

**CHANGER  
LES MENTALITÉS**



Changer notre perception  
de la maladie mentale

# **Changer les mentalités à l'université :**

**Résultats d'une intervention de lutte contre la stigmatisation fondée sur  
le contact**

## Remerciements

La présente étude a été financée par le programme *Changer les mentalités* de la Commission de la santé mentale du Canada. Nous aimerions spécialement remercier les personnes suivantes : Mike Pietrus, Romie Christie et Aliya Kassam de la Commission de la santé mentale du Canada; Elaine Danelesko, Marc Chikinda, Terry Field et Deborah Smillie de l'Université Mount Royal de Calgary, en Alberta. Merci aux conférenciers qui ont participé : Andre Picard, Patrick Baillie, Otto Wahl, Dora Herceg, Dan Leadley et Amanda Tetrault.

## Auteurs

Erin Lillie, étudiante à la maîtrise, Michelle Koller, étudiante au doctorat, Heather Stuart, titulaire d'un doctorat  
Université Queen's, Département de santé communautaire et d'épidémiologie

Auteur correspondant : [heather.stuart@queensu.ca](mailto:heather.stuart@queensu.ca)

## Aide financière

## Résumé

**Objectif :** Évaluer les répercussions d'une intervention de lutte contre la stigmatisation sur des étudiants de 1<sup>er</sup> cycle universitaire en journalisme et en sciences de la santé. Le symposium a été parrainé par le programme *Changer les mentalités* de la Commission de la santé mentale du Canada.

**Méthode :** Les données de référence ont été recueillies de un à trois jours avant le séminaire, puis encore une fois à la fin de la séance, en utilisant une grille de cotation en 20 points pour mesurer les attitudes, les expressions de distance sociale et les sentiments de responsabilité sociale.

**Résultats :** Dans l'ensemble, des améliorations importantes ont été notées dans les données recueillies après le test. Les changements ont été notés surtout chez les plus jeunes (les étudiants de moins de 25 ans), toutefois, les étudiants plus vieux (plus de 25 ans) étaient moins portés à stigmatiser les personnes atteintes de maladie mentale, ce qui indique la possibilité d'un « effet de plancher ».

**Conclusion :** Nous avons démontré que des interventions brèves axées sur le contact peuvent favoriser et renforcer des attitudes positives, réduire la distance sociale et promouvoir la responsabilité sociale parmi les étudiants de l'université.

**Répercussions :**

- Il est possible de mettre en place des interventions fondées sur les contacts dans les universités.
- Des interventions brèves axées sur le contact peuvent favoriser et renforcer des attitudes positives, réduire la distance sociale et promouvoir la responsabilité sociale parmi les étudiants qui ont un point de vue neutre ou incertain.

**Limites :**

- Il a été impossible de relier les données à l'échelle des étudiants, nous n'avons donc pas pu évaluer le changement individuel.
- Le taux de non-réponse parmi les étudiants en journalisme était élevé, mais des analyses supplémentaires ont démontré qu'il n'y avait aucune différence dans le groupe d'étudiants avant et après le test, ce qui indique qu'il n'existe presque pas de distorsion découlant de la non-réponse.

**Mots clés :** stigmatisation, lutte contre la stigmatisation, intervention fondée sur le contact, évaluation

**Introduction et objectif**

La question de la stigmatisation et de la discrimination a attiré l'attention du milieu de la santé publique et des responsables des politiques en tant que fléau caché et coûteux causé par la réaction négative de la société aux personnes atteintes de maladie mentale<sup>1</sup>. La stigmatisation et la discrimination constituent des obstacles de taille dans pratiquement tous les domaines de la vie, tout en ayant des répercussions sociales et psychologiques négatives importantes. La réduction de la stigmatisation et de la discrimination est devenue un objectif stratégique important, autant à l'échelle internationale que nationale<sup>2</sup>. La Commission de la santé mentale du Canada a fait de la réduction de la stigmatisation l'un de ses principaux objectifs<sup>3</sup>. L'initiative récente *Changer les mentalités*, qui a été lancée par la Commission pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination, a marqué le plus grand effort concerté de lutte contre la stigmatisation liée aux maladies mentales de l'histoire du Canada.

Le présent document décrit les résultats d'un symposium d'une demi-journée sur la lutte contre la stigmatisation qui visait les étudiants en journalisme à l'université ainsi que des étudiants en sciences de la santé. Le symposium, parrainé par la Commission de la santé mentale du Canada, comprenait cinq présentateurs, dont trois ont fait part de leur expérience personnelle de la maladie mentale et des répercussions de la stigmatisation dans leur vie quotidienne. De plus, deux experts—un expert des médias de masse et un journaliste—ont parlé de l'incidence directe qu'ont les médias dans la création et le maintien de la stigmatisation. Tout le symposium se trouve en ligne, sur le site Web de la Commission de la santé mentale du Canada<sup>4</sup>.

