

2m 11.2688.4

Université de Montréal

**Les croyances stéréotypées de la population envers les
personnes souffrant de troubles mentaux**

Par

Odette Lemoine

Département de santé communautaire

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

En vue de l'obtention du grade de Maître es sciences (M. Sc.)

En santé communautaire

Décembre 1998

© Odette Lemoine, 1998



WA

5

U58

1999

V.010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Les croyances stéréotypées de la population envers les personnes
souffrant de troubles mentaux.

Présenté par :
Odette Lemoine

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Raynald Pineault, président du jury
Louise Fournier, directrice de recherche
Louise Potvin, codirectrice de recherche
Clément Dassa, membre du jury

Mémoire accepté le : 99.05.05

Sommaire

Les personnes souffrant de troubles mentaux (PSTM) constituent encore de nos jours un groupe fortement stigmatisé. Les croyances stéréotypées à la base de ce stigmatisme stipulent que ces personnes sont imprévisibles, tendues, dangereuses, non fiables, incompétentes et souvent responsables de leur état.

Ce stigmatisme, comme tous les stigmates, a pour les personnes qu'il vise des conséquences non-négligeables à différents niveaux. D'abord, il occasionne pour les PSTM une baisse d'estime de soi et de perception d'efficacité, en les isolant des autres et en les amenant à retarder le moment de la recherche de soins. Le stigmatisme est souvent la cause pour les PSTM de situations de discrimination tant au niveau de l'emploi, du logement qu'au niveau légal. Les conséquences négatives de l'étiquette et du stigmatisme peuvent même pour certains, contribuer à les précipiter dans une psychopathologie chronique. Enfin, au niveau des services, le stigmatisme constitue une barrière à l'implantation de ressources résidentielles dans les milieux, les croyances négatives jouant un rôle important face aux attitudes de rejet de la population quant au développement de ressources communautaires pour les PSTM.

Ces croyances stéréotypées peuvent être prédites par certains facteurs socio-démographiques (sexe, âge, scolarité, statut d'emploi, nombre d'enfants, etc.), par l'adhésion à des valeurs conservatrices, par le fait d'avoir déjà été en contact avec des PSTM ou avoir soi-même utilisé des services en santé mentale et par le manque de connaissance sur la maladie mentale.

Il existe peu d'échelles validées mesurant directement les croyances stéréotypées envers la maladie mentale. Celle développée par Link et collaborateurs et centrée sur les croyances de dangerosité et d'imprévisibilité, a déjà traversé certaines étapes de validation et présente des qualités intéressantes. Dans sa première version, la consistance interne de l'échelle, composée de huit items, est de $\alpha=.85$ (alpha de

Cronbach). Des corrélations significatives entre les scores obtenus et certaines variables socio-démographiques (l'âge, la scolarité des répondants et les contacts avec les PSTM) sont vues par les auteurs comme des indicateurs de validité de construit de l'échelle. Une version modifiée de cette échelle a été utilisée par les mêmes chercheurs dans une vaste enquête panaméricaine. Cette échelle de sept questions présente un alpha de Cronbach de 0,78 et ne sous-tend qu'une seule dimension.

Le but de la présente étude était d'évaluer les propriétés psychométriques de la version française de cette échelle auprès d'un échantillon de 148 résidents de la Ville de Montréal. Contrairement à la version originale de l'échelle, deux dimensions sont identifiées par les analyses factorielles, soit *la peur* qu'inspirent les PSTM ($\alpha = 0,62$) et *la dangerosité* qu'on leur attribue ($\alpha = 0,58$). L'alpha de Cronbach de l'échelle totale est de 0,69 ce qui est inférieure à la valeur obtenue par Link et collaborateurs dans la version originale. Enfin, les résultats de différents tests statistiques (test de t et anova) effectués sur les variables reconnues liées à ces aspects, militent en faveur d'une certaine validité concomitante. Par ailleurs, seules les variables *âge* et *scolarité* sont identifiées comme tels dans les analyses sur les prédicteurs des croyances stéréotypées. Les limites de cette étude sont discutées.

Cette échelle, dans sa version française, nécessite donc encore certaines vérifications. Bien que possédant des qualités indéniables, dont sa simplicité et sa brièveté qui en font un outil facile et peu onéreux à utiliser pour mesurer les croyances stéréotypées de la population envers les PSTM, elle se doit de traverser d'autres étapes de validation avant une utilisation plus généralisée.

Tables des matières

<i>Sommaire</i>	<i>iii</i>
<i>Table des matières</i>	<i>v</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>vii</i>
<i>Liste des graphiques</i>	<i>viii</i>
<i>Remerciements</i>	<i>ix</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
<i>Partie 1 - État de la question</i>	<i>4</i>
Stigmate et stigmatisation	<i>5</i>
Les différents groupes stigmatisés	<i>7</i>
Facteurs qui influencent les stigmates	<i>9</i>
Le stigmate associé aux personnes souffrant de troubles mentaux	<i>11</i>
Assises du stigmate	<i>11</i>
Conséquences du stigmate pour les PSTM	<i>15</i>
Influence de l'étiquette utilisée	<i>21</i>
Prédicteurs des croyances négatives et de l'attitude de rejet	<i>22</i>
La mesure des croyances stéréotypées associées à la maladie mentale	<i>26</i>
Contexte et objectifs de l'étude	<i>31</i>
<i>Partie 2 - Article</i>	<i>34</i>
Préface	<i>35</i>
Introduction	<i>37</i>
Méthode	<i>41</i>
Sujets	<i>41</i>
Instrument de mesure	<i>43</i>
Analyses	<i>43</i>
Résultats	<i>45</i>
Discussion	<i>51</i>
Références	<i>56</i>

Annexe 1 –validation de l'échelle de mesure des croyances en version anglaise - données de link et collaborateurs.....	59
Annexe 2 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de l'étude (Ville de Montréal).....	61
<i>Partie 3 - Analyses des prédicteurs des croyances stéréotypées envers les PSTM... 63</i>	
Résultats des analyses des prédicteurs des croyances stéréotypées envers les PSTM	64
<i>Partie 4 – Discussion.....</i>	68
Discussion	69
<i>Conclusion</i>	76
<i>Références.....</i>	78
<i>Annexe</i>	86

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Structure factorielle de l'échelle d'opinions avec rotation Oblimin et méthode PAF (n=148)	46
Tableau 2 :	Matrice de corrélation inter-items pour l'échelle de mesure des opinions envers les personnes souffrant de maladie mentale.....	47
Tableau 3 :	Valeurs moyennes et écarts types des 7 items de l'échelle d'opinions envers les PSTM	48
Tableau 4 :	Résultats des tests de comparaison de moyennes entre les valeurs de l'échelle et des sous-échelles et les variables socio-démographiques retenues par le modèle théorique (n=147)	50
Tableau 5 :	Structure factorielle de l'échelle d'opinions avec la méthode PAF – données de Link (n=511)	60
Tableau 6 :	Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de l'étude (Ville de Montréal)	61
Tableau 7 :	Résultats des analyses de régression entre les variables socio- démographiques retenues par le modèle théorique et les valeurs des sous-échelles et de l'échelle totale	66
Tableau 8 :	Corrélations entre les variables socio-démographiques retenues par le modèle théorique et les valeurs des sous-échelles et de l'échelle totale.....	87

Liste des figures

- Figure 1 :** Modèle théorique des attitudes de la population face aux services en santé mentale [Dear and Taylor].....17
- Figure 2 :** Modèle théorique des prédicteurs des croyances stéréotypées sous-jacentes au stigmatisme associé à la maladie mentale33

Remerciements

Je désire remercier chaleureusement Mme Louise Fournier, directrice de recherche, pour l'aide, les précieux conseils et la grande disponibilité qu'elle a su me fournir tout au long de ce projet.

Par ailleurs, Mme Louise Potvin, codirectrice, m'a permis, par ses commentaires très pertinents, de finaliser les analyses réalisées dans le cadre de ce mémoire. Je la remercie aussi sincèrement.

Introduction

Depuis plusieurs décennies déjà, la réforme des soins en psychiatrie communautaire favorise le processus de désinstitutionnalisation des personnes souffrant de troubles mentaux (PSTM) sévères et persistants. Ce processus privilégie d'une part le retour dans la communauté des personnes déjà institutionnalisées et d'autre part vise à éviter une première institutionnalisation. Il repose sur le principe que l'intégration des PSTM dans la communauté améliorerait leur état de santé mentale en brisant entre autres l'isolement causé par leur vie en institution. On espérait aussi qu'une meilleure intégration des PSTM dans la communauté diminuerait les préjugés de la population envers la maladie mentale. Force est de constater aujourd'hui que la désinstitutionnalisation n'a pas nécessairement brisé l'isolement des PSTM et que l'augmentation du nombre de contacts entre la population générale et les PSTM n'a pas vraiment réussi à démystifier la maladie mentale.

Plusieurs raisons sont invoquées dans la littérature pour expliquer ces ratés [Farina, Fisher et al. 1992]. Parmi elles, on note une mauvaise préparation des communautés pour l'intégration des ex-psychiatisés, les ressources n'étant effectivement pas vraiment disponibles dans les milieux pour recevoir ces ex-patients et faciliter leur transition. Mais le processus d'intégration a aussi été rendu beaucoup plus difficile que prévu par le fait que les ex-patients psychiatriques et les personnes présentant des problèmes de santé mentale sont toujours vus de façon négative par la population.

En effet, les personnes souffrant de troubles mentaux constituent depuis longtemps et encore aujourd'hui un groupe fortement stigmatisé [Nunnally 1961; Green, McCormick et al. 1987; Link, Cullen et al. 1987; Fink and Tasman 1992; Wahl 1995]. Pour plusieurs, les PSTM sont vues comme imprévisibles, tendues, dangereuses, non fiables, incompetentes et souvent responsables de leur état [Green,

McCormick et al. 1987; Link, Cullen et al. 1987; Fink and Tasman 1992; Reda 1996]. La dangerosité associée à ces personnes constitue d'ailleurs le mythe le plus pernicieux largement perpétué par les médias [Page and Day 1990; Fink and Tasman 1992; Wahl 1995]. Le stigmatisme associé à la maladie mentale, tout comme celui lié à n'importe quelle condition handicapante ou marginalisante, influence tout autant le stigmatisé que le stigmatisant.

D'une part, les préjugés que la population maintient à l'endroit des PSTM ont pour elles des conséquences importantes tant au niveau de leur comportement qu'à celui de la réussite de leur intégration dans la communauté à leur sortie d'institution [Aubry, Tefft et al. 1995]. À cause du stigmatisme, les PSTM ont tendance à vivre de façon isolée. Dans certains cas, elles vont même choisir de se retirer de la vie sociale plutôt que d'avoir à affronter l'éventualité d'être rejetées. Elles désirent souvent garder secret leur état de santé mentale pour ne pas se voir attribué l'étiquette de «personne présentant des problèmes de santé mentale» et conséquemment, elles vivent dans la peur de la divulgation de ce secret. Par cette manière de se comporter, les PSTM vont moins recourir à des services ou souvent retarder le moment de la recherche de soins [Sibicky and Dovidio 1986]. Elles auront aussi souvent moins accès à du soutien émotionnel et social valable à cause de leur désir de garder secret leur situation [Wahl 1995]. Il est facile de déduire que ces situations influenceront à la baisse l'estime de soi et la confiance en soi des PSTM [Link and Cullen 1990].

D'autre part, à cause de ces croyances négatives, les individus ont tendance à percevoir les PSTM comme une menace potentielle pour leur intégrité physique ou celle de leur entourage [Tefft, Segall et al. 1987]. Avec une telle représentation, ils ne savent comment agir et préfèrent éviter les contacts sociaux ou physiques avec les personnes présentant des problèmes de santé mentale. Un tel comportement de la population compromet grandement la réussite des programmes de désinstitutionnalisation, les PSTM faisant effectivement largement l'objet de

situations d'évitement et de rejet [Page and Day 1990 ; Poulin and Massé 1994]. Les PSTM rapportent souffrir de ce comportement d'évitement des autres et l'attribuent à la crainte qu'elles inspirent à l'entourage à cause des préjugés [Poulin and Lévesque 1995].

Il semble toutefois que les préjugés généralement reliés aux PSTM et les effets qu'ils occasionnent dans la vie de celles-ci peuvent être contrés par une amélioration des connaissances de la population sur la maladie mentale [Wolff, Pathare et al. 1996], les attitudes négatives étant effectivement fortement associées à un manque d'information [Wolff, Pathare et al. 1996]. De la même manière, des contacts plus fréquents entre des PSTM et la population, contacts qui doivent toutefois être de qualité, permettent de démystifier la maladie mentale et atténuent ainsi les croyances stéréotypées [Desforges, Lord et al. 1991]. Certaines variables socio-démographiques, tel l'âge et le sexe, peuvent aussi prédire l'adhésion aux croyances stéréotypées envers les PSTM.

Devant un tel tableau, il nous apparaît pertinent d'examiner plus à fond les croyances stéréotypées à la base du stigmatisme envers les PSTM, ce qui fait l'objet de cette étude. Nous avons choisi la formule de mémoire par article. Ainsi, après avoir défini ce stigmatisme associé aux PSTM et les croyances stéréotypées sous-jacentes, la validation d'une échelle de mesure d'opinions du public envers les PSTM est effectuée, ces opinions étant directement en relation avec le stigmatisme associé à ces personnes. La validation de l'échelle fait l'objet de l'article qui constitue la deuxième partie de ce mémoire. Puis, nous vérifions si l'effet prédictif des variables socio-démographiques reconnues comme tel dans la littérature se vérifie avec la mesure des croyances stéréotypées obtenue par cette échelle. Cette analyse des prédictifs fait l'objet de la troisième partie du mémoire. Enfin est présentée en quatrième partie une discussion qui porte sur l'ensemble des éléments traités dans ce mémoire.

Partie 1 - État de la question

État de la question

Stigmate et stigmatisation

Le terme stigmate réfère à toute caractéristique physique ou comportementale qui discrédite d'une certaine manière l'individu qui la possède et fait de lui la victime des attentes négatives préconçues des autres. La théorie du stigmate décrit le processus par lequel sont marginalisées ces personnes présentant des caractéristiques spécifiques affectant leur statut social [Goofman 1963]. Ainsi, une personne devient stigmatisée lorsqu'elle est marquée par ces attributs eux-mêmes reliés à des caractéristiques indésirables [Jones, Farina et al. 1984; Ainlay, Becker et al. 1986].

Jones et collaborateurs présentent de la façon suivante le processus de stigmatisation [Jones, Farina et al. 1984]. D'abord, à cause de sa tendance à organiser et simplifier la complexité du monde physique et social qui l'entoure, l'esprit humain regroupe les individus ou les objets sociaux en catégories. La mise en catégories s'avère une activité humaine fondamentale, naturelle et désirable. Tous les individus appartiennent d'ailleurs d'emblée à plusieurs catégories (âge, sexe, race, personnalité, etc.). Ce processus de catégorisation est souvent précurseur de celui qui associe des stéréotypes aux catégories. Les stéréotypes relatifs à un groupe ou à une catégorie sociale sont des croyances majoritairement fausses, largement répandues et fréquemment, mais pas toujours, négatives [Jones, Farina et al. 1984]. Les concepts de stéréotypes et de catégories sont interreliés, les croyances stéréotypées servant à catégoriser. Une personne devient stigmatisée quand son appartenance à une catégorie, généralement négative, domine toutes les autres.

Par ailleurs, dans le processus de catégorisation, des noms ou étiquettes sont souvent attribués aux catégories. Une étiquette, qui peut être normale ou déviante, permet l'identification ou la définition du type de la personne qui la porte. Pour Pfuhl et

Henry, les noms par lesquels sont connus les individus déterminent leur identité publique [Pfuhl and Henry 1993]. Pour ces auteurs, ces noms ou étiquettes sont liés au processus de stigmatisation de plusieurs façons. D'abord, selon l'étiquette attribuée à une catégorie, on s'attend à ce que toute personne comprise dans cette catégorie, donc se voyant attribuer la même étiquette, se comporte conformément à ce qui est attendu de cette étiquette et ce, peu importe son comportement actuel. Puis, parce que les noms attribués aux personnes expriment la valeur sociale qui leur est attribuée, les personnes associées à des étiquettes moralement négatives ou stigmatisantes se retrouvent dévaluées. Ces étiquettes influencent alors le jugement ou l'appréciation personnelle que les personnes étiquetées se font d'elles-mêmes. Cette étiquette peut donc avoir des conséquences importantes sur la perception de soi de la personne étiquetée [Pfuhl and Henry 1993]. D'ailleurs, dans la littérature de la maladie mentale, l'étiquette de «personne présentant des problèmes de santé mentale» joue un rôle important en activant le stigmate qui est généralement associé à la maladie mentale [Link and Cullen 1990]. Nous y reviendrons.

Cette étiquette, par le stigmate qu'elle active, influence le contact et les relations interindividuelles. Farina et collaborateurs avancent que la relation qui implique une personne normale et une personne stigmatisée est influencée différemment par les deux membres mis en contact [Farina, Fisher et al. 1992]. Le membre «normal» contribue à la difficulté relationnelle par le jeu de ses croyances stéréotypées au sujet de la personne stigmatisée. De son côté, parce qu'elle s'attend à ce que le membre «normal» soit influencé par ces stéréotypes et ce, indépendamment de la façon dont elle se comporte, la personne stigmatisée contribue aussi à la difficulté de contact. Lorsque quelqu'un s'attend à être dévalué ou rejeté, il provoque souvent le rejet qu'il attend et redoute [Sibicky and Dovidio 1986].

Pour Goffman, les personnes stigmatisées ont recours à trois options pour éviter d'interagir avec les «normaux» dans des situations où elles sont désavantagées [Goffman 1963]. La première suppose qu'elles ne s'associent qu'avec les personnes

qui possèdent le même stigmate qu'elles ou qu'avec les «normaux» qui sont sympathiques à ce stigmate. La deuxième option implique que le stigmatisé cache son identité de stigmatisé, possibilité qui demeure évidemment liée au degré de visibilité du stigmate. Enfin, la troisième possibilité suppose que le stigmatisé tente d'influencer le sens que les «normaux» donnent à sa condition stigmatisante.

