

# Connaissance et perception des services psychiatriques au Québec

## Awareness and perception of psychiatric services in Québec

Andrée Melanson-Ouellet

Volume 6, numéro 2, novembre 1981

Où va la psychiatrie ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030105ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030105ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Melanson-Ouellet, A. (1981). Connaissance et perception des services psychiatriques au Québec. *Santé mentale au Québec*, 6(2), 79–88. <https://doi.org/10.7202/030105ar>

Résumé de l'article

Cette étude analyse la connaissance et la perception des services psychiatriques, de la santé mentale et des malades mentaux parmi un échantillon de 990 personnes sélectionnées à travers la province du Québec. Les résultats indiquent que la population est encore mal informée des divers aspects des services de santé mentale, et que cela montre une intolérance considérable envers les anciens patients mentaux, particulièrement dans les situations où il y a un plus grand degré de contact social.

---

# CONNAISSANCE ET PERCEPTION DES SERVICES PSYCHIATRIQUES AU QUÉBEC

*Andrée Melanson-Ouellet\**

---

Depuis le début des années 60, les modes d'organisation et de distribution des soins psychiatriques au Québec ont connu des changements importants. De nouvelles orientations sur le plan de la théorie et de la pratique psychiatrique et l'intervention croissante du gouvernement québécois expliquent en grande partie ces modifications. Ainsi, en 1970, la réforme Castonguay et la Loi sur les services de santé et les services sociaux proposent d'intégrer les institutions et les services psychiatriques au réseau général des soins médicaux. Ces interventions poursuivent un triple but : une plus grande accessibilité des services, la continuité des soins et l'intégration du malade mental à son milieu. Mais, pour assurer l'accessibilité des soins et l'intégration du malade, il ne suffit pas que le gouvernement rende les services disponibles, il faut la collaboration du public. Le degré d'information de la population, ses attitudes et opinions à l'égard des services offerts, de la maladie mentale et des malades mentaux, son accord à propos de certains changements sont des facteurs importants pour la réalisation de ces objectifs.

Les mentalités au Québec ont-elles évolué au même rythme que les structures? La population est-elle au courant des changements survenus et les accepte-t-elle? Cet article se propose de répondre à ces questions en présentant les résultats d'une étude sur la connaissance et la perception des services psychiatriques, de la maladie mentale et des malades mentaux dans la population adulte québécoise (Melanson-Ouellet et Pronovost, 1980).

## LA MÉTHODOLOGIE

### 1. L'échantillonnage

Un échantillon de 1795 personnes fut sélectionné à partir des listes du recensement électoral du Québec en utilisant un modèle d'échantillonnage en grappes à deux degrés. Nous avons obtenu un taux de réponse de 55,2%, c'est-à-dire que 990 entrevues ont été complétées à partir du nombre initial de 1795. Si nous excluons de ce calcul les personnes n'ayant pu être rejointes pour diverses raisons (principalement décès, déménagement ou langue étrangère) le taux réel d'entrevues complétées est de 70,6% (990 sur 1403).

L'Institut Québécois d'Opinion Publique (IQOP) a effectué la cueillette des données entre le 11 septembre et le 6 octobre 1979 au moyen d'entrevues personnelles d'une durée moyenne de 55 minutes.

Les personnes interviewées présentent, à 1 ou 2% près, la même répartition par âge et par sexe que celle de la population adulte du Québec.

### 2. L'instrument

Le questionnaire utilisé pour mesurer la connaissance et la perception des services psychiatriques est un instrument de mesure standardisé et pré-testé. Il comprend, en plus des variables socio-économiques habituellement employées dans ce type d'enquête, deux instruments empruntés à d'autres chercheurs. Les six histoires de cas élaborées par Shirley Star (1952) permettent de vérifier la capacité de la population d'identifier divers comportements caractéristiques de la maladie mentale. L'échelle de distance sociale mise au point par les Cumming (1957) mesure les attitudes de la population à l'égard d'anciens patients psychiatriques. Un certain nombre de questions ou d'énoncés tirés d'études antérieures

---

\* L'auteur est agent de recherche au Service des études épidémiologiques, Direction des politiques de santé du ministère des Affaires sociales du Québec.