## Contexte

Les approches éducatives fondées sur le contact privilégient les rencontres avec des personnes qui ont une expérience vécue de la maladie mentale et qui racontent leur histoire personnelle à des étudiants, qui ont ensuite la possibilité de poser des questions et de participer à une discussion active. Il s'agit d'une démarche prometteuse visant à réduire la stigmatisation<sup>5</sup> et qui a eu du succès auprès des étudiants du secondaire<sup>6, 7</sup>. Un examen exhaustif des documents publiés de 1990 à 2009 a permis de tirer neuf études qui préconisaient une approche fondée sur le contact pour réduire la stigmatisation chez des étudiants de niveau collégial ou universitaire. Un modèle expérimental a été utilisé dans trois études (dont les résultats étaient tous positifs) et dans les autres, c'est un modèle quasi expérimental avant et après des tests qui a été utilisé (avec des résultats plus variables). La durée des interventions variait : il pouvait s'agir de brefs séminaires ou de cours qui s'étendaient sur une session complète (16 semaines). Le contact personnel direct, le contact indirect par présentation vidéo et les approches éducatives traditionnelles ont été évalués. Cinq études visaient les étudiants en sciences de la santé (psychologie, travail social et médecine) et les autres ont utilisé des échantillons de commodité formés d'étudiants de 1<sup>er</sup> cycle. L'une des études comportait un suivi d'une durée d'un mois.

Trois des études effectuées auprès d'étudiants de 1<sup>er</sup> cycle ont été menées aux États--Unis par le même groupe de recherche de Chicago et étaient des variations sur un thème<sup>8, 9, 10</sup>. Toutes les études ont utilisé le même modèle expérimental pour affecter de façon

aléatoire des étudiants de collèges communautaires à diverses conditions expérimentales et contrôlées. Les résultats de cette série d'études appuient l'hypothèse selon laquelle les approches éducatives fondées sur le contact sont efficaces pour améliorer les connaissances, l'attitude et la tolérance sociale des étudiants. Une étude<sup>10</sup> a également démontré que le contact indirect par des séances de présentation vidéo était aussi efficace que le contact personnel direct. La quatrième étude, effectuée auprès d'étudiants de 1<sup>er</sup> cycle<sup>11</sup>, combinait le contact indirect par vidéo avec le contact interpersonnel direct, suivi d'une discussion active. En utilisant un modèle quasi expérimental, l'équipe de recherche a noté des améliorations statistiquement significatives dans les connaissances, l'attitude et la tolérance sociale des participants à l'intervention fondée sur le contact, et n'a remarqué aucune amélioration dans le groupe de comparaison. Bien que les membres de l'équipe n'aient pas été en mesure de faire une distinction entre les différents mécanismes, ils ont constaté que les effets combinés du contact (direct et indirect) et de la discussion avaient changé les perceptions des membres de l'auditoire, ce qui laisse à penser que les efforts de lutte contre la stigmatisation peuvent prendre diverses formes.

Deux études ont visé les étudiants en psychologie. Wallach<sup>12</sup> a étudié les changements d'attitude d'étudiants israéliens en psychologie qui, dans le cadre d'un cours, ont visité un hôpital psychiatrique local. Un sous-groupe de ces étudiants a accepté l'invitation de faire du travail bénévole à l'hôpital. Un troisième groupe a reçu un enseignement traditionnel en classe, sans contact. Comme prévu, les étudiants qui se sont portés bénévoles sont ceux dont l'attitude s'est le plus améliorée. Cependant, ce qui est le plus intéressant, c'est que des changements négatifs ont été notés dans l'attitude de ceux qui ont visité l'hôpital et de ceux qui ont suivi des

cours en classe, ce qui indique que les efforts de lutte contre la stigmatisation peuvent aussi être nuisibles et renforcer des points de vue négatifs. Corrigan et ses collaborateurs<sup>13</sup> ont examiné les effets d'un cours d'une session sur des étudiants en psychologie des États-Unis. Le cours comprenait 16 semaines d'enseignement (la plus longue intervention à avoir fait l'objet d'une évaluation) combinant un enseignement traditionnel en classe et des méthodes axées sur le contact. Pendant la session, les étudiants ont eu la possibilité de rencontrer des personnes atteintes d'une grave maladie mentale et des membres de leur famille et de discuter avec eux. Un groupe de comparaison était composé d'étudiants en psychologie qui n'étaient pas inscrits au cours. Les résultats étaient variés. Une attitude s'est améliorée dans les deux groupes, une autre s'est améliorée dans le groupe de traitement, et une troisième ne s'est pas améliorée du tout. Dans certains cas, l'ampleur du changement était plus grande chez les étudiants ayant eu un contact avec des personnes atteintes de maladie mentale, mais dans d'autres cas, le contact n'a eu aucun effet.

