

INTÉGRATION DES PERSONNES
ATTEINTES DE PROBLÈMES DE
SANTÉ MENTALE
DANS LE SECTEUR DE
POINTE-AUX-TREMBLES

Travail préparé pour le Comité santé mentale
de la Corporation de Développement Communautaire de la Pointe
Région Est de Montréal

Par : Manon Crevier, M.Sc., agente de recherche INSPQ
Louise Fournier, Ph.D., chercheure INSPQ
Pasquale Roberge, Ph.D., stagiaire postdoctorale, INSPQ

Financé par la Chaire Approches communautaires
et inégalités de santé FCRSS/IRSC

Mars 2004

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
Cadre théorique.....	6
<i>La théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1975)</i>	6
<i>La théorie de l'attribution de Weiner (1995)</i>	6
Cadre conceptuel.....	7
Intégration communautaire.....	8
Variables exogènes.....	9
<i>Caractéristiques des personnes atteintes</i>	9
<i>Caractéristiques des membres de la communauté</i>	10
<i>Caractéristiques des médias</i>	11
<i>Caractéristiques des ressources</i>	11
<i>Caractéristiques de l'environnement</i>	12
Croyances.....	13
<i>Perceptions de la maladie mentale</i>	13
<i>Perception de l'impact sur la communauté</i>	14
Attitudes.....	14
<i>Envers les personnes souffrant de maladie mentale</i>	14
<i>Envers la nouvelle ressource</i>	15
Comportements.....	16
Quelques statistiques sur le territoire du CLSC de Pointe-aux-Trembles.....	17
Taux de places d'hébergement des personnes atteintes de troubles mentaux.....	17
<i>Méthodologie</i>	17
<i>Calculs</i>	18
<i>Résultats</i>	18
Croyances négatives.....	19
<i>Méthodologie</i>	19
<i>Résultats</i>	19
Prévalence de troubles mentaux.....	20
<i>Méthodologie</i>	20
<i>Résultats</i>	21
Stratégies d'action.....	22
Intégration communautaire.....	22
<i>Les stratégies les plus populaires</i>	22
<i>Nouvelles stratégies</i>	22

Opposition à une nouvelle ressource	23
<i>Stratégie discrète (low profile)</i>	23
<i>Stratégie manifeste (high profile)</i>	23
<i>Stratégie combinée</i>	23
Où et comment agir.....	24
Campagnes	25
Conclusion	27
Actions possibles.....	27
Textes suggérés	27
Bibliographie.....	28
Annexe 1 – Résultats.....	31
Annexe 2 – Comparaison des taux de places en hébergement par CLSC	33
Annexe 3 – Description des campagnes	34
1. National Mental Health Community Awareness Campaign – Australie	34
2. Programme « Open the Doors » du World Psychiatric Association (WPA) – site pilote en Alberta.....	35
3. Promotion de l’intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale : un défi pour l’Union européenne – Autriche, Finlande, France et Royaume-Uni	36
4. Une communauté pour tous – Ontario	37
5. Projet « intégration à la communauté » de l’Association canadienne de santé mentale – Exemple du projet d’Ottawa-Carleton	37
6. Changing minds : every family in the land – Grande-Bretagne	38

INTRODUCTION

L'intégration communautaire des personnes atteintes de problèmes de santé mentale est un problème qui préoccupe la société depuis bien longtemps. En fait, la société s'y intéresse depuis les débuts de la désinstitutionnalisation. Bien sûr, plusieurs communautés s'inquiétaient des répercussions sociétales et personnelles que cette vague impliquait et plusieurs se sont opposées au fait de vivre dans la même communauté que des personnes avec une histoire d'institutionnalisation psychiatrique.

Est-ce que la situation a changé depuis 30 ans? Quels sont les facteurs qui facilitent ou qui entravent l'intégration communautaire? Que peut-on faire pour favoriser l'intégration de personnes avec des problèmes de santé mentale? Ces questions suscitent l'intérêt du Comité santé mentale de la Corporation de Développement Communautaire de la Pointe, Région Est de Montréal et nous tenterons d'y proposer des réponses dans ce rapport.

Ainsi, nous tenterons de définir ce qu'est l'intégration communautaire et ce que pourrait être une intégration optimale. Nous identifierons également les facteurs facilitant ou entravant l'intégration communautaire à l'aide d'un cadre théorique et conceptuel dérivé de la littérature. Nous comparerons ensuite les territoires de CLSC de Montréal, regroupés par sous-régions, en termes de ressources d'hébergement, de croyances négatives et de prévalence de troubles mentaux. Enfin, les stratégies d'action les plus efficaces identifiées dans la littérature seront présentées et illustrées par quelques campagnes sociétales répertoriées dans différents pays.

La revue de littérature a permis de découvrir que le phénomène d'intégration communautaire s'explique bien par deux théories qui ont été intégrées et schématisées dans un cadre conceptuel qui sera présenté et expliqué dans cette première partie. Les deux théories ont été utilisées par plusieurs auteurs. L'une explique davantage la relation entre les croyances et les comportements alors que l'autre explique la relation entre les attitudes de stigmatisation et les comportements discriminatoires. Ce dernier modèle a été retenu car il apporte une dimension intéressante à l'analyse et semble être une théorie de plus en plus mentionnée dans la littérature.

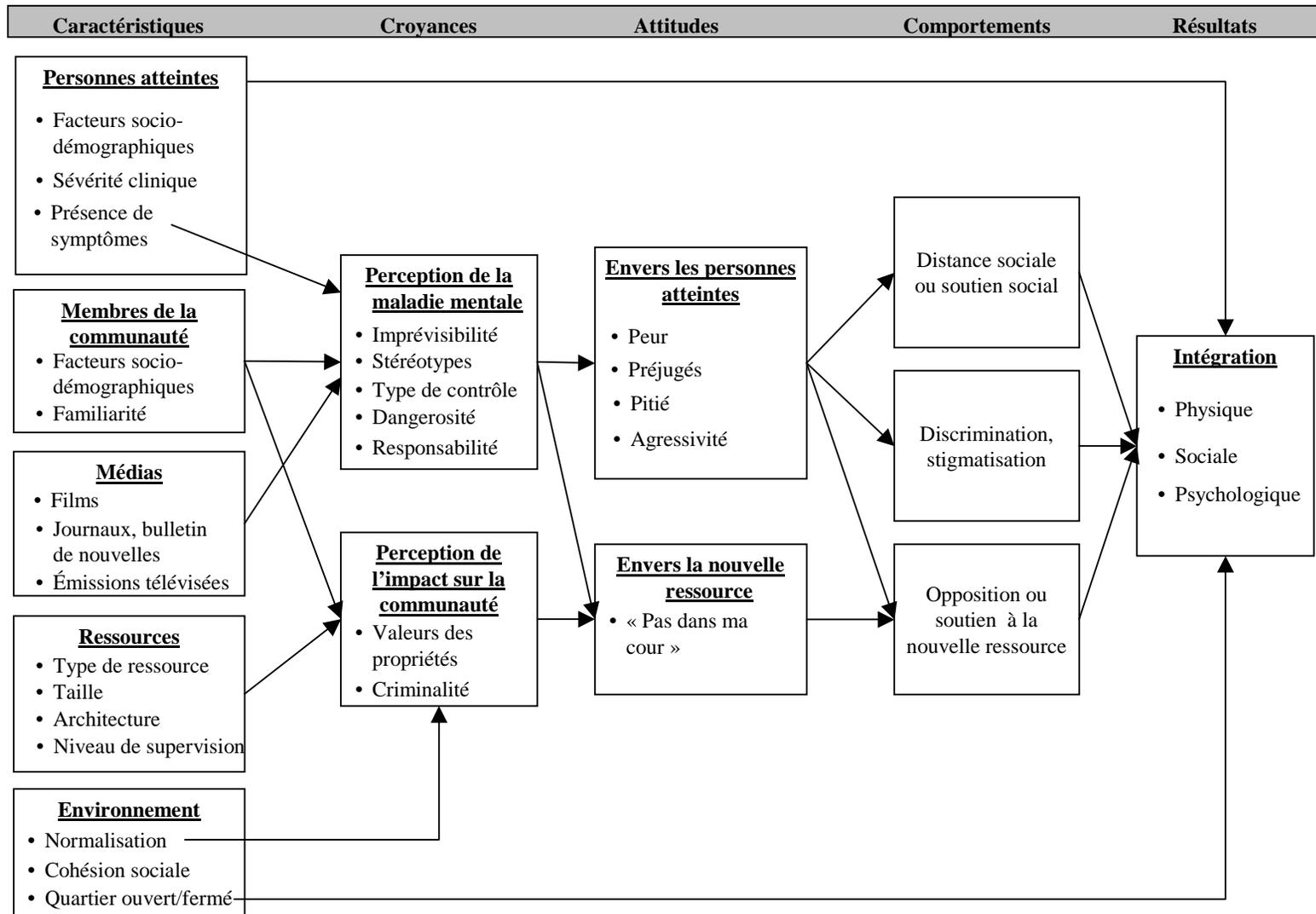
La théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1975)

Cette théorie s'intéresse aux relations entre les croyances, les attitudes et les comportements. Selon cette théorie, nos comportements sont influencés par nos attitudes et nos croyances. Cependant, tout cela dépend de plusieurs caractéristiques exogènes importantes à considérer dans l'explication de l'intégration communautaire. Nous verrons comment différentes caractéristiques peuvent influencer nos croyances, nos attitudes et nos comportements et l'impact que ces comportements exercent sur les personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

La théorie de l'attribution de Weiner (1995)

Cette théorie stipule que le comportement est déterminé par une série de processus cognitifs et émotifs. Selon ce modèle, les personnes attribuent les causes de la maladie et le contrôle sur celle-ci à des éléments internes ou externes, ce qui détermine la responsabilité de la maladie. Selon cette théorie, le fait d'attribuer la responsabilité et le contrôle à des causes internes (croyances) affecte nos attitudes et nos comportements envers les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Remarquons que cette théorie suit la même logique que la théorie de l'action raisonnée.