(Elinson et Padilla, 1967, Nunnally, 1961, Maclean, 1969) ou élaborés par nous-mêmes complètent le tout.

## LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

L'enquête nous fournit trois types de renseignements :

- Le degré de connaissance et d'utilisation des services de santé mentale ;
- Le degré de connaissance et la perception de la maladie mentale et de son traitement ;
- Les attitudes à l'égard des malades mentaux.

### A. Connaissance et utilisation des services de santé mentale

Cette première partie s'attache d'abord à l'examen du degré de connaissance des services de santé mentale. Suit une analyse de leur utilisation et de la propension des personnes interviewées à y recourir en cas de besoin. Enfin, certaines opinions exprimées par les répondants nous renseignent sur leur perception des hôpitaux psychiatriques et des services communautaires de santé mentale.

#### 1. Connaissance des services

Beaucoup de gens possèdent encore une information insuffisante sur divers aspects des services disponibles. Plusieurs répondants ne connaissent pas d'autres professionnels de la santé mentale que les psychiatres ou ne savent pas les distinguer des psychologues. De plus, l'ignorance à propos des endroits où sont dispensés leurs services ou à propos de leur gratuité est assez répandue. Enfin, les informations sur la cure fermée sont souvent imprécises.

Le tiers (33%) des personnes interviewées ne savent pas qu'on peut recourir à d'autres professionnels que les psychiatres pour traiter un problème d'ordre mental ou émotif.

Plusieurs distinguent assez mal les psychiatres des psychologues. Quatre questions portent sur leurs caractéristiques professionnelles et demandent s'il faut être médecin pour être psychologue ou psychiatre et si l'un ou l'autre peut utiliser des médicaments dans le traitement. Environ 60% des personnes interviewées répondent correcte-

ment à chacune de ces questions. Mais lorsqu'on totalise le nombre de bonnes réponses par personne, le degré de connaissance s'avère un peu moins élevé, 43% savent à la fois qu'un psychiatre doit être médecin et peut prescrire des médicaments et 44,7%, qu'un psychologue n'a pas besoin d'être médecin mais ne peut prescrire de médicaments.

Les services dispensés sont un peu mieux connus. Si seulement 13% ignorent la possibilité de consulter un psychiatre à son bureau privé, 37,9% ne sont pas renseignés sur la disponibilité de ses services à la clinique externe de certains hôpitaux.

Le manque de renseignements sur la gratuité de certains services est encore plus flagrant. Près des deux tiers (63,3%) des répondants ne savent pas que les services du psychiatre à son bureau privé sont gratuits et 39,1% ignorent que la consultation d'un psychologue en service externe d'un hôpital l'est également.

Les services disponibles dans les milieux hospitaliers gagneraient également à être mieux connus. Un quart de la population interrogée ne sait pas qu'une personne souffrant de troubles mentaux peut être hospitalisée dans un hôpital général. Malgré une large diffusion des informations les concernant, les urgences psychiatriques demeurent encore mal connues. En effet, 40% ignorent la possibilité d'amener une personne nécessitant des soins psychiatriques immédiats à l'urgence de n'importe quel hôpital.

Enfin, la cure fermée et les droits des malades mentaux à cet égard sont également mal connus. Si 74,8% savent que le danger présenté par une personne envers elle-même ou envers les autres peut justifier une cure fermée, la moitié des personnes interviewées croient que la signature d'un proche parent est suffisante pour faire interner une personne contre son gré dans un hôpital psychiatrique. D'ailleurs, quelques personnes seulement font l'objet d'une telle mesure à l'heure actuelle, mais cette rareté des cas n'est connue que du tiers des répondants.

