Document generated on 04/24/2024 2:06 p.m.

Service social

Relation entre le contact et la distance sociale à l'égard des personnes avec une maladie mentale.

Jacques Côté, Lucie Ouellet, Robert Lachance and Danielle Lemay

Volume 41, Number 3, 1992

Intervenir en contexte d'autorité

URI: https://id.erudit.org/iderudit/706586ar
DOI: https://doi.org/10.7202/706586ar

See table of contents

Publisher(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (digital)

Explore this journal

Cite this note

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. https://doi.org/10.7202/706586ar

Article abstract

Cet article présente les résultats d'une étude s'intéressant à la relation entre l'expérience de contact avec dès personnes ayant une maladie mentale et la distance sociale exprimée à leur égard. L'échantillon est composé de 275 citoyens adultes de la région de Québec, qui se disent favorables à l'implantation d'une ressource résidentielle, dans leur voisinage immédiat, pour un groupe de deux à six personnes avec une maladie mentale. Les résultats révèlent une relation inversée entre le contact et la distance sociale. Cette relation est significative chez les deux sexes, chez les célibataires de 35 à 44 ans, les personnes mariées ou en union de fait de 45 à 54 ans et celles de 65 ans et plus. Ces sous-groupes présentent des expériences de contact plus fréquentes et plus diversifiées ainsi qu'une distance sociale exprimée plus faible. L'identification de segments cibles favorables dans la population permettra aux décideurs et responsables de la réinsertion sociale de mieux formuler et planifier des stratégies d'intervention différenciées plus efficaces pour le maintien d'une attitude de tolérance à l'égard de voisins avec une différence.

Tous droits réservés © Service social, 1992

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Relation entre le contact et la distance sociale à l'égard des personnes avec une maladie mentale

Jacques CÔTÉ
Chercheur
Centre de recherche Université Laval – Robert-Giffard

Lucie OUELLET
Professionnelle de recherche
Centre de recherche Université Laval – Robert-Giffard

Robert LACHANCE
Assistant de recherche

Danielle LEMAY
Stagiaire

« Il est plus difficile de désagréger un préjugé qu'un atome. »

Albert Einstein

Au centre de l'idéologie de santé mentale communautaire se situe l'idée d'une communauté compréhensive et accueillante (Morin, 1989). La réceptivité de la communauté est donc une condition essentielle, mais non suffisante, de la réussite de l'intégration sociale des personnes avec une maladie mentale (Dorvil, 1987). De fait, comme le soulignent Gendron et Piat (1991), une opinion favorable à l'implantation d'une ressource résidentielle peut coexister avec une certaine intolérance envers les personnes. Il en résultera

probablement une réinsertion à l'intérieur de la ressource, mais non dans la communauté (Segal et Aviram, 1978).

Selon Lise Noël (1991), la manifestation la plus connue de l'intolérance est la peur de la différence. Alors que la peur du connu mène généralement à l'indifférence, la crainte de celui ou de celle qu'on ne comprend pas engendre plutôt l'hostilité. En réalité, l'intolérance et les préjugés qui y conduisent tiennent moins de l'expérience réelle que d'une conception prédéterminée que la personne se fait des rapports et des rôles sociaux (Noël, 1989). L'individu porteur de préjugés tentera de justifier son intolérance en ne voyant que ce qui correspond à sa conception. Ainsi il postulera les caractéristiques, le plus souvent négatives, de tel ou tel groupe avant même qu'aucun contact n'ait été établi.

Or, la tolérance n'augmente que si on a l'occasion de côtoyer la différence et d'apprendre, par le fait même, à la connaître (Morin, 1992).

Selon Dorvil (1990), il existe deux manières de voir la maladie mentale. D'une part, il y a l'acceptation et, d'autre part, il y a la discrimination, la stigmatisation et la prise de distance dans les contacts sociaux. Cet éloignement est souvent relié à des sentiments d'impuissance et de peur (Arsenault, 1991).