Le stigmate est donc directement déterminé par les croyances que la population entretient envers un sous-groupe spécifique présentant une caractéristique particulière. Le processus de stigmatisation se fait généralement suivant deux étapes. Il y a d'abord l'attribution d'une «marque» ou déviation à la norme. Puis, pour que cette marque soit stigmatisante, elle doit relier le porteur à des attributs indésirables qui le discrédite aux yeux des autres. Ce processus implique donc que la personne exempte d'un trait spécifique dénigre celle qui le possède ce qui entraîne l'isolement des personnes considérées différentes et indésirables.

Les différents groupes stigmatisés

Pour Goffman, il existe trois types de stigmates [Goffman 1963]. Le premier regroupe les malformations du corps qu'elles soient de naissance ou résultantes d'accidents ou de maladies. Le second comprend les défauts de caractères ou traits négatifs amenant les personnes à avoir des comportements répréhensibles (criminalité, homosexualité, tentative de suicide, etc.). Enfin, le troisième type de stigmates implique la notion de groupes tels ceux déterminés par la race, la nationalité ou la religion, et atteint tous les membres d'une même famille. De façon générale, en ne considérant pas les notions de race, religion et nationalité, les différentes conditions stigmatisantes sont le plus fréquemment classées en incapacités physiques ou sensorielles, en incapacités cognitives (maladie mentale, déficience intellectuelle, etc.) et en particularités sociales (alcoolisme, homosexualité, criminalité, etc.).

Ainsi, les personnes présentant des incapacités physiques (cécité, surdité, etc.) sont vues comme étant diminuées et moins aptes à faire face aux exigences de la vie adulte. Parce que leur capacité de communication est affectée par ce type d'incapacité, particulièrement dans le cas de la surdité, les personnes affectées sont souvent aussi perçues comme étant stupides et socialement incompetentes [Gilhorne Herbst 1983]. Les personnes souffrant de troubles mentaux sont quant à elles surtout vues comme étant dangereuses et imprévisibles, incompetentes et souvent responsables de leur état. La déficience intellectuelle est perçue comme étant moins dangereuse que la maladie mentale, les personnes aux prises avec un tel problème étant plutôt associées au simple d'esprit et au fou du village [Dorvil, Bisson et al. 1995]. Nous reviendrons plus en détails sur le stigmatisme associé aux PSTM.

Pour ce qui est des particularités sociales, le stigmatisme associé à la pauvreté dans les pays industrialisés, par exemple, décrit le pauvre comme un être sans moral (voleur, un peu fou, de mœurs relâchés), paresseux, maladif et ne voulant pas acquérir de formation spécifique pour améliorer son sort [Waxman 1977]. Les alcooliques sont quant à eux perçus comme immoraux, peu fonctionnels et potentiellement dangereux.

Les personnes vivant sans domicile fixe (SDF) ont longtemps été perçues comme étant des hommes blancs d'âge moyen, alcooliques, dans la rue par choix et présentant souvent des problèmes de santé mentale [Toro and Rojansky 1990; Toro and McDonell 1992; Kingree and Daves 1997]. Plus spécifiquement, les hommes SDF sont considérés comme des récalcitrants et des simulateurs alors que les femmes sans abri sont davantage perçues comme des victimes. Mais, selon les études menées durant les années 1980, ces mythes ne se sont pas révélés maintenus dans l'esprit de la population [Toro and McDonell 1992]. De fait, les SDF constituent un groupe beaucoup plus hétérogène que cette description ne le laisse supposer et il semble que la population entretient des vues somme toute sympathiques envers eux [Benedict, Shaw et al. 1988; Lee, Link et al. 1991; Toro and McDonell 1992; Link, Schwartz et al. 1995]. Les attitudes de la population sont d'ailleurs plus favorables envers les SDF

qu'envers les pauvres, situation qui pourrait être causée par la couverture favorable des médias envers les SDF durant les années 1980 [Toro and McDonell 1992].

Facteurs qui influencent les stigmates

Cette propension naturelle à classer les choses et les personnes permet de mesurer les sentiments et les attitudes de la population dans plusieurs secteurs de l'activité humaine. La hiérarchie des préférences repose sur cette tendance de l'homme à définir et à ordonner les croyances et les perceptions relatives aux différents éléments constituant une classe donnée de phénomènes. La distance sociale réfère quant à elle, à la distance qu'un individu désire maintenir entre lui-même et les personnes présentant certaines différences. Utilisés par plusieurs chercheurs, ces concepts de hiérarchie de préférences et de distance sociale ont permis d'étudier les préférences des répondants à l'égard des divers groupes ayant une incapacité [Tringo 1970; Schneider and Anderson 1980; Yuker 1988; Ouellet and Coté 1995]. Tel que déjà mentionné, la plupart des études accordent une attention particulière aux incapacités physiques, sensorielles, cognitives et aux particularités sociales. De façon générale, ces études indiquent une hiérarchie des préférences relativement stable qui démontre que les incapacités physiques sont généralement les mieux acceptées, suivies des incapacités sensorielles, des incapacités psychogénétiques ou cognitives et, enfin, des groupes stigmatisés socialement. Ainsi, plusieurs études ont mis en évidence que la maladie mentale se classe dans les derniers rangs des groupes stigmatisés [Tringo 1970; Yuker 1988]. Les PSTM se retrouvent donc avec les groupes de personnes les moins bien acceptées socialement telles les drogués, les prostituées et les ex-détenus [Albrecht, Walker et al. 1982].

D'autres chercheurs se sont attardés à identifier les facteurs qui influencent le degré du stigmatisme attribué aux personnes handicapées. Ces études montrent que le plus fort stigmatisme est attaché aux conditions qui rendent le comportement du porteur imprévisible [Schneider and Anderson 1980]. Les handicaps qui suscitent le plus de

réactions négatives sont ceux qui sont les plus difficiles à prédire et à comprendre et ceux qui impliquent une menace ou un danger pour les autres [Sigelman 1991].

Le stigmatisme varie aussi selon le degré de responsabilité qui est associé au porteur quant à la cause de sa «marque» [Weiner, Perry et al. 1988]. Ainsi, si cette cause est perçue comme étant contrôlable (comme c'est le cas dans certains problèmes de comportements tel l'alcoolisme, le sida ou l'obésité), des sentiments de colère, de manque de pitié, de non-sympathie et d'absence de désir d'aider sont surtout ressentis par le public. Par contre, si les incapacités sont perçues comme ayant une cause incontrôlable, le stigmatisme y étant relié suscite des réactions affectives inverses, soit de pitié, de sympathie et de désir d'aider sans trace de colère. Les stigmates basés sur des incapacités physiques (cécité, surdité, cancer) sont de cette catégorie [Weiner, Perry et al. 1988].

Enfin, certaines études ont tenté d'identifier les facteurs généraux des personnes qui stigmatisent mais ces facteurs varient en fonction des incapacités ou des conditions de marginalité. Il semble toutefois s'en dégager certaines évidences. Ainsi, les femmes accepteraient plus facilement que les hommes les personnes stigmatisées et certains traits de personnalité influenceraient l'appréciation des personnes stigmatisées (personnalité anxieuse, personnes valorisant le contrôle personnel, etc.) [Schneider and Anderson 1980]. Nous reviendrons plus spécifiquement sur ces facteurs en relation avec le stigmatisme de la maladie mentale.

Donc, on voit que plusieurs facteurs influencent le stigmatisme associé aux différents groupes handicapés ou marginaux, tant au niveau du groupe visé par le stigmatisme qu'à celui de la personne qui stigmatise. Parce que certains de ces facteurs (sexe, traits de personnalité, etc.) sont soit difficiles voire impossibles à modifier et parce que le stigmatisme associé aux PSTM est en grande part déterminé par des facteurs provoquant le plus de rejet de la part de la population (imprévisibilité, dangerosité perçue, etc.), on comprend que travailler à diminuer ce stigmatisme n'est pas chose facile.

Le stigmaté associé aux personnes souffrant de troubles mentaux

Assises du stigmaté

Répetons-le, les personnes souffrant de troubles mentaux constituent un groupe fortement stigmatisé dans notre société et les croyances stéréotypées sous-jacentes stipulent qu'elles sont imprévisibles, tendues et dangereuses, incompetentes, non fiables et souvent responsables de leur état [Dorvil 1987; Green, McCormick et al. 1987; Link, Cullen et al. 1987; Fink and Tasman 1992; Poulin and Massé 1994; Wahl 1995; Reda 1996]. Nous avons vu aussi que les croyances qui occasionnent le plus de rejet envers les groupes stigmatisés sont celles qui incluent une notion d'imprévisibilité, de danger et d'incompréhension. Or, le stigmaté associé à la maladie mentale implique principalement ces notions ce qui fait des PSTM un groupe des plus rejetés. Les croyances de l'imprévisibilité et surtout de la dangerosité des PSTM sont celles les plus fréquemment citées. Selon une enquête réalisée auprès des Américains, jusqu'à 24% d'entre eux sont préoccupés par la violence et la dangerosité potentielle des PSTM [Borinstein 1992]. À Montréal, 25% de la population croit que les PSTM sont plus dangereuses que l'ensemble de la population [Poulin and Lévesque 1995]. Cette perception est toutefois différente selon le sexe de la PSTM [Dorvil 1987]. Ainsi, «l'homme fou» serait dangereux, violent et agresserait les autres alors que la «femme folle» serait désespérée, retournerait sa folie contre elle-même en se suicidant et susciterait la pitié au lieu d'inspirer la peur. Mais qu'en est-il du réel degré de dangerosité des PSTM ?

Des études relativement récentes ont mis en évidence que certaines catégories de PSTM (surtout celles présentant des symptômes psychotiques) affichent des taux d'actes violents plus élevés que la population générale [Link, Andrews et al. 1992]. Selon une analyse critique de la littérature sur le sujet [Arboleda-Florez, Holley et al. 1996], il est rapporté que les personnes atteintes de schizophrénie sont un peu plus susceptibles de commettre des actes violents quand elles sont la proie de symptômes

psychotiques. Mais pour Link et collaborateurs, ces comportements violents plus fréquents peuvent être la conséquence de réactions inappropriées de la population face aux symptômes psychotiques. Parce que ces comportements sont incompréhensibles pour la majorité, ils susciteraient de la peur ou le désir de contrôler et restreindre ce comportement inquiétant. C'est cette coercition qui provoquerait de la colère chez la personne psychotique et l'amènerait à poser des actes violents [Link, Andrews et al. 1992]. Donc, le fait que la maladie mentale et les actes violents soient tous les deux présents ne signifie pas nécessairement que la violence est causée par la maladie. Si l'on considère d'ailleurs les conditions dans lesquelles vivent plusieurs PSTM (pauvreté, sans emploi, sans logement pour certains, dévaluation dans leur rapport avec les autres, peur du rejet, etc.), il est plausible de voir survenir des actes violents sans qu'ils ne soient l'indication des effets de la maladie mentale [Wahl 1995].

D'ailleurs selon l'analyse critique de Arboleda-Florez et collaborateurs, il n'existe pas jusqu'à maintenant de preuve consistante pour appuyer l'hypothèse selon laquelle la maladie mentale, non aggravée par la toxicomanie, constitue un important facteur de risque de violence ou de criminalité, une fois les antécédents de violence contrôlés. Leur analyse critique de la littérature leur permet de conclure qu'il n'a jamais été scientifiquement démontré, jusqu'à maintenant, que la maladie mentale cause la violence [Arboleda-Florez, Holley et al. 1996].

Néanmoins, que les PSTM ne soient pas plus violentes ou que certaines d'entre elles le soient légèrement plus que la population générale, la dangerosité qui leur est associée constitue le mythe le plus pernicieux largement perpétué par les médias [Page and Day 1990; Fink and Tasman 1992; Wahl 1995]. L'image typique des personnes souffrant de problèmes de santé mentale présentée à la télévision est celle du célibataire schizophrène ayant des hallucinations, étant sous traitement chimique, dangereux, imprévisible, dépendant, anxieux, non-productif et mendiant [Page and Day 1990]. De 73 à 77% des PSTM dont on parle dans les médias s'y retrouvent pour

cause de violence alors que cette proportion n'est que de 24% pour les femmes et 40% chez les hommes dans les autres groupes de la population [Page and Day 1990; Fink and Tasman 1992]. Il est évident que la proportion de personnes atteintes de maladie mentale posant effectivement des actes violents n'atteint jamais une telle ampleur.

Parmi les autres croyances associées aux PSTM se retrouvent les notions d'incompétence et de non-fiabilité. Pour plusieurs, la maladie mentale est associée à une baisse des capacités intellectuelles comme si la PSTM n'avait plus les mêmes aptitudes pour faire face aux exigences de la vie. Ces croyances ont des répercussions tant au niveau du travail qu'à celui des relations avec l'entourage. Des PSTM rapportent en effet qu'elles se voient fréquemment dénigrer par leur entourage qui sous-estime leur potentiel intellectuel et leurs habiletés sociales [Poulin and Lévesque 1995], comme si la maladie mentale impliquait la perte de ces capacités. Évidemment ces croyances, véhiculées aussi dans le contexte du travail, influencent tout particulièrement les possibilités de maintien ou de retour à l'emploi des PSTM, les employeurs ne croyant plus à la productivité de personnes aux prises avec de tels problèmes [Poulin and Lévesque 1995]. Les croyances d'incompétence et de non-fiabilité des PSTM sont encore très ancrées dans l'esprit de la population.

Dans les faits, certaines maladies mentales ont des répercussions non négligeables au niveau des capacités cognitives des personnes atteintes, ce qui donne certaines assises à ces croyances. Une certaine proportion d'ex-patients psychiatriques ont effectivement de la difficulté à effectuer les activités quotidiennes de la vie, telle faire l'épicerie, préparer les repas, utiliser les transports en commun, sans avoir recours à une aide extérieure [Farina, Fisher et al. 1992]. Selon l'enquête menée par Poulin et Lévesque auprès d'ex-patients psychiatriques à Montréal, la proportion d'ex-patients psychiatriques qui se considèrent inaptes à effectuer ces tâches serait de l'ordre de 14% [Poulin and Lévesque 1995]. Toujours selon la même enquête, la proportion de répondants qui reconnaissent avoir de la difficulté à se prendre en charge dans leur

quotidien atteint la valeur de 30%. Ces personnes se définissent comme étant très vulnérables et peu autonomes face aux aléas de la vie. Cette faible estime de soi, qu'elle soit ou non justifiée, a pour effet de les maintenir dans un état de dépendance envers leur entourage [Poulin and Lévesque 1995].

Ainsi, les préjugés à l'égard de la maladie mentale persistent et, à cause du maintien de ces préjugés, tout particulièrement pour ceux d'imprévisibilité et de dangerosité, la population a tendance à percevoir les PSTM comme une menace potentielle pour leur intégrité physique ou celle de leur entourage ce qui n'est pas sans avoir des répercussions non-négligeables pour les PSTM.

Conséquences du stigmatisme pour les PSTM

- **Au niveau des services**

Pour Arens, le stigmatisme associé à la maladie mentale sert vraiment de barrière au développement de programme d'implantation de résidences dans les milieux [Arens 1993]. Il a ainsi des conséquences importantes quant à l'atteinte des objectifs visés par les programmes de la désinstitutionnalisation. La représentation des PSTM qu'impliquent les croyances stéréotypées présentées plus haut, amène les gens à éviter les contacts sociaux ou physiques avec elles. Les PSTM rapportent d'ailleurs faire fréquemment l'objet de situations d'évitement et de rejet [Page and Day 1990; Poulin and Massé 1994]. Une enquête américaine montre que seulement 19% des individus de la population générale, proportion d'ailleurs la plus faible de cette enquête, se sentent confortables avec l'incapacité que constitue la maladie mentale [National Organisation on Disability 1991]. Interviewées sur leur niveau de contact et de participation sociale avec l'entourage, des PSTM vivant dans la communauté rapportent dans une proportion de 43% que la faible occurrence de contacts avec la famille et les amis constitue la difficulté qu'elles rencontrent le plus fréquemment. Suivent pour une proportion de 30% d'entre elles, les difficultés de communication avec l'entourage [Poulin and Lévesque 1995].

Les appréhensions du public à entrer en contact avec les PSTM demeurent surtout centrées sur la peur qu'inspirent ces dernières [Tefft, Segall et al. 1987; Arens 1993]. Les PSTM elles-mêmes attribuent ce comportement d'évitement des autres, surtout dans les endroits publics, à cette peur [Poulin and Massé 1994]. Cette appréhension constitue une entrave sérieuse à l'intégration des PSTM dans les milieux [Aubry, Tefft et al. 1995] qui peut même occasionner dans certains cas, une plus grande perception d'isolement pour elles [Dear and Taylor 1982]. Angermeyer et collaborateurs ont mis en évidence que les patients qui vivent de façon isolée en centre hospitalier psychiatrique peuvent se sentir moins stigmatisés que ceux rattachés à une clinique communautaire [Angermeyer, Link et al. 1987]. Les ex-

patients psychiatriques rapportent d'ailleurs souffrir grandement de cet isolement [Poulin and Lévesque 1995]. Cette situation limite sans aucun doute les bénéfices attendus des soins dans la communauté.

Dans leurs travaux sur les attitudes de la population envers les PSTM et les services en communauté qui leur sont destinés, Dear et Taylor ont aussi mis en évidence l'importance des croyances de la population dans le processus d'acceptation ou de rejet de tels services dans la communauté [Dear and Taylor 1982]. Ils ont appliqué la théorie de l'action raisonnée développée par Ajzen et Fishbein [Ajzen and Fishbein 1980] aux attitudes de la population envers les services en santé mentale dans la communauté (voir figure 1).

Selon ce modèle, les attitudes, définies comme une prédisposition mentale d'un individu à répondre favorablement ou non à un objet social de façon relativement constante, servent de pivot central à un processus séquentiel. Dans ce processus, les attitudes sont précédées de diverses variables externes, croyances et perceptions et sont suivies d'intentions d'action et de comportements. Pour bien cerner les attitudes face aux PSTM, il est important pour Dear et Taylor, d'identifier les croyances qui leur sont sous-jacentes, les liens entre ces croyances et les attitudes étant reconnus.

