

GENEVIÈVE ST-PIERRE

**PORTRAIT DES ATTITUDES DES INTERVENANTS ET DE LEURS ACTIONS
VISANT L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE AU QUÉBEC**

Mémoire
présenté
à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître en psychologie (M. Ps.)

École de Psychologie
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL

SEPTEMBRE 2000

©Geneviève St-Pierre, 2000



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-56428-2

Canada

RÉSUMÉ

Portrait des attitudes des intervenants et de leurs actions visant l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle au Québec

Les attitudes des intervenants influencent les actions visant l'intégration sociale entreprises par ceux-ci. D'abord, elle tente de dresser le portrait des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et des liens possibles entre les caractéristiques personnelles de ces mêmes intervenants et leurs attitudes. Ensuite, elle se propose d'identifier les actions visant l'intégration sociale entreprises par les intervenants et la relation potentielle entre les caractéristiques personnelles de ceux-ci et leurs actions. Enfin, elle vérifie des liens existant entre les attitudes des intervenants envers l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et les actions visant l'intégration sociale de ces dernières. Les profils dressés indiquent, qu'au Québec, la situation des attitudes des intervenants et des actions visant l'intégration sociale est positive. L'étude met aussi en lumière des différences entre les actions entreprises selon le degré d'ouverture des attitudes. Ces conclusions ouvrent la voie à l'amélioration de la formation des intervenants dans le but d'optimiser la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle.

AVANT-PROPOS

La formule sacrée du positivisme : l'amour pour principe, l'ordre pour base, et le progrès pour but. Auguste Comte

D'abord, je voudrais remercier Philippe qui m'a supporté de bien des façons au cours de ces longues années d'études. Je le remercie pour son amour, sa patience et sa compréhension. En fait, je le remercie de m'apporter tant de bonheur.

Mes pensées se dirigent ensuite vers Isabelle, ma meilleure amie et meilleure collègue avec qui j'ai partagé la houle de ces cinq dernières années. Je la remercie d'être là, d'être ce qu'elle est et de m'avoir tant apporté.

Merci également à mes parents et à ma soeur, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont encouragé à travers cette aventure. Plus que tout, je remercie mes parents de m'avoir légué cet esprit optimiste qui m'a aidé plus qu'ils ne peuvent se l'imaginer.

Je voudrais remercier Colette Jourdan-Ionescu, qui a fait pour moi ce qu'aucun autre professeur n'a accepté de faire, c'est-à-dire me permettre de travailler sur la problématique qui me passionne. Je remercie également M. Loranger, qui a accepté de co-superviser mon étude. Aussi, je fais un clin d'œil à toutes les personnes qui m'ont permis découvrir ma passion, la déficience intellectuelle (entre autres, le groupe des André de l'Estran).

Enfin, je ne peux oublier celui qui me donne un nouveau souffle d'énergie par son amour et ses sourires, mon loulou, Jérémy.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| RÉSUMÉ..... | ii |
| AVANT-PROPOS..... | iii |
| TABLE DES MATIÈRES..... | iv |
| LISTE DES TABLEAUX..... | vii |
| | |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE..... | 1 |
| | |
| CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE..... | 5 |
| <u>LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE.....</u> | <u>5</u> |
| Définition..... | 5 |
| Classification..... | 6 |
| Causes..... | 7 |
| Historique..... | 8 |
| Mandat des CRDI..... | 9 |
| INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE | 10 |
| Définition..... | 10 |
| Intégration physique..... | 10 |
| Intégration fonctionnelle..... | 12 |
| Intégration relationnelle..... | 13 |
| Intégration sociétale..... | 14 |
| Préparation de la communauté..... | 17 |
| ATTITUDES DES INTERVENANTS..... | 18 |
| <u>OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....</u> | <u>20</u> |
| | |
| CHAPITRE 2 : EXPÉRIMENTATION..... | 21 |
| <u>MÉTHODE.....</u> | <u>21</u> |
| Participants et procédure..... | 21 |
| Mesures..... | 24 |

| | |
|---|----|
| Questionnaire d'attitudes et d'actions visant l'intégration sociale | 24 |
| Échelle de connaissances de l'intégration sociale..... | 24 |
| Échelle d'attitudes envers la vie en communauté, version déficience intellectuelle..... | 25 |
| Échelle d'actions visant l'intégration sociale | 26 |
| Inventaire d'épuisement professionnel | 26 |
| | |
| CHAPITRE 3 : RÉSULTATS..... | 28 |
| Caractéristiques des participants..... | 28 |
| Vérification des postulats de base..... | 29 |
| Profil des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et des caractéristiques personnelles reliées à ces attitudes..... | 30 |
| Profil des actions visant l'intégration sociale entreprises par les intervenants et de la relation entre ces actions et leurs caractéristiques personnelles..... | 33 |
| Relation entre les attitudes des intervenants et les actions visant l'intégration sociale..... | 36 |
| | |
| CHAPITRE 4 : DISCUSSION..... | 39 |
| | |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 48 |
| | |
| ANNEXE A :Lettre explicative de la pré-expérimentation..... | 55 |
| ANNEXE B : Formulaire de consentement..... | 56 |
| ANNEXE C : Questionnaire d'attitudes et d'actions visant l'intégration sociale..... | 59 |
| Questionnaire sociodémographique..... | 61 |
| Échelle de connaissances de l'intégration sociale..... | 63 |
| Échelle d'attitudes envers la vie en communauté, version déficience intellectuelle .. | 64 |
| Échelle d'actions visant l'intégration sociale | 68 |
| Échelle d'épuisement professionnel | 72 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Caractéristiques des participants..... | 22 |
| Tableau 2 : Matrice de corrélations pour les variables socio-démographiques et relatives à l'occupation et à la déficience intellectuelle..... | 31 |
| Tableau 3 : Matrice de corrélations pour les variables principales..... | 32 |
| Tableau 4 : Régression simple : Contribution des connaissances générales sur l'intégration sociale aux attitudes des intervenants face à l'intégration sociale (N = 146)..... | 33 |
| Tableau 5 : Fréquences des actions visant l'intégration sociale utilisées par les participants.. | 35 |
| Tableau 6 : Analyse de variance de l'intégration sociale en fonction de l'expérience de travail..... | 35 |
| Tableau 7 : Régression simple : Contribution de l'épuisement professionnel aux actions visant l'intégration..... | 36 |
| Tableau 8 : Régression multiple, modèle stepwise : Contribution des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale aux actions visant l'intégration sociale..... | 37 |
| Tableau 9 : Test t des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale et des actions visant l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle..... | 38 |