#### 2. Utilisation des services et propension à consulter

Presque une personne sur dix (9,4%) affirme avoir déjà consulté un professionnel pour un

problème d'ordre mental ou émotif. Parmi elles, 52,7% ont vu un médecin de famille, 47,3% un psychiatre, 29% un psychologue, 11,8% un travailleur social et 8,6% un autre type de professionnel. Une personne sur trois affirme avoir consulté plus d'un professionnel.

Les femmes consultent beaucoup plus que les hommes (78,5% de femmes et 21,5% d'hommes). La consultation ne varie pas selon la langue d'usage, la scolarité, le revenu ou le statut d'emploi. Les personnes âgées de 25 à 54 ans, et en particulier de 35 à 44 ans, ont recouru aux services professionnels proportionnellement plus que les autres.

Les personnes ayant consulté estiment en majorité (68,8%) avoir été beaucoup aidées par les soins reçus; 20,4% affirment avoir été un peu aidées et seulement 10,8% disent ne pas avoir été aidées.

La majorité (56,4%) des répondants connaissent au moins une personne ayant reçu des services professionnels de santé mentale, c'est-à-dire ayant été hospitalisée ou traitée pour un problème de cet ordre. À peu près la moitié des patients connus par ces personnes font partie de leur famille immédiate ou de leur parenté, le tiers est constitué de simples connaissances et la fraction restante, d'amis.

**TABLEAU I**

*Sources d'aide qu'iraient consulter les personnes interviewées pour des problèmes d'ordre mental (N = 990)*

Médecin de famille	56,1%
Psychiatre	18,2%
Psychologue	10,7%
Travailleur social	1,8%
Prêtre	2,4%
Membre de la famille	3,9%
Ami	3,5%
Autre personne	0,8%
N'irait consulter personne	1,4%
Ne sait pas	0,9%
Ne répond pas	0,2%
Total	100%

Enfin, plusieurs se montreraient assez réticents à consulter un professionnel de la santé mentale pour un problème d'ordre mental. Comme l'indique le tableau 1, plus de la moitié des répondants consulteraient un médecin de famille dans un tel cas, seulement 18% se dirigeraient vers un psychiatre, 10% iraient voir un psychologue et 1,8% un travailleur social.

L'âge et la scolarité influencent nettement le choix exprimé. La préférence pour un médecin de famille augmente avec l'âge et diminue en raison du niveau de scolarité. La relation est inverse pour le psychologue et, dans une moindre mesure, pour le psychiatre.

### 3. *Opinions sur certains aspects du système de soins*

#### a) Perception des hôpitaux psychiatriques

Les fonctions d'hébergement et de contrôle social prennent le pas sur celle de traitement dans l'image traditionnelle de l'hôpital psychiatrique. C'est pourquoi la population québécoise a eu tendance à le percevoir de façon négative, tout en sanctionnant sa fonction de contrôle.

L'examen des réponses aux énoncés du tableau 2 nous confirme cette attitude ambivalente de la part de la population. Les résultats des énoncés 80, 54 et 55 nous indiquent que l'image de l'hôpital psychiatrique en tant que lieu de réclusion persiste dans l'esprit de bien des gens. Plus du tiers des répondants le considèrent en effet comme un lieu à éviter à tout prix, fonctionnant comme une prison et où les gens sont gardés contre leur gré. Par contre, leurs réponses aux énoncés 63, 70, 73 et 95 manifestent leur accord et leur désir de perpétuer cette fonction de protection de l'hôpital psychiatrique. D'ailleurs, la majorité s'opposerait à sa fermeture.

Cette ambivalence face au double rôle de traitement et de contrôle social de l'hôpital psychiatrique se révèle dans d'autres réponses.