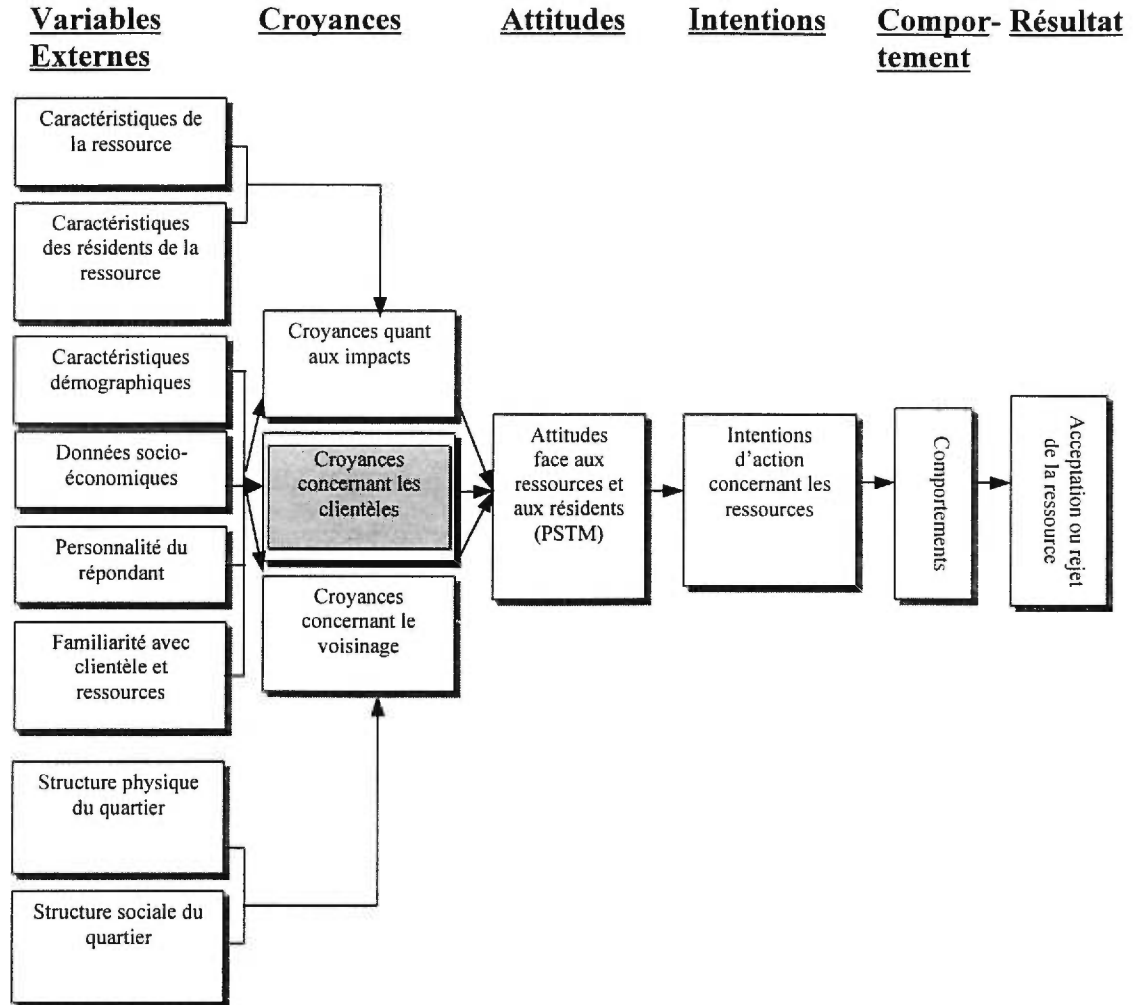


Figure 1 : Modèle théorique des attitudes de la population face aux services en santé mentale [Dear and Taylor 1982].

Selon leurs travaux, les croyances du public face aux PSTM sont fonction de l'imprévisibilité et de l'irresponsabilité qu'il leur accorde (plus elles sont perçues imprévisibles et irresponsables, plus le rejet et l'évitement sont grands), de la dangerosité qu'il leur associe (plus la violence appréhendée est importante, plus grand est le rejet) et des caractéristiques personnelles des PSTM (il y a par exemple

plus de rejet exprimé envers les hommes de faible niveau économique n'ayant établi aucun lien dans la communauté). Leur analyse montre que, pour déterminer les attitudes envers les services en santé mentale, les croyances sont plus importantes que les caractéristiques du voisinage (structures physiques et sociales du quartier) ou des services (caractéristiques de la ressource et de ses résidents).

On voit que les croyances sous-jacentes au stigmatisme envers les PSTM sont importantes même dans le contexte des services offerts à ces personnes.

- **Au niveau de la qualité de vie des PSTM**

Évidemment, le stigmatisme envers la maladie mentale n'a pas que des conséquences sur l'organisation des services. Il influence aussi beaucoup les PSTM à un niveau beaucoup plus personnel. Pour Link et collaborateurs [Link and Cullen 1990], à cause des effets négatifs de l'étiquette de «malade mental», plusieurs PSTM vont expérimenter une baisse de leur estime de soi et de leur perception d'efficacité. Être confronté régulièrement à des images de soi défavorables dans les médias ou ailleurs, contribue à affecter l'estime de soi des PSTM [Wahl 1995].

Les PSTM vont souvent voir leur réseau de soutien social modifié [Link and Cullen 1990]. En effet, à cause des préjugés liés à la maladie mentale, les PSTM vont avoir tendance à vivre de façon plus isolée que ce soit l'objet d'une décision volontaire ou non. D'une part, l'entourage, les amis et souvent même la famille réduisent leur disponibilité lorsqu'ils apprennent qu'une personne présente des problèmes de santé mentale. D'autre part, les PSTM elles-mêmes peuvent favoriser le retrait de leurs contacts sociaux par peur d'avoir à affronter l'éventualité d'être rejetées. Par ailleurs, comme elles désirent souvent garder secret leur état de santé mentale pour éviter de vivre les effets de l'étiquetage, les PSTM vont moins recourir à des services ou retarder le moment de la recherche de soins [Sibicky and Dovidio 1986; Wahl 1995]. Elles ont donc, pour toutes ces raisons, moins accès à du soutien émotionnel et social valable, surtout si on rajoute leur désir de garder secret leur situation [Poulin and

Lévesque 1995; Wahl 1995]. D'ailleurs, puisque les PSTM qui peuvent garder secret leur état de santé mental le font, seuls les pires cas restent apparents. Cette situation donne du poids au stigmatisme envers la maladie mentale [Wahl 1995].

Enfin, les PSTM vivent souvent des situations de discrimination tant au niveau de l'emploi, du logement [Link and Cullen 1990; Page and Day 1990; Wahl 1995], qu'au niveau légal [Sales and Kahle 1980]. Ces difficultés d'emploi et de logement augmentent d'ailleurs la probabilité que les PSTM se retrouvent sans abri. Même le monde des services psychiatriques vit les effets du stigmatisme de la maladie mentale qui s'expriment par des difficultés de recrutement et de maintien en emploi du personnel oeuvrant avec les PSTM [Lyons and Hayes 1993].

Selon Link et collaborateurs, les PSTM endossent différentes stratégies comme moyen de défense face aux effets du stigmatisme [Link and Cullen 1990]. Ces stratégies sont le secret (cacher une histoire de traitement pour problèmes de santé mentale), le retrait (éviter les situations potentiellement menaçantes) et l'information (tenter d'éduquer les autres pour devancer les effets négatifs des stéréotypes). On le voit, ces moyens de défense rejoignent ceux avancés par Goffman en 1963 dans ses travaux sur le stigmatisme.

Toutes ces situations rendent difficile la vie des personnes affectées de problèmes de santé mentale. Des conditions de vie inadéquates et non salubres par manque de revenus suffisants rendent difficile voire impossible l'amélioration de leur état de santé mentale.

- **Au niveau du pronostic d'évolution (guérison) de la maladie mentale**

La baisse de l'estime de soi, le sentiment d'inefficacité, l'absence de travail, les difficultés de trouver un logement adéquat, etc., toutes ces conditions sont en soi des facteurs de risque pour l'installation de problèmes psychologiques [Link and Cullen

1990; Socall and Holtgraves 1992]. Pour ces chercheurs, il serait opportun d'investiguer l'influence de l'étiquette sur de nouvelles occurrences de troubles mentaux.

Croyant l'étiquette non inoffensive, Link et collaborateurs décrivent le processus de son influence, ainsi que celle du stigmatisme dans la vie d'une personne souffrant de problèmes de santé mentale, de la façon suivante [Link and Cullen 1990]. Des facteurs sociaux, psychosociaux et biologiques sont d'abord à l'origine du trouble mental. L'expression des symptômes en résultant est ensuite prise en compte, évaluée et interprétée par la personne elle-même et son entourage. La sévérité des symptômes et la nature de la réponse de l'entourage à cette déviance primaire déterminent si une étiquette formelle de malade mental est attribuée et si s'ensuit une démarche de consultation pour l'obtention de services professionnels. Si tel est le cas, des facteurs cliniques et sociaux orientent la réponse du professionnel qui influence à son tour la nature et la qualité du traitement reçu. Si le tout est adéquat, la consultation professionnelle tend à produire des bénéfices significatifs, particulièrement au niveau de la condition clinique du patient. Mais en même temps, entrent en jeu de puissantes forces culturelles qui déterminent l'impact de l'étiquette pour l'individu et son entourage. Pour plusieurs, l'étiquette entraîne une forte prévision de rejet qui, selon la réponse des autres, peut effectivement causer la rupture des interactions sociales, diminuer l'estime de soi et influencer négativement la performance dans les rôles sociaux et au travail. Même en présence de traitement efficace, ces facteurs peuvent, à long terme, diminuer les bénéfices obtenus. Par ailleurs, si les réponses du public et des professionnels ont amené une piètre qualité de traitement, spécialement dans les cas où les patients ne sont pas traités avec le respect qui leur est dû, les attentes de rejet des patients peuvent être dramatiquement augmentées. Les conséquences négatives de l'étiquette vont alors contribuer à précipiter la personne dans une psychopathologie chronique.

On voit donc que le stigmate et l'étiquette associés à la maladie mentale peuvent avoir des conséquences importantes tant au niveau des services offerts aux PSTM, à leur qualité de vie qu'à celui du pronostic de guérison. Tel que le concluent Poulin et Lévesque : «À cause du stigmate, les PSTM ne se sentent plus considérées comme des individus à part entière et perdent beaucoup de crédibilité aux yeux de leur entourage. Que ce soit au sein de leur entourage, au travail ou dans les lieux publics, elles se sentent marginalisées et stigmatisées» [Poulin and Lévesque 1995].

Influence de l'étiquette utilisée

Nous l'avons vu précédemment, l'étiquette identifie ou définit la personne qui la porte. Dans le contexte de la maladie mentale, l'étiquette a un rôle important en activant les croyances principalement négatives qui lui sont généralement associées [Link, Cullen et al. 1987; Socall and Holtgraves 1992]. Certains chercheurs se sont attardés à connaître les nuances que fait la population entre les différentes appellations utilisées pour désigner les personnes aux prises avec de tels problèmes. Ainsi, Poulin et Lévesque ont montré que les étiquettes de «malade mental», «d'ex-patient psychiatrique» et de «personne souffrant de problème de santé mentale» ne peuvent être utilisées de façon indifférenciée car elles appellent un degré de stigmatisation différent [Poulin and Lévesque 1995]. L'appellation de «malade mental» serait la plus stigmatisante puisqu'elle met l'accent sur la chronicité et la gravité du problème dont souffre l'individu. C'est celle qui réfère le plus aux problèmes sévères et persistants de santé mentale requérant généralement l'institutionnalisation. La «personne souffrant de problème de santé mentale» est davantage perçue comme ayant un potentiel de guérison et son problème prend alors un caractère passager. Enfin l'ex-patient psychiatrique est vu comme étant guéri ou en bonne voie de l'être, donc en mesure de fonctionner adéquatement maintenant dans la société.

Ces considérations sur l'étiquette ou l'appellation attribuée aux personnes souffrant de troubles mentaux prennent une importance évidente dans le contexte de l'évaluation des croyances que la population entretient envers ces personnes. Comme le remarquent Poulin et Lévesque, l'utilisation de l'étiquette de «malade mental», qui très souvent implique pour la population le recours à des soins continus dans un institut psychiatrique, oriente les croyances et attitudes de la population et risque de biaiser la mesure en favorisant l'expression d'une plus grande intolérance envers les PSTM [Poulin and Lévesque 1995]. Pour eux, l'appellation de «personne souffrant d'un problème de santé mentale» met davantage l'accent sur la personne que sur le handicap et illustre davantage le vécu des individus désinstitutionnalisés dans le contexte social actuel. Cette appellation serait donc à privilégier.

Prédicteurs des croyances négatives et de l'attitude de rejet

Tout comme dans les études sur les différents stigmates, plusieurs chercheurs se sont attardés à identifier les facteurs prédictifs et les caractéristiques des personnes qui stigmatisent les PSTM. Ainsi, certaines études ont tenté de connaître ceux qui étiquettent [Horwitz 1982], d'autres ont voulu définir qui étaient ceux qui s'opposaient à l'installation de services communautaires de santé mentale dans leur quartier [Dear and Taylor 1982; Borinstein 1992; Côté, Ouellet et al. 1993; Aubry, Tefft et al. 1995; Dorvil, Bisson et al. 1995; Poulin and Lévesque 1995] et enfin, certaines se sont attardées à identifier qui attribue des caractéristiques négatives aux PSTM et qui les rejette [Dear and Taylor 1982; Dorvil, Bisson et al. 1995; Poulin and Lévesque 1995]. Nous ne nous arrêtons, dans le cadre de ce texte, qu'à ces dernières études.

D'abord, Dorvil et collaborateurs, dans leur recherche sur les attitudes et les croyances des montréalais à l'égard des PSTM, ont tenté de déterminer les différents facteurs qui prédisent les croyances négatives et les attitudes de rejet de la population [Dorvil, Bisson et al. 1995]. Les prédicteurs directs d'une plus grande adhésion aux

croyances négatives envers la maladie mentale sont le conservatisme dans les valeurs, les croyances dans les conséquences négatives de la maladie mentale, le manque d'expérience avec la maladie mentale, le fait d'être plus âgé et le fait d'être propriétaire. Par ailleurs, le sexe, la pratique religieuse et l'utilisation de ressources en santé mentale pour soi-même sont associés indirectement aux croyances négatives.

Les prédicteurs directs des attitudes de rejet de la population envers les PSTM sont par ailleurs, dans leur modèle, les croyances négatives envers la maladie mentale, l'utilisation personnelle des ressources en santé mentale et le statut de locataire. D'autres variables sont liées de façon indirecte aux attitudes de rejet. Ce sont certaines variables sociales dont l'âge, le sexe, la croyance religieuse et le conservatisme et deux mesures de représentations sociales de la maladie mentale soit les conséquences négatives de la maladie et l'expérience de la maladie mentale. Selon ces auteurs, les croyances négatives sur la maladie mentale jouent un rôle tout à fait central dans l'explication et possiblement le développement des attitudes de la population [Dorvil, Bisson et al. 1995]. Les croyances négatives envers la maladie mentale présentent dans leur modèle un coefficient de régression standardisé de $-.72$. Elles apparaissent ainsi comme un déterminant majeur des attitudes et en expliquent 80% de la variance. Plus une personne croit que les PSTM fuient leurs responsabilités dans la vie, qu'elles sont dangereuses, incompetentes, n'ont aucun contrôle sur leurs émotions, qu'elles devraient être hospitalisées en institution psychiatrique ou internées au moindre signe de déséquilibre mental, plus cette personne aura des attitudes défavorables à l'égard des PSTM.

Dear et Taylor ont aussi exploré ces aspects dans leurs travaux et avancent que les plus importants prédicteurs des croyances envers la maladie mentale sont les caractéristiques personnelles de la population [Dear and Taylor 1982]. Ces caractéristiques sont, au niveau démographique, l'âge, le sexe et le nombre d'enfants, au niveau socio-économique, l'éducation et le statut de propriétaire, et enfin au

niveau des mesures de croyances générales, la pratique religieuse et l'expérience avec la maladie mentale [Dear and Taylor 1982].

Enfin, Poulin et Lévesque ont mis en évidence, dans leur étude sur les attitudes de la population envers les PSTM, que la dangerosité perçue constitue l'une des croyances les plus prédictives de l'attitude de rejet de la population [Poulin and Lévesque 1995]. Outre les notions de valeurs (esthétisme et intolérance), de croyances normatives et de croyances reliées aux causes de la maladie mentale, certaines caractéristiques socio-démographiques, telles la durée de résidence dans le quartier et les années de scolarité, de même que la fréquence de contacts avec les PSTM (moins de 4 contacts mensuels) sont aussi associées aux attitudes de rejet. Ces chercheurs ont par ailleurs déterminé ainsi les caractéristiques socio-démographiques des personnes qui considèrent que les PSTM sont moins dangereuses que la population en général. Ce sont étonnamment des personnes plus âgées, pratiquantes, qui ont un nombre plus élevé d'enfants et un niveau de scolarité plus faible. Mais les analyses visant à déterminer les variables prédictives de la dangerosité perçue des PSTM n'ont pas été effectuées de façon spécifique par ces chercheurs.

Donc, ces études confirment que les préjugés envers les PSTM demeurent très importants et ont un rôle central face aux attitudes de rejet de la population. Le manque de connaissances sur la maladie mentale permet aux préjugés de jouer ce rôle important sur les attitudes de rejet et conséquemment sur celles d'acceptation des PSTM dans la communauté. Selon certaines études, les effets de ces préjugés seraient contrés par des campagnes d'information et d'éducation de la population sur la maladie mentale [Aubry, Tefft et al. 1995; Wolff, Pathare et al. 1996], les attitudes négatives étant fortement associées à un manque de connaissances [Wolff, Pathare et al. 1996]. De telles campagnes permettraient de démystifier la maladie mentale.

Le manque de contacts avec les PSTM constitue aussi un prédicteur des croyances stéréotypées envers ces personnes. Il est montré en effet que les contacts avec des

PSTM améliorent les attitudes de la population envers ce groupe [Desforbes, Lord et al. 1991; Côté, Ouellet et al. 1992; Poulin and Lévesque 1995; Kolodziej and Johnson 1996]. Ainsi, plus les gens connaissent la maladie mentale et côtoient des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, plus les préjugés ont tendance à régresser et être remplacés par des attitudes plus favorables envers les PSTM. Il est toutefois important de préciser que les contacts en soi ne sont pas automatiquement bénéfiques, de simples contacts occasionnels ayant peu, voire pas d'influence [Reda 1996]. Pour qu'ils soient bénéfiques, les contacts doivent survenir lors de rencontres désirées, c'est-à-dire non imposées, faites dans un contexte plaisant entre personnes de statut égal [Gething 1982]. Ainsi, la qualité des contacts a plus d'importance que leur quantité.