CADRE CONCEPTUEL



Basé sur la théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1975) et sur la théorie de l'attribution de Weiner (1995)

Pour tenter d'expliquer les facteurs qui interviennent dans l'intégration communautaire et les liens entre ceux-ci, un cadre conceptuel est nécessaire. Ce cadre conceptuel est fondé sur les théories présentées précédemment et les concepts identifiés proviennent de la littérature sur le sujet.

Comme le Comité santé mentale de la Corporation de Développement Communautaire de la Pointe, Région Est de Montréal a soulevé le problème de l'implantation de nouvelles ressources, nous avons également inclus dans le cadre conceptuel les relations pouvant intervenir dans le soutien ou l'opposition à une nouvelle ressource.

Il est important de mentionner que ce modèle n'a pas été validé. Ainsi, les flèches représentent les liens probables identifiés lors de la revue de littérature. Même si ce cadre conceptuel n'a pas été validé, il représente quand même une source de réflexion par rapport aux mécanismes et aux stratégies à entreprendre.

INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE

On remarque une certaine évolution dans la définition d'intégration depuis les débuts de la désinstitutionnalisation. Auparavant, lorsqu'on parlait d'intégration dans la communauté, on ne parlait que d'intégration physique. Maintenant, les dimensions sociales et psychologiques ont été ajoutées à la définition. Avec cette définition plus complète de l'intégration communautaire, on remarque qu'une intégration physique, sociale et psychologique peut représenter l'intégration optimale.

L'intégration physique fait référence au degré de participation à des activités hors de la résidence, au temps passé dans la communauté, à l'utilisation de services et à la consommation de biens dans la communauté (Segal et al., 1980, cités dans Wong et Solomon, 2002).

L'intégration sociale comprend deux composantes, soit « interaction » et « réseau social ». La dimension « interaction » fait référence au degré d'interaction sociale entre les personnes présentant des problèmes de santé mentale et les autres personnes de la communauté. Ces interactions doivent avoir lieu dans un contexte normatif et être culturellement normatives (Wolfensberger et Thomas, 1983, cités dans Wong et Solomon, 2002). La dimension « réseau social » réfère à la taille du réseau et à la multiplicité des rôles sociaux présents dans le réseau. Le réseau social doit refléter un soutien positif et mutuel (Fellin, 1993; Storey, 1993, cités dans Wong et Solomon, 2002).

L'intégration psychologique réfère à la perception des personnes présentant des problèmes de santé mentale d'être membres de la communauté ainsi qu'au fait d'avoir des liens émotionnels avec les

membres de la communauté, de croire en sa capacité de subvenir à ses besoins à travers ces personnes et d'avoir le sentiment d'avoir une influence dans la communauté (Aubry et Myner, 1996; McMillan et Chavis, 1986, cités dans Wong et Solomon, 2002).

VARIABLES EXOGÈNES

Caractéristiques des personnes atteintes

Plusieurs facteurs individuels sont reliés à l'intégration communautaire. Selon différents auteurs, les personnes les mieux intégrées présentent les caractéristiques suivantes :

- ❖ Jeunes ou d'âge moyen (Sherman et al. 1984, cités dans Wong et Solomon, 2002);
- ❖ Blancs (Nagy et al., 1988, cités dans Wong et Solomon, 2002);
- ❖ Faible niveau de psychopathologie (Timko et Moos, 1998, cités dans Wong et Solomon, 2002);
- ❖ Haut niveau de fonctionnement physique et psychologique (Kruzich, 1985, cités dans Wong et Solomon, 2002);
- ❖ Argent de poche suffisant et contrôle sur cet argent (Segal et Aviram, 1978, cités dans Wong et Solomon, 2002);
- ❖ Accord et satisfaction à résider dans une ressource d'hébergement communautaire (Segal et Aviram, 1978, cités dans Wong et Solomon, 2002).

De fait, les personnes qui semblent les mieux intégrées à la communauté sont celles qui se rapprochent le plus des personnes dites « normales ».

Le type de symptômes présents chez la personne atteinte a également un impact sur la perception des membres de la communauté. En effet, plus les personnes atteintes ont des comportements déviants, plus les membres de la communauté les perçoivent comme dangereuses et en ont peur et plus ils sont réticents à interagir avec elles (Link et al., 1999, cités dans Martin, Pescosolido et Tuch, 2000).

Heureusement, l'intégration communautaire des personnes atteintes de problèmes de santé mentale est également tributaire des facteurs sociaux et environnementaux, ce qui laisse place à une intervention plus sociale qu'individuelle. On pense ici aux caractéristiques des membres de la communauté, à l'influence des médias et à l'environnement social. Ces facteurs, comme le propose le

cadre conceptuel, peuvent avoir un impact considérable au niveau des croyances, des attitudes et des comportements des membres de la communauté envers les personnes présentant des problèmes de santé mentale.

Caractéristiques des membres de la communauté

Les caractéristiques des membres de la communauté peuvent avoir un impact sur l'intégration communautaire. On note, par exemple, que les personnes qui ont le plus tendance à adopter des comportements discriminatoires sont les personnes plus âgées, les hommes et les personnes avec un niveau d'éducation plus faible (Corrigan et al., 2003; Tak-fai Lau et Cheung, 1999).

Outre les facteurs sociodémographiques, la familiarité avec la maladie mentale risque également d'influencer les croyances et les attitudes envers les personnes présentant des problèmes de santé mentale (Corrigan et al., 2003). La familiarité est définie ici par la connaissance de la maladie mentale et l'expérience avec la maladie mentale. Ainsi, plus les membres de la communauté sont familiers avec la maladie mentale, moins ils ont des croyances et des attitudes négatives envers cette population et plus l'intégration communautaire est facile. Selon l'étude de Corrigan et collègues (2003), les personnes qui rapportent le plus de familiarité sont plus souvent mariées et ont un niveau de scolarité plus élevé alors que celles qui en rapportent le moins sont les hommes.

En ce qui concerne les croyances, Corrigan et collègues (2003) rapportent également que les hommes ainsi que les personnes avec un niveau de scolarité plus élevé sont plus portés à croire que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont responsables de leurs conditions. De manière étonnante, les personnes qui ont un niveau de scolarité élevé sont plus familiers avec la maladie mentale mais elles auraient un jugement plus négatif par rapport à la responsabilité.

La perception du danger amènerait un sentiment de peur et cette réaction émotionnelle affecterait directement la réponse comportementale (Edwards et Endler, 1989, cités dans Corrigan et al., 2003). En effet, les membres de la communauté qui perçoivent les personnes ayant des problèmes de santé mentale comme dangereuses et imprévisibles sont plus portés à croire que les personnes atteintes devraient être à l'écart des communautés (Link et al., 1987, cités dans Corrigan et al., 2003), ce qui serait associé à la distance sociale (Phelan et al., 2000, cités dans Corrigan et al., 2003). On remarque que la familiarité, la perception de la dangerosité et la peur ont un impact important dans l'intégration communautaire.

Selon l'Enquête sur la santé mentale des Montréalais (Fournier, Lemoine, Poulin et Poirier, 2002), les personnes qui n'ont aucune expérience avec la maladie mentale ont des croyances significativement plus négatives que celles qui en ont une (score moyen de 2.8 comparé à 2.6). Cette enquête a aussi mesuré la reconnaissance des signes de maladies mentales. Les personnes qui reconnaissent le mieux les signes de la maladie sont les femmes, les personnes très scolarisées et les personnes ayant une expérience avec la maladie mentale.

Caractéristiques des médias

Les films et les émissions télévisées représentent généralement les personnes ayant des problèmes de santé mentale comme imprévisibles, dangereuses et irresponsables (Wahl, 1995). De même, les journaux et les bulletins de nouvelles identifient fréquemment la maladie mentale comme étant la cause de crimes graves commis. Cette représentation médiatique alimente le stéréotype que les personnes avec des problèmes de santé mentale sont dangereuses et à craindre (Penn, Kommana, Mansfield et Link, 1999). Les médias représentent une telle source d'influence que l'Organisation Mondiale de la Santé (2001) les identifie comme un moyen d'action privilégié pour informer le grand public et provoquer un changement d'attitudes et de comportements.

Caractéristiques des ressources

Certaines ressources semblent moins bien acceptées que d'autres à l'intérieur d'une communauté. Selon Dear et Taylor (1982), les caractéristiques qui ont le plus d'impact sur la communauté seraient la taille de la ressource, l'architecture, le niveau de supervision et le type de services offerts. Selon ces auteurs, plus la ressource est large, plus elle accueille de personnes avec des problèmes de santé mentale et plus l'impact sur la communauté sera grand. De même, une ressource qui ressemble aux résidences environnantes semble avoir un moins grand impact sur la communauté. Par ailleurs, le type et le niveau de supervision influenceraient les croyances des membres de la communauté par rapport à la sécurité personnelle. Par exemple, les foyers de groupe semblent moins bien perçus par les membres de la communauté (Wenocur et Belcher, 1990, cités dans Silverman et Segal, 1996) et ce type de ressource recevrait plus d'opposition de la communauté que les appartements supervisés (Wenocur et Belcher, 1990).

Comme mentionné auparavant, le type de ressource semble jouer un rôle important dans l'intégration communautaire mais son effet se fait ressentir surtout au niveau des perceptions de l'impact sur la communauté, ce qui entraînerait une attitude de « pas dans ma cour » et une opposition à

l'implantation de la nouvelle ressource. Par contre, il se peut que la familiarité avec la maladie module cet effet. Il est probable que les personnes qui sont plus familières avec la maladie mentale soient davantage en faveur d'une nouvelle ressource, peu importe le type. Cependant, cette relation reste à être explorée.

