979, Properties of an inventory to measure happiness (and psychological health), *New Zealand Psychologist*, 8, 1, 1-9.
- LARSON, D. B., LARSON, S. S., 1991, Religious commitment and health : valuing the relationship, *Second Opinion*, 17, 1, 27-40.
- LAWTON, M. P., 1972, The dimensions of morale, in Kent, D., Kastenbaum, R., Sherwood, S., eds., *Research, Planning and Action for the Elderly*, New York, Behavioral Publications.
- LINK, B., DOHRENWEND, B. P., 1980, *Formulation of Hypotheses about the True Prevalence of Demoralization in the United States*, New York, Praeger.

- MASSÉ, R., POULIN, C., DASSA, C., LAMBERT, J., BÉLAIR, S., BATTAGLINI, A., 1998, Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'É.M.M.B.E.P, *Revue canadienne de santé publique*, 89, 5, 352-357.
- MASSÉ, R., POULIN, C., DASSA, C., LAMBERT, J., BÉLAIR, S., (sous-presse), The structure of mental health: confirmatory hierarchical factor analyses of psychological distress and well-being measures, *Social Indicators Research*, 1998a.
- MASSÉ, R., POULIN, C., DASSA, C., LAMBERT, J., BÉLAIR, S., 1998b, Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones, *Revue canadienne de santé publique*, 89, 3, 183-187.
- MCAULEY, E., RUDOLPH, D., 1995, Physical activity, aging, and psychological well-being, *Journal of Aging and Physical Activity*, 3, 1, 67-96.
- MCCALL, S., 1975, Quality of life, *Social Indicators Research*, 2, 229-248.
- MEEBERG, G. A., 1993, Quality of life: a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- MICKLEY, J. R., CARSON, V., SOEKEN, K. L., 1995, Religion and adult mental health: state of the science in nursing, *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 4, 345-360.
- MILLER, J. F., 1985, Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults, *Journal of Professional Nursing*, 1, 2, 79-85.
- MORSE, J. M., HUPCEY, J. E., MITCHAM, C., LENZ, E. R., 1996, Concept analysis in nursing research: A critical appraisal, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 10, 3, 223-277.
- MORSE, J. M., 1995, Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis, *Advances in Nursing Sciences*, 17, 3, 31-46.
- NEUGARTEN, B. L., HAVIGHURST, R., TOBIN, S., 1961, The measurement of life satisfaction, *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- PALMORE, E., KIVETT, V., 1977, Change in life satisfaction: a longitudinal study of persons aged 46-70, *Journal of Gerontology*, 32, 311-316.
- PARGAMENT, K. I., KENNEL, J., HATHAWAY, W., GREVENGOED, N., NEWMAN, J., JONES, W., 1988, Religion and the problem-solving process: three styles of coping, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 1, 90-104.

- PAYNE, I. R., BERGIN, A. E., BIELEMA, K. A., JENKINS, P. H., 1991, Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning, *Prevention in Human Services*, 9, 2, 11-40.
- PEARLIN, L. I., 1985, Social structure and processes of social support, in Cohen, S., Syme, S.L., eds, *Social Support and Health*, Orlando, FA, Academic Press.
- PHILLIPS, E. J., 1986, A review of the life satisfaction in the elderly scale, *Journal of Counseling and Development*, 64, 8, 542-543.
- PRÉVILLE, M., POTVIN, L., BOYER, R., 1995, The structure of psychological distress, *Psychological Reports*, 77, 275-293.
- PUGLIESI, K., 1992, Women and mental health: two traditions of feminist research, *Women and Health*, 19, 2-3, 43-68.
- RALEIGH, E.D. H., 1992, Sources of hope in chronic illness, *Oncology Nursing Forum*, 19, 3, 443-448.
- REICH, J. W., ZAUTRA, A., 1981, Life events and personal causation: Some relationships with satisfaction and distress, *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 1002-1012.
- ROBERTS, R. E., VERNON, S. W., 1983, The Center of Epidemiologic Studies Depression Scale: its use in a community sample, *American Journal of Psychiatry*, 140, 41-46.
- RODGERS, B. L., KNAFL, K. A., 1993, *Concept Development in Nursing, Foundations, Techniques, and Applications*, Philadelphie, Saunders.
- ROUSSEAU, J., DUBÉ, M., 1993, Déterminants personnels, relationnels et environnementaux du bien-être psychologique des personnes âgées, *Revue québécoise de psychologie*, 14, 3, 3-29.
- RYFF, C. D., KEYES, C. L. M., 1995, The structure of Psychological Well-Being Revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 4, 719-727.
- RYFF, C. D., 1995, Psychological well-being in adult life, *Current Directions in Psychological Science*, 4, 4, 99-104.
- SANTÉ QUÉBEC, 1988, *Et la santé ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987 (Tome 1)*, Québec, Les Publications du Québec, 337 p.
- SAUER, W. J., WARLAND, R., 1982, Morale and Life Satisfaction, in Mangen, J., Peterson, W.A., eds, *Research instruments in social gerontology: Clinical and social psychology* (vol. 1), Minneapolis, University of Minnesota Press.