Certaines variables socio-démographiques permettent donc de prédire les croyances stéréotypées envers la maladie mentale, croyances qui sont elles-mêmes fortement prédictives des attitudes de rejet de la population envers les PSTM. L'amélioration des connaissances sur la maladie mentale de même que l'augmentation de contacts de qualité avec les PSTM atténuent les préjugés envers la maladie mentale.

La mesure des croyances stéréotypées associées à la maladie mentale

Les stéréotypes et préjugés liés à la maladie mentale sont depuis longtemps évalués suivant différentes méthodes directes ou indirectes, le plus souvent par l'entremise d'enquêtes. Certaines échelles, tout particulièrement au niveau de la mesure des attitudes, sont reconnues et validées (OMI, CAMI, etc.). Mais très souvent dans les enquêtes, les chercheurs choisissent de développer eux-mêmes leur questionnaire selon les objectifs de leur étude [Dorvil, Bisson et al. 1995] ou s'inspirent d'instruments déjà existants en les appliquant tels quels ou en leur apportant certaines modifications toujours selon les objectifs poursuivis par leur étude [Côté, Ouellet et al. 1993; Poulin and Lévesque 1995]. D'autres enfin, évaluent le stigmatisme associé à la maladie mentale par l'entremise d'entrevues semi-structurées auprès d'ex-patients psychiatriques [Poulin and Massé 1994]. Mais peu de questionnaires validés et reconnus mesurent directement les croyances stéréotypées envers la maladie mentale.

Dans le contexte de la mesure des opinions, croyances, attitudes et intentions comportementales envers la maladie mentale, on s'est d'abord intéressés à connaître les croyances et attitudes que les professionnels de la santé mentale entretenaient envers les PSTM. À cet effet, l'échelle *Opinions about Mental Illness* (OMI) développée par Cohen et Struening en 1962 pour évaluer les attitudes du personnel des centres hospitaliers envers les PSTM constitue un instrument complet et bien validé [Cohen and Struening 1962]. Cette échelle porte sur une vaste étendue de sentiments liés à la maladie mentale et aux PSTM.

S'intéressant aux attitudes de la population générale envers les PSTM dans le contexte des programmes de désinstitutionnalisation, Taylor et Dear ont adapté cette échelle à la mesure des attitudes de la population générale envers les PSTM et en ont, entre autres, réduit le nombre d'items [Taylor and Dear 1981]. Cette échelle, souvent réutilisée par d'autres chercheurs et connue sous le nom de *Community Attitudes toward the Mentally Ill* (CAMI) est validée, comprend quatre dimensions qui sont

l'*autoritarisme*, la *bienveillance*, la *restriction sociale* et l'*idéologie communautaire* à l'égard de la santé mentale [Taylor and Dear 1981]. La mesure des attitudes envers les PSTM, selon le modèle développé par Ajzen et Fishbein [Ajzen and Fishbein 1980], permet de déterminer ou, à tout le moins, prédire l'accueil ou le rejet de la communauté envers les ressources résidentielles pour les PSTM et envers les PSTM elles-mêmes. Ces échelles ne permettent toutefois pas la mesure des croyances stéréotypées à la base du stigmaté envers la maladie mentale.

Par ailleurs, certaines mesures ont permis l'acquisition, de façon indirecte, d'informations sur les croyances stéréotypées associées à la maladie mentale. D'abord, Bogardus en 1925 a développé la notion de distance sociale qu'il définit comme étant le degré de compréhension sympathique qui existe entre les personnes [Bogardus 1925]. La mesure de la distance sociale fournit une indication de l'intention comportementale quant à la distance physique ou sociale qu'une personne désire maintenir entre elle-même et les PSTM. Partant de l'échelle de distance sociale, Tringo développe en 1970 son échelle de *Disability Social Distance Scale* (DSDS) ou la mesure par hiérarchie des préférences [Tringo 1970]. Reposant sur le principe que plus la population entretient des préjugés ayant des impacts négatifs face à un groupe, plus ce groupe risque d'être marginalisé, le DSDS permet d'avoir une indication des croyances associées aux malades mentaux. Dans ce contexte, comme nous l'avons vu précédemment, la maladie mentale est souvent classée dans les derniers rangs, les préjugés à son endroit demeurant très négativement puissants. Cette technique fournit aussi un indice du potentiel d'accueil ou de rejet d'une communauté face à une ressource résidentielle. Ouellet et collaborateurs ont développé au Québec un instrument de mesure de hiérarchie des préférences comportant des échelons différents les uns des autres à l'intérieur desquels la position de chaque groupe se justifie en fonction des concepts théoriques sous-jacents [Ouellet and Côté 1995].

On retrouve dans la littérature quelques échelles validées mesurant directement les croyances stéréotypées. D'abord, Mansouri et collaborateurs rapportent avoir mesuré le stigmatisme perçu par des PSTM sous huit versions différentes présentant de bonnes valeurs de consistance interne (de .80 à .92) [Mansouri and Dowell 1989]. Les items qui ont permis ces mesures ne sont toutefois pas présentés dans l'article rapportant les résultats de leurs travaux qui portent plutôt sur la perception du stigmatisme par les PSTM elles-mêmes. De leur côté, Socall et collaborateurs ont mesuré les croyances négatives envers les PSTM conceptualisées sous deux dimensions, confirmées par les analyses factorielles [Socall and Holtgraves 1992]. Ces dimensions sont l'imprévisibilité (dangerosité, violence potentielle des PSTM, degré avec lequel elles réussissent à contrôler leurs émotions) et les effets de la maladie mentale (être prestataire d'allocations de bien-être social, raté, jamais guéri et n'ayant jamais eu d'emploi). Enfin, dans le cadre de leurs travaux sur la relation entre le stigmatisme, l'étiquetage des PSTM et la distance sociale que les personnes désirent garder face à elles, Link et collaborateurs ont développé une échelle de mesure de dangerosité perçue associée aux PSTM, échelle qui a traversé certaines étapes de validation [Link, Cullen et al. 1987].

Ces échelles de mesure sont souvent incluses dans des devis d'études qui utilisent des vignettes présentant des cas concrets de personnes avec et sans problèmes de santé mentale, à partir desquelles les répondants sont invités à donner leur opinions. Cette technique développée par Star en 1955 [Star 1955] a l'avantage de permettre aux répondants d'émettre leurs opinions sur des comportements concrets, dans des contextes et circonstances comparables qui permettent un bon contrôle expérimental [Brockman, D'Arcy et al. 1979].

L'échelle développée par Link et collaborateurs présente donc certains intérêts. Dérivée de la théorie du stigmatisme, elle se centre surtout sur les croyances qu'une personne qui souffre ou a souffert de maladie mentale peut être une menace pour les autres [Link, Cullen et al. 1987]. Cette échelle est composée de huit items avec une

échelle de réponse de type Likert de six niveaux allant de *fortement en accord* à *fortement en désaccord*. Une valeur élevée signifie que les PSTM sont perçues comme étant dangereuses. La consistance interne de l'échelle (alpha de Cronbach) est de $\alpha=.85$. Des corrélations significatives entre les valeurs obtenues et certaines variables socio-démographiques (l'âge, la scolarité des répondants et les contacts avec les PSTM), variables reconnues dans la littérature comme étant liées aux croyances, sont vues par les auteurs comme des indicateurs de validité de construit de l'échelle. Toujours selon les auteurs, l'échelle possède une bonne validité apparente puisqu'elle comprend des questions sur l'imprévisibilité des PSTM, l'impossibilité de leur faire confiance, la sécurité des enfants et le besoin de protéger la communauté par le recours aux hôpitaux psychiatriques. Les auteurs précisent qu'ils sont confiants de vraiment mesurer ce qu'ils ont l'intention de mesurer. Cette échelle a d'ailleurs été reprise, avec certaines modifications, dans d'autres études avec des résultats d'analyse de validation satisfaisants [Côté, Ouellet et al. 1993].

Lors d'une vaste enquête panaméricaine, Link et collaborateurs ont réutilisé leur échelle après y avoir apporté certaines modifications [Link, Schwartz et al. 1995]. Ainsi, le nombre d'items de l'échelle a été diminué à sept et l'échelle de réponse, toujours de type Likert, ramenée de six à quatre choix de réponses (*absolument vrai*, *probablement vrai*, *probablement faux* et *absolument faux*). Une valeur faible traduit de fortes croyances négatives. La consistance interne (alpha de Cronbach) est de $\alpha=.78$ et l'analyse de validation factorielle met en évidence la mesure d'une seule dimension soit la dangerosité / imprévisibilité perçue des PSTM¹.

Cette échelle de mesure des croyances stéréotypées envers les PSTM présente des qualités lui conférant un certain intérêt. Avec sept items, ce qui en fait une courte échelle, elle obtient des valeurs satisfaisantes de consistance interne. Elle consiste en

¹ Ces informations ont été obtenues après avoir procédé, avec l'autorisation de M. Link, au processus de validation de l'échelle à partir des données de l'enquête américaine. Le détail est présenté à l'annexe 1 de la deuxième partie de ce document.

un ensemble d'items constitués d'énoncés clairs, évitant les redondances inutiles et capables de mesurer le construit sous-jacent. Les analyses factorielles de validité confirment sa définition en une dimension soit la dangerosité/imprévisibilité des PSTM. Enfin, les corrélations significatives avec les variables socio-démographiques reconnues dans la littérature appuient sa validité.

Contexte et objectifs de l'étude

L'état de la question présenté précédemment permet de faire les constats suivants :

- Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale constituent encore de nos jours un groupe fortement stigmatisé. Les croyances stéréotypées à la base de ce stigmatisme stipulent que les PSTM sont des personnes imprévisibles, tendues, dangereuses, non fiables, incompetentes et souvent responsables de leur état.
- Le stigmatisme réfère à toute caractéristique physique ou comportementale qui discrédite d'une certaine manière l'individu qui la possède et fait de lui la victime des attentes négatives préconçues des autres. Le processus de stigmatisation implique que la personne exempte d'un trait spécifique dénigre celle qui le possède ce qui entraîne l'isolement des personnes alors considérées différentes et indésirables. Les handicaps ou «marques» qui suscitent le plus de réactions négatives sont ceux qui sont les plus difficiles à prédire et à comprendre et ceux qui impliquent une menace ou un danger pour les autres, ce qui est le cas de la maladie mentale. Plusieurs études ont d'ailleurs mis en évidence que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale se classent parmi les groupes les plus stigmatisés.
- Même si l'ensemble des préjugés entretenus à l'égard de la maladie mentale trouve peu d'assises sérieuses, ces préjugés demeurent actifs dans l'opinion de la population générale, particulièrement ceux de l'imprévisibilité et de la dangerosité. Ces préjugés ont des conséquences non-négligeables pour les PSTM et ce, à différents niveaux. D'abord, au niveau des services, le stigmatisme constitue une barrière à l'implantation de ressources résidentielles dans les milieux, les croyances négatives constituant un fort prédicteur des attitudes de rejet de la population au développement de ressources communautaires pour les PSTM. Le

stigmatisme a aussi des conséquences importantes pour les PSTM elles-mêmes en occasionnant chez elles une baisse de leur estime de soi et de leur perception d'efficacité, en les isolant des autres et en les amenant à retarder le moment de la recherche de soins. Le stigmatisme occasionne souvent pour les PSTM des situations de discrimination tant au niveau de l'emploi, du logement qu'au niveau légal. Enfin, les conséquences négatives de l'étiquette et du stigmatisme peuvent même chez certains, contribuer à les précipiter dans une psychopathologie chronique.

- La présence de ces croyances stéréotypées peut être prédite par certains facteurs dont le sexe, l'âge, le nombre d'enfants, la scolarité, le statut de propriétaire, l'adhésion à des valeurs conservatrices comme la pratique religieuse, le fait d'avoir déjà soi-même utilisé des ressources en santé mentale et d'avoir été en contact avec des PSTM et le manque de connaissance sur la maladie mentale. Les croyances négatives envers la maladie mentale sont elles-mêmes de forts prédicteurs des attitudes de rejet de la population envers les PSTM, ces croyances jouant un rôle tout à fait central dans l'explication et possiblement le développement des attitudes de la population envers les PSTM.
- Les échelles de mesures reconnues et validées permettent surtout de mesurer les attitudes envers les PSTM des professionnels de la santé œuvrant auprès d'elles (OMI) ou de la population en général (CAMI). Certains instruments permettent d'obtenir indirectement de l'information sur les croyances stéréotypées liées à la maladie mentale; c'est le cas de la mesure de la distance sociale et de la hiérarchie des préférences qui ont entre autres permis de constater que la maladie mentale se situe parmi les conditions les moins bien acceptées de la population. Il existe peu d'échelles validées mesurant directement les croyances stéréotypées liées à la maladie mentale mais celle développée par Link et collaborateurs, dérivée de la théorie du stigmatisme et se centrant sur les croyances de dangerosité et d'imprévisibilité, a déjà traversé certaines étapes de validation et présente des qualités intéressantes.

Nous désirons dans ce travail procéder d'abord à la validation de la version française de l'échelle de mesure des croyances stéréotypées associées à la maladie mentale développée par Link et collaborateurs (version 1995). Cette analyse de validation est présentée dans l'article constituant la deuxième partie de ce mémoire. Ensuite, nous désirons vérifier si certains prédicteurs des croyances sont confirmés dans une enquête effectuée auprès de la population de la Ville de Montréal et ce, suivant le modèle présenté à la figure 2. Ces analyses de prédiction sont présentées en troisième partie du mémoire.

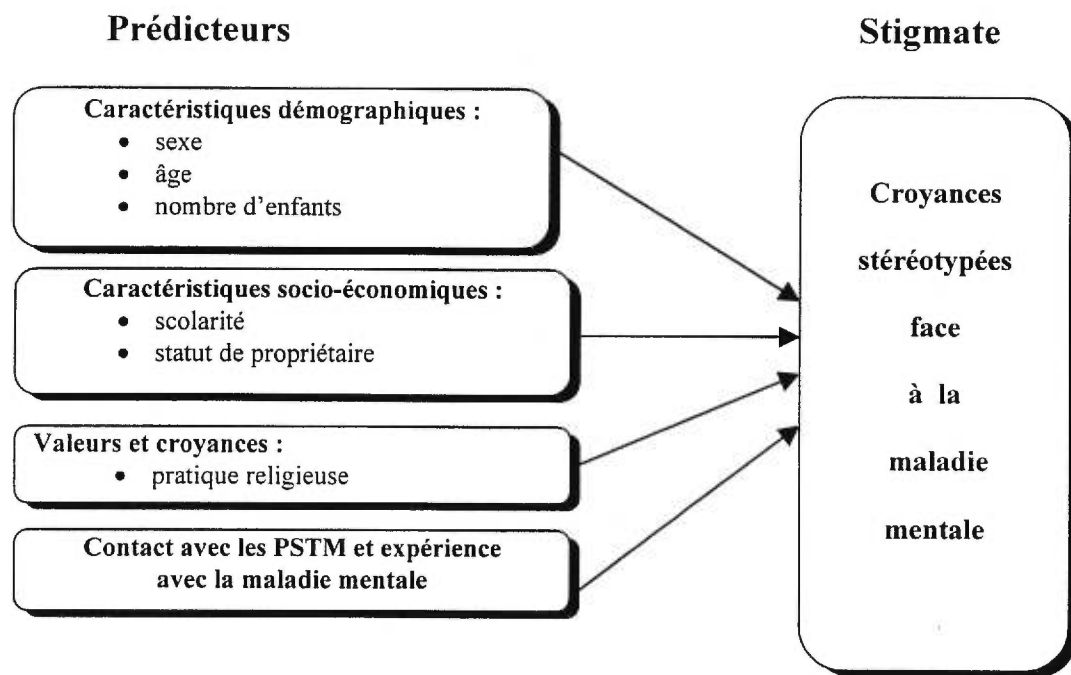


Figure 2 : Modèle théorique des prédicteurs des croyances stéréotypées sous-jacentes au stigmatisme associé à la maladie mentale.

Partie 2 - Article

Préface

L'article **Validation d'une échelle de mesure des croyances stéréotypées de la population envers les personnes souffrant de troubles mentaux**, présenté dans cette section, sera soumis pour publication à

La Revue canadienne des sciences du comportement**Auteurs :**

Odette Lemoine, Direction de la santé publique Montréal-Centre

Louise Fournier, Direction de la santé publique Montréal-Centre

Louise Potvin, Université de Montréal.

Adresse de correspondance :

Odette Lemoine
Direction de la santé publique Montréal-Centre
Écologie humaine et sociale
4835 avenue Christophe-Colomb
Montréal, Québec
H2J 3G8

Olemoine@santepub-mtl.qc.ca

Validation d'une échelle de mesure des croyances stéréotypées de la population envers les personnes souffrant de troubles mentaux

Mots clés : stigmatisme, maladie mentale, échelle de mesure, validation.

Résumé :

Dans le cadre d'une étude préliminaire réalisée auprès de 148 personnes de la Ville de Montréal, les propriétés psychométriques de la traduction française de l'échelle de mesure des opinions du public envers les personnes souffrant de troubles mentaux (PSTM) développée par Link et collaborateurs ont été évaluées. Cette échelle a pour but de mesurer les croyances stéréotypées à la base du stigmatisme lié aux PSTM, groupe fortement stigmatisé selon la littérature. Ces croyances sont d'autant plus importantes à connaître qu'elles sont fortement liées aux attitudes qui elles-mêmes influencent la réussite des programmes de désinstitutionnalisation visant l'intégration des PSTM dans les communautés. L'échelle comporte sept items portant sur l'imprévisibilité / dangerosité des PSTM, avec une échelle de réponse de type Likert à quatre niveaux (absolument vrai à absolument faux). La fidélité de l'échelle a été vérifiée par des analyses de consistance interne (alpha de Cronbach) et la validité de construit, par des analyses factorielles et des corrélations avec des variables socio-démographiques reconnues liées à ces aspects (validité concomitante). Les résultats des analyses de validation présentent des différences notables avec la version originale anglaise de cette échelle dont la mise en évidence de deux dimensions sous-jacentes non présentes dans la version originale. L'alpha de l'échelle totale est de 0,69 et est inférieure à celui obtenu par Link pour la version anglaise américaine. Ces différences imposent que la version française de cette échelle, bien que présentant des qualités intéressantes, fasse l'objet d'analyses de validation supplémentaires.