Deux études ont visé les étudiants en travail social. Dans une étude canadienne<sup>14</sup>, des étudiants en deuxième année de maîtrise en travail social inscrits dans une concentration en santé mentale ont reçu un cours magistral traditionnel comprenant des lectures et des discussions axées sur l'expérience subjective de la maladie mentale, un documentaire vidéo de 30 minutes sur les progrès de personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui ont participé à un programme de soutien et une entrevue structurée avec une personne atteinte de maladie mentale. Les étudiants étaient jumelés avec des clients de programmes de santé mentale locaux. Un horaire d'entrevues à questions ouvertes a aidé les étudiants à structurer une conversation axée sur la gestion de la maladie et la guérison. Le groupe de comparaison



était formé d'étudiants à la maîtrise en travail social inscrits dans une concentration en santé. L'attitude des étudiants des groupes d'intervention s'est grandement modifiée. Par contre, aucun changement n'a été relevé chez les sujets du groupe de comparaison. En Israël, des dialogues structurés avec des étudiants au baccalauréat en travail social<sup>15</sup> ont aussi été utilisés, mais aucune différence statistiquement significative n'a été notée dans les attitudes mesurées. Les échantillons de cette étude étaient petits (65 participants au total) et les étudiants des groupes de traitement et de comparaison ont manifesté de la tolérance dès le début, ce qui a peut-être entraîné un effet de plafonnement. Les réponses qualitatives laissent à penser que certaines différences importantes dans la perception des étudiants peuvent s'être produites.

Une étude portait sur les effets d'une intervention de lutte contre la stigmatisation sur des étudiants de première année en médecine. Les étudiants fréquentant une école de médecine de Turquie ont participé à un programme de lutte contre la stigmatisation d'une durée d'une journée dans le cadre du programme mondial de lutte contre la stigmatisation de la World Psychiatric Association. L'intervention comprenait un discours de deux heures sur les causes de la schizophrénie, le visionnement du film *A Beautiful Mind* et un contact personnel direct suivi d'une discussion avec une personne atteinte de schizophrénie. Les sujets de comparaison (fréquentant une autre école de médecine) ont entendu un discours différent. Des améliorations dans la connaissance, l'attitude et la tolérance sociale des participants du groupe de traitement ont été notées, mais aucune n'était statistiquement significative. Les échantillons étaient peut-être trop petits (60 participants au total) pour permettre de détecter des effets statistiques. Un suivi d'une durée d'un mois a démontré que ces effets s'étaient quelque peu estompés, particulièrement en ce qui a trait à la distance sociale.

## Méthodes

Nous avons utilisé un modèle prétest/post-test pour évaluer les changements des étudiants en ce qui concerne (a) les attitudes de stigmatisation, (b) l'acceptation sociale et (c) le sens de la responsabilité sociale à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale. Les étudiants ont rempli le sondage du prétest de un à trois jours avant le symposium. Les données du post-test ont été recueillies immédiatement après la présentation et les données de suivi après six mois<sup>1</sup>. Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Mount Royal a approuvé le plan de collecte de données. Les sondages ont été remplis de façon anonyme et aucune information permettant d'identifier un étudiant ou un petit groupe d'étudiants (comme le code postal) n'a été recueillie.

---

<sup>1</sup> Les données de suivi n'ayant pas encore été recueillies, elles ne sont pas dans le présent document.

## Mesures

Nous avons adapté des éléments du questionnaire utilisé par plusieurs sites du programme mondial de lutte contre la stigmatisation de la World Psychiatric Association afin d'évaluer les programmes des écoles secondaires fondés sur le contact<sup>6,7</sup>. Notre sondage d'évaluation de la stigmatisation comprenait 20 éléments d'auto-évaluation (énumérés aux tableaux 2 à 4). Six éléments mesuraient les attitudes stéréotypées et 8 éléments mesuraient la distance sociale à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale. Nous avons aussi élaboré 6 nouveaux éléments afin de mesurer le sentiment de responsabilité sociale envers les personnes atteintes de maladie mentale et leurs besoins en matière de services. Tous les éléments du questionnaire ont été cotés sur une échelle de 5 points : tout à fait d'accord; d'accord; neutre ou indécis; en désaccord; ou tout à fait en désaccord, en utilisant une cotation inversée, de sorte qu'un pointage élevé représenterait un niveau élevé de stigmatisation. Le coefficient Alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle était de 0,83. Nous avons aussi mesuré le sexe des participants, leur âge (année de naissance), leur principal domaine d'études et s'ils avaient ou non un ami proche ou un membre de la famille atteint d'une maladie mentale. Les étudiants ont indiqué que leur domaine principal d'études était le journalisme (75 % des 122 répondants), les soins infirmiers (11 %), les études juridiques (10 %) et la thérapie du sport (4 %). Pour les besoins de l'analyse, nous avons réorganisé ces données pour représenter les étudiants en journalisme et les autres étudiants en sciences de la santé. Le sondage effectué après le test comprenait aussi 3 questions ouvertes dans lesquelles on demandait aux participants ce qu'ils avaient le plus aimé, ce qu'ils avaient le moins aimé et ce qu'ils pensaient peut-être faire différemment après avoir assisté à la présentation. Les termes

« maladie mentale » et « personnes malades mentalement » ont été utilisés tout au long du sondage pour provoquer des réponses stéréotypées. Les auteurs peuvent fournir le sondage d'évaluation de la stigmatisation sur demande.