Si un membre de leur famille devait être hospitalisé pour recevoir des soins psychiatriques, 46,6% des personnes interviewées préféreraient qu'il le soit dans un hôpital général alors que 28,1% opteraient pour l'hôpital psychiatrique. Une seule raison explique la préférence manifestée pour l'hôpital psychiatrique, les soins plus spé-

TABLEAU 2

*Perception des hôpitaux psychiatriques*


---

	D'ACCORD	SANS OPINION	PAS D'ACCORD
80. La pire chose qui puisse arriver à quelqu'un est de l'envoyer dans un hôpital psychiatrique	38,9%	8,4%	52,7%
54. La plupart du temps les hôpitaux psychiatriques fonctionnent plus comme des prisons que comme des hôpitaux	38,7%	22,8%	38,5%
35. La plupart des personnes qui sont traitées dans les hôpitaux psychiatriques sont là contre leur volonté	34,6%	13,2%	52,1%
63. Les hôpitaux psychiatriques laissent sortir les malades mentaux trop rapidement	54,1%	19,7%	26,2%
70. Aussitôt qu'une personne commence à montrer des signes de trouble mental, elle devrait être hospitalisée pour recevoir des traitements psychiatriques	54,0%	3,6%	42,3%
72. Les hôpitaux psychiatriques sont nécessaires pour protéger la société de certaines personnes dangereuses	86,7%	3,7%	9,5%
95. On devrait fermer tous les hôpitaux psychiatriques et soigner les malades mentaux dans les hôpitaux généraux	12,0%	5,6%	82,4%

---

spécialisés qu'on y offre. Par contre, parmi les raisons évoquées par les personnes qui choisissent l'hôpital général, celle qui apparaît de loin la plus importante est d'éviter à la personne malade la stigmatisation, le traumatisme ou la dévalorisation qu'entraînerait un séjour dans un hôpital psychiatrique.

#### **b) Perception des services communautaires de santé mentale**

Nous avons demandé aux interviewés d'évaluer l'importance à leurs yeux de divers services communautaires qui pourraient être mis à la disposition des personnes ayant un problème psychiatrique. Les services suivants ont été jugés très importants par plus de 60% des personnes : des services de réinsertion sociale pour les personnes qui viennent de quitter l'hôpital psychiatrique (79,3%), un service de renseignement téléphonique disponible jour et nuit (72,3%), des cliniques communautaires de santé mentale ouvertes 24 heures par jour avec services disponibles sans rendez-vous (68%) et des associations d'entraide mutuelle (64,3%). Un deuxième groupe de services jugés un peu moins importants sont les foyers de groupe (49,5%) et les clubs sociaux pour anciens patients psychiatriques (46,6%). Les services jugés les moins importants sont les hôpitaux de jour (38,4%), les soins psychiatriques à domicile (36,7%) et les hôpitaux de nuit (34,4%). Ainsi, les services qui pourraient rapprocher de la communauté les personnes ayant des problèmes psychiatriques sont les moins favorisés. Par exemple, les soins à domicile et les hôpitaux de jour permettent au patient de demeurer dans sa famille, les hôpitaux de nuit lui donnent la liberté d'aller vivre ou travailler à l'extérieur. Or, ces solutions sont considérées comme les moins importantes de toutes par les personnes interviewées.

#### **B. Connaissance et perception de la maladie mentale**

Cette seconde partie analyse le degré d'information des personnes interrogées sur la maladie mentale, sur la capacité de reconnaître divers comportements qui en sont le symptôme et sur les opinions à propos de son traitement.

##### **1. Connaissance de la maladie**

Peu de gens se croient bien renseignés au sujet de la maladie mentale puisque seulement 2,9% se disent bien renseignés, 27,3% assez bien renseignés et 69,7% peu renseignés.

Les personnes interviewées perçoivent une augmentation des problèmes de santé mentale, 74% se disant d'accord avec l'énoncé : "Il y a plus de gens qui souffrent de troubles mentaux aujourd'hui qu'il y a vingt ans". L'accord majoritaire (53,7%) à propos de l'énoncé "S'il y avait assez de psychiatres, ça ferait du bien à tout le monde d'aller en voir un de temps en temps" traduit la conviction qu'un peu tout le monde souffre d'un problème quelconque de santé mentale.