Introduction

Les personnes souffrant de troubles mentaux (PSTM) constituent encore de nos jours un groupe fortement stigmatisé [Nunnally 1961; Link, Cullen et al. 1987; Fink and Tasman 1992; Wahl 1995]. Les croyances stéréotypées à la base de ce stigmatisme stipulent qu'elles sont des personnes imprévisibles, tendues, dangereuses, non fiables, incompetentes et souvent responsables de leur état [Green, McCormick et al. 1987; Link, Cullen et al. 1987; Fink and Tasman 1992; Dorvil, Bisson et al. 1995; Poulin and Lévesque 1995]. Le stigmatisme rattaché aux PSTM constitue d'ailleurs une des raisons invoquées dans la littérature pour expliquer le fait que le processus de désinstitutionnalisation n'ait malheureusement pas réussi à briser l'isolement des PSTM et à démystifier la maladie mentale [Farina 1981].

Selon la théorie s'y rapportant, le stigmatisme réfère à toute caractéristique physique ou comportementale qui discrédite d'une certaine manière l'individu qui la possède et fait de lui la victime des attentes négatives préconçues des autres [Goofman 1963; Jones, Farina et al. 1984; Ainlay, Becker et al. 1986]. Le processus de stigmatisation implique que la personne exempte d'un trait spécifique dénigre celle qui le possède ce qui entraîne l'isolement des personnes alors considérées différentes et indésirables [Jones, Farina et al. 1984]. Les handicaps ou «marques» qui suscitent le plus de réactions négatives de la part des autres sont ceux qui sont les plus difficiles à prédire et à comprendre et ceux qui impliquent une menace ou un danger pour les autres, ce qui est le cas de la maladie mentale [Schneider and Anderson 1980; Sigelman 1991]. Plusieurs études ont d'ailleurs mis en évidence que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale se classent parmi les groupes les plus stigmatisés [Tringo 1970; Yuker 1988].

Même si l'ensemble des préjugés entretenus à l'égard de la maladie mentale ne trouve pas d'assise sérieuse dans la réalité, ces préjugés demeurent actifs dans l'opinion de

la population générale, particulièrement ceux de l'imprévisibilité et de la dangerosité des PSTM [Fink and Tasman 1992; Wahl 1995]. Ces préjugés ont des conséquences non-négligeables pour les PSTM et ce, à différents niveaux. D'abord, au niveau des services, le stigmatisme constitue une barrière à l'implantation de ressources résidentielles dans les milieux, les croyances négatives jouant un rôle important face aux attitudes de rejet de la population au développement de ressources communautaires pour les PSTM [Dear and Taylor 1982; Arens 1993; Aubry, Tefft et al. 1995]. Le stigmatisme a évidemment des conséquences importantes pour les PSTM elles-mêmes en leur occasionnant une baisse d'estime de soi et de perception d'efficacité, en les isolant des autres et en les amenant à retarder le moment de la recherche de soins [Sibicky and Dovidio 1986; Link and Cullen 1990; Wahl 1995]. Le stigmatisme provoque souvent pour les PSTM des situations de discrimination tant au niveau de l'emploi, du logement qu'au niveau légal [Link and Cullen 1990; Page and Day 1990]. Enfin, les conséquences négatives de l'étiquette et du stigmatisme peuvent même pour certains, contribuer à les précipiter dans une psychopathologie chronique [Link and Cullen 1990; Socall and Holtgraves 1992].

Ces croyances stéréotypées sont associées à certains facteurs socio-démographiques (sexe, âge, nombre d'enfants, scolarité et statut de propriétaire), à l'adhésion à des valeurs conservatrices dont le fait d'être pratiquant, au fait d'avoir déjà été en contact avec des PSTM ou d'avoir déjà soi-même utilisé des ressources en santé mentale et, enfin, au manque de connaissance sur la maladie mentale [Dear and Taylor 1982; Dorvil, Bisson et al. 1995; Poulin and Lévesque 1995]. Les croyances négatives envers la maladie mentale sont elles-mêmes fortement associées aux attitudes de rejet de la population envers les PSTM, ces croyances jouant un rôle tout à fait central dans l'explication et possiblement le développement des attitudes de la population envers les PSTM [Dear and Taylor 1982; Dorvil, Bisson et al. 1995; Poulin and Lévesque 1995].

Les échelles de mesures reconnues et validées permettent surtout de mesurer les attitudes envers les PSTM des professionnels de la santé œuvrant auprès d'elles (OMI) [Cohen and Struening 1962] ou de la population en général (CAMI) [Taylor and Dear 1981]. Ces échelles sont composées de nombreux items. Certains instruments permettent d'obtenir indirectement de l'information sur les croyances stéréotypées liées à la maladie mentale; c'est le cas de la mesure de la distance sociale et de la hiérarchie des préférences qui ont entre autres permis de constater que la maladie mentale se situe parmi les conditions les moins bien acceptées de la population [Tringo 1970]. Mais il existe peu d'échelles validées mesurant directement les croyances stéréotypées liées à la maladie mentale. Celle élaborée par Link et collaborateurs, dérivée de la théorie du stigmate et centrée sur les croyances de dangerosité et d'imprévisibilité, a déjà traversé certaines étapes de validation et présente des qualités intéressantes [Link, Cullen et al. 1987; Link, Schwartz et al. 1995].

Dans sa première version, l'échelle est composée de huit items avec une échelle de réponse de type Likert de six niveaux allant de *fortement en accord* à *fortement en désaccord* [Link, Cullen et al. 1987]. Une valeur élevée signifie que les PSTM sont perçues comme étant dangereuses. La consistance interne de l'échelle (alpha de Cronbach) est de $\alpha=.85$. Des corrélations significatives entre les valeurs obtenues et certaines variables socio-démographiques (l'âge, la scolarité des répondants et les contacts avec les PSTM) sont vues par les auteurs comme des indicateurs de validité de construit de l'échelle. L'échelle possède une bonne validité apparente puisqu'elle comprend des questions sur l'imprévisibilité des PSTM, l'impossibilité de leur faire confiance, la sécurité des enfants et le besoin de protéger la communauté par le recours aux hôpitaux psychiatriques. Cette échelle a d'ailleurs été reprise, avec certaines modifications, dans d'autres études avec des résultats d'analyse de validation satisfaisants [Côté, Ouellet et al. 1993].

Lors d'une vaste enquête panaméricaine, Link et collaborateurs ont réutilisé leur échelle après y avoir apporté certaines modifications [Link, Schwartz et al. 1995]. Ainsi, le nombre d'items de l'échelle a été diminué à sept et l'échelle de réponse, toujours de type Likert, ramenée de six à quatre choix de réponses (*absolument vrai*, *probablement vrai*, *probablement faux* et *absolument faux*). Une valeur faible traduit de fortes croyances négatives. La consistance interne (alpha de Cronbach) est de $\alpha=.78$ et l'analyse de validation factorielle met en évidence la mesure d'une seule dimension soit la dangerosité perçue des PSTM¹. Ces résultats ne concernent que la population urbaine de cette enquête panaméricaine, c'est-à-dire les personnes demeurant dans les centres urbains de plus de 100 000 habitants.

Donc, cette échelle de mesure des croyances stéréotypées envers les PSTM présente des qualités lui conférant un certain intérêt. Avec sept items, ce qui en fait une courte échelle, elle obtient des valeurs satisfaisantes de consistance interne et consiste en un ensemble d'items capable de mesurer le construit sous-jacent. Les analyses factorielles de validité confirment sa définition en une dimension et des corrélations significatives avec les variables socio-démographiques reconnues dans la littérature appuient sa validité.

Le but de la présente étude est d'évaluer les propriétés psychométriques de la traduction française faite de l'échelle d'opinions envers les PSTM utilisée par Link et collaborateurs dans leurs travaux en 1995. La fidélité de cette échelle française est vérifiée par des analyses de consistance interne et la validité de construit, par des analyses factorielles et une vérification de validité concomitante.

¹ Ces informations n'ont pas fait en soi l'objet de publication, mais ayant accès à l'ensemble des données colligées lors de cette enquête, M. Link nous a autorisé à procéder à cette démarche. Les résultats de l'analyse factorielle sont présentés à l'annexe 1.

Méthode

Les données utilisées pour la validation de la version française de l'échelle de mesure ont été colligées lors d'une enquête téléphonique menée par le centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal dans le cadre d'une étude pilote sur les personnes sans domicile fixe. Un des objectifs de l'étude pilote était justement de tester différentes échelles (en termes de clarté et compréhension des questions, de consistance interne et d'analyse factorielle) dont celle sur les opinions envers les PSTM. Le protocole de cette enquête a été soumis et accepté par le comité d'éthique de l'Institut Philippe Pinel de Montréal en avril 1995. L'enquête a été menée en mai et juin 1995.

Sujets

Le territoire considéré par l'étude est celui de la Ville de Montréal. Les entrevues téléphoniques, d'une durée moyenne de 30 minutes, ont été réalisées, selon une procédure standardisée, par des stagiaires en technique de recherche. La sélection des sujets a été obtenue suivant un échantillonnage aléatoire en utilisant le bottin téléphonique comme base échantillonnale. Chaque premier numéro de téléphone à toutes les quatre pages de l'annuaire était retenu si l'adresse correspondante se situait à l'intérieur des limites de la Ville de Montréal. La méthode Kish a par la suite été utilisée pour sélectionner à l'intérieur du ménage la personne à interviewer [Kish 1965]. Cette méthode consiste à demander à la personne répondant au téléphone le sexe et l'âge de chacune des personnes du foyer en commençant par les hommes et par les plus âgés. Le choix de la personne à interroger se fait ensuite selon une table prédéterminée.

À cause du contexte pilote de l'étude, seulement 412 numéros de téléphones ont été sélectionnés au départ. De ce nombre, 85 étaient non éligibles pour cause de fin de service, numéro commercial ou autres raisons de ce genre. Parmi les répondants des

327 numéros éligibles, 5,2% n'ont pu être rejoints malgré un minimum de 15 tentatives à des moments différents de la journée et de la semaine, 3,1% n'ont pu répondre à l'enquête à cause d'incapacités reliées à des problèmes de santé et enfin, 35,5% ont refusés de participer (que ce soit la première personne répondant à l'appel ou celle sélectionnée par la méthode Kish). Le taux de réponse obtenu est de 56,3%. Des données descriptives sommaires des personnes ayant refusé de participer à l'enquête sont disponibles pour près de 75% d'entre elles. Ce groupe est constitué à 64% de femmes et ce sont surtout les personnes les plus âgées qui ont refusé de répondre (45 ans et plus). Ces éléments apportent certains biais à l'échantillon dont il faudra tenir compte lors de l'interprétation des résultats.

Au total, 148 entrevues ont été complétées avec la version française de l'échelle de mesure et sont considérées valables pour les analyses. Les caractéristiques socio-démographiques de ces personnes sont présentées en annexe 2.

Une comparaison entre nos données et celles de la population de la Ville de Montréal [Statistique-Canada 1996] met en évidence certaines différences. On note d'abord une sous-représentation des femmes (45% dans l'échantillon versus 53% dans la population de référence) et une sous-représentation des personnes (hommes et femmes) de 60 ans et plus (15% versus 23%) en faveur du groupe de 30 à 39 ans (29% versus 21%). Une légère sous-représentation des personnes n'ayant au mieux qu'une scolarité de niveau secondaire est aussi relevée (43% versus 50% dans la population de référence).

Instrument de mesure

Il s'agit donc de la traduction française de l'échelle de mesure des opinions du public envers les personnes atteintes de maladie mentale développée par Link et collaborateurs. Cette échelle est composée de sept items qui portent sur la *dangerosité* des PSTM. L'échelle de réponse de type Likert est constituée de quatre niveaux qui sont *absolument vrai (1)*, *probablement vrai (2)*, *probablement faux (3)* et *absolument faux (4)*. La possibilité de répondre «*ne sait pas*» a été ajoutée dans les choix de réponses.

En plus des items de l'échelle, le questionnaire comporte deux questions sur la présence dans l'entourage de personnes ayant déjà été hospitalisées pour des problèmes nerveux ou émotionnels. Enfin, les données sur les caractéristiques socio-démographiques des répondants, identifiées dans la littérature comme étant liées aux croyances face aux PSTM (sexe, âge, présence d'enfants, scolarité, statut d'emploi, revenu familial, statut de propriétaire et fréquence de pratique religieuse) sont aussi colligées.

Un pré-test du questionnaire a été préalablement réalisé auprès d'une dizaine de personnes pour évaluer l'adéquation de la durée de passation du questionnaire et vérifier la formulation et la clarté des questions. Les modifications nécessaires ont été apportées.

Analyses

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SPSS sous Windows 95. D'abord, les réponses d'un item ayant une forme négative ont été recodées pour le besoin des analyses. Les réponses «*ne sait pas*» ont été considérées comme données manquantes et sont exclues des analyses. Ainsi, le nombre de cas sur lequel ont porté les analyses varie selon les différents tests. Ce nombre est précisé pour chacune des analyses.

Les analyses de fidélité ont été effectuées en utilisant l'alpha de Cronbach et les corrélations inter-items. Pour vérifier la validité de construit, des analyses multidimensionnelles ont été réalisées en deux étapes; d'abord la phase préliminaire à l'aide d'analyses en composante principale et, ensuite, l'analyse factorielle par la méthode des axes principaux avec les rotations Varimax et Oblimin, si nécessaires. La détermination des facteurs sous-jacents à l'échelle est basée sur l'analyse des valeurs caractéristiques. Pour évaluer la validité concomitante, différents tests statistiques (tests t et anova à un critère de classification) ont été effectuées entre les valeurs factorielles (la valeur de chacun des facteurs et la valeur totale de l'échelle) et les variables socio-démographiques reconnues dans la littérature comme étant associées au stigmatisme lié à la maladie mentale.

Résultats

Contrairement aux résultats obtenus par Link et ses collaborateurs, les analyses factorielles mettent en évidence, pour la version française de l'échelle, la présence de deux dimensions. D'abord, lors d'une première analyse en composante principale, les deux facteurs extraits expliquent 51,7% de la variance avec des valeurs caractéristiques de 2,53 et 1,08. Dans l'analyse par principaux axes factoriels, les deux facteurs présentent des valeurs caractéristiques de 1,94 et 0,62 et expliquent ensemble 36,6% de la variance commune. Les deux sous-échelles ainsi obtenues sont corrélées entre elles (corrélation de Pearson de 0,47) ce qui justifie le choix du modèle factoriel révélé par les analyses réalisées avec la méthode des axes principaux et rotation Oblimin. Pour s'assurer de la justesse du modèle retenu, nous avons procédé à l'analyse avec un seul facteur. Celle-ci a mis en évidence des coefficients de régression (variant de 0,16 à 0,25) et des communautés (variant de 0,19 à 0,34) trop faibles pour que cette option soit considérée et retenue. Les deux dimensions de l'échelle ainsi confirmées sont la *peur* qu'éprouvent les gens envers les PSTM et la *dangerosité* qu'on leur attribue. Le tableau 1 présente les valeurs de saturation des items ainsi que leur communautés. On note que les résultats obtenus pour l'item d (coefficients de régression et communautés) sont très faibles.

Les coefficients de consistance interne d'alpha de Cronbach sont respectivement de 0,62 et 0,58 pour les deux dimensions de l'échelle. L'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle est de 0,69. Les coefficients de corrélation, rapportés au tableau 2, se situent entre 0,11 et 0,46 et tous, sauf un, dépassent le seuil de signification $p < 0,05$. L'influence des données manquantes sur les valeurs de corrélation a été vérifiée. Cette influence est minime et n'affecte pas le degré et la signification des résultats obtenus.

Tableau 1 : Structure factorielle de l'échelle d'opinions avec rotation Oblimin et méthode PAF (n=148).

Item	Facteurs	Alpha de Cronbach	Coefficients de régression (bêta)		Communautés
			F1	F2	
	F1 – Peur	0,62			
f	On devrait enseigner aux enfants à éviter tout contact avec les personnes montrant des signes de maladie mentale.		0,74	-0,07	0,50
e	Le but principal des hôpitaux psychiatriques devrait être de protéger la population contre les personnes souffrant de maladie mentale.		0,70	-0,07	0,44
g	Les personnes souffrant de maladie mentale sont plus portées à commettre des crimes violents que les autres personnes.		0,39	0,16	0,24
d	C'est tout à fait naturel (normal) d'avoir peur d'une personne qui souffre de maladie mentale.		0,30	0,18	0,18
	F2 – Dangerosité	0,58			
a	Certaines personnes qui ont été hospitalisées en psychiatrie semblent correctes mais il est important de se rappeler qu'elles peuvent être dangereuses.		-0,14	0,86	0,64
b	La plupart des personnes qui ont souffert de maladie mentale ne sont pas plus dangereuses que la moyenne des gens (-).		0,21	0,39	0,27
c	Une chose importante concernant les personnes qui ont souffert de maladie mentale, c'est qu'on ne peut pas prédire ce qu'elles feront d'une minute à l'autre.		0,23	0,38	0,28
	Total	0,69			

Tableau 2 : Matrice de corrélation inter-items pour l'échelle de mesure des opinions envers les personnes souffrant de maladie mentale.

Item	a	b	c	d	e	f	g
a	1,00						
b	,36**	1,00					
c	,39**	,22*	1,00				
d	,15*	,36**	,23*	1,00			
e	,11	,24*	,30**	,16*	1,00		
f	,15*	,23*	,24*	,32**	,46**	1,00	
g	,27**	,18*	,24*	,15*	,35**	,33**	1,00

* p < 0,05

**p<0,001

N.B.: Les trames réunissent les items composant chacun des deux items : Facteur 1 – Dangerosité (items f, e, g et d), Facteur 2 – Peur (items a, b et c).

Les valeurs moyennes et écarts types obtenus pour chacun des items de l'échelle française, de même que la répartition par choix de réponses, sont présentés au tableau 3 pour les sous-échelles identifiées par l'analyse factorielle et pour l'échelle totale. Rappelons que plus la valeur est élevée, moins les répondants adhèrent aux préjugés présentés dans l'échelle.