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Problématique de la recherche

La déficience intellectuelle est définie par l'Association américaine de psychiatrie (1996) et l'Association américaine sur le retard mental (1994) comme le produit de trois caractéristiques. La première implique un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne. La seconde caractéristique fait état de limitations significatives dans au moins deux des dix secteurs du fonctionnement adaptatif, c'est-à-dire à la façon dont une personne est en mesure de faire face aux exigences de la vie de tous les jours, ainsi qu'à sa capacité à atteindre les normes d'autonomie personnelle attendues pour son âge. Enfin, la dernière caractéristique implique une manifestation de la déficience intellectuelle avant l'âge de 18 ans. Elle est habituellement divisée en quatre catégories selon son degré de gravité, pouvant être qualifiée de *légère, moyenne, grave (ou sévère) et profonde* (Association américaine sur le retard mental, 1994).

Au fil du temps, la vie des personnes présentant une déficience intellectuelle a subi une multitude de changements. À partir du XIX^{ème} siècle, ces personnes sont retirées de leur environnement pour être placées en institution (Jourdan-Ionescu et Ionescu, 1992). Au cours des années 1960, suite aux constatations des effets néfastes de l'institutionnalisation (Butler et Bjaanes, 1978 ; Lobez et Jacobson, 1974 : cités dans Picard, 1988), une relocalisation massive des personnes institutionnalisées dans de plus petites institutions est entreprise. Malheureusement, la plupart de ces établissements ne se sont avérés que le prolongement des grandes institutions (Comité Harnois, 1987). Cette réalité a donc engendré le processus de désinstitutionnalisation vécu au cours des années 1990.

Les personnes présentant une déficience intellectuelle sont donc aujourd'hui établies dans la communauté et reçoivent pour la plupart les services des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), qui ont pour mandat l'adaptation, la réadaptation et l'intégration sociale de leurs clients (Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle, 1995). En fait, les services d'adaptation et de réadaptation sont préalables à l'intégration sociale, qui devient par le fait même la mission prioritaire des CRDI.

L'intégration sociale est définie comme l'occasion pour les personnes présentant une déficience intellectuelle d'avoir accès à des activités, des rôles, des relations interpersonnelles, des possibilités, des milieux, etc. le plus près possible de ce qui existe pour tout autre individu (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). Elle peut être subdivisée en quatre catégories, soit *l'intégration physique, fonctionnelle, relationnelle et sociétale* (Kebbon, 1987) auxquelles peut s'ajouter *la préparation de la communauté*. Les actions posées pour intégrer socialement les personnes présentant une déficience intellectuelle ont un impact positif sur leur qualité de vie, ce qui place sur les épaules des intervenants une charge importante. Plusieurs variables peuvent évidemment influencer ces actions, comme l'expérience de travail, la formation et l'épuisement professionnel.

Aussi, leurs attitudes face aux personnes présentant une déficience intellectuelle affectent la qualité des actions qu'ils entreprennent (Henry, Keys, Jopp et Balcazar, 1996b ; Morency, 1990). D'ailleurs, la totalité des études traitant des attitudes confirment que des attitudes négatives affectent de façon directe ou indirecte l'intégration sociale (Beeckers, 1989 ; Shera et Tauliili, 1996, Wahass et Kent, 1997 ; Zelman, Friedman et Pasquariella, 1997). Toutefois, ces études sont pour la plupart réalisées avec des intervenants oeuvrant dans le secteur de la santé mentale ou de l'enfance. Peu d'études portent sur les attitudes des intervenants oeuvrant dans le do-

maine de la déficience intellectuelle et aucune n'identifient leurs attitudes de façon spécifique. Ce genre d'études est nécessaire à l'identification de la nature et des impacts de ces dernières sur les actions visant l'intégration sociale. Elles permettront entre autres d'améliorer la formation des intervenants, de les sensibiliser aux impacts de leurs attitudes et ainsi, contribueront au succès de l'intégration sociale.

Objectifs de l'étude

La présente étude poursuit donc trois objectifs, soit l'identification des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et des liens possibles entre les caractéristiques personnelles de ces intervenants et leurs attitudes ; l'identification des actions visant l'intégration sociale entreprises par ceux-ci et la relation potentielle entre certaines caractéristiques personnelles et les actions ; et la vérification des liens existant entre les attitudes des intervenants envers l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et les actions visant l'intégration sociale de ces dernières.

Cette étude contribue au raffinement des connaissances au sujet des attitudes des intervenants envers l'intégration sociale de leurs clients et de l'influence de ces dernières sur les actions visant l'intégration sociale qu'ils privilégient. Une telle étude pourrait entre autres permettre d'améliorer la formation des intervenants et de les sensibiliser aux impacts de leurs attitudes.