Caractéristiques de l'environnement

La normalisation du quartier serait une composante importante lorsqu'on parle d'intégration (Wong et Solomon, 2002). La normalisation réfère au fait que la ressource se retrouve dans un environnement physique où il y a peu d'autres individus avec des troubles mentaux. Le degré de normalisation varie d'un quartier avec quelques sites éloignés les uns des autres, dans lesquels moins de 50% des résidents ont des problèmes de santé mentale, à un quartier avec plusieurs ressources occupées à 100% par des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Par exemple, on peut penser qu'un quartier normalisé serait celui où il y a peu de foyers de groupes et plus d'appartements supervisés situés dans les habitations qui ne sont pas uniquement réservées aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Selon Wong et Solomon (2002), le lien entre la normalisation et l'intégration communautaire n'est pas clair. Par contre, Krieg (2001) mentionne qu'une grande concentration de personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans une communauté peut créer une attitude « pas dans ma cour ». On peut penser que le fait d'avoir un quartier non-normalisé, donc des ressources habitées par plusieurs personnes atteintes, fait augmenter la concentration de personnes avec des problèmes de santé mentale dans un quartier, ce qui suggère que la normalisation serait un facteur facilitant l'intégration communautaire. Par ailleurs, Wong et Solomon (2002) mentionnent que le fait d'avoir un quartier avec plusieurs ressources d'hébergement favorise plutôt les contacts entre les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale et non les contacts avec les autres résidents de la communauté, ce qui suggère aussi qu'un quartier normalisé serait bénéfique à l'intégration communautaire.

La cohésion sociale d'une communauté est également associée à l'intégration communautaire. En fait, ce sont les communautés où les membres sont moyennement unis et solidaires entre eux qui intègrent le plus les personnes atteintes et qui acceptent plus facilement une nouvelle ressource (Tate et Segal, 1976, cités dans Wong et Solomon, 2002). L'opposition semble plus grande là où la cohésion est plus grande car les membres de la communauté forment un groupe fermé (Dear et Taylor, 1982).

Le type de quartier est un élément intéressant à explorer. En effet, les quartiers ouverts accueillent plus facilement les personnes avec des problèmes de santé mentale, les comportements marginaux étant mieux tolérés (Côté, Ouellet et Caron, 1995). Les caractéristiques de ces quartiers sont les suivantes :

Quartiers ouverts	Quartiers fermés
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Centre-ville ❖ Plus de locataires que de propriétaires ❖ Mobilité élevée des habitants ❖ Moins d'enfants ❖ Niveau socio-économique plus faible ❖ Haute densité de population 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Milieux urbains ❖ Forte proportion de familles nucléaires ayant de jeunes enfants ❖ Niveau économique plus élevé ❖ Fonction du quartier presque exclusivement résidentielle ❖ Population plutôt homogène, stable et de faible densité ❖ Surtout des maisons unifamiliales ❖ Haut niveau de cohésion sociale

CROYANCES

Perceptions de la maladie mentale

Un des aspects importants de l'intégration semble être la perception des membres de la communauté par rapport à la maladie mentale. La perception de la dangerosité est mentionnée par la majorité des auteurs comme étant une perception importante à éliminer car elle génère des attitudes négatives, ce qui entrave l'intégration communautaire. Ainsi, les membres de la communauté qui perçoivent les personnes atteintes comme imprévisibles et dangereuses sont moins portés à interagir avec elles car ces croyances génèrent de la peur, de l'agressivité, des préjugés (Martin, Pescosolido, Tuch, 2000) et des comportements de distance sociale (Martin et al., 2000; Link et al., 1987, cités dans Corrigan et al., 2003). Comme la perception de la dangerosité est associée à la distance sociale, on peut facilement imaginer que les membres de la communauté qui ont cette perception seraient plus portés à s'opposer à une nouvelle ressource.

La perception envers la maladie mentale serait beaucoup affectée par la familiarité (Corrigan et al., 2001). Les individus qui sont plus familiers avec la maladie mentale sont moins enclins à attribuer la maladie à des causes internes et ne perçoivent donc pas la personne comme étant responsable de sa maladie. Ainsi, ils exprimeraient des émotions plus favorables et feraient un plus grand effort

d'interaction. Les croyances envers la maladie mentale, plus spécifiquement la dangerosité, sont grandement influencées par le niveau de familiarité et par les représentations médiatiques. Il semblerait aussi que la familiarité est inversement associée aux attitudes de préjugés (Corrigan et al., 2001, Holmes et al., 1999, Penn et al., 1994, cités dans Corrigan et al., 2003). C'est dans la perception de la maladie mentale que la théorie de l'attribution entre en jeu. En effet, si nous croyons que la maladie est due à une cause externe (ex : accident) et n'est pas sous le contrôle de la personne, nous allons inférer que la personne n'est pas responsable de sa situation et nous aurons plus tendance à éprouver de la pitié, à la soutenir et à lui apporter de l'aide. Par contre, si nous attribuons la maladie à des causes internes (ex : drogues) et sous le contrôle de l'individu, nous aurons plus tendance à éprouver de l'agressivité ou de la peur, ce qui peut amener des comportements de discrimination, de fuite ou de ségrégation (Corrigan et al., 2003).

Perception de l'impact sur la communauté

Les membres de la communauté anticipent que l'implantation d'une ressource d'hébergement dédiée à la santé mentale aura un impact négatif sur la valeur de leur propriété et sur le taux de criminalité (Dear et Taylor, 1982). Par contre, une fois la ressource implantée, les résultats des études démontrent que les membres de la communauté n'identifient pas d'impacts négatifs sur la communauté (Wahl, 1993; Arens, 1993).

Les membres de la communauté semblent craindre particulièrement l'augmentation de la criminalité. En effet, ils expriment de l'inquiétude quant à leur sécurité personnelle et celle de leur famille. Même si cet effet n'est pas démontré par des études empiriques, cela a pour impact que les membres de la communauté ne veulent pas cette ressource et vont s'y opposer (Arens, 1993).

Selon Dear et Taylor (1982), les membres de la communauté craignent aussi l'augmentation du bruit et du va-et-vient, la baisse de la qualité de vie, le manque de supervision et d'entretien de la ressource d'hébergement.

ATTITUDES

Envers les personnes souffrant de maladie mentale

Dans le domaine de la santé mentale, les attitudes générées par les croyances sont plus souvent la peur, l'agressivité et les préjugés. On a vu comment ces attitudes peuvent se former et quel impact elles ont au niveau des comportements et de l'intégration communautaire.

Plus les membres de la communauté ont peur, plus ils mettent une distance sociale entre eux et les personnes atteintes. Plus les membres de la communauté démontrent de l'agressivité envers les personnes atteintes, plus il est probable d'y avoir de la discrimination, de la ségrégation ou de l'opposition à la nouvelle ressource. Plus les membres de la communauté ressentent de la pitié envers les personnes atteintes, moins il est probable d'avoir ces comportements négatifs envers les personnes atteintes.

Envers la nouvelle ressource

Les croyances, ou plutôt les craintes, qu'ont les membres de la communauté envers l'implantation d'une nouvelle ressource et envers les personnes atteintes peuvent créer une attitude qu'on appelle « pas dans ma cour » (Dear et Taylor, 1982). Ce phénomène n'est pas nouveau. Il existe depuis le début de la désinstitutionnalisation.

Selon les études réalisées depuis les années 70, plusieurs facteurs expliqueraient le phénomène « pas dans ma cour », dont l'inquiétude par rapport à la sécurité personnelle, la baisse de la valeur de la propriété et les effets négatifs sur la qualité de vie dans la communauté (Piat, 2000).

Une étude qualitative a été menée sur trois cas connus d'opposition à l'implantation de foyers de groupe à Montréal (Piat, 2000). Cette étude a fait ressortir que non seulement les personnes s'opposaient à une nouvelle ressource mais qu'elles s'opposaient également aux politiques de désinstitutionnalisation. En fait, elles ne croyaient pas aux bienfaits et à la faisabilité de l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux. Mentionnons que cette étude a voulu représenter les points de vue des opposants avant tout dans le but de trouver des solutions à l'opposition aux foyers de groupe. Kim (2002), réagissant à cette étude, suggère de faire attention à ce qui se cache sous les paroles des opposants à ces ressources d'hébergement car les oppositions à la désinstitutionnalisation peuvent refléter l'ignorance, la peur et la méfiance envers les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. D'autres auteurs montrent également l'importance de ces facteurs dans les résistances de la communauté à accepter une nouvelle ressource communautaire et les personnes utilisant ces ressources (Dear et Taylor, 1982; Martin, Pescosolido et Tuch, 2000).

Plus les membres de la communauté adoptent ce type d'attitude, plus ils s'opposeront à une nouvelle ressource et plus l'intégration communautaire risque d'être difficile (Arens, 1993). Il semble aussi que les personnes qui sont plus portées à s'opposer à une nouvelle ressource sont les hommes, les blancs, les personnes plus âgées, les propriétaires, les personnes mariées, les personnes ayant un niveau

de scolarité plus élevé et un niveau socio-économique élevé (Robert Wood Johnson Foundation, 1990, cité dans Arens, 1993).

COMPORTEMENTS

Dans le cas de l'intégration communautaire, les comportements les plus fréquemment mentionnés dans la littérature sont la distance ou le soutien social, la discrimination et la stigmatisation, l'opposition ou le soutien à la nouvelle ressource. Il semble que l'opposition est plus élevée lorsqu'on implante des foyers de groupe, lorsque les résidents présentent des troubles mentaux chroniques, lorsqu'il y a d'autres ressources d'hébergement pour d'autres types de problèmes dans la communauté et lorsque les membres de la communauté sont informés à l'avance de l'implantation d'une nouvelle ressource (Wenocur et Blecher, 1990).