On note à l'étude de ce tableau que les opinions exprimées sous le facteur de *dangerosité* sont moins favorables aux PSTM que celles liées à celui de la *peur*. Cette constatation appuie la présence de deux dimensions distinctes dans l'échelle. En effet, alors que les réponses aux questions du facteur *peur* (sauf pour la question d) se retrouvent majoritairement sous le choix 4 *absolument faux*, il en est autrement pour les questions du facteur *dangerosité*. Le stigmate de violence et d'agressivité associé à la maladie mentale étant encore très fort, les valeurs moyennes de deux questions (a et c) de cette échelle sont même sous 2,5 indiquant effectivement que les gens croient que les PSTM sont dangereuses. Ces réponses, allant dans le sens de ce qui est rapporté dans la littérature, nous permettent de croire que l'échelle de mesure possède un premier niveau de validité de construit.

Tableau 3 : Valeurs moyennes et écarts types des 7 items de l'échelle d'opinions envers les PSTM.

#	Libellé des questions	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	Moyenne (±écart-type)
Valeur du facteur 1 – Peur (n=140)						3,11 (±0,67)
f	On devrait enseigner aux enfants à éviter tout contact avec les personnes montrant des signes de maladie mentale.	6,1	11,6	25,9	56,5	3,31 (±0,91)
e	Le but principal des hôpitaux psychiatriques devrait être de protéger la population contre les personnes souffrant de maladie mentale.	10,8	15,5	16,2	57,4	3,21 (±1,05)
g	Les personnes souffrant de maladie mentale sont plus portées à commettre des crimes violents que les autres personnes.	2,8	23,2	28,2	45,8	3,16 (±0,88)
d	C'est tout à fait naturel (normal) d'avoir peur d'une personne qui souffre de maladie mentale.	10,9	34,0	22,4	32,7	2,76 (±1,04)
Valeur du facteur 2 – Dangerosité (n=140)						2,56 (±0,66)
a	Certaines personnes qui ont été hospitalisées en psychiatrie semblent correctes mais il est important de se rappeler qu'elles peuvent être dangereuses.	17,0	43,5	24,5	15,0	2,39 (±0,93)
b	La plupart des personnes qui ont souffert de maladie mentale ne sont pas plus dangereuses que la moyenne des gens (-).	5,5	14,4	50,0	30,1	3,06 (±0,80)
c	Une chose importante concernant les personnes qui ont souffert de maladie mentale, c'est qu'on ne peut pas prédire ce qu'elles feront d'une minute à l'autre.	23,9	40,1	26,8	9,2	2,21 (±0,92)
Valeur moyenne totale (7 items) (n=136)						2,89 (±0,55)

Enfin, en ce qui concerne la validité concomitante, les résultats des différents tests statistiques (test t ou anova à un critère de classification selon les variables) effectués entre les valeurs moyennes de l'échelle totale et des sous-échelles de chacun des facteurs et les variables socio-démographiques associées aux croyances stéréotypées liées à la maladie mentale sont présentés au tableau 4. En ce qui concerne les tests anova, nous avons préalablement vérifié l'homogénéité des variances et l'ensemble des présuppositions à de telles analyses sont respectées.

On note que pour l'échelle totale et pour le facteur *Peur*, des différences significatives sont trouvées pour l'âge, la scolarité et la fréquence de pratique religieuse. Les résultats sont non-significatifs pour les variables sexe, présence d'enfants, statut de propriétaire et proche déjà hospitalisé. Par contre, seule la scolarité présente une association avec le facteur *dangerosité* avec un seuil de signification de 0,01.

Ces résultats, pour ce qui est de la valeur de l'échelle totale et celle du facteur *peur*, militent en faveur d'une certaine validité concomitante de l'échelle de mesure des opinions envers les PSTM. Elles ne sont toutefois conformes qu'en partie aux relations reconnues dans la littérature, plusieurs variables n'étant pas corrélées aux valeurs totaux et partiels de l'échelle. Par ailleurs, le facteur *dangerosité*, non mis en évidence dans l'étude américaine, ne présente pratiquement aucune concordance avec les données théoriques sur les variables reliées aux croyances stéréotypées. Cette situation laisse supposer que les croyances plus directement relatives à la *dangerosité* des PSTM ne sont pas reliées aux variables socio-démographiques à l'exception apparemment de la scolarité.

Tableau 4 : Résultats des tests de comparaison de moyennes entre les valeurs de l'échelle et des sous-échelles et les variables socio-démographiques reconnues liées aux croyances stéréotypées (n=147).

Variables socio-Démographiques	Échelle totale		Facteur <i>Peur</i>		Facteur <i>Dangerosité</i>	
	Valeurs moyennes	Écart-type	Valeurs moyennes	Écart-type	Valeurs moyennes	Écart-type
Sexe (test t)						
H : n=77	2,95	±,53	3,19	±,62	2,59	±,65
F : n=63	2,81	±,57	3,02	±,71	2,51	±,66
Âge (anova)	***		***			
≤ 29,9 ans : n=36	[2,90 ¹]	±,46	[3,21 ¹]	±,57	2,50	±,64
30 - 39,9 ans : n=31	[3,00]	±,53	[3,23]	±,62	2,60	±,66
40 - 49,9 ans : n=16	[3,27]	±,57	[3,41]	±,68	2,89	±,78
50 - 59,9 ans : n=15	[2,74]	±,43	[2,99]	±,56	2,48	±,50
≥ 60 ans : n=22	[2,52]	±,61	[2,61]	±,78	2,39	±,63
Enfants (test t)						
Oui : n=61	2,83	±,53	2,99	±,67	2,57	±,63
Non : n=78	2,93	±,57	3,21	±,65	2,54	±,68
Scolarité (anova)	**		*		*	
≤ secondaire : n=57	[2,71 ¹]	±,57	[2,95 ¹]	±,69	[2,38 ¹]	±,63
cegep : n=27	[3,01]	±,51	[3,20]	±,72	[2,69]	±,61
université : n=36	[3,06]	±,49	[3,28]	±,53	[2,71]	±,68
Statut de propriétaire (test t)						
Prop. n=30						
Loc. n= 109	2,95	±,57	3,10	±,68	2,76	±,61
	2,87	±,55	3,12	±,66	2,50	±,66
Proche déjà hospitalisé (test t)						
Oui : n=68	2,94	±,51	3,17	±,62	2,56	±,68
Non : n=72	2,84	±,59	3,06	±,70	2,55	±,63
Fréquence de pratique religieuse (anova)	**		**			
Pratiquant : n=28						
Temps en temps : n=44	[2,58 ¹]	±,61	[2,72 ¹]	±,75	2,45	±,62
Jamais : n=48	[2,94]	±,48	[3,25]	±,59	2,50	±,69
	[2,99]	±,56	[3,19]	±,68	2,63	±,65

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05

1. Test de Newman-Keuls

Discussion

L'analyse de l'échelle de mesure des opinions du public envers les PSTM dans sa version française soulève plusieurs questions, les résultats obtenus étant passablement différents de ceux mis en évidence par les analyses des données de Link et collaborateurs. Notons d'abord que pour ce qui est de la validité de contenu, cette échelle, bien que délaissant certains des préjugés liés aux PSTM dont ceux liés à la confiance qu'on peut leur manifester et à la compétence qu'on leur accorde ainsi qu'au fait qu'elles soient en quelque sorte responsables de leur situation, n'en couvre pas moins l'essentiel. En effet, la dangerosité et l'imprévisibilité constituant les préjugés les plus véhiculés et les plus actifs dans l'opinion de la population [Fink and Tasman 1992; Wahl 1995], l'échelle, par sa brièveté, demeure un outil intéressant dans le contexte d'enquête auprès de la population.

Les analyses factorielles mettent quant à elles en évidence l'existence de deux dimensions sous-jacentes à l'échelle qui sont la *peur* qu'éprouvent les gens envers les PSTM et la *dangerosité* qu'on leur attribue. Les mêmes analyses effectuées à partir des données colligées par Link et ses collaborateurs [Link, Schwartz et al. 1995] ne révèlent qu'une seule dimension à l'échelle de mesure. Les deux dimensions identifiées dans le présente étude sont toutefois interreliées, une valeur de corrélation de 0,47 les unissant avec un seuil de signification inférieur à 0,01. L'échelle totale présente une valeur de consistance interne (0,69) satisfaisante considérant le petit nombre d'items de l'échelle mais inférieure à celle de 0,78 obtenue dans l'étude américaine. Enfin, la variance expliquée est plutôt faible surtout pour la variance factorielle (36,6%) mais en ce sens, ces résultats rejoignent ceux de la version anglaise de l'échelle pour laquelle la variance factorielle est de 34,5%.

On pourrait questionner le rattachement de la question **c**, portant sur l'imprévisibilité des PSTM, à la dimension de *dangerosité*. Or, la dangerosité évoquant un état dans lequel une personne est susceptible de commettre un acte violent, elle comporte en soi une certaine notion de difficulté de prédiction, difficulté d'ailleurs reconnue par les professionnels œuvrant dans ce domaine [Millaud, Roy et al. 1992]. Cette notion de difficulté de prédiction expliquerait, selon nous, le rattachement mis en évidence par nos analyses, de la question **c** à la dimension de *dangerosité* plutôt qu'à celle de la *peur*.

Par ailleurs, plusieurs éléments militeraient en faveur du retrait de certaines questions dont tout particulièrement la question **d** portant sur le fait qu'il est naturel d'avoir peur d'une personne souffrant d'une maladie mentale. En effet, sa saturation (coefficient de régression bêta) n'est que de 0,30 et sa communauté avec les autres items, que de 0,18, ce qui peut laisser croire que cet item est peu relié au construit de la dimension. Ses valeurs de corrélation sont autant significatives avec la sous-échelle *dangerosité* que celle de la *peur* remettant en cause son inclusion dans la sous-échelle *peur*. Enfin, l'exclusion de cette question résulte en un alpha de Cronbach de 0,65 à la sous-échelle *peur*, donc supérieur à celui obtenu en la conservant. L'item **d** pourrait donc être exclu de l'échelle semblant finalement peu relié aux dimensions sous-jacentes et n'apportant somme toute peu d'information supplémentaire pertinente à la mesure. Différentes vérifications ont été faites à cet effet mais elles n'ont pas permis la mise en évidence de structure factorielle plus satisfaisante. En effet, les dimensions exprimées par les analyses factorielles se maintiennent même après l'exclusion de questions présentant des valeurs de communauté faibles ou des coefficients de régression (bêta) relativement faibles comme c'est le cas avec les questions **d** ou même **g**.

Malgré l'obtention de résultats peu concluants à l'analyse factorielle (valeur de racine caractéristique inférieure à 1 pour le deuxième facteur, coefficients de régression faibles pour certains items), on ne peut que conclure en l'existence de dimensions distinctes dans les préjugés exprimés par les Montréalais envers les PSTM. Ceci nous porte à croire que les résidents de la Ville de Montréal voient en la peur et la dangerosité associées aux PSTM deux éléments distincts à l'inverse des personnes interviewées dans l'enquête américaine. Pour s'assurer de la réelle présence de deux dimensions distinctes dans l'échelle, il serait pertinent de reprendre cette étude avec un échantillon plus grand.

Enfin, la validité concomitante de l'échelle totale ainsi que celle de la sous-échelle reliée au facteur *peur* apparaissent relativement concluantes. Les corrélations entre certaines variables socio-démographiques dont l'âge, la scolarité et la fréquence de pratique religieuse, sont semblables à ce qui est rapporté par la littérature et semblent militer en faveur d'une bonne validité concomitante. Nous n'avons pas pu toutefois vraiment bien contrôler ces analyses pour l'âge à cause du petit échantillon de notre étude qui en constitue une limite importante. On note par ailleurs que la dimension liée au facteur de la *dangerosité* ne semble pas être associée à aucune des variables socio-démographiques étudiées outre la scolarité.

Par ailleurs, notre étude présente certaines limites surtout liées à des contraintes méthodologiques. Il aurait d'abord été préférable de procéder à de telles analyses à partir d'un échantillon plus important pour pouvoir s'assurer de la stabilité des résultats mais le contexte pilote de l'étude a limité la durée de la collecte de données. L'effectif de notre échantillon demeure néanmoins suffisant pour répondre à la majorité des exigences des analyses effectuées dans le présent contexte. Certaines analyses statistiques plus approfondies visant à mesurer l'effet d'interaction possible des différentes variables entre elles n'ont pas été possibles.

Une autre limite de l'étude porte sur la représentativité de notre échantillon. Certaines de ces différences, dont la sous-représentation des femmes, peuvent être liées à la procédure de sélection et au fait que ce sont surtout elles et les personnes âgées qui ont refusé de participer à l'enquête. La portée de la sous-représentation des femmes semble limitée par le fait que la variable sexe n'est pas reliée aux valeurs obtenues dans l'échelle. Notre échantillon présente aussi une sous-représentation des personnes âgées qui ne semble pas non plus avoir influencé les résultats de nos analyses puisque, tout comme prévu par le relevé de la littérature, la corrélation entre les valeurs de l'échelle et l'âge est fortement mise en évidence par nos analyses. La portée de cette situation nous semble aussi plutôt limitée. Enfin, on peut croire que l'effet de la légère sur-représentation des personnes ayant commencé ou complété des études post-secondaires ou universitaires dans notre échantillon est minime mais cet aspect serait à mieux contrôler dans une nouvelle étude de validation.

Notons enfin que l'appellation utilisée dans la version française de l'échelle pour désigner les PSTM, soit personnes qui souffrent de maladie mentale, peut amener un certain biais dans les opinions émises par les répondants. En effet selon Poulin et Lévesque [Poulin and Lévesque 1995], l'utilisation de l'étiquette de «malade mental» influence la perception de la population envers les PSTM qui perçoit alors ces dernières comme présentant une gravité accrue de leur état de santé mentale nécessitant alors des soins continus dans un institut psychiatrique. Selon ces auteurs, l'utilisation d'une telle étiquette dans des enquêtes portant sur les croyances de la population risque de biaiser la mesure en favorisant l'expression d'une plus grande intolérance envers les PSTM. Bien que l'appellation utilisée ne soit pas directement «malade mental» mais personnes souffrant de maladie mentale, on peut croire en une certaine influence vers l'expression de croyances plus négatives.

Enfin, l'absence d'une opération de test-retest dans les procédures de collecte de données nous empêche de connaître la stabilité temporelle des questions incluses dans cette échelle de mesure.

À la lumière de ces analyses, il nous semble évident que cette échelle dans sa version française et surtout dans le cadre d'une utilisation dans le contexte québécois mérite encore certaines vérifications. Bien que possédant des qualités psychométriques intéressantes, dont sa simplicité et sa brièveté qui en font un outil facile et peu onéreux à utiliser pour mesurer les croyances stéréotypées de la population envers les PSTM, elle se doit de traverser d'autres étapes de validation avant une utilisation plus généralisée. On pense entre autres à une évaluation de sa stabilité temporelle et à une confirmation de la présence des deux dimensions sous-jacentes dans un cadre québécois par sa passation à un échantillon plus important de personnes couvrant un territoire plus grand que la seule Ville de Montréal. Une telle vérification permettra de confirmer les différences notées entre les données américaines et montréalaises quant aux croyances de dangerosité et imprévisibilité des PSTM. Enfin, la poursuite du processus de validation de cette échelle évaluant le stigmatisme associé aux PSTM devrait permettre la vérification de son caractère prédictif des attitudes d'acceptation et d'intégration des PSTM dans les communautés. La mise au point d'un tel outil serait très utile aux intervenants en santé mentale dans le cadre du processus de désinstitutionnalisation et aux intervenants de santé publique responsables de campagne d'information sur la santé mentale auprès de la population.

Références

- Ainlay, S. C., Becker, G., & Coleman, L. M. (1986). *The Dilemma of Difference - A Multidisciplinary View of Stigma*. New-York: Plenum Press.
- Arens, D. A. (1993). What do the neighbors think now? Community residences on Long Island, New-York. *Community Mental Health Journal*, 29(3), 235-245.
- Aubry, T. D., Tefft, B., & Currie, R. F. (1995). Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental health residences who are neighbours. *Community Mental Health Journal*, 31(1), 39-52.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental health hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 349-360.
- Côté, J., Ouellet, L., & Caron, M. (1993). *La réinsertion sociale en milieu rural et urbain : Opinion des citoyens à l'égard des personnes avec une maladie mentale* (Rapport statistique de recherche). Québec: Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard.
- Dear, M. J., & Taylor, S. M. (1982). *Not on our street - Community attitudes to mental health care*. London: Pion Limited.
- Dorvil, H., Bisson, J., & Sévigny, O. (1995). *Attitudes et croyances des montréalais à l'égard des personnes malades mentales et des personnes déficientes intellectuelles* (Rapport de recherche RS-2084 1 092). Montréal: Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention, Université de Montréal. Département de travail social, Université du Québec à Montréal.
- Farina, A. (1981). Are women nicer people than men ? Sex and the stigma of mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 1, 223-243.
- Fink, P. J., & Tasman, A. (Eds.). (1992). *Stigma and mental illness*. Washington, DC, US: - American Psychiatric Press, Inc.
- Fournier, L. (1995). L'itinérance en population générale: étude pilote. Montréal, Institut Philippe Pinel de Montréal.
- Goofman, E. (1963). *Stigma*: Prentice-Hall.

- Green, D., McCormick, I., Walkey, F., & Taylor, A. (1987). Community attitudes to mental illness in New-Zealand twenty-two years on. *Social Sciences and Medecine*, 24(5), 417-422.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma - The psychology of marked relationships*. New-York: W. H. Freeman and Company.
- Kish, L. (1965). *Survey Sampling*. New-York: Wiley.
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1990). The labelling theory of mental disorder : A review of the evidence. *Research in Community and Mental Health*, 6, 75-105.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients : Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.
- Link, B. G., Schwartz, S., Moore, R., Phelan, J., Struening, E., Stueve, A., & Colten, M. E. (1995). Public knowledge, attitudes, and beliefs about homeless people : Evidence for compassion fatigue? *American Journal of Community Psychology*, 23(4), 533-555.
- Millaud, F., Roy, R., Gendron, P. & Aubut, J. (1992). An inventory for the evaluation of dangerousness in mental patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 608-615.
- Nunnally, J. (1961). *Popular conceptions of mental health : Their development and change*. New-York: Holt, Rinehart and Winston.
- Page, S., & Day, D. (1990). Acceptance of the «mentally ill» in canadian society : Reality and illusion. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 9(1), 51-61.
- Poulin, C., & Lévesque, M. (1995a). *Acceptation et rejet des personnes désinstitutionnalisées - Les déterminants socio-culturels des attitudes d'acceptation et de rejet des personnes désinstitutionnalisées chez les Montréalais francophones* (rapport de recherche). Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Poulin, C., & Lévesque, M. (1995b). Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, XX(1), 119-136.