### *Échantillon*

Même si le symposium ciblait initialement des étudiants en journalisme, des membres du corps professoral d'autres cours liés aux services sociaux et aux services de santé ont demandé que leurs étudiants puissent aussi y assister, et on leur a accordé du temps de classe pour ce faire. Des professeurs et des membres du grand public intéressés y ont aussi assisté. Le taux de réponse au prétest était de 87 % (122 des 141 sondages ont été retournés). Le taux de réponse au post-test était de 92 % (254 des 276 sondages ont été retournés). Seuls les sondages remplis par des étudiants ont été analysés (122 sondages avant la présentation et 93 sondages après celle-ci).

### *Analyse des données*

Pour faciliter la présentation, les éléments de réponse ont été répartis en trois groupes : ceux qui étaient d'accord (tout à fait d'accord ou d'accord), ceux qui étaient neutres (neutres ou indécis) ou ceux qui étaient en désaccord (tout à fait en désaccord ou en désaccord). Les dénominateurs des calculs sont fondés sur des données utilisables, donc aucune mesure ni aucune donnée manquante (lorsqu'approprié) n'apparaissent dans les tableaux. Le test exact

de Fisher a été utilisé pour calculer les probabilités. Le barème a été établi en faisant la somme des éléments de tous les sondages dont les données étaient complètes. Le coefficient Alpha de Cronbach était trop faible pour que les éléments portant sur l'attitude soient considérés comme une sous-échelle distincte (alpha du prétest = 0,47; alpha du post-test = 0,53); nous ne donnons donc que les proportions de ces éléments. Les coefficients Alpha prétest et post-test pour la sous-échelle de la distance sociale étaient bons (0,79 et 0,73 respectivement) et ceux des éléments formant la sous-échelle de la responsabilité sociale l'étaient aussi (0,83 et 0,81 respectivement). Les coefficients Alpha pour l'ensemble de l'échelle (les 20 éléments) étaient aussi bons (.83 pour le prétest et le post-test). Puisque nous n'avions pas l'autorisation d'inclure les données permettant d'identifier les participants, nous n'avons pas pu suivre l'évolution des étudiants avec le temps. Par conséquent, nous n'avons pas pu relier les résultats du prétest et du post-test, ni effectuer des analyses par paires. Nous avons plutôt utilisé le Test de Wilcoxon pour traiter les échantillons en corrélation.

## Résultats

Le **tableau 1** décrit les caractéristiques des échantillons de base et de prétest. Nous avons reçu au total 122 sondages prétest. De ces répondants, 92 ont dit être étudiants en journalisme. Nous avons reçu 93 sondages post-test, dont 53 venant d'étudiants en journalisme. Donc, le taux de non-réponse était de 42 % parmi les étudiants en journalisme. Pour évaluer une éventuelle distorsion dans les réponses, nous avons comparé les

caractéristiques démographiques des étudiants en journalisme entre les échantillons de sondages prétest et post-test. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans le sexe, le groupe d'âge ou les contacts avec des personnes atteintes de maladie mentale avant l'étude (analyse non présentée), ce qui indique que la distorsion de non-réponse pourrait être minimale. Le tableau 1 montre aussi qu'il n'y avait pas de différence importante en ce qui concerne le sexe ou le degré des contacts antérieurs des participants avec un ami proche ou un membre de la famille atteint de maladie mentale. Toutefois, une proportion nettement plus grande de l'échantillon post-test est âgée de 25 ans et plus.

### *Attitudes*

Le **tableau 2** montre les proportions pour les six éléments concernant l'attitude. Trois éléments reflétaient de grandes différences statistiquement significatives. La proportion d'étudiants qui n'était pas d'accord avec l'affirmation « les personnes atteintes de maladie mentale sont souvent dangereuses et imprévisibles » était presque 30 % plus élevée au post-test qu'au prétest. De la même façon, la proportion d'étudiants qui n'étaient pas d'accord avec l'affirmation « les personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas aptes à travailler » était de 11 % plus élevée et la proportion de ceux qui ne sont pas d'accord avec l'affirmation « les personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas dignes de confiance » était de 12 % plus élevée. Dans une proportion de 90 %, les personnes qui faisaient partie des échantillons de base et de post-test n'étaient pas d'accord avec le fait que les personnes atteintes de maladie mentale pouvaient s'en sortir si elles le voulaient, ce qui indique un effet de plafonnement pour cet élément. Un peu plus de la moitié des personnes de l'échantillon de base considéraient qu'il

existait des traitements efficaces pour les maladies mentales, et cette proportion n'a augmenté que de 3 %. Finalement, la majorité de personnes faisant partie des échantillons de base et de post-test (86 % et 87 % respectivement) croit que les personnes atteintes de maladie mentale sont souvent traitées injustement, et aucun changement n'a été noté pour cet élément.