Division du mémoire

Ce document se divise en quatre sections suivant les étapes de la démarche scientifique propre à la recherche. D'abord, la section *Contexte théorique* présente les informations concernant la déficience intellectuelle, l'intégration sociale des personnes présentant une déficience

intellectuelle ainsi que les attitudes des intervenants envers leur clientèle. Cette section se conclut par les objectifs de recherche. Ensuite, la section *Expérimentation* décrit la méthodologie employée : les participants, la procédure de même que les mesures utilisées. La section *Résultats* présente quant à elle les différentes analyses statistiques employées afin de vérifier les objectifs de recherche, et en examine les résultats. Enfin, la section *Discussion* permet d'explorer et d'interpréter en détails les résultats et d'articuler leur signification et leur portée, tout en formulant des recommandations pour les recherches futures.

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

La déficience intellectuelle touche trois pour-cent de la population québécoise, ce qui représente environ 200 000 personnes. L'Organisation mondiale de la santé définit la déficience intellectuelle comme une lenteur d'apprentissage occasionnant un retard de développement des habiletés restreignant l'autonomie de la personne à satisfaire les exigences de son milieu, à moins de mesures spécifiques appropriées. Elle considère donc que les personnes présentant une déficience intellectuelle ont les mêmes besoins fondamentaux que les autres, mais présentent des difficultés à accomplir l'ensemble de leurs tâches sans une aide appropriée (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). Cette définition offre un portrait juste de la situation de ces personnes, sans toutefois donner de critères clairs favorisant l'émission d'un diagnostic. L'Association américaine sur le retard mental (1994) et l'Association américaine de psychiatrie (1996) proposent quant à elles une définition plus opérationnelle de la déficience intellectuelle, la présentant comme le produit de trois critères. Le premier critère fait état d'un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne. Ce fonctionnement est défini par le quotient intellectuel (QI), évalué à l'aide de tests d'intelligence standardisés, comme les échelles de type Wechsler. Pour être considéré comme significativement inférieur à la moyenne, le QI doit lui être inférieur d'environ deux écart-types, soit se situer aux alentours de 70. Le second critère fait état de limitations significatives dans au moins deux des dix secteurs du fonc-

tionnement adaptatif, soit la communication, les soins personnels, les compétences domestiques, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et la sécurité, les aptitudes scolaires fonctionnelles, les loisirs et le travail. Le fonctionnement adaptatif fait référence à la façon dont une personne est en mesure de faire face aux exigences de la vie de tous les jours, ainsi qu'à sa capacité d'atteindre les normes d'autonomie personnelle attendues pour son âge. Enfin, le critère 3 implique que la déficience intellectuelle doit se manifester avant l'âge de 18 ans. (Association américaine de psychiatrie, 1996 ; Association américaine sur le retard mental, 1994). Ces trois critères doivent être présents pour diagnostiquer la déficience intellectuelle. Donc, une personne ayant un QI égal ou inférieur à 70, sans altération significative de deux domaines du fonctionnement adaptatif, ne peut être considérée comme présentant une déficience intellectuelle. Inversement, une personne ayant un QI supérieur à 70, mais faisant état de plusieurs déficits au niveau adaptatif, ne peut présenter une déficience intellectuelle. Il en va de même pour une personne qui développe ces altérations après 18 ans, suite à un accident ou à une maladie telle la démence de type alzheimer.

La déficience intellectuelle est habituellement divisée en quatre catégories, selon son degré de sévérité. Elle peut ainsi être qualifiée de *légère*, *moyenne*, *grave* (ou *sévère*) et *profonde* (Association américaine sur le retard mental, 1994). La *déficience intellectuelle légère* englobe environ 85% des personnes présentant une déficience intellectuelle, soit environ 170 000 personnes au Québec. De façon générale, les enfants d'âge pré-scolaire présentant une déficience intellectuelle légère ne se distinguent pas des autres enfants. Il leur est possible de faire des acquis scolaires jusqu'à la sixième année environ. A l'âge adulte, ils ont développé une autonomie minimale, réussissent à vivre et à travailler dans la société, soit de façon totalement indépendante, soit au sein de milieux plus ou moins structurés. Les personnes présentant une *déficience intel-*

lectuelle moyenne représentent environ 10% des personnes présentant une déficience intellectuelle, soit environ 20 000 Québécois. Ces personnes possèdent généralement les aptitudes à parfaire leur éducation scolaire jusqu'à la première année. Elles réussissent à développer les habiletés à la communication de la petite enfance, mais ont de la difficulté à acquérir les conventions sociales de l'adolescence. Devenues adultes, elles sont en mesure de travailler et de développer une certaine autonomie à l'aide d'une assistance modérée. La majorité de ces personnes vivent et travaillent en milieux protégés. Les personnes présentant une *déficience intellectuelle grave ou sévère* représentent quant à elles 3 à 4 % de la population présentant une déficience intellectuelle (entre 6 000 et 8 000 personnes au Québec). A l'âge scolaire, elles ne développent pratiquement pas de langage, mis à part quelques mots essentiels. A l'âge adulte, elles peuvent effectuer des tâches simples dans un environnement structuré. Elles vivent généralement dans des foyers ou dans leur famille. Finalement, le groupe des personnes présentant une *déficience profonde* représente 1 à 2% de la population présentant une déficience intellectuelle, soit entre 2 000 et 4 000 Québécois. La plupart de ces individus sont atteints d'un trouble neurologique responsable de la déficience intellectuelle. Leurs fonctions sensori-motrices sont considérablement atteintes. Le développement optimal des personnes présentant une déficience intellectuelle profonde est possible grâce à un apprentissage adéquat mis en place dans un environnement très structuré, où une assistance constante et une relation individualisée avec un intervenant sont proposées (Association américaine de psychiatrie, 1996).