##### **2. Identification de la maladie mentale**

Depuis 1950, diverses études ont été menées avec l'instrument élaboré par Shirley Star dans le but d'évaluer la capacité de reconnaître divers comportements symptomatiques de la maladie mentale. À l'exception de celle réalisée par d'Arcy et Brockman à Blackfoot (Saskatchewan) en 1974, les résultats de ces études indiquent une capacité croissante parmi la population de reconnaître ces symptômes ou de leur attribuer un caractère pathologique. (Consulter le rapport original page 99 pour un tableau comparatif des résultats). Nous avons donc repris cet instrument composé de six vignettes correspondant aux syndromes psychiatriques suivants : la paranoïa schizophrénique, la schizophrénie simple, l'alcoolisme, la névrose d'angoisse, un trouble caractériel juvénile et la phobie compulsive. Nous avons ajouté une septième vignette décrivant un cas de déficience mentale.

Après la lecture de chaque cas, les questions suivantes étaient posées aux personnes interviewées :

- 1) Diriez-vous que tout va bien ou qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez la personne que je viens de vous décrire ?
- 2) (Si quelque chose ne va pas), diriez-vous que c'est sérieux, plus ou moins sérieux ou que ce n'est pas sérieux ?
- 3) Diriez-vous que cette personne a une sorte de maladie mentale ou non ?

4) Quelle personne parmi les suivantes pourrait le mieux aider dans la situation que je viens de décrire?

Trois de ces questions font partie de l'instrument original, la quatrième a été ajoutée pour les fins de notre étude.

**TABLEAU 3**

*Pourcentage des répondants identifiant les cas présentés comme de la maladie mentale*

Paranoïaque schizophrène	77,5%
Schizophrène simple	44,2%
Alcoolique	33,9%
Trouble caractériel juvénile	25,4%
Névrose d'angoisse	22,0%
Compulsif phobique	17,4%
Déficient mental	62,3%

La lecture du tableau 3 nous apprend que la paranoïa schizophrénique et la déficience mentale sont les seuls cas identifiés par plus de 50% des répondants comme décrivant une maladie mentale. Ces données vont à l'encontre des résultats obtenus dans la majorité des études réalisées depuis 1950. Notre enquête montre que les Québécois sont moins prêts à accoler une étiquette de maladie mentale sur divers comportements identifiés comme pathologiques par le modèle médico-psychiatrique de la maladie mentale. Nos résultats se rapprochent par ailleurs de ceux obtenus dans les Cantons de l'Est par Tousignant et Denis, avec une version un peu modifiée du même instrument.

Par contre, comme le soulignent ces derniers (Tousignant et Denis, 1977), ne pas accoler une étiquette de maladie mentale sur un cas ne signifie pas refus d'y voir une maladie ou un problème. Au contraire, la grande majorité des personnes interrogées percevaient l'existence d'un problème dans chacun des cas présentés. Il semblerait donc que pour elles, il existe un continuum, une série d'états intermédiaires entre le normal et le pathologique.

Ainsi, les répondants jugent les comportements qui transgressent les normes sociales à partir de

schèmes de référence différents du modèle médical. Par exemple, leur évaluation de la gravité des comportements décrits ne correspond pas nécessairement à leur caractère pathologique. Leur choix des sources d'aide appropriées à chacun des cas manifeste aussi cette divergence d'avec le modèle médical. Le tableau 4 montre l'association du choix du psychiatre aux comportements jugés les plus pathologiques, le recours à d'autres sources d'aide étant privilégié pour les autres problèmes.

### *3. Perception de la possibilité et de l'efficacité d'un traitement de la maladie mentale*

Près des deux tiers des personnes interrogées perçoivent avec crainte la perspective d'avoir une maladie mentale. Cependant, l'optimisme règne quant à ses possibilités de traitement. À peu près les trois quarts sont d'avis qu'on peut traiter un trouble mental et que beaucoup de progrès sont survenus dans ce domaine depuis quelques années.

Une hospitalisation psychiatrique n'est plus synonyme d'une réclusion à vie pour 70,6% des répondants. Par contre, beaucoup semblent incertains de l'efficacité réelle des traitements et de la possibilité de guérir définitivement une maladie mentale, comme le démontrent les résultats suivants.