### *Acceptation sociale*

Le **tableau 3** montre l'analyse des éléments des huit questions portant sur la distance sociale et les résultats regroupés de la sous-échelle. Des améliorations statistiquement significatives ont été notées dans six des huit éléments, ce qui représente une réduction statistiquement significative de la distance sociale dans l'ensemble. L'un des éléments (ne pas être dérangé par le fait d'avoir un voisin immédiat atteint de maladie mentale) a subi un effet de plafonnement, puisque la majorité des étudiants (92 %) était d'accord dans le prétest et le post-test. Aucun changement n'a été relevé dans la proportion de répondants qui iraient consulter un médecin s'ils croyaient être atteints de maladie mentale, puisque les répondants dans la majorité (80 %) des prétests et des post-tests donnaient la même réponse. Pour trois des éléments (serais dérangé si une personne atteinte de maladie mentale s'asseyait à côté de moi en classe; me lierais d'amitié avec la personne; ne donnerais pas d'emploi à la personne), le changement s'est produit dans le groupe neutre. Pour les trois autres éléments, on a aussi remarqué des changements chez les personnes qui étaient portées à stigmatiser les personnes atteintes de maladie mentale.

### *Responsabilité sociale*

Le **tableau 4** montre l'analyse des 6 éléments portant sur la responsabilité sociale et les résultats regroupés de la sous-échelle. Des améliorations statistiquement significatives ont été notées en raison des changements dans deux éléments. Dans les deux cas, la proportion de répondants au post-test qui seraient d'accord avec le fait d'utiliser plus de ressources pour améliorer les services offerts aux personnes atteintes de maladie mentale et offriraient de leur temps pour travailler bénévolement dans une agence de santé mentale était presque de 20 % plus élevée. Tous les autres éléments n'ont pas eu de résultats statistiquement significatifs.

Le **tableau 5** montre la moyenne des changements aux résultats du prétest au post-test pour chacun des sous-groupes de l'étude. Le groupe le plus porté à blâmer les personnes atteintes de maladie mentale au moment du prétest regroupait des personnes n'ayant jamais eu de contact avec une personne atteinte de maladie mentale (un ami ou un membre de la famille)—un rang que le groupe a conservé au post-test. En moyenne, les résultats de la stigmatisation ont diminué de façon importante (de 5 points en moyenne ou de presque 10 % dans la cote moyenne) et on a observé des améliorations légèrement plus grandes chez les femmes, les personnes de 22 à 24 ans, les étudiants en sciences de la santé et les gens n'ayant jamais eu de contact avec une personne atteinte de maladie mentale. Le seul groupe où aucune diminution statistiquement significative de la stigmatisation n'a été notée est celui des personnes de 25 ans et plus. Puisqu'il s'agissait du groupe chez qui la stigmatisation était le moins probable, ce résultat peut représenter un effet de plafonnement.



### *Ce que les répondants feraient différemment*

Un peu plus de la moitié (53 %) des étudiants en journalisme et en sciences de la santé ont répondu à une question ouverte en indiquant qu'ils se comporteraient différemment après avoir assisté au symposium. Plus du tiers des participants n'ont pas donné de réponses et environ 10 % ont dit que leur comportement ne changerait pas. Un codage des commentaires par thèmes a révélé que 60 % des étudiants en journalisme qui ont indiqué qu'ils changeraient leur comportement ont dit qu'ils changeraient leur point de vue au sujet des personnes atteintes de maladie mentale, et presque la moitié (46 %) ont dit qu'ils porteraient plus attention à la façon dont les médias couvrent les événements. Par exemple, ils ont indiqué qu'ils seraient « plus consciencieux dans la façon dont ils abordent le sujet » ou qu'ils « feraient très attention aux mots qu'ils utilisent » en rédigeant leurs articles. Quatre-vingt-un pour cent des étudiants en sciences de la santé ont indiqué qu'ils percevraient différemment les personnes atteintes de maladie mentale. Cela signifie qu'ils traiteraient les patients « humainement » et « sans les juger » et qu'ils démontreraient davantage « d'empathie et de compréhension » de sorte que les clients se sentent « appréciés, acceptés et respectés ». Certains étudiants ont dit qu'ils ne changeraient pas parce qu'ils étaient déjà tolérants et compréhensifs : « je ne crois pas faire de stigmatisation, mon comportement ne changera donc pas »; « non, je partage ces points de vue depuis un certain nombre d'années »; ou « j'avais déjà une vaste connaissance des maladies mentales, je ne crois donc pas que beaucoup de choses aient changé pour moi ».