La déficience intellectuelle peut tout aussi bien être causée par des facteurs physiologiques que par des facteurs environnementaux. Dans 5% des cas, elle provient de facteurs héréditaires (e. g., maladie de Tay-Sachs, sclérose tuberculeuse, syndrome de Down, syndrome du X fragile). Les altérations précoces du développement embryonnaire (syndrome de Down dû à la

trisomie 21) et les atteintes prénatales d'origine toxique (e. g., alcoolisme maternel, maladies infectieuses) en sont la cause chez 30% des individus. Les problèmes en cours de grossesse et des troubles périnataux (malnutrition fœtale, prématurité, hypoxie, infections virales, traumatismes) sont quant à eux responsables de 10% des cas de déficience intellectuelle. Les maladies somatiques de la petite enfance (maladies infectieuses, traumatismes, intoxications) sont des facteurs causant la déficience intellectuelle chez 5% des individus. Finalement, les facteurs environnementaux (e. g., carences du maternage, carences de stimulation) et autres troubles mentaux (e. g., autisme) sont responsables de 15 à 20% des cas de déficience intellectuelle (Association américaine de psychiatrie, 1996 ; Association américaine sur le retard mental, 1994).

Au fil du temps, la vie des personnes présentant une déficience intellectuelle a subi plusieurs changements. Vers la fin du XIII^{ème} siècle, ces personnes sont laissées à elles-mêmes ou à la charge de leur famille. À partir du XIX^{ème} siècle, la société considère qu'elles ont des besoins particuliers, ce qui engendre l'apparition des premiers services publics leur étant destinés. Les actions de ces services consistent majoritairement à retirer les personnes présentant une déficience intellectuelle de leur milieu d'origine afin de les placer en institutions centralisées (Jordan-Ionescu et Ionescu, 1992). Dans les années 1960 et 1970, plusieurs études démontrent les effets néfastes de l'institutionnalisation. Butler et Bjaanes (1978) mettent en évidence la régression de certains individus au niveau de leurs habiletés motrices, de leur capacité de communication et d'apprentissage ainsi que de leur compétence sociale. Plusieurs auteurs en viennent même à développer le concept du « syndrome institutionnel », défini par Blanchet (1980) comme un « état pathologique chez un individu qui séjourne longtemps en institution par lequel la personne perd son identité propre. [...] Elle se conforme aux attentes du milieu qui sont souvent minimales et déshumanisantes » (p.80). Les résultats de Dentler et Meckler (1961 : cités dans Pi-

card, 1988) indiquent que le type de socialisation encouragé par les institutions réduit le répertoire d'habiletés sociales des personnes institutionnalisées et les rend inaptes à vivre en société. Lobez et Jacobson (1974 : cités dans Picard, 1988) obtiennent des résultats aussi peu reluisants démontrant que l'institutionnalisation peut détériorer les fonctions intellectuelles. Enfin, Berco- vici (1981 : cité dans Picard, 1988) mentionne que la vie en institution stigmatise la personne au point où ses propres attitudes et perceptions de même que celles des autres à son égard se modi- fient. Les conclusions de ces études amènent donc la relocalisation des personnes institutionnali- sées dans de plus petites institutions, priorisant la réadaptation, que l'on nomme centres d'accueil et centres de réadaptation (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). Malheureuse- ment, ces milieux de vie ne se sont souvent avérés que le prolongement des institutions (Comité Harnois, 1987). Cette réalité engendre donc une seconde relocalisation des personnes présentant une déficience intellectuelle, se traduisant par le processus de désinstitutionnalisation vécu au cours des années 1990.

La majorité de ces personnes se retrouvent donc aujourd'hui établies dans la communauté et demeurent desservies principalement par les CRDI. Ces derniers ont pour mandat de contri- buer à réduire les situations handicapantes en rendant accessibles les services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle ainsi qu'en supportant leur famille et entourage (Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, 1995). Les services d'adaptation et de réadaptation ont comme but l'augmentation de l'autonomie de base des personnes présentant une déficience intellectuelle. En effet, plus une personne a une hygiène corporelle décente, mange et s'habille correctement et est autonome, plus il lui est possible d'avancer dans le proces- sus d'intégration sociale (Office des personnes handicapées du Québec, 1984). C'est d'ailleurs

pour cette raison que les personnes présentant une déficience intellectuelle sévère et profonde en restent, pour la plupart, aux services d'adaptation et de réadaptation. Qui plus est, Michel (1984) insiste sur l'importance de choisir des objectifs de comportements selon ce qui semble le plus utile à l'intégration sociale. Les services d'adaptation et de réadaptation sont donc nécessaires à l'intégration sociale qui devient, par le fait même, la mission prioritaire des centres de réadaptation.

L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Les définitions de l'intégration sociale sont aussi nombreuses et variées que les études à son sujet. Or, il est très difficile de trouver une définition complète dans la littérature. Le Ministère de la santé et des services sociaux propose, en 1988, une définition selon laquelle l'intégration sociale s'avère l'occasion pour les personnes présentant une déficience intellectuelle d'avoir accès à des activités, des rôles, des relations interpersonnelles, des possibilités, des milieux, etc. semblables à ce qui existe pour tout autre individu et ce, afin qu'elles bénéficient de la meilleure qualité de vie possible. Picard (1988) ajoute à cette définition que les habiletés développées par ces personnes doivent l'être dans des contextes qui se rapprochent de plus en plus de la vie « régulière ».