- Schneider, C. R., & Anderson, W. (1980). Attitudes toward the stigmatized : Some insights from recent research. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 23, 299-313.
- Sibicky, M., & Dovidio, J. F. (1986). Stigma of psychological therapy : Stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 148-154.
- Sigelman, C. K. (1991). Social distance from stigmatized groups : False consensus and false uniqueness effects on responding. *Rehabilitation Psychology*, 36(3), 139-151.
- Socall, D. W., & Holtgraves, T. (1992). Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *Sociological Quarterly*, 33(3), 435-445.
- Statistique-Canada. (1996). *Recensement 1996* : Statistique Canada.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Tringo, J. L. (1970). The hierarchy of preference toward disability groups. *The Journal of Special Education*, 4(3), 295-305.
- Wahl, O. F. (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. New Brunswick, NJ, US: Rutgers University Press.
- Yuker, H. E. (1988). Perceptions of severely and multiple disabled persons. *Journal of the Multihandicapped Person*, 1(1), 5-16.

Annexe 1 – Validation de l'échelle de mesure des croyances en version anglaise - Données de Link et collaborateurs

Les données utilisées dans cette section sont issues d'une enquête menée par Link, B. G. et ses collaborateurs portant sur les connaissances, attitudes et croyances du public sur les sans abri [Link, Schwartz et al. 1995]. Cette enquête nationale a eu cours entre le 1^{er} août et le 20 novembre 1990 auprès de 1507 personnes ayant un téléphone dans leur résidence. Pour avoir plus de détails sur les procédures d'élaboration des listes de numéros de téléphone, la répartition par région métropolitaine et autres et les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon ainsi obtenu, se référer à l'article de Link.

Nous avons procédé aux analyses de validation de l'échelle de mesure à partir des personnes résidant dans des villes de 100 000 habitants et plus pour assurer un certain niveau de comparabilité avec l'échantillon de notre étude constitué de personnes vivant dans la Ville de Montréal. L'échantillon utilisé pour les analyses de validation des données de Link et collaborateurs est donc composé de 511 personnes. Les résultats des analyses factorielles sont présentés ci-après.

Tableau 5 : Structure factorielle de l'échelle d'opinions avec la méthode PAF – données de Link (n=511).

Item	Facteur – Dangersité	Coefficients factoriels (saturation)
f	Children should be taught to have nothing to do with people who show signs of mental illness.	,54
e	The main purpose of mental hospitals should be to protect the public from mentally ill people.	,60
g	Mentally ill people are more likely to commit violent crimes than other people.	,60
d	It's only natural to be afraid of a person who is mentally ill.	,68
a	Although some people who have been patients in mental hospitals seem all right, it is important to remember that they may be dangerous.	,59
b	Most people who have been mentally ill are no more dangerous than the average person (-).	,41
c	One important thing about people who have been mentally ill is that you cannot tell what they will do from one minute to the next.	,65
Alpha de Cronbach : 0,78		
Variance expliquée : analyse factorielle 34,5%		
analyse en composante principale 43,6%		

**Annexe 2 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de
l'étude (Ville de Montréal)**

**Tableau 6 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de l'étude
(Ville de Montréal).**

Age selon le sexe

<i>Age</i>	<i>femmes</i>			<i>hommes</i>			<i>Total</i>		
	<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>% Mtl</i>	<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>% Mtl</i>	<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>% Mtl</i>
15 à 29 ans	19	28,4	23,9	26	32,1	26,6	45	30,4	25,2
30 à 39 ans	21	31,3	19,4	22	27,2	22,6	43	29,1	20,9
40 à 49 ans	5	7,5	17,2	14	17,3	18,0	19	12,8	17,5
50 à 59 ans	10	14,9	12,9	9	11,1	12,9	19	12,8	12,9
≥ 60 ans	12	17,9	26,6	10	12,3	19,9	22	14,9	23,5
Total	67	(45,3)	(52,9)	81	(54,7)	(47,1)	148	100	100

Niveau de scolarité

<i>Niveau de scolarité</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>	<i>% (Mtl)</i>
Primaire	9	6,1	
Secondaire	55	37,4	50,0
CEGEP(complet ou partiel)	35	23,8	20,3
Université (complet ou partiel)	48	32,7	29,7
Total	147	100	100

Autres caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Nombre	%
Statut matrimonial		
Marié	41	27,9
Union de fait	22	15,0
Célibataire	62	42,2
Veuf, séparé, divorcé	22	15,0
Total	147	100
Nombre d'enfants		
Aucun	81	55,0
1 enfant	23	15,6
2 enfants	21	14,3
3 enfants	10	6,8
4 enfants et plus	12	8,3
Total	147	100
Statut d'activité		
En emploi	87	59,6
Étudiant	18	12,3
Tient maison	11	7,5
À la retraite	18	12,3
Sans emploi	12	8,2
Total	146	100

Caractéristiques	Nombre	%
Catégorie professionnelle		
Professionnels et cadres sup.	23	26,4
Cadres, semi-prof., techniciens	21	24,1
Bureau, services et commerces	9	10,3
Contremaître et ouvriers qualifiés	19	21,8
Ouvriers non-qualifiés et manœuvres	15	17,3
Total	87	100
Revenu familial		
Moins de 9 999\$	13	8,8
10 000 à 19 999\$	20	13,5
20 000 à 29 999\$	23	15,5
30 000 à 39 999\$	11	7,4
Plus de 40 000\$	39	26,4
Ne sait pas ou refus de répondre	42	34,4
Total	148	100
Statut de propriétaire		
Propriétaire	32	21,8
Locataire	104	70,7
Autres	11	7,5
Total	147	100

**Partie 3 - Analyses des prédicteurs des croyances
stéréotypées envers les PSTM**

Résultats des analyses des prédicteurs des croyances stéréotypées envers les PSTM

Selon le modèle théorique retenu dans la première partie de ce mémoire, certaines variables socio-démographiques sont identifiées comme étant prédictrices des croyances stéréotypées de la population envers les PSTM. Ces variables sont le sexe, l'âge, la présence d'enfants dans le foyer, la scolarité, le statut de propriétaire, la fréquence de pratique religieuse, les contacts avec les PSTM et la connaissance sur la maladie mentale. Nous disposons de données pour l'ensemble de ces variables sauf pour la notion de connaissance sur la maladie mentale. Pour ce qui est des contacts avec les PSTM, cette notion est approximée par la question qui demandait aux répondants d'indiquer si une ou des personnes de leur famille ou de leurs amis proches avaient déjà été hospitalisées pour des troubles émotionnels ou nerveux.

Des tests de comparaison des moyennes (test de t ou anova à un critère de classification selon les variables) présentés à la section précédente (tableau 4), on retient principalement que le lien de prédiction avec le facteur *peur* est retrouvé pour trois des variables socio-démographiques, soit l'âge, la scolarité et le fait de pratiquer une religion. Les croyances stéréotypées reliées au facteur *dangerosité* semblent, quant à elles, peu en lien avec les variables socio-démographiques. Seule la scolarité démontre une certaine influence sur cette dimension de l'échelle. Enfin, les croyances négatives mesurées par l'ensemble de l'échelle démontrent les mêmes liens de prédiction que ceux du facteur *peur*.

Plus précisément, les répondants les plus âgés présentent des croyances négatives significativement plus fortes envers les PSTM, particulièrement pour le facteur *peur*. Le lien entre la fréquence de pratique religieuse et les croyances négatives, mis aussi

en évidence par les comparaisons de moyennes, peut être induit par la forte corrélation entre celle-ci et l'âge, les personnes pratiquantes se retrouvant majoritairement chez les personnes âgées. Nous n'avons toutefois pu contrôler cette relation avec l'âge, les effectifs des échantillons obtenus par les procédures de stratification étant trop petits pour procéder aux analyses requises. Enfin, le lien entre la scolarité et les croyances négatives met de son côté en évidence que plus les répondants ont complété de nombreuses années de scolarité, donc plus celle-ci est élevée, moins ils affichent de croyances négatives envers les PSTM et ce même pour les croyances incluses dans la dimension *dangerosité*.

Pour tenter de mieux cerner le lien entre les variables socio-démographiques et les croyances négatives, des analyses de régression multiple ont été effectuées pour chacun des facteurs de l'échelle et pour l'échelle totale. Ces analyses permettent d'identifier les variables socio-démographiques les plus déterminantes parmi celles retenues. Bien que pleinement consciente que de telles analyses faites qu'avec les variables socio-démographiques ne permettront pas d'expliquer l'ensemble des variations observées dans les résultats, plusieurs autres variables, non prises en compte dans la présente étude, influençant évidemment les croyances stéréotypées des individus, nous croyons que ces analyses demeurent pertinentes. Des vérifications préalables ont été faites pour s'assurer que les conditions de validité des analyses de régression (distribution aléatoire des valeurs résiduelles, identification des valeurs aberrantes et identification des situations de colinéarité) sont respectées. Les coefficients de corrélation entre ces variables (dépendantes et indépendantes) sont présentées en annexe. Toutes les variables indépendantes sont continues sauf pour les variables *sexe* et *proche* où les données sont analysées selon deux catégories. Les résultats des analyses sont présentés au tableau 7.

Tableau 7 : Résultats des analyses de régression entre les variables socio-démographiques retenues par le modèle théorique et les valeurs des sous-échelles et de l'échelle totale.

Variabiles socio-démographiques	B	IC (),95	β	p
Facteur 1 peur (n = 122)				
Age	-,011	(-0,018, -0,004)	-,259	,004
Scolarité	,045	(0,004, 0,085)	,193	,032
Constante : 2,979		(2,295, 3,663)		,000
R ² (ajusté) = ,12 ; écart-type = ,652 ; F = 9,373 ; p = ,0002				
Facteur 2 dangerosité (n = 123).				
Scolarité	,039	(0,0009, 0,078)	,181	,045
Constante : 2,042		(1,540, 2,544)		,000
R ² (ajusté) = ,02 ; écart-type = ,649 ; F = 4,107 ; p = ,045				
Échelle totale (n = 120).				
Scolarité	,045	(0,012, 0,079)	,244	,008
Âge	-,006	(-0,012, -0,00003)	-,181	,048
Constante : 2,550		(1,986, 3,114)		,000
R ² (ajusté) = ,10 ; écart-type = ,536 ; F = 7,899 ; p = ,0006				

L'analyse multivariée permet d'estimer l'importance de chacune des variables retenues dans le modèle de régression. Ainsi, pour le facteur de *peur*, on note que deux variables prédisent les croyances exprimées par les individus. La première variable est l'âge avec un coefficient négatif signifiant que plus l'âge augmente, plus fortes sont les croyances négatives (exprimées par une valeur plus faible). La deuxième est la scolarité signifiant que plus les personnes ont un niveau de scolarité élevé, moins elles expriment de croyances négatives envers les PSTM. Ces variables

prédisent 12% de la variance des croyances négatives relatives à la dimension de la *peur*.

Pour le facteur de la *dangerosité*, seule la scolarité émerge comme variable prédisant les croyances exprimées à cet égard. Son pouvoir de prédiction demeure toutefois faible avec seulement 2% de la variance expliquée.

Enfin, pour l'échelle dans sa totalité, les variables retenues comme prédictrices des croyances stéréotypées sont la scolarité et l'âge. La scolarité est reliée de façon positive avec les croyances ce qui signifie dans le présent contexte que plus elle augmente, moins les gens adhèrent à des croyances négatives face aux PSTM. À l'inverse, plus l'âge augmente, plus les croyances négatives sont fortes. Ces deux variables expliquent 10% de la variance des valeurs de l'échelle de croyances stéréotypées envers les PSTM.

Partie 4 – Discussion

Discussion

Les analyses ont mis en évidence que chacun des deux facteurs de l'échelle identifiés par les analyses factorielles se comportent différemment face aux variables socio-démographiques généralement reconnues dans la littérature comme étant liées aux croyances stéréotypées. Cette situation confirme en quelque sorte les résultats obtenus lors du processus de validation de l'échelle qui faisaient ressortir l'existence de deux dimensions distinctes dans l'échelle contrairement à ce qu'obtenaient Link et collaborateurs pour la version anglaise de l'échelle. On pourrait ainsi supposer qu'il existe certaines différences culturelles entre les Américains urbains et les Montréalais quant à leurs opinions face aux PSTM tout particulièrement en ce qui concerne la dangerosité et l'imprévisibilité de ces dernières. Toutefois les différences entre les deux échantillons, c'est-à-dire le fait que l'échantillon américain soit constitué de personnes vivant dans des villes de 100 000 habitants et plus alors que Montréal est une région urbaine de près de deux millions de personnes, peuvent aussi être liées à ces résultats. D'autres analyses seraient donc nécessaires pour vérifier la présence de différences culturelles entre les Américains et les Montréalais quant à leurs opinions face aux PSTM.

Les opinions évaluées par la dimension *peur* et par l'échelle totale sont prédites par les mêmes variables socio-démographiques, la dimension *peur* constituant le facteur principal de l'échelle. Ainsi, les personnes plus âgées, ayant complété moins d'années d'étude et étant pratiquant religieux adhèrent plus fortement aux croyances stéréotypées relatives à cette dimension envers les PSTM. Mentionnons toutefois que ces variables sont fortement reliées entre elles. Ainsi, être pratiquant est surtout le fait des personnes plus âgées de même que celui de n'avoir complété au mieux qu'un niveau d'études secondaires. Il serait essentiel de procéder à de nouvelles analyses en

contrôlant ces variables pour l'âge mais le petit effectif de notre échantillon, limite de cette étude dont nous discuterons plus loin la portée, ne nous permet pas de procéder à de tels contrôles. Les conclusions qu'on peut donc tirer de ces analyses demeurent de portée plutôt limitée. Les analyses de régression faites avec les mêmes variables pour les mêmes facteurs maintiennent le facteur prédictif de l'âge et de la scolarité. La fréquence de pratique religieuse ne se retrouve toutefois plus dans le modèle prédictif. La relation de l'âge avec les croyances négatives est congruente avec les résultats des études de Dorvil et collaborateurs et Dear and Taylor [Dear and Taylor 1982; Dorvil, Bisson et al. 1995] et celle de la scolarité avec les croyances négatives concorde avec les résultats de l'étude de Dear and Taylor. Ces relations sont toutefois inverses à ce que Poulin et collaborateurs notaient dans leur étude soit que les personnes âgées et celles ayant moins de scolarité adhéraient moins aux croyances de dangerosité des PSTM [Poulin and Lévesque 1995].

Le sexe n'a pas été identifié comme prédicteur des croyances négatives. Cette situation concorde avec les résultats obtenus par Poulin et Lévesque qui ne notent pas de différence selon le sexe pour la dangerosité des PSTM [Poulin and Lévesque 1995]. Pour ce qui est de la présence d'enfants dans le foyer, nos résultats ne mettent pas en évidence de lien entre cette variable et les croyances négatives et en ce sens, concordent avec les données des deux études montréalaises [Dorvil, Bisson et al. 1995; Poulin and Lévesque 1995]. Enfin, la notion du statut de propriétaire n'a pas été identifiée dans notre étude comme prédicteur des croyances négatives. Mais, il importe de préciser que notre échantillon est composé à presque 80% de personnes qui ne sont pas propriétaires de leur résidence. Cette situation peut nous empêcher de mettre en évidence un lien éventuel à cet effet.

Par ailleurs, il peut sembler étonnant que la variable *proche* signifiant que le répondant a dans son entourage un proche (parent ou ami) ayant déjà été hospitalisé pour des troubles émotionnels ou nerveux, ne soit pas ressortie comme prédicteur de

moins de croyances négatives, les contacts avec les PSTM étant reconnus influencer la perception de ces personnes [Desforges, Lord et al. 1991; Côté, Ouellet et al. 1992; Poulin and Lévesque 1995; Kolodziej and Johnson 1996]. Il faut toutefois reconnaître que la variable utilisée dans le cadre de cette étude n'est d'abord qu'un proxy de la notion de contacts et non une réelle mesure quantitative et qualitative des contacts entre les répondants et les PSTM. De plus, peu de précision n'est disponible sur les causes de l'hospitalisation des proches, la formulation de la question pouvant laisser place à une certaine interprétation de la part des répondants. Cette question n'est probablement pas assez spécifique dans le présent contexte pour garantir la référence à des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Il est par ailleurs avancé par Reda que la notion de contact en soi ne suffit pas pour diminuer les préjugés face aux PSTM [Reda 1996]. Encore faut-il que ces contacts soient de bonne qualité, c'est-à-dire volontaires et obtenus dans un contexte plaisant entre personnes de statut égal [Gething 1982]. Or, aucune information n'est disponible pour qualifier les contacts entre les répondants et le proche hospitalisé. Le fait que la variable ne soit pas identifiée par les analyses comme étant un prédicteur des croyances négatives peut donc s'expliquer par ces restrictions.