Pourtant, l'expérience a déjà prouvé que plus les gens connaissent la maladie mentale et les personnes qui en sont atteintes, plus les préjugés ont tendance à régresser au profit d'une attitude plus favorable et moins distante à leur égard (Dorvil, 1990 ; Fortin et Ferrie, 1984 ; Madgin et Foucher, 1989 ; Trute et Loewen, 1978). À partir du moment où la peur de l'inconnu est placée devant la réalité, la communauté redoute moins la déviance et est plus disposée à accepter la personne avec une maladie mentale. En fait, la proximité géographique comme, par exemple, le voisinage immédiat, favorise l'échange (Baillargeon, 1991), celui-ci augmentant les occasions d'apprendre et de connaître.

Cependant, la quantité de contacts ne suffit pas à favoriser une attitude accueillante, ni même tolérante. C'est plutôt la qualité des contacts qui importe. Un contact effectué dans des conditions négatives peut même devenir aversif et conduire à l'intolérance (Yuker, 1988).

En outre, les attitudes et les opinions ne sont pas des indicateurs parfaits du comportement. Certaines études ont démontré qu'une attitude favorable à la réinsertion sociale n'est pas nécessairement garante d'un degré d'intimité élevé avec les personnes ayant une maladie mentale (Melanson-Ouellet, 1980 ; Paradis, 1982 ; Trute et Loewen, 1978).

Le but de cet article est donc de présenter les résultats d'une étude qui visait trois objectifs : vérifier l'existence d'une relation inversée entre l'expérience de contact et la distance sociale exprimée envers les personnes avec une maladie mentale chez des citoyens favorables à l'implantation d'une ressource résidentielle pour ces personnes, dans leur voisinage immédiat ; vérifier si la relation inversée entre le contact et la distance sociale était

significative en fonction du sexe, de l'âge et de l'état civil ; identifier des sous-groupes de citoyens favorables présentant plus d'expériences de contact et moins de distance sociale exprimée à l'égard des personnes avec une maladie mentale.

MÉTHODOLOGIE

Les procédures d'échantillonnage, de collecte et de saisie de données ainsi que les instruments de mesure utilisés sont décrits en détail dans un rapport de recherche plus large sur les attitudes des citoyens de la région métropolitaine de Québec (Côté, Ouellet et Lachance, 1990). Puisque la présente étude a utilisé une partie de ces données pour vérifier ses hypothèses, seul un bref résumé des procédures et instruments sera présenté dans cet article.

Les sujets

L'échantillon est composé de 275 sujets âgés de 18 ans et plus, qui se sont dits favorables (n = 225) ou très favorables (n = 50) à l'implantation d'une ressource résidentielle pour un groupe de deux à six personnes avec une maladie mentale, dans leur voisinage immédiat. L'échantillon se répartit comme suit : 113 hommes et 162 femmes, 86 célibataires, 150 mariés ou en union de fait et 39 autres (séparés, divorcés, veufs).

La collecte des données

L'échantillon total de départ (N = 663) a répondu à un sondage téléphonique effectué selon une méthode de génération aléatoire de numéros de téléphone. Les résultats du sondage ont été pondérés en fonction du nombre d'adultes par ménage, du sexe et de l'âge des répondants. Cette pondération a permis d'obtenir un échantillon représentatif de la population de la région métropolitaine de Québec, avec un pourcentage d'erreur maximal de 4 %.

La réponse à l'item 1.7 du questionnaire « Hiérarchie des préférences » (Côté, Ouellet et Lachance, 1990) a servi de critère d'échantillonnage pour les sujets de la présente étude. Ce sont leurs résultats pondérés aux échelles de « Contact » et de « Distance sociale » qui ont été utilisés dans les analyses subséquentes.

Les instruments de mesure

L'échelle de « Contact » comprend six items tirés des travaux de Trute et Loewen (1978) et de Link, Cullen, Franz et Wozniak (1987). Ces énoncés

présentent une série de circonstances dans lesquelles le répondant a eu divers types de contacts ou d'expériences avec des personnes ayant une maladie mentale. Le sujet répond par « oui » ou « non » à chacun des énoncés. Le score total des oui et celui des non révèlent la présence ou l'absence plus ou moins grande de contact avec ces personnes.