L'intégration sociale peut être subdivisée en quatre sections générales, *soit l'intégration physique, fonctionnelle, relationnelle et sociétale* (Kebbon, 1987). En premier lieu, *l'intégration physique* implique que les personnes présentant une déficience intellectuelle aient les conditions physiques nécessaires à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, telles qu'avoir une cham-

bre, des vêtements, ainsi que des ressources financières (Kebbon, 1987). Peu d'études s'intéressent aux ressources financières. Seul Picard (1988) soutient que peu de personnes présentant une déficience intellectuelle sont en mesure de gérer leur argent de façon autonome, par manque d'aptitudes.

Les études s'intéressant à l'intégration physique considèrent prioritairement l'intégration résidentielle (e. g., Chiocchio, Boisvert et Assad, 1996 ; Lowe et DePaiva, 1991), car la recherche d'une résidence adaptée aux besoins de la personne s'avère l'une des premières étapes du processus d'intégration sociale (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). L'enfant présentant une déficience intellectuelle dont les parents ne peuvent s'occuper bénéficie idéalement d'une résidence de type individuelle, c'est-à-dire où il est seul à présenter un déficit (à moins d'un placement temporaire). Chez l'adulte, les services d'intégration doivent offrir plus qu'un remplacement de la famille naturelle. En effet, ils doivent lui permettre de vivre de la façon la plus autonome possible, avec un maximum d'intimité et ce, qu'il vive en appartement, en chambre ou en résidence de type familial. Le foyer de groupe ne doit donc être considéré que de façon temporaire ou en dernier recours (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). Par contre, le simple déménagement dans la communauté est loin d'assurer l'intégration sociale, car il n'implique pas automatiquement une participation à la vie communautaire ou de nouvelles relations interpersonnelles (Lowe et DePaiva, 1991). L'étude de Chiocchio et ses collaborateurs (1996) illustre bien cette réalité. En effet, elle indique que le niveau d'intégration résidentielle n'influence en aucune façon le nombre de personnes significatives dans l'entourage des personnes présentant une déficience intellectuelle. Bref, l'intégration physique constitue une condition nécessaire, mais non suffisante à l'intégration sociale (e. g., Carrier et Fortin, 1996 ; Eliason, 1998).

Dans un deuxième temps, *l'intégration fonctionnelle* permet aux personnes présentant une déficience intellectuelle d'utiliser les services et installations publics (e. g., être en mesure d'utiliser le téléphone, les moyens de transport, les services commerciaux et de loisirs) (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). Aucune littérature traitant de l'intégration aux moyens de transport et de communication ainsi qu'à l'utilisation des services commerciaux (épicèrie, institutions bancaires, centre-d'achats, etc.) n'a pu être relevée par la présente recension d'écrits. Il est à souhaiter que la non-disponibilité de littérature ne soit pas le reflet de la réalité, car l'absence de ces facettes de l'intégration fonctionnelle dans le processus d'intégration sociale met en péril l'autonomie de la personne présentant une déficience intellectuelle et, par le fait même, tout autre type d'intégration sociale (Picard, 1988).

Il est cependant possible de trouver quelques études portant sur l'intégration aux loisirs. Celle-ci vise le développement des habiletés, l'occupation des temps libres ainsi que la participation libre à des activités appropriées à l'âge (Dattilo, 1991 ; Wehman et Schleien, 1991). Elle engendre le développement de la confiance en soi et de la dignité (Dattilo et Schleien, 1994). D'ailleurs, Picard (1988) observe que la plupart des personnes présentant une déficience intellectuelle sont satisfaites de leurs activités récréatives. Or, pour que ce développement de la personne s'effectue, elle ne doit pas mettre l'individu présentant une déficience intellectuelle en situation d'échec, ce qui l'amènerait à développer un sentiment d'impuissance et à diminuer sa participation volontaire aux activités (Seligman, 1988).

L'agent d'intégration doit donc s'assurer que la personne présentant une déficience intellectuelle soit intégrée et acceptée par les autres. À ce sujet, l'étude de Block et Malloy (1998), portant sur l'acceptation d'un enfant présentant une déficience intellectuelle intégré à une équipe de baseball, met en évidence les attitudes de divers agents. Les enfants de l'équipe ont démontré

une grande acceptation de l'enfant présentant une déficience intellectuelle, au point de ne pas être dérangés par d'importantes modifications au jeu (changements de matériel, modifications des règles, ajouts d'appareils adaptés, etc.). L'ouverture des parents à l'intégration de l'enfant présentant une déficience intellectuelle dépend quant à elle des raisons motivant l'inscription de leur propre enfant : un parent visant le plaisir étant plus ouvert qu'un parent visant le développement d'habiletés. Les entraîneurs sont quant à eux beaucoup plus résistants et sont en majorité d'avis que les enfants présentant une déficience intellectuelle devraient participer à des activités spécialisées. En fait, l'acceptation du participant par les agents impliqués, les habiletés sportives et cognitives de la personne présentant une déficience intellectuelle, le niveau de compétitivité et la volonté d'intégration de la direction sont tous des facteurs influençant la réussite de l'intégration aux loisirs (Block et Malloy, 1998). Ces facteurs n'étant pas toujours favorables, plusieurs personnes présentant une déficience intellectuelle, surtout les adultes, se retrouvent dans des activités ségréguées et stéréotypées (Schleien et Mustonen, 1988), creusant ainsi un fossé important entre le but premier des services d'intégration aux loisirs et la réalité (Dattilo, 1991). Cet écart ainsi que l'état de la littérature traitant d'intégration fonctionnelle permet de se questionner sur la place donnée à ce type d'intégration dans le processus d'intégration sociale en général.