QUELQUES STATISTIQUES SUR LE TERRITOIRE DU CLSC DE POINTE-AUX-TREMBLES

Dans cette section seront présentés les résultats des analyses effectuées, à savoir le taux de places dans les ressources d'hébergement, les croyances négatives et la prévalence des troubles mentaux pour le territoire du CLSC de Pointe-aux-Trembles et l'ensemble de Montréal pour fin de comparaison.

TAUX DE PLACES D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Méthodologie

Trois sources de données ont été utilisées pour analyser le taux de places d'hébergement par territoire de CLSC. L'information provient de :

❖ **La Régie Régionale (2004)**

La Régie Régionale tient des statistiques sur les ressources d'hébergement pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Cependant, seules les ressources qui ont un contrat avec les établissements du réseau sont répertoriées. Il est à noter qu'une même ressource peut offrir certaines places avec contrat et certaines sans contrat. Les ressources comptabilisées par la Régie Régionale sont les ressources de type familiale, intermédiaires, d'établissements et de soutien au logement. L'adresse de la personne permettait de déterminer le territoire de CLSC dans lequel le nombre de places pouvait être attribué. Cette compilation a été faite par la Régie Régionale.

❖ **Bottin des ressources de Montréal (2001)**

Pour obtenir un portrait plus complet de l'hébergement dans chacun des territoires de CLSC, une recherche supplémentaire était nécessaire. Les ressources communautaires d'hébergement identifiées dans le Bottin des ressources de Montréal ont été contactées et les places non comptabilisées par la Régie Régionale ont été attribuées aux territoires de CLSC concernés.

❖ **Recensement de 2001**

Le nombre d'habitants de chacun des 29 territoires de CLSC a été déterminé à partir des données du recensement de 2001. Cette information fournit le dénominateur dans le calcul du taux.

Calculs

❖ Taux de places d'hébergement par CLSC

En divisant le nombre de places dans un territoire de CLSC par le nombre d'habitants de ce territoire et en multipliant par 1000, on obtient le taux de places d'hébergement par 1000 habitants.

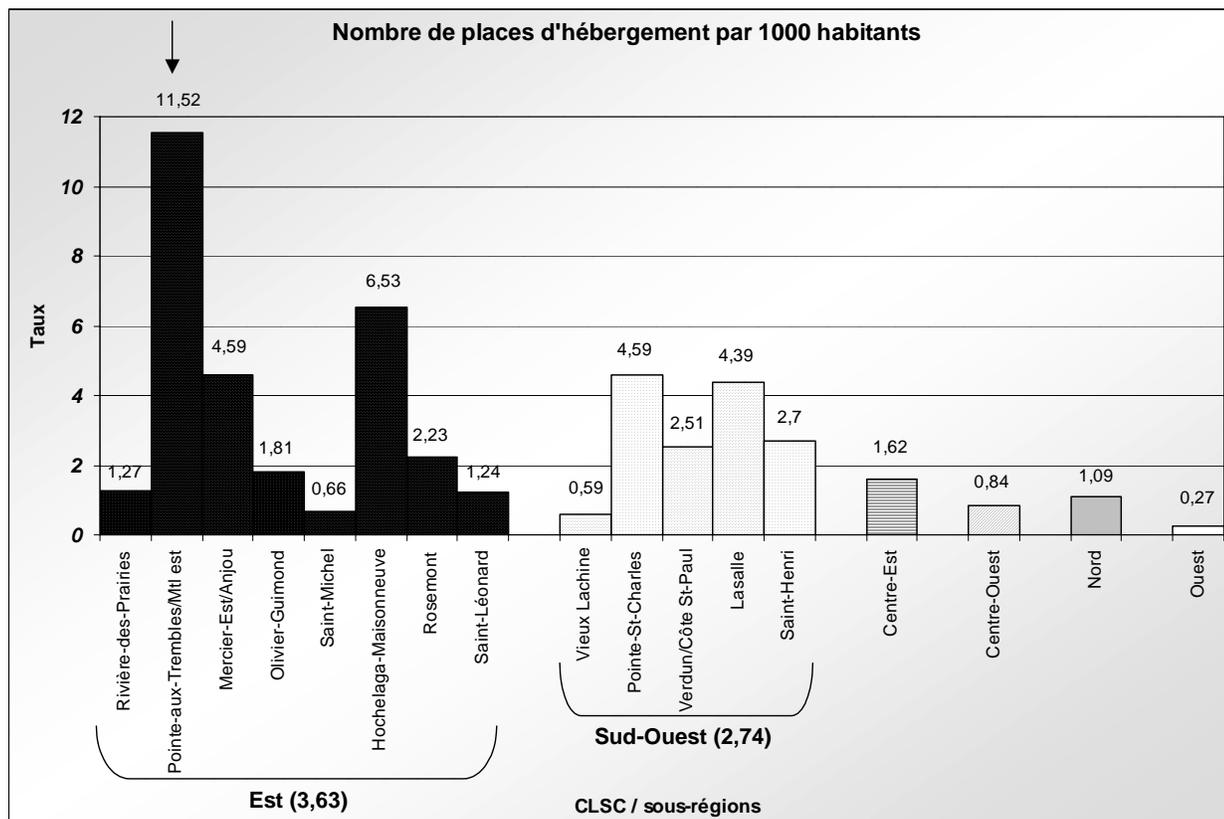
❖ Taux de places d'hébergement par sous-régions

Les taux ont également été calculés pour chacune des sous-régions en santé mentale en regroupant les données par CLSC.

Résultats

On note de grandes différences dans le taux de places d'hébergement selon la sous-région de l'île de Montréal (figure 1). La sous-région Est a un taux d'hébergement plus élevé que les autres sous-régions (3,63), suivi par le Sud-Ouest (2,74), le Centre-Est (1,62), le Nord (1,09), le Centre-Ouest (0,84) et enfin, l'Ouest (0,27). Fait attendu, les deux territoires d'hôpitaux psychiatriques, l'Est et le Sud-Ouest, présentent plus de places d'hébergement que les autres sous-régions.

Figure 1



Il est important de mentionner que le taux de places d'hébergement varie énormément entre les différents CLSC. En fait, le territoire de Pointe-aux-Trembles se distingue nettement des autres territoires. Celui-ci affiche un taux de 11,52 places par 1000 habitants. Par ailleurs, il est à noter que ce taux est moins élevé que ce qu'il était en 2000 (12,22). Le territoire qui se rapproche le plus de ce taux est le CLSC Hochelaga-Maisonneuve (6,53). Le CLSC Mercier-Est/Anjou qui se situe tout près de Pointe-aux-Trembles affiche un taux de 4,59. À l'opposé, les CLSC St-Laurent et René Cassin affichent le taux le moins élevé (0,15). Le taux pour l'ensemble de l'île de Montréal est de 1,93. Pour connaître le taux pour d'autres territoires de CLSC, se référer à l'annexe 2.

Mentionnons que le territoire du CLSC de Pointe-aux-Trembles regroupe 17% des places d'hébergement alors qu'en nombre d'habitants, il ne représente que 3% de la population de l'île de Montréal. En comparaison, le territoire du CLSC de Verdun/Côte-St-Paul compte 6,5% des places d'hébergement et 5% de la population montréalaise. Ainsi, on peut affirmer qu'il y a une forte concentration des places d'hébergement en santé mentale dans le territoire du CLSC Pointe-aux-Trembles.

CROYANCES NÉGATIVES

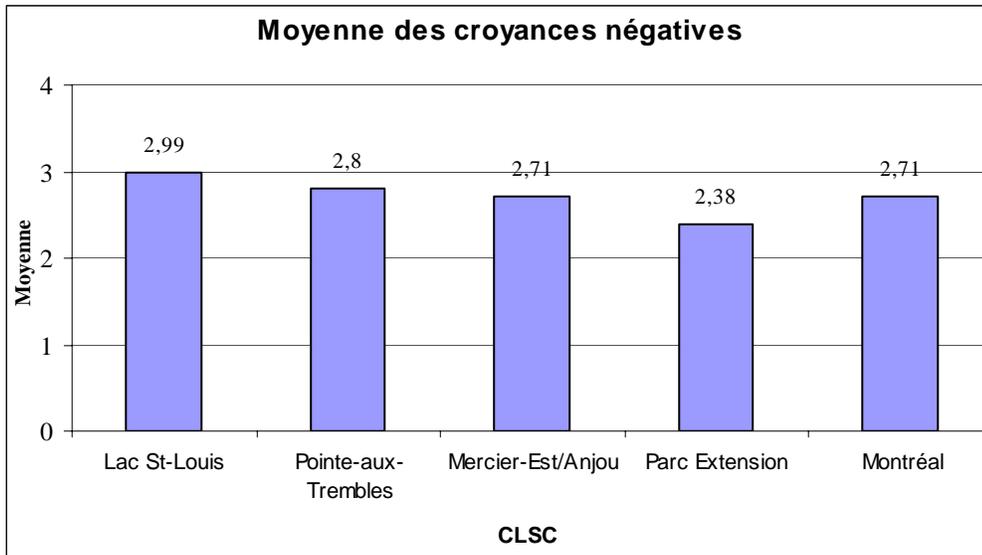
Méthodologie

Les données utilisées pour analyser les croyances négatives ont été tirées de l'Enquête sur la santé mentale des Montréalais (Fournier et al., 2002). Le nombre de participants de l'enquête ayant répondu aux questions sur les croyances négatives est de 2897. L'échelle permettant de mesurer les croyances négatives comprenait 8 items. Le score moyen à l'échelle est calculé en faisant la moyenne des scores aux 8 items. Il varie de 0 à 4. Plus le score est faible, plus les croyances sont négatives.