## Résumé et conclusion

Le présent document décrit les résultats d'un sondage prétest/post-test effectué auprès d'étudiants de l'université en journalisme et en sciences de la santé qui ont assisté à un symposium de lutte contre la stigmatisation, d'une durée d'une demi-journée, parrainé par la Commission de la santé mentale du Canada. Le symposium a combiné le contact personnel direct avec des personnes qui ont fait part de leur expérience personnelle de la maladie mentale et de l'information d'experts concernant le rôle des médias dans la création et le maintien de la stigmatisation. Le symposium visait les étudiants en journalisme, mais des étudiants d'autres programmes liés à la santé ainsi que des membres du grand public y ont assisté. Les étudiants ont rempli des sondages de prétest en classe de 1 à 3 jours avant le symposium, et en ont rempli d'autres après les présentations. Nous avons évalué les changements dans les attitudes, l'acceptation sociale et la responsabilité sociale en utilisant une échelle de 20 éléments. Les résultats du post-test étaient 10 % plus faibles que ceux du prétest, ce qui indique une réduction importante de la stigmatisation.

La participation aux sondages des étudiants en journalisme a baissé de 42 % entre le prétest et le post-test. Les étudiants en journalisme qui n'ont pas répondu étaient semblables à ceux qui l'ont fait en ce qui concerne le sexe, le groupe d'âge et les contacts antérieurs avec une personne atteinte de maladie mentale (qui sont tous des facteurs que l'on considère comme liés à la stigmatisation), ce qui indique que le biais de non-réponse peut avoir été minimal.

Afin de préserver l'anonymat des étudiants (une exigence en matière d'éthique), nous n'avons pas pu associer les données entre les sondages prétest et post-test pour évaluer les changements individuels. Par conséquent, notre analyse s'est limitée à l'examen de l'ensemble des changements. Il se peut que cela ait réduit notre capacité de détecter des différences importantes à l'échelle des éléments puisque nous avons calculé les valeurs de probabilité (bien qu'exactes) selon l'hypothèse que les échantillons étaient indépendants. Nous avons comparé les résultats globaux en utilisant des statistiques non paramétriques appropriées pour des échantillons en corrélation.

En conclusion, nous avons démontré que de brèves interventions fondées sur le contact ont le potentiel d'encourager et de consolider les attitudes positives, de réduire la distance sociale et de promouvoir la responsabilité sociale parmi les étudiants de l'université.

**Tableau 1 : Caractéristiques des étudiants au prétest et au post-test**

Caractéristique	% du prétest (N=122)	% du post-test (N=93)
<b>Type d'étudiant<sup>f</sup></b>		
• Journalisme	75,4 % (92)	57,0 % (53)
• Sciences de la santé	24,6 % (30)	43,0 % (40)
<b>Sexe<sup>a</sup></b>		
• Homme	29,7 % (33)	28,0 % (26)
• Femme	70,3 % (78)	72,0 % (67)
• Information manquante	11	0
<b>Groupe d'âge<sup>b</sup></b>		
• 19-21	48,6 % (53)	33,7 % (30)
• 22-24	31,2 % (34)	28,1 % (25)
• 25+	20,2 % (22)	38,2 % (34)
• Information manquante	13	2
<b>Contact<sup>c</sup></b>		
• Tout ami proche ou membre de la famille	65,5 % (72)	67,7 % (63)
• Ami proche	28,2 % (31)	32,3 % (30)
• Membre de la famille	47,3 % (52)	53,8 % (50)
<sup>a</sup> $\chi^2=8,1$ , <i>df</i> 1, <i>P</i> = 0,004 <sup>b</sup> $\chi^2=0,08$ , <i>df</i> 1, <i>P</i> = 0,78 <sup>c</sup> $\chi^2=8,38$ , <i>df</i> 2, <i>P</i> = 0,02 <sup>d</sup> $\chi^2=0,12$ , <i>df</i> 1, <i>P</i> = 0,73 <sup>e</sup> $\chi^2=0,40$ , <i>df</i> 1, <i>P</i> = 0,53 <sup>f</sup> $\chi^2=0,85$ , <i>df</i> 1, <i>P</i> = 0,36 Remarque : Les dénominateurs pour le calcul des pourcentages ne comprennent pas les valeurs manquantes.		