Plus de la moitié (54,8%) des personnes interviewées croient que la plupart des malades mentaux qui quittent l'hôpital vont probablement avoir à y revenir à un moment donné. Et, comme l'indique le tableau 5, une partie importante des répondants se montre assez peu optimiste à propos du nombre de personnes que peuvent guérir les psychiatres ou les psychologues. Près de deux sur cinq (39,4%) croient que les psychiatres ne guérissent que quelques personnes et 6,2% pensent même que presque aucune n'est guérie. Pour les psychologues, les pourcentages correspondants sont de 28,8% et 5,1%.

Les principales raisons évoquées pour justifier ce pessimisme avaient trait aux facteurs suivants : le caractère incurable ou difficilement curable de la maladie mentale, l'insuffisance des connaissances sur son étiologie et son traitement, des lacunes dans son traitement, l'insuffisance des ressources et certaines attitudes inappropriées

TABLEAU 4

*Sources d'aide jugées les meilleures pour chaque cas présenté*

	Paranoïaque	Schizophrène	Alcoolique	Névrosé	Caractériel	Compulsif phobique	Déficient mental
	%	%	%	%	%	%	%
Aucune aide nécessaire	0,1	0,5	0,2	0,9	0,3	1,3	0,2
La personne devrait s'aider elle-même	2,9	5,4	7,8	9,0	1,0	15,9	0,3
Médecin de famille	19,9	14,6	18,1	25,6	6,6	11,9	15,8
Infirmière visiteuse	0,7	1,4	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
Psychiatre	40,7	16,1	9,2	9,9	9,8	9,9	31,5
Psychologue	17,7	25,1	11,6	17,8	19,7	18,0	20,1
Travailleur social	4,4	11,2	11,3	4,7	24,8	2,9	7,5
Prêtre	2,0	2,1	2,8	2,3	3,2	0,6	0,7
Policier	1,6	—	0,4	0,1	3,1	0,1	0,1
Ami ou parent	7,3	15,6	9,7	16,4	22,8	10,1	10,7
Autre source	0,8	1,0	26,0	1,3	3,2	0,4	6,0
Ne sait pas	0,6	0,3	0,7	0,5	0,8	0,8	2,3
Ne répond pas	1,2	6,8	2,1	11,3	4,3	27,9	3,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

de la part des malades (manque de volonté, de coopération, etc.).

Par contre, une constatation intéressante se dégage de l'analyse : les personnes qui ont déjà consulté, celles qui connaissent des personnes traitées et celles qui se considèrent comme très bien ou assez bien renseignées sur le sujet de la maladie mentale se montrent un peu plus optimistes que les autres.

Le retour à la vie normale des personnes qui quittent un hôpital psychiatrique apparaît assez problématique aux yeux des répondants. La majorité (51,2%) estiment faibles leurs chances de se trouver un emploi, 29,2% les trouvent passables et seulement 14,2% les jugent bonnes. Cette opinion ne varie pas selon les différents groupes de personnes interrogées.



### C. Attitudes à l'égard des malades mentaux

Les attitudes à l'égard des malades mentaux sont décrites à travers la perception qu'en ont les répondants et les réactions anticipées de ces derniers à diverses situations d'interaction avec des malades mentaux.

#### 1. Perception des malades mentaux

Aux yeux de la majorité des personnes interrogées, le malade mental apparaît comme un être imprévisible (81,1%) et émotif (82,7%). Un assez fort pourcentage (40,4%) lui confère une apparence physique particulière. Même si 72,3% croient que la plupart des malades mentaux ne sont pas dangereux, nous ne pouvons en conclure à la disparition de l'association entre maladie mentale et danger dans l'esprit de la population. Au contraire, un certain nombre d'indices nous permettent d'affirmer que le lien entre violence et maladie mentale est partie intégrante du schème de référence des gens.