Alors que les croyances évaluées par la dimension *peur* concordent relativement bien avec le modèle théorique retenu, celles liées à la dimension *dangerosité* ne semblent pas pouvoir être prédites par les variables socio-démographiques. Aucune des variables, sauf la scolarité, ne montre de lien statistiquement significatif avec la valeur de cette sous-échelle. Peu importe que les répondants soient jeunes ou vieux, de sexe féminin ou masculin, avec ou sans enfants, propriétaire ou locataire, pratiquant ou non et enfin avec ou sans proche déjà hospitalisé pour troubles émotionnels ou nerveux, les croyances relatives à la dangerosité des PSTM demeurent fortes, plus de 60 % des répondants admettant comme étant absolument et probablement vraies les propositions sur la dangerosité et l'imprévisibilité des PSTM (a et c) présentées dans le questionnaire. Seule la scolarité semble influencer ces

croyances, les personnes ayant fait des études universitaires adhérant moins à ces croyances. On peut penser que cette situation s'explique par le fait que les études de ce niveau permettent l'amélioration des connaissances générales et probablement celles relatives à la maladie mentale et aux personnes aux prises avec de tels problèmes, venant ainsi contrer les préjugés qui y sont généralement associés. Cette notion d'amélioration des connaissances au sujet de la maladie mentale est d'ailleurs importante car il est reconnu que les attitudes négatives sont fortement associées à un manque de connaissances [Wolff, Pathare et al. 1996]. Il est aussi avancé que l'amélioration des connaissances de la population face à la maladie mentale peut contrer les effets néfastes des préjugés à son égard [Aubry, Tefft et al. 1995; Wolff, Pathare et al. 1996]. On peut donc penser que l'effet prédictif de la scolarité sur les croyances relatives à la dangerosité soit justifié par cette relation entre la connaissance et la démystification de la maladie mentale.

Par la tendance de l'être humain à classer et ordonner les objets sociaux, les PSTM seront vraisemblablement toujours associées à certains préjugés à cause de leurs comportements généralement différents de la norme. Néanmoins, une meilleure connaissance de leur situation et de leur vécu par la population peut se traduire par une diminution de la volonté de cette dernière de les exclure du reste de la communauté. Il est plausible de penser que les réponses au présent questionnaire traduisent un peu cette situation, les gens associant une certaine dangerosité aux PSTM mais n'exprimant pas de volonté de les voir exclues du reste de la communauté. En ce sens, les enquêtes récentes révèlent que les opinions émises envers les PSTM deviennent avec le temps plus positives [Dorvil, Bisson et al. 1995; Kolodziej and Johnson 1996]. Le fait que les groupes de répondants plus jeunes adhèrent moins aux croyances négatives associées aux PSTM peut être un signe de cette amélioration de la perception des PSTM et d'un certain changement de mentalité à leur égard. On ne peut qu'espérer que cette tendance à l'amélioration de la

perception des PSTM notée par les études citées précédemment se confirme dans le temps.

Par ailleurs, notre étude présente certaines limites inhérentes à son caractère d'étude-pilote qui sont surtout liées à des contraintes méthodologiques. D'abord le contexte pilote de l'étude a limité la durée de la collecte de données et par le fait même, a restreint la taille de l'échantillon final. Celle-ci ne permet pas en effet de procéder à l'ensemble des analyses requises pour l'étude des prédicteurs des croyances stéréotypées. On pense entre autres au fait que, par son petit nombre, il ne nous a pas été possible de stratifier les groupes pour contrôler certaines variables corrélées entre elles soit l'âge avec la pratique religieuse et la scolarité. L'effectif de l'échantillon demeure néanmoins suffisant pour répondre à la majorité des exigences des analyses effectuées dans le présent contexte bien que certaines analyses d'interaction possible entre différentes variables n'aient pas été possibles.

Il faut aussi rappeler que cette étude pilote avait d'abord et avant tout l'objectif d'étudier les perceptions de la population envers un groupe autre que les PSTM, soit les sans-abri. Cette condition a limité la collecte d'informations complémentaires qui auraient été pertinentes à l'étude des prédicteurs des croyances stéréotypées envers les PSTM. La mesure des connaissances de la population sur la maladie mentale de même qu'une meilleure évaluation des contacts entre la population et les PSTM font partie de ces informations.

Une autre limite de l'étude porte sur la représentativité de notre échantillon. Celui-ci présente en effet certaines caractéristiques qui le différencient de la population de référence, caractéristiques qui sont une sous-représentation des femmes, des personnes de 60 ans et plus et des personnes ayant au mieux complété un niveau d'études secondaires. Nous croyons toutefois que ces éléments n'ont pas de répercussions majeures sur les résultats de nos analyses. D'abord, le fait que la

variable sexe ne soit pas reliée aux valeurs obtenues avec l'échelle, limite la portée de la sous-représentation des femmes. En ce qui a trait à l'âge, la sous-représentation des personnes âgées ne semble pas non plus avoir influencé les résultats de nos analyses puisque, tout comme prévu par le modèle théorique, le caractère prédictif de l'âge a été mis en évidence par nos analyses. On peut donc penser que la portée de cette situation est aussi plutôt limitée.

Par contre, il est possible que les résultats de nos analyses soient influencés d'une certaine manière par la légère sur-représentation dans notre échantillon des personnes ayant un niveau d'études post-secondaires, situation qui peut elle-même être reliée à la sous-représentation des personnes âgées qui sont généralement moins scolarisées que les plus jeunes. Ainsi, le lien mis en évidence entre la scolarité et les croyances négatives peut être induit par cette sur-représentation des personnes plus scolarisées. Cette situation pourrait expliquer la différence obtenue à cet effet entre notre étude et celle de Poulin et Lévesque sur cet aspect [Poulin and Lévesque 1995]. Mais une telle relation ayant déjà été rapportée dans d'autres études dont celle de Dear et Taylor [Dear and Taylor 1982], on peut quand même croire en sa plausibilité. D'autres vérifications de cet aspect demeurent toutefois nécessaires.

Les deux variables qui semblent les plus prédictives des croyances stéréotypées envers les PSTM sont donc l'âge et la scolarité. Si la relation entre la scolarité et l'amélioration des connaissances s'avère vraie, elle ne peut que renchérir la notion voulant que des campagnes publiques d'information sur la maladie mentale et les personnes en étant affectées seraient des plus profitables autant pour la communauté en général qui intégrerait mieux les PSTM qui sont appelées à y vivre que pour ces dernières qui pourraient voir leur état général s'améliorer. En effet puisque certains auteurs relient une certaine chronicité de la maladie mentale au stigmatisme [Link and Cullen 1990], une meilleure connaissance de celle-ci et conséquemment, sa démystification, permettrait non seulement d'éviter l'isolement des PSTM mais

favoriserait un recours plus rapide aux services appropriés parce que mieux connus des individus atteints et de leur entourage. La consultation auprès de tels services serait alors aussi moins stigmatisée.

Conclusion

Bien que notre étude comporte certaines limites quant à l'analyse des variables prédictives des croyances stéréotypées envers les PSTM, elle demeure intéressante surtout dans son objectif d'étude pilote visant à déterminer la valeur de l'échelle de mesure du stigmatisme envers les PSTM. Elle laisse aussi entrevoir la possibilité de différences culturelles entre les Américains des centres urbains et les Montréalais dans l'expression des croyances négatives face aux PSTM. Les Montréalais voient en la *peur* éprouvée face aux PSTM et la *dangerosité* qu'on leur attribue des éléments distincts. Les analyses prédictives ont d'ailleurs confirmé cette distinction entre les deux dimensions ainsi révélées par l'utilisation de cette échelle à Montréal.

Par ailleurs, la relation identifiée entre la scolarité et les croyances stéréotypées milite en faveur de campagnes publiques d'information sur la maladie mentale et les personnes en étant affectées. Cette relation stipule en effet que, plus la scolarité augmente, ce qu'on peut associer à l'amélioration des connaissances générales face aux problèmes de santé mentale, moins on note l'expression de croyances négatives. De telles campagnes, bien organisées et bien ciblées, seraient non seulement bénéfiques pour les PSTM mais aussi pour les personnes de la population générale pouvant un jour présenter des problèmes transitoires de santé mentale. La diminution du stigmatisme associé à de tels problèmes favoriserait, pour les personnes affectées, un recours plus rapide aux services appropriés et conséquemment, moins d'occurrence d'effets néfastes dans leur vie.

Ainsi, à la lumière de ce qui a été rapporté dans ce mémoire sur les conséquences du stigmatisme dans la vie des PSTM, l'étude de celui-ci demeure pertinente pour parvenir à mieux orienter les actions visant à le contrer. L'échelle présentée dans ce travail et les analyses prédictives qui y ont été menées, contribuent à leur manière à cet objectif.

Car, comme le disent Attkisson et ses collaborateurs [Attkisson 1992 cité dans Kolodziej 1996] : «Étudier et travailler sur le stigmaté associé aux personnes souffrant de maladie mentale n'est pas seulement une matière de curiosité ; c'est une composante vitale des efforts faits pour rendre plus décente la vie de ces personnes dans la communauté».

Références

- Ainlay, S. C., Becker, G., & Coleman, L. M. (1986). *The Dilemma of Difference - A Multidisciplinary View of Stigma*. New-York: Plenum Press.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*: Erglewood Cliffs J.J., Prentice-Hall.
- Albrecht, G., Walker, V., & Levy, J. (1982). Social distance from the stigmatized : a test of two theories. *Social sciences and medecine*, 16, 1319-1327.
- Angermeyer, M. C., Link, B. G., & Majcher-Angermeyer, A. (1987). Stigma perceived by patients attending modern treatment settings. *Nervous and mental Disorders*, 175, 4-11.
- Arboleda-Florez, J., Holley, H. L., & Crisanti, A. (1996). *Maladie mentale et violence : un lien démontré ou un stéréotype?* . Ottawa: Direction générale de la promotion et des programmes de santé - Santé Canada.
- Arens, D. A. (1993). What do the neighbors think now? Community residences on Long Island, New-York. *Community Mental Health Journal*, 29(3), 235-245.
- Aubry, T., Tefft, B., & Currie, R. F. (1995a). Predicting intentions of community residents toward neighbors with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(3), 51-66.

- Aubry, T. D., Tefft, B., & Currie, R. F. (1995b). Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental health residences who are neighbours. *Community Mental Health Journal*, 31(1), 39-52.
- Benedict, A., Shaw, J., & Rivlin, L. (1988). Attitudes toward the homeless in two New-York City metropolitan samples. *Journal of Voluntary Action Research*, 17(3-4), 90-98.
- Bogardus, E. S. (1925). Measuring social distance. *Journal of applied sociology*, 9, 299-308.
- Borinstein, A. B. (1992). Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs*, 1(3), 186-196.
- Brockman, J., D'Arcy, C., & Edmonds, L. (1979). Facts or artifacts? Changing public attitudes toward the mentally ill. *Social sciences and medecine*, 13A, 673-682.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental health hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 349-360.
- Côté, J., Ouellet, L., & Caron, M. (1993). *La réinsertion sociale en milieu rural et urbain : Opinion des citoyens à l'égard des personnes avec une maladie mentale* (Rapport statistique de recherche). Québec: Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard.
- Côté, J., Ouellet, L., Lachance, R., & Lemay, D. (1992). Relation entre le contact et la distance sociale à l'égard des personnes avec une maladie mentale. *Service social*, 41(3), 95-104.

- Dear, M. J., & Taylor, S. M. (1982). *Not on our street - Community attitudes to mental health care*. London: Pion Limited.
- Desforbes, D. M., Lord, C. G., Ramsey, S. L., Mason, J. A., Van Leeuwen, M. D., West, S. C., & Lepper, M. R. (1991). Effects of structures cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 531-544.
- Dorvil, H. (1987). La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental. *Santé mentale au Québec*, XII(1), 55-65.
- Dorvil, H., Bisson, J., & Sévigny, O. (1995). *Attitudes et croyances des montréalais à l'égard des personnes malades mentales et des personnes déficientes intellectuelles* (Rapport de recherche RS-2084 1 092). Montréal: Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention, Université de Montréal. Département de travail social, Université du Québec à Montréal.
- Farina, A., Fisher, J. D., & Fischer, E. H. (1992). Societal factors in the problems faced by deinstitutionalized psychiatric patients. In P. J. Fink & A. Tasman (Eds.), *Stigma and Mental Illness* (pp. 167-184). Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
- Fink, P. J., & Tasman, A. (Eds.). (1992). *Stigma and mental illness*. Washington, DC, US: - American Psychiatric Press, Inc.
- Gething, L. (1982). A preliminary report of the Cumberland Disability Program. *Australian Rehabilitation Review*, 6(2), 58-62.

- Gilhome Herbst, K. C. (1983). Psycho-social consequences of disorders of hearing in the elderly. In R. Hinchcliffe (Ed.), *Hearing and Balance in the Elderly*. London: Churchill Livingstone.
- Goofman, E. (1963). *Stigma*: Prentice-Hall.
- Green, D., McCormick, I., Walkey, F., & Taylor, A. (1987). Community attitudes to mental illness in New-Zealand twenty-two years on. *Social Sciences and Medecine*, 24(5), 417-422.
- Harris, L. (1991). *Public attitudes toward people with disabilities*. (Survey conducted by Louis Harris and Associated Inc): National Organisation on Disability.
- Horwitz, A. (1982). *The social control of mental illness*,. New-York: Academic Press.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma - The psychology of marked relationships*. New-York: W. H. Freeman and Company.
- Kingree, J. B., & Daves, W. F. (1997). Preliminary validation of the attitudes toward homeless inventory. *Journal of Community Psychology*, 25(3), 265-288.
- Kolodziej, M. E., & Johnson, B. T. (1996). Interpersonal contact and acceptance of persons with psychiatric disorders : A research synthesis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(6), 1387-1396.
- Lee, B. A., Link, B. G., & Toro, P. A. (1991). Images of the homeless : Public views and media messages. *Housing Policy Debate*, 2(3), 649-682.

- Link, B. G., Andrews, H., & Cullen, F. T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57, 275-292.
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1990). The labelling theory of mental disorder : A review of the evidence. *Research in Community and Mental Health*, 6, 75-105.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients : Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.
- Link, B. G., Schwartz, S., Moore, R., Phelan, J., Struening, E., Stueve, A., & Colten, M. E. (1995). Public knowledge, attitudes, and beliefs about homeless people : Evidence for compassion fatigue? *American Journal of Community Psychology*, 23(4), 533-555.
- Lyons, M., & Hayes, R. (1993). Student perceptions of persons with psychiatric and other disorders. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(6), 541-548.
- Mansouri, L., & Dowell, D. A. (1989). Perceptions of stigma among the long-term mentally ill. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(1), 79-91.
- Mercier, C. (1996). Les femmes. In L. Fournier & C. Mercier (Eds.), *Sans domicile fixe - Au-delà du stéréotype* (pp. 215-246). Montréal: Éditions du Méridien.
- Nunnally, J. (1961). *Popular conceptions of mental health : Their development and change*. New-York: Holt, Rinehart and Winston.

- Ouellet, L., & Côté, J. (1995). La stabilité de la structure hiérarchique des préférences à l'égard de ressources résidentielles pour des clientèles en voie de réinsertion sociale. *Comportement Humain*, 9(1), 1-19.
- Page, S., & Day, D. (1990). Acceptance of the «mentally ill» in canadian society : Reality and illusion. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 9(1), 51-61.
- Pfuhl, E. H., & Henry, S. (1993). *The deviance process*. (Third Edition ed.). New-York: Aldine de Gruyter.
- Poulin, C., & Lévesque, M. (1995a). *Acceptation et rejet des personnes désinstitutionnalisées - Les déterminants socio-culturels des attitudes d'acceptation et de rejet des personnes désinstitutionnalisées chez les Montréalais francophones* (rapport de recherche). Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Poulin, C., & Lévesque, M. (1995b). Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, XX(1), 119-136.
- Poulin, C., & Massé, R. (1994). De la désinstitutionnalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique. *Santé mentale au Québec*, XIX(1), 175-194.
- Reda, S. (1996). Public perceptions of former psychiatric patients in England. *Psychiatric Services*, 47(11), 1253-1255.
- Sales, B. D., & Kahle, L. R. (1980). Law and attitudes toward the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 3, 391-403.

- Schneider, C. R., & Anderson, W. (1980). Attitudes toward the stigmatized : Some insights from recent research. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 23, 299-313.
- Sibicky, M., & Dovidio, J. F. (1986). Stigma of psychological therapy : Stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 148-154.
- Sigelman, C. K. (1991). Social distance from stigmatized groups : False consensus and false uniqueness effects on responding. *Rehabilitation Psychology*, 36(3), 139-151.
- Socall, D. W., & Holtgraves, T. (1992). Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *Sociological Quarterly*, 33(3), 435-445.
- Star, S. A. (1955). *The public's ideas about mental illness* . Chicago: Mimeo National Opinion Research Center, University of Chicago.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Tefft, B., Segall, A., & Trute, B. (1987). Neighbourhood response to community mental health facilities for the chronically mentally disabled. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6(2), 37-49.
- Toro, P., & Rojansky, A. (1990). Homelessness : Some thoughts from an international perspective. *The Community Psychologist*, 24(1), 8-11.

- Toro, P. A., & McDonell, D. M. (1992). Beliefs, attitudes, and knowledge about homeless : A survey of the general public. *American Journal of Community Psychology, 20*, 53-80.
- Tringo, J. L. (1970). The hierarchy of preference toward disability groups. *The Journal of Special Education, 4*(3), 295-305.
- Wahl, O. F. (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. New Brunswick, NJ, US: Rutgers University Press.
- Waxman, C. I. (1977). *The stigma of poverty - A critique of poverty theories and policies*. New-York: Pergamon Press.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(5), 738-748.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996a). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill. *British Journal of Psychiatry, 168*(2), 191-198.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996b). Public education for community care: A new approach. *British Journal of Psychiatry, 168*(4), 441-447.
- Yuker, H. E. (1988). Perceptions of severely and multiple disabled persons. *Journal of the Multihandicapped Person, 1*(1), 5-16.

Annexe

Tableau 8 : Corrélations entre les variables socio-démographiques retenues par le modèle théorique et les valeurs des sous-échelles et de l'échelle totale.

	Sexe	Âge	Enfants	Scolarité	Statut de propriétaire	Proche déjà hospitalisé	Fréquence de pratique religieuse	Facteur Peur	Facteur Dangerosité	Échelle totale
Sexe	--									
Âge	-,13	--								
Enfants	-,08	,51***	--							
Scolarité	,18	-,30**	-,27**	--						
Statut de propriétaire	-,15	-,31**	-,22*	-,12	--					
Proche déjà hospitalisé	-,004	,06	,11	-,05	-,04	--				
Fréquence de pratique religieuse	,10	-,52***	-,29**	,34***	,19*	-,08	--			
Facteur Peur	,12	-,34***	-,17	,29**	,03	-,14	,30**	--		
Facteur Dangerosité	,11	-,04	-,02	,21*	-,14	-,01	,11	,42***	--	
Échelle totale	,14	-,26**	-,13	,30**	-,05	-,10	,26**	,90***	,78***	--

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05