Tableau 3 : Distance sociale

Élément de sondage	% du prétest (n)	% du post-test (n)
Je serais contrarié si une personne atteinte de maladie mentale s'asseyait à côté de moi en classe <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>En désaccord</li> <li>Neutre</li> <li>D'accord</li> </ul>	86,0 % (104) 9,9 % (12) 4,1 % (5)	95,7 % (89) 3,2 % (3) 1,1 % (1)
Je voudrais me lier d'amitié avec une personne atteinte de maladie mentale <sup>b</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>En désaccord</li> <li>Neutre</li> <li>D'accord</li> </ul>	8,3 % (10) 39,7 % (48) 52,1 % (63)	8,6 % (8) 23,7 % (22) 67,7 % (63)
Si j'étais un employeur, je n'engagerais pas une personne atteinte de maladie mentale <sup>c</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>En désaccord</li> <li>Neutre</li> <li>D'accord</li> </ul>	70,8 % (85) 22,5 % (27) 6,7 % (8)	83,7 % (77) 8,7 % (8) 6,6 % (7)
Je n'irais pas voir un médecin si je savais que cette personne a été traitée pour une maladie mentale <sup>d</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>En désaccord</li> <li>Neutre</li> <li>D'accord</li> </ul>	49,2 % (59) 25,0 % (30) 25,8 % (31)	68,8 % (64) 20,4 % (19) 10,8 % (10)
Je laisserais une personne atteinte de maladie mentale garder mes enfants <sup>e</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>En désaccord</li> <li>Neutre</li> <li>D'accord</li> </ul>	37,2 % (45) 39,7 % (48) 23,1 % (28)	21,7 % (20) 44,6 % (41) 33,7 % (31)
Je n'aimerais pas qu'un enseignant soit atteint de maladie mentale <sup>f</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>En désaccord</li> <li>Neutre</li> <li>D'accord</li> </ul>	50,0 % (60) 35,0 % (42) 15,0 % (18)	67,7 % (63) 24,7 % (23) 7,5 % (7)
Je consulterais un médecin si je croyais être atteint d'une maladie mentale <sup>g</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>En désaccord</li> <li>Neutre</li> <li>D'accord</li> </ul>	6,7 % (8) 12,5 % (15) 80,8 % (97)	6,5 % (6) 15,1 % (14) 78,5 % (73)
Cela ne me dérangerait pas que mon voisin immédiat soit atteint de maladie mentale <sup>h</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>En désaccord</li> <li>Neutre</li> <li>D'accord</li> </ul>	4,2 % (5) 4,2 % (5) 91,7 % (110)	4,3 % (4) 3,2 % (3) 92,5 % (86)
Pointage de la sous-échelle <sup>i</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Moyenne</li> <li>Écart type</li> <li>Intervalle de confiance de 95 % pour l'estimation</li> </ul>	18,5 4,7 13,5-14,9	16,1 4,1 12,0-13,7
Remarque : Les valeurs de probabilité de ce tableau (a-h) sont calculées selon le test exact de Fisher, il n'y a donc pas de valeurs de test correspondantes. Un pointage élevé représente un niveau élevé de stigmatisation.		
<sup>a</sup> P = 0,06	<sup>d</sup> P = 0,01	<sup>g</sup> P = 0,90
<sup>b</sup> P = 0,04	<sup>e</sup> P = 0,04	<sup>h</sup> P = 1,0
<sup>c</sup> P = 0,02	<sup>f</sup> P = 0,03	<sup>i</sup> z = 3,5, P < 0,001

Tableau 4 : Responsabilité sociale

Élément de sondage	% du prétest (n)	% du post-test (n)
Je ferais un don unique à un organisme de bienfaisance pour aider les personnes atteintes de maladie mentale <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En désaccord</li> <li>• Neutre</li> <li>• D'accord</li> </ul>	5,8 % (7) 17,5 % (21) 76,7 % (92)	9,7 % (9) 12,9 % (12) 77,4 % (72)
Je ferais régulièrement des dons à un organisme de bienfaisance pour aider les personnes atteintes de maladie mentale <sup>b</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En désaccord</li> <li>• Neutre</li> <li>• D'accord</li> </ul>	12,5 % (15) 50,0 % (48) 47,5 % (57)	14,0 % (13) 30,1 % (28) 55,9 % (52)
Je signerais une pétition pour qu'il y ait de meilleurs programmes de soutien pour les personnes atteintes de maladie mentale <sup>c</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En désaccord</li> <li>• Neutre</li> <li>• D'accord</li> </ul>	2,5 % (3) 4,2 % (5) 93,3 % (112)	3,2 % (3) 5,4 % (5) 91,4 % (85)
Je serais d'accord pour que davantage d'argent public soit consacré à l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de maladie mentale <sup>d</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En désaccord</li> <li>• Neutre</li> <li>• D'accord</li> </ul>	6,7 % (8) 31,7 % (39) 61,7 % (74)	6,5 % (6) 12,9 % (12) 80,6 % (75)
J'offrirais de mon temps pour travailler bénévolement dans une agence de santé mentale <sup>e</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En désaccord</li> <li>• Neutre</li> <li>• D'accord</li> </ul>	14,9 % (18) 41,3 % (50) 43,8 % (53)	11,8 % (11) 25,8 % (24) 62,4 % (58)
Je me joindrais à un programme de défense des droits des personnes atteintes de maladie mentale <sup>f</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En désaccord</li> <li>• Neutre</li> <li>• D'accord</li> </ul>	16,5 % (20) 38,0 % (46) 45,5 % (55)	12,9 % (12) 31,2 % (29) 55,9 % (52)
Pointage de la sous-échelle <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyenne</li> <li>• Écart type</li> <li>• Médiane</li> </ul>	14,1 3,8 15	12,9 3,9 13
Remarque : Les valeurs de probabilité de ce tableau (a-f) sont calculées selon le test exact de Fisher, il n'y a donc pas de valeurs de test correspondantes. Un pointage élevé représente un niveau élevé de stigmatisation.		
<sup>a</sup> $P = 0,43$		
<sup>b</sup> $P = 0,34$		
<sup>c</sup> $P = 0,85$		
<sup>d</sup> $P = 0,01$		
<sup>e</sup> $P = 0,02$		
<sup>f</sup> $P = 0,34$		
<sup>g</sup> $z = 2,8, p < 0,001$		