Résultats

Les résultats obtenus pour les croyances négatives varient peu d'un CLSC à l'autre et même d'une sous-région à l'autre. Comme le démontre la figure 2, le territoire de Pointe-aux-Trembles affiche un score de 2,80. Celui du Lac St-Louis affiche le score le plus élevé (2,99), ce qui signifie des croyances moins négatives que dans les autres territoires. À l'opposé, le CLSC de Parc Extension affiche le score le plus bas (2,38), donc des croyances plus négatives que le reste de Montréal. Le CLSC Mercier-Est/Anjou, territoire voisin de Pointe-aux-Trembles, obtient un score de 2,71 et le score pour l'ensemble de Montréal est aussi de 2,71.

Figure 2



D'un point de vue statistique, Pointe-aux-Trembles se distingue significativement du CLSC Parc Extension, où l'on observe les plus fortes croyances négatives ($p=0,02$) et il tend à y avoir des croyances plus négatives qu'au CLSC Lac St-Louis ($p=0,05$). En fait, Pointe-aux-Trembles se situe dans la moyenne pour les croyances négatives.

Nous avons également testé la relation entre croyances négatives et taux d'hébergement. Aucune corrélation significative entre le taux d'hébergement et les croyances négatives n'a pu être établie. On ne peut donc pas affirmer que le fait d'avoir plus de ressources dans une communauté affecte les croyances des membres de la communauté par rapport aux personnes atteintes de troubles mentaux. Il se peut que le fait d'avoir beaucoup de personnes atteintes dans une communauté augmente la probabilité d'entrer en contact avec elles, ce qui pourrait améliorer la familiarité, et ainsi réduire les croyances négatives.

PRÉVALENCE DE TROUBLES MENTAUX

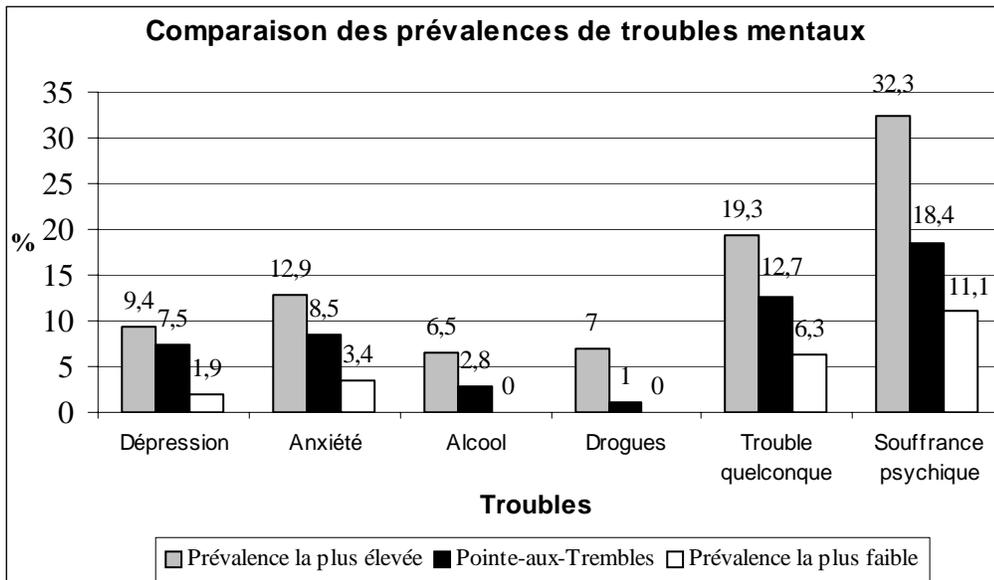
Méthodologie

Les données utilisées pour calculer les prévalences des troubles mentaux ont aussi été tirées de l'Enquête sur la santé mentale des Montréalais (Fournier et al., 2002). Le nombre de personnes ayant répondu à cette question est de 4189. Un instrument diagnostique a été utilisé pour évaluer la dépression, les troubles anxieux et les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues.

Résultats

À la figure 3, les prévalences pour chacun des troubles examinés sont présentées pour Pointe-aux-Trembles en comparaison avec les CLSC affichant les prévalences les plus élevées et les plus faibles.

Figure 3



Bien que les différences apparaissent importantes entre certains territoires, nous n'avons pu détecter aucune différence significative entre les CLSC et ce, parce que les échantillons par CLSC sont trop petits. Il n'y a pas de différence significative entre les six sous-régions de santé mentale non plus.

INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE

Les stratégies les plus populaires

Comme l'intégration communautaire des personnes avec des problèmes de santé mentale est un phénomène qui préoccupe la société depuis plus de 30 ans, plusieurs stratégies d'action pour la faciliter ont été mises en place au fil des années. En fait, les stratégies les plus fréquemment utilisées sont l'information et la sensibilisation. Cependant, les résultats sont variables et ces stratégies semblent peu efficaces pour changer les perceptions du public (Page et Day, 1990). D'autres variables entrent en ligne de compte comme les caractéristiques individuelles des personnes ciblées par les programmes d'information (Holmes et al., 1999) et le niveau de connaissance de la maladie mentale avant le programme (Stuart et Arboleda-Florez, 2001), ce qui peut expliquer pourquoi, après toutes ces années, l'intégration communautaire est encore difficile. En fait, le livre de Dear et Taylor qui date de 1982 fait ressortir les mêmes résistances que les textes les plus récents, ce qui soutient l'opinion selon laquelle les campagnes sociétales visant à atténuer les résistances du public ne sont pas très efficaces.

Nouvelles stratégies

Corrigan et collègues (2001) identifient la protestation, l'éducation et le contact comme des stratégies à utiliser pour favoriser l'intégration communautaire. La protestation cherche à supprimer les croyances négatives en brisant les mythes de la maladie mentale et les représentations négatives dans les médias. L'éducation vise à remplacer les attitudes de stigmatisation par une conception véridique de la maladie mentale en donnant de l'information qui contredit les préjugés. Le contact vise à défier les attitudes négatives du public à travers l'interaction directe entre les personnes ayant des problèmes de santé mentale et celles qui en sont exemptes. Corrigan et collègues (2001) ont réalisé une étude randomisée pour évaluer l'impact de ces stratégies. Les résultats démontrent que la protestation ne produit pas de changements significatifs dans les attitudes. Par contre, la participation à un programme d'éducation entraîne des changements significatifs, mais à un degré moindre que la stratégie de contact.

La stratégie de contact serait donc la plus efficace, ce qui corrobore les résultats de Fournier et collègues (2002) qui rapportent que les personnes qui ont une certaine expérience avec la maladie mentale présentent moins de croyances négatives. Donc, si le fait d'être en contact avec les personnes atteintes de problèmes de santé mentale réduit les croyances négatives, on peut imaginer que cette stratégie est efficace pour l'intégration communautaire car, comme on l'a vu dans le cadre conceptuel,

les croyances négatives influencent les attitudes négatives, ce qui peut mener à des comportements de distance sociale et de discrimination. Cependant, Link et collègues (1999, cités dans Martin et al., 2000) suggèrent que le fait de percevoir les personnes avec des problèmes de santé mentale comme dangereuses joue un rôle important dans la volonté d'interagir avec elles. Donc, la stratégie d'éducation serait aussi utile pour contrer cette perception négative, ce qui pourrait avoir un impact positif sur la stratégie de contact. Par contre, même si la stratégie de contact semble être la meilleure, Ingamells et collègues (1996) mentionnent que ce ne sont pas tous les contacts qui mènent à des attitudes plus positives. La nature des contacts serait importante, surtout les rôles de chacun dans la relation.

OPPOSITION À UNE NOUVELLE RESSOURCE

Stratégie discrète (low profile)

Avec cette stratégie, les promoteurs d'une nouvelles ressource achètent ou louent d'avance une résidence et emménagent discrètement pour ensuite établir le programme. Les membres de la communauté apprennent, après le fait, l'existence de la ressource soit par eux-mêmes ou par une séance d'information. Cette stratégie aurait l'avantage de dissiper plus facilement les craintes de la communauté par des expériences réelles. Par contre, le désavantage dans certains cas réside dans le fait que cette approche fait réagir négativement les membres de la communauté qui perçoivent ce geste comme étant sournois.

Stratégie manifeste (high profile)

Cette stratégie utilise un processus d'éducation et d'organisation communautaire dans lequel les membres de la communauté, les décideurs locaux, les personnes influentes et les représentants des médias sont informés et impliqués à différents degrés dans la planification. Ils sont aussi visés par des efforts de soutien. Les adeptes de cette approche croient que les personnes informées apportent plus de soutien que les personnes non informées. Par contre, le désavantage de cette stratégie est que, dans certains cas, les membres de la communauté peuvent se mobiliser et s'organiser plus efficacement pour s'opposer à la ressource.

Stratégie combinée

Cette stratégie consiste à informer un plus petit groupe, par exemple, les personnes qui risquent de s'opposer à la ressource tels que les politiciens ou le leader d'une association communautaire qui a beaucoup d'influence.

Bien qu'on ait peu de preuves sur la meilleure stratégie à utiliser, certains faits peuvent soutenir l'utilisation de l'une ou l'autre approche. Par exemple, l'étude des cas d'opposition à Montréal a fait ressortir des attitudes très négatives et des oppositions très fortes. La stratégie utilisée dans les trois cas était la stratégie discrète. Cette stratégie a aussi été utilisée dans une autre étude portant sur l'impact d'une ressource d'hébergement en santé mentale (Wahl, 1993). Dans cette étude, les participants étaient plus mécontents du manque de communication que de l'impact négatif du foyer de groupe. Il semble aussi que l'opposition pourrait venir de quelques membres assez volubiles et non d'une organisation communautaire très forte (Silverman et Segal, 1996; Segal et Trute, 1987, cités dans Aubry et al., 1995). Ainsi, plusieurs arguments sont en faveur d'une stratégie manifeste ou d'une stratégie combinée. Cependant, il semble qu'une fois la ressource implantée, l'opposition s'estompe. Dans certains cas, les membres de la communauté expriment même des attitudes positives par rapport à la ressource et il semble que certaines personnes ne se rendent même pas compte qu'une ressource soit implantée. Ceci serait un argument en faveur d'une stratégie discrète. Comme aucune stratégie ne semble idéale et que chaque cas paraît unique, le mieux serait de tenter d'anticiper les réactions de la communauté avant de choisir une méthode (Wenocur et Belcher, 1990).