L'échelle de « Distance sociale » comprend onze items, dont cinq proviennent des travaux de Aviram et Segal (1973) et six ont été ajoutés par Trute et Loewen (1978). Ces énoncés mesurent la distance sociale que le répondant désire maintenir entre lui-même et les personnes avec une maladie mentale, en fonction de divers degrés d'intimité. Les réponses exprimées sont reportées sur une échelle de type Likert en cinq points, allant de fortement d'accord à fortement en désaccord.

Une étude préliminaire (non publiée) a démontré que ces deux échelles ont une très bonne stabilité temporelle, avec des coefficients de corrélation test-retest, à un mois d'intervalle, de 0,92 pour l'échelle « Contact » et de 0,91 et 0,80 pour les deux facteurs de l'échelle « Distance sociale ». Une autre étude exploratoire a permis d'établir l'absence de relation significative ($r = 0,04$, $p = 0,63$) entre l'échelle « Hiérarchie des préférences » et l'échelle « Désirabilité sociale » de Crowne et Marlowe (1960).

RÉSULTATS

L'emploi des corrélations de Spearman est l'analyse statistique la plus justifiée dans cette étude, en ce qui regarde la qualité des données : nominales (sexe, statut civil), dichotomiques (« Contact ») et ordinales (catégories d'âge, « Distance sociale »).

Une première analyse globale révèle l'existence d'une relation inversée significative entre l'expérience de contact et la distance sociale exprimée ($r = - 0,26$, $p < 0,0001$). Plus l'expérience de contact est fréquente et diversifiée, plus la distance sociale exprimée diminue.

Le tableau 1 indique les corrélations entre le contact et la distance sociale, en fonction des variables socio-démographiques retenues dans le cadre de cette étude. Toutes les relations sont inversées selon notre *a priori* conceptuel, mais seulement six sur onze se sont révélées significatives.

La relation inversée entre l'expérience de contact et la distance sociale exprimée est significative chez les hommes, chez les femmes, pour les catégories d'âge de 35-44 ans et de 65 ans et plus, chez les célibataires et chez les répondants mariés ou en union de fait. Par ailleurs, cette relation n'est pas significative pour les catégories d'âge de 18-24 ans, 25-34 ans, 45-54 ans, 55-64 ans et pour les autres segments de statut civil (séparés, divorcés, veufs).

Tableau 1

Corrélation entre le contact et la distance sociale en fonction de trois variables socio-démographiques (n = 275)

Variables socio-démographiques	n	Contact Moyenne	Distance Moyenne	r
Sexe				
Hommes	113	4,36	21,64	- 0,31**
Femmes	162	4,02	23,01	- 0,22**
Âge				
18-24 ans	39	4,34	22,15	- 0,22
25-34 ans	76	4,15	22,04	- 0,20
35-44 ans	82	4,03	21,88	- 0,33**
45-54 ans	37	4,38	23,54	- 0,31
55-64 ans	23	4,11	23,66	- 0,46
65 ans et plus	18	4,05	23,52	- 0,57*
Statut civil				
Célibataire	86	4,17	22,18	- 0,26*
Marié ou en union de fait	150	4,14	22,39	- 0,27***
Autre statut	39	4,22	23,17	- 0,30

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

Le tableau 2 (voir page suivante) indique la relation entre le contact et la distance sociale en fonction de l'âge et du statut civil des répondants favorables. Cette relation est significative pour trois sous-groupes : les célibataires de 35-44 ans, les répondants mariés ou en union de fait de 45-54 ans et ceux de 65 ans et plus.

DISCUSSION

La recension d'écrits effectuée par Gendron et Piat (1991) a révélé la présence d'attitudes parfois conflictuelles chez une même personne. Favorable à l'intégration sociale, oui, mais « pas dans ma rue… » (Melanson-Ouellet, 1980 ; Paradis, 1982 ; Trute et Loewen, 1978). C'est là un mouvement qui se nourrit de tout un ensemble de phénomènes sociaux, tels que l'individualisme, le repli sur soi, sur son espace, ses intérêts économiques, sa sécurité, son sentiment d'appartenance (Baillargeon, 1991). En outre, l'instauration d'une politique de santé mentale axée sur l'idéologie de santé mentale