L'intégration relationnelle (appelée intégration sociale par Kebbon, 1987) consiste à donner la possibilité aux personnes présentant une déficience intellectuelle d'avoir des contacts sociaux réguliers et spontanés, de se percevoir et d'être perçues par les autres comme faisant parti du contexte social. Les études portant sur ce type d'intégration la considèrent toujours en relation avec les autres sections de l'intégration sociale. Par exemple, Chiochio et ses collaborateurs (1996) l'étudient dans le contexte de l'intégration résidentielle alors que Poulin, Brunet,

Doré et Wagner (1998) la regardent sous l'angle de l'intégration scolaire. La littérature n'offre donc aucune conclusion générale sur l'état de l'intégration relationnelle des personnes présentant une déficience intellectuelle. Aussi, le présent relevé de littérature rapporte les résultats liés à l'intégration relationnelle dans les sections traitant du contexte d'intégration. Par exemple, les résultats de Poulin et ses collaborateurs (1998) sont traités dans la section consacrée à l'intégration sociétale.

Enfin, *l'intégration sociétale* permet aux personnes présentant une déficience intellectuelle de bénéficier d'une éducation, d'avoir un travail et des responsabilités ainsi que de participer aux organisations et associations (Kebbon, 1987). L'intégration professionnelle et scolaire constitue l'intérêt principal des chercheurs. En effet, les études à leur sujet représentent la totalité des recherches portant sur l'intégration sociétale et plus de la moitié des recherches portant sur l'intégration sociale (e. g., Bourassa, 1994 ; Moreau, 1995 ; Poulin, 1997). Aux enfants présentant une déficience intellectuelle, quatre types d'intégration scolaire sont offerts, soit en école spécialisée, en classe spéciale dans une école régulière, en classe d'intégration, c'est-à-dire où l'enfant participe à certaines activités en classe régulière et d'autres en classe spéciale et en intégration complète en classe régulière. Cette gradation provient de l'idée de « mainstreaming », à l'effet que chaque enfant devrait parfaire son éducation dans un environnement le plus régulier possible et que devrait exister un continuum d'environnements d'éducation (Gottlieb, 1981). Selon la majorité des études, l'intégration partielle ou complète en classe régulière présente de grands avantages pour l'enfant. Les recherches démontrent des améliorations au niveau de l'autonomie, du langage et de la motricité (Penner et Penner, 1987; Poulin, 1997), de la communication (e. g., Grbick et Sykes, 1992), du comportement (Chin, Perez et Farlow, 1996 :cités dans Poulin, 1997 ; Sargent, Swartzbaugh et Sherman, 1981), de la motivation, de la sélection de

l'information, de l'assertion et du contrôle de soi (Poulin, 1997), ainsi que des apprentissages scolaires (Chin, Perez et Witzerke-Travis, 1986 : cités dans Poulin, 1997; Thomas et Tuller, 1985 : cités dans Poulin, 1997). Cependant, les recherches indiquent l'absence d'effet du type d'intégration scolaire sur le sentiment d'isolement social (Luftig, 1988 : cité dans Poulin, 1997). D'autres se contredisent quant à l'apport du type d'intégration scolaire et du temps passé en classe régulière sur l'estime et le concept de soi (e. g., Cadieux, 1992).

Les études font par ailleurs une démonstration éloquentes de l'augmentation du nombre d'interactions sociales et de relations d'amitié entre les enfants des classes régulières et les enfants présentant une déficience intellectuelle intégrés dans leur classe (Moreau, 1995 ; Poulin, 1997). Les attitudes des enfants des classes régulières où un enfant présentant une déficience intellectuelle est intégré s'avèrent également plus positives, ces derniers développant plus d'empathie, de respect et de tolérance envers les enfants présentant une déficience intellectuelle (Doré, Poulin, Wagner et Brunet, 1996 ; Poulin et al., 1998). En fait, les attitudes des autres enfants, des parents, des enseignants et de l'établissement scolaire envers l'intégration scolaire des enfants présentant une déficience intellectuelle s'avère un facteur d'influence majeur de la réussite de l'intégration scolaire (Doré et al., 1996). D'ailleurs, il est démontré qu'un changement d'attitudes, entre autres par la formation des professeurs, a des répercussions positives importantes sur l'intégration de l'enfant (Poulin et al., 1998). Toutefois, plusieurs autres facteurs peuvent affecter l'intégration des enfants, tels leur degré de déficience, leur degré d'autonomie, l'implication de leurs parents, le temps passé en classe régulière, et leur participation aux activités parascolaires (Doré et al., 1996).

Lorsque les personnes présentant une déficience intellectuelle quittent le monde scolaire pour le monde du travail, elles se retrouvent souvent confrontées à de nombreuses difficultés. En

effet, la majorité des jeunes ne sont pas préparés à affronter ce nouveau monde (Biller, 1985 ; Madgrin et Foucher, 1989 ; Salzberg, Linkins, McCaughy et Lignugaris-Kraft, 1986). L'intégration au travail a donc pour but de fournir l'occasion aux adultes présentant une déficience intellectuelle de développer des habiletés de travail, de gagner leur vie, d'affirmer une plus grande autonomie, et d'exercer des choix (Pilon, Bédard, Dufour et Morin, 1991).