OÙ ET COMMENT AGIR

Pour changer les comportements, il est nécessaire d'agir le plus en amont possible, ce qui signifie au niveau des membres de la communauté, des médias, des ressources et de l'environnement. Ainsi, plusieurs stratégies peuvent être envisagées en fonction des différentes cibles :

- ❖ Une stratégie de protestation dans les médias. On pourrait également utiliser les médias pour faire de l'éducation auprès du public, surtout par rapport à la dangerosité et à l'absence d'impact majeur sur la communauté;
- ❖ La stratégie de contact se ferait surtout au niveau des membres de la communauté dans le but d'améliorer la familiarité;
- ❖ On pourrait aussi agir à un niveau plus politique, en éduquant les décideurs sur les bienfaits de financer les appartements supervisés plutôt que les foyers de groupe, ce qui permettrait d'avoir un quartier plus normalisé. L'architecture des nouvelles ressources devrait également être prise en compte pour qu'elles ressemblent aux résidences du quartier, les rendant ainsi moins visibles.

Plusieurs campagnes sociétales ont été réalisées dans le but de faciliter l'intégration communautaire des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Six campagnes provenant de différents pays sont décrites à titre d'exemples (voir annexe 3). La description porte sur la durée de la campagne, les troubles mentaux visés, la population cible, les buts et objectifs de la campagne, les volets et activités prévues et l'évaluation, si disponible.

Sur le plan de la durée, trois des campagnes répertoriées s'échelonnent sur une période allant de cinq mois à un an alors que deux autres ont duré entre quatre et cinq ans. L'information est inconnue pour la sixième.

Quatre des six campagnes visent l'ensemble des troubles mentaux, une vise spécifiquement la schizophrénie et une vise plusieurs problèmes de santé mentale, dont l'anxiété, la dépression, la schizophrénie, la démence, les problèmes de consommation et les troubles de l'alimentation.

Cinq des six campagnes ciblent la population générale, mais certaines d'entre elles ciblent également certaines populations spécifiques. Par exemple, une campagne cible aussi les professionnels de la santé mentale, les adolescents et les agents communautaires de changement. Une autre cible les décideurs communautaires. Une des campagnes cible les membres du personnel de l'Association canadienne de santé mentale ainsi que les utilisateurs de services de santé mentale. Encore une autre vise les médecins, les jeunes adultes, les employeurs et les médias. Enfin, une des campagnes vise les politiciens et les prestataires de services.

Cinq des campagnes ont pour but de réduire soit la discrimination, la stigmatisation, l'exclusion sociale, les préjugés ou les attitudes négatives. Une des campagnes a comme but de renseigner le public sur la réforme des services de santé mentale et de le sensibiliser aux besoins des membres de la communauté.

Les objectifs spécifiques des campagnes sont liés aux buts visés. Ainsi, les projets visant notamment la réduction de la discrimination, des préjugés et de l'exclusion ont comme objectifs la sensibilisation, la promotion et la réduction de comportements discriminatoires, le changement de perceptions, et les actions politiques. Une des campagnes avait comme objectif de préparer des lignes directrices pour les politiciens et les prestataires de services.

Les activités prévues varient d'une campagne à l'autre : campagnes publicitaires (télévision, radio, affiches), trousse d'information, articles de journaux, conférences, pièces de théâtre, identification d'indicateurs pour préparer les lignes directrices, formation de bénévoles pour recueillir les propos de personnes vivant dans les institutions, sites internet, et cédérom.

Trois des campagnes ont été évaluées. Ainsi, l'une d'elle a permis de constater une amélioration des connaissances, une réduction des croyances négatives, une augmentation d'attitude de tolérance et une plus grande acceptation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale dans leur entourage (Commonwealth Department of Health and Ageing). Dans une autre campagne, il fut observé que les répondants ont de meilleures connaissances par rapport à la schizophrénie suite au programme et qu'ils démontrent une plus grande acceptation, mais que cette acceptation serait moins grande dans les situations de contacts étroits. De même, on rapporte que les participants continuent de percevoir les schizophrènes comme dangereux. Dans leur conclusion, les auteurs proposent que les campagnes d'anti-stigmatisation devraient avoir une approche plus spécifique que large (Thompson et al., 2002). Les résultats préliminaires de la troisième campagne démontrent une légère diminution de la stigmatisation et des croyances négatives (Royal College of Psychiatrists).

CONCLUSION

ACTIONS POSSIBLES

Selon les objectifs du comité, deux stratégies d'actions sont possibles :

- ❖ Atténuer les résistances : si le comité veut implanter une nouvelle ressource dans la communauté, il faudrait agir au niveau des résistances du public à une ressource. Il faudrait donc identifier quelle stratégie serait la meilleure pour le territoire de Pointe-aux-Trembles.
- ❖ Campagne sociétale : si le comité veut agir au niveau de la communauté pour faciliter l'intégration des personnes avec des problèmes de santé mentale, une stratégie d'éducation combinée à la stratégie de contact pourrait être envisagée.

TEXTES SUGGÉRÉS

Pour en savoir davantage sur :

- ❖ Les réactions du public face à l'implantation de différentes ressources, voir le texte de Côté et collègues (1995);
- ❖ Les stratégies pour l'intégration communautaire, voir le texte de Corrigan et collègues (2001);
- ❖ Les stratégies pour l'opposition aux ressources, voir le texte de Wenocur et Belcher (1990).

BIBLIOGRAPHIE

Arens, D. A. (1993). What do the neighbors think now? Community residences on Long Island, New York. *Community Mental Health, vol. 29(3)*, 235-245.

Association canadienne de santé mentale, Section d'Ottawa-Carleton. *Intégration à la communauté*. Récupéré le 19 janvier 2004 du site <http://www.icomm.ca/cmhacan/french/mhm/mhmfre.htm>

Aubry, T. D., Tefft, B. et Currie, R. F. (1995). Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental health residences who are neighbours. *Community Mental Health, vol. 31(1)*, 39-52.

Aubry, T. et Myner, J. (1996). Community integration and quality of life : a comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health, vol. 15(1)*, 5-20.

Commonwealth Department of Health and Ageing. *National Mental Health Community Awareness Campaign*. Récupéré le 23 janvier 2004 du site <http://www.comminit.com/pdskdv92002/sld-6075.html>

Corrigan, P. W. et Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist, vol. 54(9)*, 765-776.

Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A. et Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services, vol. 52(7)*, 953-958.

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campton, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H. et Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, vol. 27(2)*, 187-195.

Corrigan, P. W., Rowan, R., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K. et Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin, vol. 28(2)*, 293-309.

Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D. et Kubiak M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior, vol. 44(2)*, 162-179.

Côté, J., Caron, M. et Ouellet, L. (1995). Réaction du public face au voisinage d'une ressource résidentielle pour personnes ayant un problème lié au sida, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. *Revue québécoise de psychologie, vol. 16(1)*, 5-23.

Dear, M. J. et Taylor S. M. (1982). *Not On Our Street: Community Attitudes to Mental Health care*. Pion Limited, London, 182 p.

Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J. et Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, vol. 25(3)*, 447-456.

Ingamells, S., Goodwin, A. M. et John, C. (1996). *British Journal of Clinical Psychology, vol. 35*, 359-367.

Kim, D. S. (2000). Another look at the NIMBY phenomenon. *Health and Social Work, vol. 25(2)*, 146-148.

Krieg, R. G. (2001). An interdisciplinary look at the deinstitutionalization of the mentally ill. *The Journal Science Journal*, vol. 38, 367-380.

Link, B. G. et Cullen, F. T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 27(4), 289-302.

Martin, J. K., Pescosolido, B. A. et Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: the role of “disturbing behavior”, labels and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 51(2), 208-223.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l’Ontario. *Une communauté pour tous*. Récupéré le 20 janvier 2004 du site <http://www.weallbelong.ca>

Montano, D. E., Kasprzyk, D. et Taplin, S. H. (1990). The theory of reasoned action and the theory of planned behavior dans *Health behavior and health education : theory, research, and practice*, Glanz, Lewis et Rimer, editors. San Francisco : Jossey-Bass Publishers.

Page, S. et Day, D. (1990). Acceptance of the « mentally ill » in canadian society : Reality and illusion. *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 9(1), 51-61.

Penn, D. L., Kommana, S., Mansfield, M. et Link, B. G. (1999). Dispelling the stigma of schizophrenia II: The impact of information on dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 25(3), 437-446.

Piat, M. (2000). The NIMBY phenomenon : Community resident’s concerns about housing for deinstitutionalized people. *Health and Social Work*, vol. 25(2), 127-138.

Royal College of Psychiatrists. *Changing minds : every family in the land*. Récupéré le 19 janvier 2004 du site <http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/cminds/index.htm>

Santé mentale europe. *Promotion de l’intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale : un défi pour l’Union européenne*. Récupéré le 23 janvier 2004 du site <http://www.mhe-sme.org/fr/projects4.htm>

Silverman, C. J. et Segal, S. P. (1996). When the neighbors complain: correlates of neighborhood opposition to sheltered care facilities. *Adult Residential Care Journal*, vol. 10(2), 137-148.

Stuart, H., Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 46(3), 245-252.