- STONES, M. J., KOZMA, A., 1980, Issues relating to the usage and conceptualization of mental health constructs employed by gerontologists, *International Journal of Aging and Human Development*, 11, 269-281.
- TARTAR, R. E., ERB, S., BILLER, P. A., SWITALA, J., VAN THIEL, D. H., 1988, The quality of life following liver transplantation : a preliminary report. *Gastroenterology Clinics of North America*, 17, 1, 207-217.
- THOITS, P. A., 1983, Multiple Roles and Psychological well-being : a reformulation and a test of the isolation hypothesis, *American Sociological Review*, 48, 174-187.
- TWYXCROSS, R. G., 1987, Quality before quantity : a note of caution, *Palliative Medicine*, 1, 65.
- VEIT, C. T., WARE, J. E., 1983, The structure of psychological distress and well-being in general populations, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 730-742.
- WEISSMAN, M. M., MYERS, J. K., ROSS, C. E., 1988, *Community Surveys of Psychiatric Disorders*, New Jersey, University Press.
- YOUNG, K. J., LONGMAN, A. J., 1983, Quality of life and persons with melanoma : a pilot study, *Cancer Nursing*, 6, 219-225.

ABSTRACT

Psychological well-being and related concepts : a conceptual comparative analysis

The concept of psychological well-being acquired more importance in the field of health over the last decade. Ever since research paid more attention to "quality of life", psychological well-being became popular. The increasing interest in this concept entailed the development of many scales of measure. However, less importance has been given to the conceptual development of its construct, thus creating confusion between terms which at first appear similar : psychological well-being, subjective well-being, quality of life, spirit, satisfaction in life, happiness and mental health. The objective of this literature review (n:57) was to conduct a conceptual and comparative analysis (Morse et al., 1996) of psychological well-being with competitive concepts according to a contemporary approach of analysis. Results show that these concepts are distinct and should not be used in an interchangeable way. They are distinct on various levels: type of measure (objective/subjective), type of evaluation (cognitive and affective), attributes, antecedents, consequences and influence of time (temporary/stable). Results of this review

brings new light at the conceptual level for several terms. Graphic 1 illustrates its various positions thus favoring a better use of these terms in research.

RESUMEN

El bienestar sicológico y sus conceptos sobrinos, una análisis conceptual comparativa

El bienestar sicológico es un concepto mucho más importante en el campo de la salud desde hace un decenio. Este concepto se volvió popular desde que los investigadores acuerden casi tanto atención a la calidad de vida que a la cantidad de vida. Sigue de este atractivo marcado un desarrollo de varias escalas de medida. Sin embargo, menos tiempo ha sido consagrado al desarrollo conceptual del concepto lo que ocasiona una confusión entre varios terminos cuales parecen, a priori, similares: el bienestar sicológico, el bien-estar subjetivo, la calidad de vida, el espíritu, la satisfacción en la vida, la felicidad y la salud mental. Así, el objetivo de esta revista (n:57 artículos) ha sido de efectuar una análisis conceptual de tipo comparativo (Morse et al., 1996) del bienestar sicológico con los conceptos competidores, según un enfoque contemporánea de análisis. Los resultados demuestran que estos conceptos son distintos y no deberían ser utilizados de manera intercambiable. Son distintos a varios niveles : tipo de medida (objetivo/subjetivo), tipo de evaluación (cognoscitivo/afectivo), los atributos, los antecedentes, las consecuencias, y la influencia del tiempo (transitorio/estable). Los resultados de esta revista llevan un esclarecimiento al nivel conceptual de varios terminos y, con la ayuda de una figura, estan ubicados sobre un tablero favoreciendo así una utilización mejor durante investigaciones.