Tableau 2

Corrélation entre le contact et la distance sociale en fonction du statut civil et de l'âge des répondants (n = 275)

Statut civil (âge)	n	Contact Moyenne	Distance Moyenne	r
Célibataire				
18-24 ans	34	4,34	22,17	- 0,17
25-34 ans	28	3,90	21,92	- 0,19
35-44 ans	14	4,24	20,35	- 0,56*
45-54 ans	5	4,30	25,69	- 0,10
Marié ou en union de fait				
18-24 ans	4	4,29	22,00	- 0,83
25-34 ans	42	4,27	22,11	- 0,20
35-44 ans	53	3,92	22,18	- 0,24
45-54 ans	24	4,33	22,79	- 0,42*
55-64 ans	12	4,00	24,49	- 0,40
65 ans et plus	7	4,76	20,95	- 0,95**
Autre statut				
25-34 ans	4	4,53	22,25	- 0,40
35-44 ans	11	4,33	22,40	- 0,22
45-54 ans	8	4,58	24,46	- 0,16
55-64 ans	5	4,33	21,55	- 0,70
65 ans et plus	8	3,50	24,41	- 0,02

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

communautaire n'engendre pas *ipso facto* une plus grande tolérance des citoyens à l'égard des personnes réintégrées dans la communauté (Corin, 1992).

Par ailleurs, plusieurs auteurs ont démontré que des expériences de contact positives et prolongées avec des personnes ayant une maladie mentale avaient pour effet de diminuer les préjugés et l'intolérance et d'augmenter l'acceptation (Dorvil, 1990 ; Fortin et Ferrie, 1984 ; Madgin et Foucher, 1989 ; Trute et Lowen, 1978 ; Yuker, 1988). L'expérience a même montré que les résistances exprimées par certains citoyens tombent après six mois de cohabitation (Seltzer, 1985).

La présente étude a donc voulu vérifier le type de relation existant entre l'expérience de contact avec des personnes ayant une maladie mentale et la distance sociale exprimée à leur égard par des citoyens se disant favorables

à l'implantation d'une ressource résidentielle pour ces personnes, dans leur voisinage immédiat.

Dans notre étude, le contact est défini comme une variété d'expériences avec la personne ayant une maladie mentale ou avec son milieu de vie, allant de la connaissance intime de cette personne jusqu'à la visite d'un hôpital psychiatrique. Quant au concept de distance sociale, il s'exprime sous forme de comportements de proximité ou de distance physique et sociale à l'égard de ces personnes. Dans le contexte du voisinage immédiat, une faible distance sociale correspond à la capacité d'entretenir des relations formelles avec ses voisins ayant une différence et de leur confier des responsabilités.

Nos résultats révèlent qu'il existe effectivement une relation inversée entre l'expérience de contact et la distance sociale exprimée par les répondants. Plus ceux-ci ont des contacts fréquents et diversifiés avec des personnes ayant une maladie mentale, plus la distance sociale exprimée est faible.

De plus, nos résultats démontrent que, s'il existe une relation inversée significative entre le contact et la distance pour les deux sexes, par contre il n'y a pas de différence entre les sexes sur cette relation. La relation inversée est aussi significative pour la catégorie d'âge de 35-44 ans que pour les 65 ans et plus, ainsi que pour les célibataires et les gens mariés ou en union de fait. Un croisement de ces variables a aussi permis de relever trois sous-groupes qui présentent plus d'expériences de contact et une distance sociale plus faible ; il s'agit des célibataires de 35-44 ans, des gens mariés ou en union de fait de 45-54 ans et de ceux de 65 ans et plus.

Nos résultats s'inscrivent dans la ligne des recherches antérieures effectuées dans le domaine des attitudes. D'une part, l'âge est la variable relationnelle la plus stable retrouvée dans la plupart de ces recherches (Dear et Taylor, 1982 ; Livneh, 1988 ; Melanson-Ouellet, 1980 ; Rabkin, 1972 ; Yuker, 1988). D'autre part, tout comme dans les études de Côté, Ouellet et Lachance (1990, 1991) et Côté, Ouellet et Caron (1992), les célibataires sont reconnus comme étant les citoyens les plus sympathiques à l'égard des personnes avec une maladie mentale.