Tak-fai Lau, J. et Cheung, C-K. (1999). Discriminatory attitudes to people with intellectual disability or mental health difficulty. *International Social Work*, vol. 42(2), 431-444.

Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R. C., Arboleda-Florez, J., Warner, R. et Dickson, R. A. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. (37), 475-482.

Wahl, O. F. (1993). Community impact of group homes for mentally ill adults. *Community Mental Health Journal*, vol. 29(3), 247-259.

Wahl, O. F. (1995). *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. Rutgers University Press, New-Jersey, 220p.

Wenocur, S. et Belcher, J. R. (1990). Strategies for overcoming barriers to community-based housing for the chronically mentally ill. *Community Mental Health*, vol. 26(4), 319-333.

Wong, Y-L I. et Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independant housing : A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, vol. 4(1), 13-28.

World Psychiatric Association. Open the Doors. Récupéré le 19 janvier 2004 du site <http://www.openthedoors.com>

ANNEXE 1 – RÉSULTATS

Prévalences de troubles mentaux et taux de places d'hébergement par sous-région et par territoire de CLSC de Montréal

Sous-région	Nom CLSC	Prévalence dépression majeure N=4410	Prévalence trouble anxieux N=4421	Prévalence trouble anxieux ou affectif N=4406	Prévalence alcool N=4421	Prévalence drogues N=4210	Prévalence trouble lié à substances N=4204	Prévalence trouble quelconque N=4189	Prévalence souffrance psychique N=4234	Moyenne - Croyances négatives N=2897	Taux ressources par CLSC (1000 habitants)
Est	Rivière-des-Prairies	7,3	9,6	12,3	1,2	0,0	0,0	12,7	22,2	2,71	1,27
	PAT/Mtl-Est	7,5	8,5	10,4	2,8	1,0	3,9	12,7	18,4	2,80	11,52
	Mercier-Est/Anjou	8,1	6,1	12,1	0,7	0,7	1,4	12,8	22,9	2,71	4,59
	Olivier-Guimond	3,6	3,6	4,8	1,2	1,2	1,2	6,3	15,9	2,49	1,81
	Saint-Michel	3,5	5,9	7,1	3,5	0,0	3,8	8,6	15,9	2,59	0,66
	Hochelaga- Maisonneuve	4,5	6,7	10,0	2,2	2,3	4,6	11,6	20,9	2,61	6,53
	de Rosemont	6,7	7,5	11,7	1,7	3,3	4,2	15,3	22,2	2,72	2,23
	Saint-Léonard	6,4	2,8	8,3	0,0	0,9	0,9	8,6	17,4	2,70	1,24
	Total		6,1	6,3	9,8	1,6	1,4	2,5	11,5	19,6	2,68
Sud-Ouest	du Vieux Lachine	4,3	7,3	8,6	0,0	0,0	0,0	9,4	18,2	2,82	0,59
	Pointe-St-Charles	3,2	12,9	16,1	0,0	6,5	6,5	16,1	32,3	2,68	4,59
	Verdun/Côte Saint- Paul	6,6	7,3	9,9	0,7	0,7	2,1	8,5	16,8	2,69	2,51
	Lasalle	2,8	7,5	9,4	2,8	1,0	4,0	14,1	18,6	2,65	4,39
	Saint-Henri	4,3	6,4	6,5	2,1	2,1	4,2	10,6	19,6	2,86	2,70
	Total		4,4	7,6	9,6	1,4	1,2	2,7	10,7	19,1	2,73
Centre-Est	Saint-Louis du Parc	7,9	6,5	12,7	1,6	3,3	4,9	15,0	24,1	2,82	1,30
	des Faubourgs	9,2	3,9	11,7	2,6	7,0	7,0	13,9	25,0	2,72	2,86
	du Plateau Mont-Royal	7,6	6,5	12,0	6,5	5,6	11,2	19,3	30,6	2,94	1,17
	Villeray	4,8	7,7	10,7	1,9	2,9	3,9	14,7	22,5	2,69	0,80
	La Petite Patrie	4,9	6,1	9,8	4,9	2,7	6,7	10,8	22,4	2,63	2,05
	Total		6,7	6,5	11,1	3,6	4,5	6,8	15,1	24,7	2,76

Sous-région	Nom CLSC	Prévalence dépression majeure N=4410	Prévalence trouble anxieux N=4421	Prévalence trouble anxieux ou affectif N=4406	Prévalence alcool N=4421	Prévalence drogues N=4210	Prévalence trouble lié à substances N=4204	Prévalence trouble quelconque N=4189	Prévalence souffrance psychique N=4234	Moyenne - Croyances négatives N=2897	Taux ressources par CLSC (1000 habitants)
Centre-Ouest	Métro	9,4	9,3	15,3	2,5	2,6	5,3	18,6	24,3	2,80	0,16
	Côte-des-Neiges	5,5	4,6	8,4	0,9	0,9	1,4	10,0	17,7	2,62	1,09
	Parc Extension	3,4	3,4	6,9	0,0	0,0	0,0	6,9	13,3	2,38	0,22
	René Cassin	5,7	4,3	8,6	1,4	0,0	1,4	8,8	13,2	2,72	0,15
	NDG/Montréal-Ouest	4,6	6,1	8,4	0,8	1,6	2,4	9,4	17,3	2,82	1,70
Total		6,0	5,8	9,8	1,1	1,1	2,2	11,4	18,4	2,71	0,84
Nord	Saint-Laurent	1,9	5,6	5,6	0,9	0,0	1,0	6,7	18,7	2,67	0,15
	Bordeaux-Cartierville	2,7	4,1	5,5	0,0	0,0	0,0	7,1	11,1	2,43	0,61
	Ahuntsic	4,8	4,8	6,8	1,4	2,2	2,9	9,6	15,9	2,65	1,47
	Montréal-Nord	5,8	7,8	11,7	0,0	1,3	1,4	13,1	19,6	2,54	1,85
	Total		4,2	5,8	7,9	0,6	1,1	1,8	9,8	16,9	2,59
Ouest	Pierrefonds	3,8	7,5	9,7	0,5	0,0	1,1	10,7	17,0	2,86	0,23
	Lac St-Louis	4,8	4,7	7,1	1,6	2,5	2,5	10,1	14,6	2,99	0,34
	Total		4,2	6,1	8,7	1,0	1,0	1,7	10,5	15,8	2,91

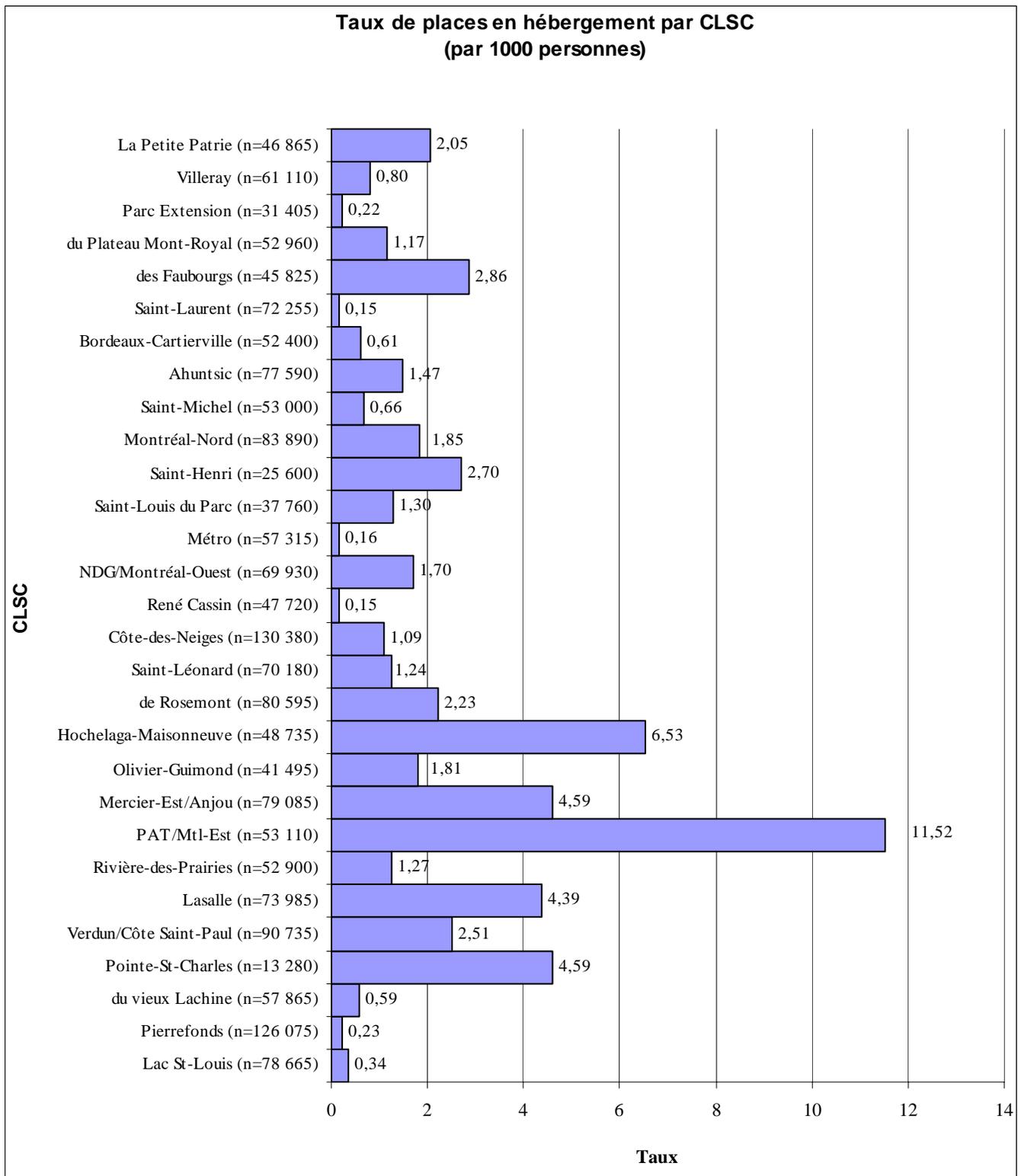
TOTAL 5,4 6,3 9,5 1,5 1,6 2,9 11,5 19,2 2,71 1,93