Les travailleurs peuvent évoluer dans trois types de milieu, selon leur niveau d'habiletés. D'abord, les ateliers protégés ont été créés afin de fournir des activités occupationnelles à des personnes qui peuvent difficilement espérer se trouver un emploi sur le marché du travail régulier. On y retrouve principalement de la mise en enveloppe, de la reliure, de l'horticulture, de la fabrication de meubles et de l'artisanat. Les centres de travail adaptés ont quant à eux pour but l'apprentissage des habiletés de travail. Les personnes présentant une déficience intellectuelle évoluent parmi les travailleurs réguliers et sont supervisés plus ou moins rigoureusement par des intervenants. Malgré leur place en milieu régulier, elles ont peu de contacts avec les autres travailleurs, ce qui remet en question l'idée même des centres de travail (Pilon et al., 1991). Enfin, l'intégration complète des travailleurs en milieu régulier pose un défi de taille. En effet, les personnes présentant une déficience intellectuelle manquent souvent de maturité professionnelle, connaissent mal leur champ d'intérêt et de compétences, manquent d'habiletés sociales, d'assiduité, de ponctualité, de motivation et d'initiative. Elles présentent également une plus grande tendance à émettre des comportements inappropriés et irresponsables, ont de la difficulté à apprendre de nouvelles tâches, ainsi qu'à faire face aux normes de qualité et de quantité et ne suivent souvent pas les consignes (Bourassa, 1994). Toutes ces lacunes rendent les employeurs réfractaires à leur embauche (Madgrin et Foucher, 1989) et font dire à plusieurs qu'une meilleure préparation au travail contribuerait à la réduction de celles-ci (Brolin, 1989 ; Salzberg, Lignuga-

ris-Kraft et McCuller, 1988). Par ailleurs, ceux qui réussissent à conserver leur emploi en milieu régulier bénéficient, selon Pilon et ses collègues (1991), de meilleurs salaires, d'un rôle plus valorisé et valorisant, de meilleures opportunités d'avancement et d'une meilleure qualité de vie que les autres travailleurs présentant une déficience intellectuelle.

À ces quatre aspects généraux de l'intégration sociale devrait se rajouter *la préparation de la communauté* à connaître, accueillir, accepter et interagir avec les personnes présentant une déficience intellectuelle. En effet, la communauté est peu réceptive à la venue des personnes aux comportements « bizarres » dans son environnement (Garant, 1985 ; Lavoie-Roux, 1986). Cet état de fait est mis en évidence par diverses études démontrant que les gens deviennent beaucoup plus réfractaires à l'intégration sociale lorsqu'elle rapproche les personnes présentant une déficience intellectuelle de leur environnement (Boisvert et Ouellet, 1990 ; Ionescu, 1987). Or, l'étude de Ionescu et Despins (1990) révèle que les individus plus informés ont plus de stéréotypes positifs et sont moins réticents à la venue de personnes présentant une déficience intellectuelle dans leur voisinage. De même, plus les gens ont de contacts avec les personnes présentant une déficience intellectuelle, plus elles sont favorables à leur intégration sociale. Conséquemment, il n'est pas surprenant que le Ministère de la santé et des services sociaux (1988), appuyé par plusieurs chercheurs (e. g., Garant, 1985 ; Ionescu, Jourdan-Ionescu et Déry, 1993) affirme que l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle est compromise sans une sensibilisation et un sentiment de responsabilité de la communauté face à l'intégration sociale. Malheureusement, le milieu social s'avère celui qui bénéficie le moins d'actions de la part des intervenants (Picard, 1988). La présente étude inclut donc la préparation de la communauté dans sa définition de l'intégration sociale.

En résumé, les actions visant une intégration sociale optimale doivent comprendre divers éléments dont le développement de l'autonomie en milieu naturel, la promotion de la participation à la vie communautaire, le développement de l'autonomie professionnelle et l'intégration à un travail régulier, la promotion des contacts interpersonnels avec les personnes ne présentant pas de déficience intellectuelle, le soutien de la personne présentant une déficience intellectuelle dans l'exercice et la sauvegarde de ses droits et la préparation de la communauté. Ces actions doivent toujours viser le maintien et la participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle dans la communauté (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988).

LES ATTITUDES DES INTERVENANTS FACE À L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

La majeure partie des études mentionnées ci-haut indiquent que les actions posées pour intégrer socialement les personnes présentant une déficience intellectuelle ont un impact positif sur leur qualité de vie (e. g., Dattilo et Schleien, 1994 ; Eliason 1998). Les intervenants oeuvrant dans le secteur portent donc sur leurs épaules une partie importante de la qualité de vie de leurs clients (Roy et Cloutier, 1994). Plusieurs variables peuvent influencer leurs actions. Il est facile de les relier, entre autres, à l'expérience de travail, la formation et l'épuisement professionnel. L'épuisement professionnel affecte d'ailleurs particulièrement les professionnels de la santé et des services sociaux et ce, surtout en raison de leur implication intense et à long terme auprès des personnes nécessitant des services (Maslach et Jackson, 1986 ; Zastrow, 1984). Ce trouble conduit à une détérioration de la qualité des services donnés par les intervenants. Il les amène également à un manque d'empathie, de respect et de sentiments positifs à l'égard de leurs clients

(Maslach et Pines, 1977). L'épuisement professionnel affecte donc directement les attitudes des intervenants.

Les attitudes des intervenants face à l'intégration sociale jouent un rôle primordial dans la qualité des actions visant l'intégration sociale qu'ils entreprennent (Henry, et al., 1996b ; L'Abbé et Morin, 1999 ; Morency, 1990). D'ailleurs, Zelman et ses collaborateurs (1997) ainsi que Serrera et Tauiliili (1996) proposent que les attitudes négatives diminuent les chances de succès des interventions. Plus spécifiquement, Beekers (1989) met en relief que des attitudes ou des attentes négatives envers un client amènent l'intervenant à exiger moins de sa part, ce qui se répercute sur son autonomie et son intégration sociale. De plus, les résultats de Wahass et Kent (1997) démontrent que les attitudes face aux interventions et à la problématique influencent l'intégration sociale. Beekers (1989) ajoute qu'elles peuvent même compromettre des interventions dont l'efficacité est démontrée scientifiquement. À la lumière de ces conclusions, Bonin (1991) indique que des changements profonds d'attitudes sont nécessaires. Malheureusement, la formation des intervenants en ce sens a été grandement délaissée au cours de la dernière décennie (Gendreau, Cormier, Lemay et Perreault, 1995).