On note cependant une contradiction avec les études antérieures en ce qui concerne les deux autres sous-groupes identifiés ici, soit les répondants mariés ou en union de fait de 45-54 ans et ceux de 65 ans et plus. Cela constitue un résultat plutôt inattendu, compte tenu des conclusions de Côté, Ouellet et Lachance (1990) et de Taylor et Dear (1981). Ces auteurs ont en effet démontré que les gens mariés et ceux âgés de 65 ans et plus sont plus susceptibles d'être défavorables à l'intégration sociale des personnes avec une maladie mentale.

Cette apparente contradiction peut s'expliquer par la possibilité que le fait d'être marié et âgé n'ait pas d'influence sur la relation contact-distance sociale, lorsque les répondants sont exclusivement favorables à une ressource

résidentielle dans leur proche voisinage. Par ailleurs, il est reconnu que les attitudes sont acquises très tôt dans la vie, qu'elles se cristallisent avec l'âge et qu'elles sont très résistantes au changement (Antonak et Livneh, 1988). Il est donc probable que le présent échantillon ait comporté des gens mariés et âgés possédant depuis longtemps des attitudes favorables et tolérantes, leurs expériences de contact n'ayant eu pour effet que de consolider cette tolérance.

CONCLUSION

Une certaine distance sociale maintenue entre voisins est chose courante dans notre société moderne, surtout dans les grandes villes. Indépendamment de la qualité des voisins, le maintien d'une distance plus ou moins grande, selon les individus, a pour fonction première de protéger l'intimité des personnes. Dans ce contexte, est-il réaliste de demander au citoyen moyen de se rapprocher davantage de ses voisins ayant une maladie mentale qu'il ne le fait pour ses voisins en général ? L'essentiel n'est-il pas d'abord qu'il puisse tolérer des personnes ayant une différence, quelle qu'elle soit, dans son voisinage immédiat ?

Dans la perspective de l'intégration sociale, on demande au contexte social de s'adapter, de façon rapide et soudaine, à toutes sortes de personnes présentant une différence. Mais a-t-on vraiment préparé la communauté à recevoir et accueillir ces gens ? Nos recherches actuelles démontrent que si les Québécois sont en général plutôt accueillants, ils ressentent aussi le besoin d'obtenir plus d'information sur ces personnes en situation de handicap. Le changement d'attitude suppose un changement des mentalités qui ne peut se faire que par une information adéquate et dirigée vers les bons publics cibles.

La tolérance n'appelle pas nécessairement des relations intimes et privilégiées. Elle correspond d'abord et avant tout à l'acceptation de l'autre, avec sa différence. Et c'est par cette acceptation que passent toutes les chances d'intégration sociale des personnes avec une maladie mentale. À notre avis, les efforts d'information auprès de la communauté devraient porter surtout sur la tolérance de la différence. La proximité géographique et les occasions d'échange viendront par la suite consolider cette tolérance grâce à l'acquisition de connaissances basées sur la réalité des personnes avec une maladie mentale réintégrées dans la communauté.

Références bibliographiques

ANTONAK, R.F. et H. LIVNEH (1988). *The Measurement of Attitudes Toward People with Disabilities. Methods, Psychometrics and Scales.* Springfield, Illinois : Charles C. Thomas, publ.

ARSENAULT, R. (1991). « Conscientisation et santé mentale : une pratique en région », *Service social,* vol. 40, nº 3 : 53-67.

AVIRAM, U. et S.P. SEGAL (1973). « Exclusion of the mentally ill », *Archives of General Psychiatry, 29* : 126-131.

BAILLARGEON, D. (1991). « "Pas dans ma rue…" : pour une stratégie communautaire devant l'intolérance », *Service social,* vol. 40, nº 3 : 127-146.

CORIN, E. (1992). « Priorités pour une politique de santé mentale », *Santé mentale au Canada,* vol. 40, nº 1 : 34-36.

CÔTÉ, J., OUELLET, L. et R. LACHANCE (1990). *La réaction des citoyens de la région de Québec à la perspective d'avoir comme voisins des personnes avec une maladie mentale.* Beauport, Québec : Centre de recherche Université Laval–Robert-Giffard.