Légende :

 Prévalences / taux les plus élevées

 Prévalences / taux les plus faibles

ANNEXE 2 – COMPARAISON DES TAUX DE PLACES EN HÉBERGEMENT PAR CLSC



ANNEXE 3 – DESCRIPTION DES CAMPAGNES

1. NATIONAL MENTAL HEALTH COMMUNITY AWARENESS CAMPAIGN – AUSTRALIE

Site Internet :	http://www.comminit.com/pdskdv92002/sld-6075.html
Durée :	Avril 1995 – Septembre 1995
Troubles visés :	Tous
Population cible :	Tous
Buts :	Réduire la discrimination envers les personnes ayant des problèmes de santé mentale en dissipant la désinformation et promouvoir une plus grande connaissance et acceptation de ces personnes
Objectifs :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibiliser au fait que : <ol style="list-style-type: none"> a. Toute personne peut préserver une partie de sa santé mentale; b. Les « personnes normales » peuvent aussi vivre des problèmes de santé mentale; c. Des mesures peuvent être prises afin de prévenir les problèmes de santé mentale; d. Il y a des services qui sont accessibles aux personnes qui présentent des problèmes de santé mentale. 2. Promouvoir les attitudes de tolérance envers les problèmes de santé mentale. 3. Renforcer les intentions de réduire ou éliminer les attitudes et les comportements discriminatoires envers les personnes avec des problèmes de santé mentale et améliorer l'accès aux services communautaires et aux ressources d'hébergement.
Volets :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Publicité à la télévision 2. Publicité au cinéma 3. Publicité sur panneaux extérieurs 4. Trousse d'information sur la santé mentale acheminée aux écoles secondaires, aux médecins et aux professionnels de la santé mentale
Activités :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Phase 1 : <ol style="list-style-type: none"> a. Campagne publicitaire de 3 semaines en avril et 3 semaines en juillet à la télévision b. Campagne publicitaire de 6 semaines au cinéma en même temps que les publicités à la télévision c. Campagne publicitaire de 13 semaines sur panneaux extérieurs 2. Phase 2 : <ol style="list-style-type: none"> a. Campagne publicitaire de 4 semaines en avril et 3 semaines en juillet à la télévision b. Campagne publicitaire de 4 semaines au cinéma lors des publicités à la télévision c. Campagne publicitaire de 18 semaines sur panneaux extérieurs

Évaluation :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Échantillon : 1200 répondants âgés de 16 ans ou plus 2. Méthode : entrevues téléphoniques 3. Analyse : comparaison avec les résultats du sondage au point de référence 4. Résultats : <ol style="list-style-type: none"> a. Connaissances : amélioration des connaissances par rapport aux problèmes de santé mentale b. Attitudes : moins de croyances négatives et plus d'attitudes de tolérance envers les personnes avec des problèmes de santé mentale c. Comportements : plus grande acceptation des personnes avec des problèmes de santé mentale dans leur entourage
--------------	--

2. PROGRAMME « OPEN THE DOORS » DU WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA) – SITE PILOTE EN ALBERTA

Site Internet :	http://www.openthedoors.com
Durée :	1996 – 1997
Trouble visé :	Schizophrénie
Population cible :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Professionnels de la santé mentale 2. Adolescents 3. Agents communautaires de changement (journalistes, prêtres) 4. Public en général
Buts :	Réduire la stigmatisation associée à la schizophrénie
Objectifs :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibiliser et améliorer les connaissances sur la nature de la schizophrénie et les options de traitement 2. Améliorer les attitudes du public envers les personnes aux prises avec la schizophrénie et leur famille 3. Générer des actions pour éliminer la discrimination et les préjugés
Fondements :	Documents de programme (5 volumes) élaborés par le WPA pour que chaque pays s'approprie le programme et l'implante dans son milieu
Activités :	<p>Les messages transmis à travers ces activités ont été adaptés à la population ciblée. Les activités sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trois spots radio de 30 secondes dans 5 stations différentes 2. Conférences de presse et remises de prix incluant les professionnels et les utilisateurs de services de santé mentale 3. Articles de journaux 4. Pièce de théâtre d'anti-stigmatisation avec l'aide de la télévision locale
Évaluation :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Échantillon : 1307 répondants 2. Méthode : entrevues téléphoniques à 1200 personnes dans trois villes albertaines, questionnaire papier-crayon à 40 membres de « Schizophrenia Society of Alberta » et à 67 étudiants en médecine

Évaluation (suite) :	<p>3. Résultats :</p> <p>a. Connaissances : les répondants démontrent de meilleures connaissances de la schizophrénie</p> <p>b. Acceptation : les répondants démontrent une plus grande acceptation des personnes schizophrènes mais cette acceptation est moins grande dans les situations de contacts plus étroits. De plus, la perception de la dangerosité continue d'être associée à la schizophrénie</p> <p>4. Conclusion : les résultats ne supportent pas l'utilité de grandes campagnes d'anti-stigmatisation mais plutôt une approche plus spécifique comme la perception de la dangerosité</p>
----------------------	---

3. PROMOTION DE L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE : UN DÉFI POUR L'UNION EUROPÉENNE – AUTRICHE, FINLANDE, FRANCE ET ROYAUME-UNI

Site Internet :	http://www.mhe-sme.org/fr/projects4.htm
Durée :	2000 – 2001
Trouble visé :	Tous
Population cible :	Politiciens et prestataires de services
Buts :	Sensibiliser à la question de l'exclusion sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale et fournir des lignes directrices aux décideurs politiques et aux prestataires de services
Objectifs :	Préparer des lignes directrices pour les politiciens et les prestataires de services pour offrir des solutions pratiques
Volets :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Logement 2. Emploi, formation et allocations sociales 3. Vie quotidienne 4. Médias
Activités :	<p>3 étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identification d'indicateurs d'exclusion sociale 2. Identification de pratiques qui combattent l'exclusion et visent la promotion de l'intégration sociale 3. Préparation de lignes de conduite et d'un guide pour soutenir l'intégration sociale
Évaluation :	Non

4. UNE COMMUNAUTÉ POUR TOUS – ONTARIO

Site Internet :	http://www.weallbelong.ca
Durée :	2000 – 2005
Trouble visé :	Tous
Population cible :	Décideurs communautaires et population en général
Buts :	Renseigner le public sur la réforme des services de santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario et le rendre plus sensible aux besoins des membres de la communauté aux prises avec des problèmes de santé mentale
Objectifs :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entamer un dialogue avec les décideurs politiques sur la réforme des services de santé mentale et sur l'importance de créer des partenariats avec les communautés 2. Sensibiliser la population à la nécessité de créer des communautés accueillantes pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale
Activités :	Bref exposé aux personnes d'influence de la communauté
Évaluation :	Non

5. PROJET « INTÉGRATION À LA COMMUNAUTÉ » DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ MENTALE – EXEMPLE DU PROJET D'OTTAWA-CARLETON

Site Internet :	http://www.icomm.ca/cmhacan/french/mhm/mhmfre.htm
Durée :	Inconnue
Trouble visé :	Tous
Population cible :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membres du personnel de l'ACSM 2. Utilisateurs de services de santé mentale 3. Personnes ne faisant pas partie du système officiel de santé mentale
Buts :	Changer les préjugés et les attitudes négatives par rapport aux problèmes de santé mentale par un projet biennal dans cinq communautés ontariennes
Objectifs :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concevoir une nouvelle façon d'aborder le système de santé mentale, une façon axée sur l'utilisateur 2. Intégrer les utilisateurs dans leur communauté
Activités :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les utilisateurs ont réalisé de longues entrevues avec d'ex-malades mentaux sur l'expérience vécue par ces derniers durant leur processus de guérison 2. Les utilisateurs ont recruté et formé des bénévoles qui se rendaient dans les hôpitaux et ailleurs afin d'offrir des renseignements sur l'entraide et les autres ressources communautaires auxquelles ils peuvent avoir recours 3. Publication annoncée d'un document intitulé « The Guide to Local Action » afin de partager les acquis pendant la durée du projet
Évaluation :	Non

6. CHANGING MINDS : EVERY FAMILY IN THE LAND – GRANDE-BRETAGNE

Site Internet :	http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/cminds/index.htm
Durée :	1998 – 2003
Trouble visé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété 2. Dépression 3. Schizophrénie 4. Démence 5. Alcool et drogues 6. Troubles de l'alimentation
Population cible :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médecins 2. Jeunes 3. Employeurs 4. Médias 5. Public en général
Buts :	Améliorer les connaissances des professionnels et du public par rapport aux problèmes de santé mentale dans le but de réduire la stigmatisation et la discrimination
Objectifs :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encourager le public à s'arrêter et penser à ses propres attitudes et comportements par rapport aux problèmes de santé mentale 2. Changer les perceptions du public par rapport à : <ol style="list-style-type: none"> a. La dangerosité b. La croyance que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale s'infligent eux-mêmes leurs troubles c. Le regard qu'on porte sur les personnes souffrant de problèmes de santé mentale d. Les problèmes de communication
Activités :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trousse d'information sur les problèmes de santé mentale (brochures) 2. Deux sites Internet 3. Affiches 4. Cd-Rom 5. Livres
Évaluation :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sondage avant (1998) et après la campagne (2003) 2. Les résultats préliminaires démontrent une légère diminution de la stigmatisation et des croyances négatives