En premier lieu, 21,7% étaient en désaccord avec l'énoncé selon lequel la plupart des malades mentaux ne sont pas des personnes dangereuses, soit une personne sur cinq. Ensuite, mise à part la déficience mentale qui est un phénomène organique, le seul cas identifié comme une maladie mentale par la majorité des répondants est la paranoïa schizophrénique, syndrome psychiatrique dont un des traits dominants est la violence. Le désir de voir se perpétuer le rôle de l'hôpital psychiatrique en tant que lieu de réclusion et l'opposition à sa fermeture sont autant d'indices supplémentaires de cette association.

#### 2. Réactions à l'échelle de distance sociale

L'échelle de distance sociale mesure le degré de tolérance à l'égard d'anciens malades mentaux en évoquant diverses situations d'interaction avec eux. Les personnes interrogées doivent indiquer leur réaction probable dans chacune de ces situations. L'analyse de ces réactions consignées au tableau 6 nous indique que la tolérance est assez grande dans des situations ayant une connotation plutôt impersonnelle mais des réticences se manifestent dans des situations exigeant une plus grande intimité.

TABLEAU 5

*Estimation du nombre de personnes guéries par les psychiatres et par les psychologues*

	PSYCHIATRES	PSYCHOLOGUES
La plupart	10,5%	13,0%
Beaucoup	32,7%	32,3%
Quelques-uns	39,4%	28,8%
Presqu'aucun	6,2%	5,1%
Ne sait pas	10,3%	20,3%
Ne répond pas	0,3%	0,5%
Total	100,0%	100,0%

TABLEAU 6

*Pourcentage des personnes interviewées réagissant de façon positive\* aux items de distance sociale concernant d'anciens malades mentaux*

Partager un bureau avec lui	76,5%
Lui vendre le terrain voisin de la maison	74,6%
L'avoir comme patron	74,4%
Lui prêter de l'argent	72,7%
En devenir amoureux	65,5%
Lui louer un logement	60,9%
Épouser le membre d'une famille où il y a de la maladie mentale	60,2%
Ne pas décourager nos enfants d'épouser une telle personne	57,7%
Partager un logement avec lui	57,5%
Lui faire garder les enfants	54,4%
Lui confier des affaires financières	46,4%

\* Pourcentage des personnes se disant tout à fait d'accord ou plutôt d'accord avec les divers items.

### CONCLUSION

Un débat théorique animé s'est déroulé pendant longtemps entre partisans d'une approche médico-psychiatrique de la maladie mentale et partisans d'une approche psychosociale, chaque partie prétendant récolter une adhésion populaire croissante. L'analyse de nos données révèle plutôt que

la population québécoise ne considère pas les problèmes dits psychiatriques à partir d'un seul schème de référence, elle leur en applique plusieurs : à cette diversité des schèmes moral, médico-psychiatrique, psychosocial devrait correspondre une diversité dans les modes d'intervention.

Une première constatation s'impose : il n'y a pas de correspondance exacte entre la conception psychiatrique du champ de la maladie mentale et la conception populaire de ce même champ. La conception psychiatrique a donné une extension relativement vaste à la notion de maladie mentale en y englobant tout un ensemble de comportements jugés déviants. La population quant à elle, semble conserver une définition très restrictive de la maladie mentale, elle préfère appliquer ce terme à des phénomènes très pathologiques, en particulier à la paranoïa et à la déficience mentale. Et, contrairement à l'attente des psychiatres qui se sont vus comme les intervenants privilégiés dans le domaine de la santé mentale, les personnes interrogées ont tendance à vouloir limiter leurs interventions aux comportements qu'elles-mêmes jugent très pathologiques. D'ailleurs, le psychiatre ne représente pas le professionnel qu'on irait consulter de préférence pour un problème d'ordre mental. Cette attitude ne correspond pas toutefois au comportement réel des gens, puisque 47,3% des personnes qui ont consulté pour un problème d'ordre mental ou émotif affirment avoir vu un psychiatre alors que seulement 18% des répondants le consulteraient de préférence à tout autre type de professionnel.

Par contre, un rôle considérable est attribué au médecin de famille dans le domaine de la santé mentale. Il est à la fois le professionnel le plus consulté et celui auquel le plus de gens voudraient avoir recours pour un problème de cet ordre. Cette constatation soulève certaines interrogations.