CÔTÉ, J., OUELLET, L. et M. CARON (1992). *Les attitudes du personnel des ressources intersectorielles à l'égard de l'intégration sociale et de la maladie mentale.* (Rapport en préparation). Beauport, Québec : Centre de recherche Université Laval–Robert-Giffard.

CROWNE, D.P. et D.A. MARLOWE (1960). « A new scale of social desirability independent of psychopathology », *Journal of Consulting Psychology, 24* : 349-354.

DEAR, M.J. et S.M. TAYLOR (1982). *Not on Our Street.* London : Pion.

DORVIL, H. (1987). « La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental », *Santé mentale au Québec,* nº 12 : 55-65.

DORVIL, H. (1990). « Développement économique et représentation sociale de la maladie mentale », *Santé Culture,* vol. VII, nº 2/3 : 237-272.

FORTIN, D. et G. FERRIE (1984). *L'état de la tolérance à la déficience mentale dans les régions de Drummondville/Victoriaville et Plessisville/Princeville.* Multi-Reso.

GENDRON, J.-L. et M. PIAT (1991). « La recherche américaine sur l'intolérance des collectivités à l'endroit des ressources intermédiaires », Note de recherche, *Service social,* vol. 40, nº 3 : 147-157.

LINK, B.G., CULLEN, F.T., FRANK, J. et J. WOZNIAK (1987).« The social rejection of former mental patients : Understanding why labels matter », *American Journal of Sociology,* vol. 92, nº 6 : 1461-1500.

LIVNEH, H. (1988). « A dimensional perspective on the origin of negative attitudes toward persons with disabilities », dans H.E. Yuker (ed.), *Attitudes toward persons with disabilities.* New York : Springer, p. 35-46.

MADGIN, L. et R. FOUCHER (1989). *Les employeurs sont-ils réceptifs à l'intégration au travail des personnes handicapées intellectuelles ?* Saint-Jérôme, Québec : Les Centres de réadaptation La Ruche et Capar.

MELANSON-OUELLET, A. (1990). *Étude sur la connaissance et les perceptions des services psychiatriques au Québec.* Québec : ministère des Affaires sociales.

MORIN, P. (1989). *Quels sont les mécanismes administratifs et juridiques favorisant la dissémination dans la communauté de ressources résidentielles pour les personnes aux prises avec des troubles émotionnels ?* Montréal : UQAM.

MORIN, P. (1992). « La politique québécoise de santé mentale : espoir ou faux départ ? », *Santé mentale au Canada,* vol. 40, nº 1 : 22-27.

NOËL, L. (1989). *L'intolérance. Une problématique générale.* Montréal : Boréal.

NOËL, L. (1991). « L'intolérance et l'oppression : quête des causes et recherche d'une oppression fondamentale », *Service social,* vol. 40, nº 3 : 9-23.

PARADIS, P. (1982). « Disponibilité intentionnelle et réelle d'une population adulte à recevoir à domicile différents types de personnes inadaptées », *Apprentissage et Socialisation,* vol. 5, nº 2 : 68-79.

RABKIN, J.G. (1972). « Opinions about mental illness : A review of the literature », *Psychological Bulletin, 77* : 153-171.

SEGAL, S.P. et U. AVIRAM (1978). *The mentally ill in community-based sheltered care.* New York : Wiley.

SELTZER, M.M. (1985). « Public attitudes toward community residential facilities for mentally retarded persons », dans R.H. Bruininks et K.C. Lakin, *Living and Learning in the Least Restrictive Environment.* Baltimore : P.H. Brookes.

TAYLOR, S.M. et M.J. DEAR (1981). « Scaling community attitudes toward the mentally ill », *Schizophrenia Bulletin,* vol. 7, nº 2 : 226-240.

TRUTE, B. et A. LOEWEN (1978). « Public attitude toward the mentally ill as a fonction of prior personal attitudes », *Social Psychiatry, 13* : 79-84.

YUKER, H.E. (1988). *Attitudes toward persons with disabilities.* New York : Springer.