**Tableau 5 : Analyses du changement dans les résultats globaux sur la stigmatisation**

<b>Pointage total</b>	<b>Moyenne du prétest</b>	<b>Moyenne du post-test</b>	<b>Test de Wilcoxon</b>
<b>Sexe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homme</li> <li>• Femme</li> </ul>	45 45	40 39	Z = 1,7, P = 0,08 Z = 3,6, P = < 0,001
<b>Groupe d'âge</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 19-21</li> <li>• 22-24</li> <li>• 25+</li> </ul>	47 44 41	43 38 39	Z = 2,1, P = 0,03 Z = 2,8, p < 0,01 <b>Z = 0,6, P = 0,54</b>
<b>Classe :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Journalisme</li> <li>• Sciences de la santé</li> </ul>	44 47	40 41	Z = 3,1, P = 0,002 Z = 3,2, P = 0,001
<b>Contact</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact avec amis/famille</li> <li>• Pas de contact</li> </ul>	42 50	38 44	Z = 3,0, P < 0,01 Z = 3,0, P < 0,01
<b>Total (20 éléments)</b>	45	40	Z = 4,0, P < 0,001

Remarque : Le coefficient Alpha de Chronbach pour le prétest et le post-test était de 0,83. Un pointage élevé représente un niveau élevé de stigmatisation.



## Références

---

- <sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde, 2001 — *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 2001.
- <sup>2</sup> Sartorius, N et H. Schuzle, Reducing stigma due to mental illness: a report from a programme of the World Psychiatric Association, Cambridge (R.-U.) : Cambridge University Press, 2005.
- <sup>3</sup> Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Ottawa : Le Parlement du Canada, 2006. ([www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca))
- <sup>4</sup> Commission de la santé mentale du Canada, <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
- <sup>5</sup> Couture, S.M. et D.L. Penn, Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature, *Journal of Mental Health*, 2003; 12(3), 291-305.
- <sup>6</sup> Stuart, H., Reaching out to high school youth: the effectiveness of a video-based antistigma program, *Canadian Journal of Psychiatry*, 2006; 51: 647-653.
- <sup>7</sup> Pinfold V, Stuart H, Thornicroft G, Arboleida-Flórez J. Working with young people: the Impact of mental health awareness programs in schools in the UK and Canada, *World Psychiatry*, 2005; 4(Supplement 1), 48-52.
- <sup>8</sup> Corrigan PW, River P, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Champion J, Mathisen J, Gagnon C, Bergman M, Goldstein H, Kubiak M. Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness, *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27(2):187-195.
- <sup>9</sup> Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River P, Uphoff-Wasowski K, White K, Kubiak MA. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin* 2002; 28(2):293-309.
- <sup>10</sup> Reinke RR, Corrigan PW, Leonhard C, Lundin R K, Kubiak, MA. Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2004; 23(3), 377-389.
- <sup>11</sup> Wood AL, Wahl OF. The effectiveness of a consumer-provided mental health recovery education presentation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2006; 30(1), 46-52.
- <sup>12</sup> Wallach HS. Changes in attitudes towards mental illness following exposure. *Community Mental Health Journal* 2004; 40(3), 235-248.
- <sup>13</sup> Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, Canar J, Kubiak MA. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25(3):447-456.
- <sup>14</sup> Shera W, Delva-Tauiiili. Changing MSW students' attitudes towards the severely mentally ill. *Community Mental Health Journal* 1996; 32(2), 159-169.
- <sup>15</sup> Shor R, Sykes JJ. Introducing structured dialogue with people with mental illness into the training of social work students. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002; 26(1), 63-69.