D'abord, dans quelle mesure l'augmentation considérable de la consommation de médicaments du système nerveux central ne coïncide-t-elle pas avec cette tendance croissante à consulter l'omnipraticien pour des malaises psychologiques ou psychosomatiques? Ce dernier, compte tenu de son orientation thérapeutique et de son manque de formation pour le traitement de problèmes psychiques, a tendance à privilégier une forme

d'intervention qui se traduit habituellement par une prescription de médicaments. Cette thérapeutique est-elle vraiment la plus appropriée à un type de problèmes ne relevant pas nécessairement du domaine médical?

Nous pouvons nous inquiéter de cette situation étant donné que les tranquillisants mineurs sont les médicaments les plus consommés au Canada et que ce sont surtout des femmes qui en consomment. Ce dernier fait ne devrait pas nous surprendre puisque les femmes consomment davantage de services médicaux que les hommes (dans notre étude 78,5% des personnes qui ont consulté sont des femmes). La tendance des omnipraticiens à prescrire davantage de médicaments aux femmes qu'aux hommes (Renaud, 1978) paraît encore plus troublante; le recours à l'omnipraticien ne s'explique-t-il pas en partie par le fait que ce dernier est la ressource professionnelle la plus facilement accessible, étant donnée la rapidité d'obtention d'un rendez-vous avec lui et la gratuité de ses services?

La population semble favoriser de plus en plus la multidisciplinarité dans le domaine de la santé mentale. À date, le gouvernement a surtout tenté de réaliser son objectif d'accessibilité des soins dans un cadre strictement médical. Il faudrait peut-être dépasser ce cadre en rendant les ressources alternatives plus accessibles sur le plan financier. Ainsi, les besoins de la population dans ce domaine seraient mieux remplis et la vision professionnelle du champ de la santé mentale pourrait se rapprocher de la vision populaire révélée par les résultats de notre enquête.

#### RÉFÉRENCES

- CUMMING, Elaine et J. CUMMING, 1957, *Closed Ranks*, Cambridge, Harvard University Press.
- D'ARCY, Carl et J. BROCKMAN, 1976, Changing Public Recognition of Psychiatric Symptoms? Blackfoot Revisited, *Journal of Health and Social Behavior*, 17 (3), 302-310.
- D'ARCY, Carl, 1977, Public Rejection of the Ex-Mental Patient : Are Attitudes Changing? *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, 14 (1), 68-80.
- ELINSON, Jack et al., 1967, *Public Image of Mental Health Services*, New York, Mental Health Materials Center Inc.
- NUNNALLY, J.C., 1961, *Popular Conception of Mental Health : Their Development and Change*, New York, Holt, Rinehart and Winston.

- MACLEAN, Una, 1969, Community Attitudes to Mental Illness, *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 23 (1), 45-52.
- MELANSON-OUELLET, Andrée et L. PRONOVOST, 1980, *Étude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec*, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Service des Études sociales, mai, 173 p.
- RENAUD, Marc *et al.*, 1981, Milieu de travail et activité de prescription, Communication à l'Association de santé publique, 1978, cité dans *Essai sur la santé des femmes*, Conseil du Statut de la femme, juin, p. 120.
- STAR, Shirley, 1952, *What the Public Thinks about Mental Health and Mental Illness*, Paper presented at the annual meeting of the National Association for Mental Health, novembre.

TOUSIGNANT, Michel et C.DENIS, 1977, Folie, maladie mentale et dépression nerveuse : Analyse de la représentation sociale du normal et du pathologique, *Revue canadienne des sciences du comportement*, 9 (4), 347-360.

#### SUMMARY

This study analyses the knowledge and perception of psychiatric services, mental health and the mentally ill among a sampling of 990 people selected throughout the province of Quebec. The results indicate that the population is still badly informed on several aspects of mental health services, and that it still shows considerable intolerance towards former mental patients, particularly in situations where there is greater degree of social contact.