La quasi-totalité de ces études portant sur les attitudes des intervenants sont réalisées avec des travailleurs oeuvrant soit dans le secteur de la santé mentale, soit dans le secteur de l'enfance. Henry et ses collaborateurs (1996b) étudient bel et bien les attitudes des intervenants travaillant avec les personnes présentant une déficience intellectuelle, mais les comparent à celles des intervenants travaillant avec les personnes présentant un trouble de santé mentale ou un double diagnostic. Ils n'identifient donc pas les attitudes des intervenants oeuvrant dans le secteur de la déficience intellectuelle de façon spécifique. Aussi, il est intéressant de noter que la plupart des études suggérant que les attitudes influencent les interventions n'en désignent aucune

en particulier. Pourtant, Zelman et ses collaborateurs (1997) précisent que le fait de ne pas identifier les attitudes à améliorer annule l'effet des actions entreprises en ce sens. Des études portant de façon spécifique sur les attitudes des intervenants envers les personnes présentant une déficience intellectuelle sont donc nécessaires à l'identification de la nature et des impacts de ces dernières sur les actions visant l'intégration sociale. De telles études permettront entre autres d'améliorer la formation des intervenants et de les sensibiliser aux impacts de leurs attitudes, l'information et la formation étant deux moyens très efficaces d'influencer les attitudes et de contribuer au succès de l'intégration sociale (Chinnayya, Chandrashekar, Moily, Puttamma et al., 1990 ; Minkoff, 1987).

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La présente étude poursuit donc trois objectifs, soit l'identification des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et des liens possibles entre les caractéristiques personnelles de ces intervenants et leurs attitudes ; l'identification des actions visant l'intégration sociale entreprises par ceux-ci et la relation potentielle entre certaines caractéristiques personnelles et les actions ; et la vérification des liens existant entre les attitudes des intervenants envers l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et les actions visant l'intégration sociale de ces dernières.

CHAPITRE 2

EXPÉRIMENTATION

MÉTHODEParticipants et procédure

Avant de recruter les participants, une consultation auprès de cinq experts en déficience intellectuelle est entreprise afin d'expérimenter les deux mesures *ad hoc*, soit l'*Échelle de connaissances de l'intégration sociale* ainsi que l'*Échelle d'actions visant l'intégration sociale*. La participation de ces experts est sollicitée par l'expérimentatrice au cours d'un entretien téléphonique. Leur acceptation est suivie d'un envoi postal comprenant une lettre explicative des attentes de l'expérimentatrice (se référer à l'annexe A), les deux échelles *ad hoc* ainsi qu'une feuille blanche où il leur est demandé d'inscrire des commentaires. Suite à ces commentaires, des modifications sont apportées aux deux instruments et engendrent la version de ces deux échelles présentées aux 148 participants.

L'échantillon utilisé aux fins de cette étude est donc constitué de 148 intervenants oeuvrant dans six centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) du Québec. Les caractéristiques socio-démographiques de ces derniers sont présentées dans le tableau 1.

Afin d'être éligibles, les intervenants doivent rencontrer les critères d'inclusion suivants : (1) travailler principalement avec des personnes présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne et (2) poser des actions visant l'intégration sociale depuis au moins 6 mois.

Tableau 1

Caractéristiques des participants (N = 148)

| Caractéristiques | (%) | (%) |
|-----------------------|----------------------------|--|
| Âge | M = 43.6 É-T = 7.2 | |
| Nombre d'enfants | M = 1.6 É-T = 1.2 | |
| Sexe | Hommes 36.7 | Femmes 63.3 |
| Statut | Célibataire 13.6 | Marié / Union de fait 72.1 |
| | Séparé / Divorcé 13.6 | Veuf 0.07 |
| Scolarité | Secondaire 2.0 | universitaire 1 ^{er} cycle 72.1 |
| | Collégiale 42.9 | universitaire 2 ^e cycle 15.0 |
| Formation | Éducation spécialisée 50.7 | Adaptation Scolaire/ 2.1 |
| | BACC Service social 12.1 | Enfance inadaptée |
| | DEC Service social 2.9 | Psychoéducation/ 10.0 |
| | Soins Infirmiers 3.6 | Orthopédagogie |
| | Psychologie 10.0 | Autre 8.6 |
| Occupation | Coordonnateur 7.5 | Psychoéducateur 6.2 |
| | Éducateur spécialisé 63.7 | Conseiller en enfance 3.4 |
| | Infirmier 2.1 | inadaptée |
| | Psychologue 6.2 | Autre 1.4 |
| | Travailleur social 8.9 | |
| Expérience | Six mois 0.7 | Entre cinq et dix ans 8.2 |
| | Entre un et cinq ans 1.4 | Plus de dix ans 89.0 |
| Revenu annuel | Entre \$10 000 et 2.8 | Entre \$20 000 et 21.7 |
| | \$20 000 | \$40 000 |
| | Entre \$40 000 et 67.8 | Plus de \$60 000 4.9 |
| | \$60 000 | |
| Raisons sous-jacentes | Hasard 38.8 | Intérêt pour les per. 20.2 |
| au travail dans le | Études 7.8 | présentant une diffé- |
| domaine | Attrait du travail 1.4 | rence |
| | Désir d'aider 21.7 | Besoin de changement 0.8 |
| | Défi 3.1 | |
| Premier contact | Enfant / École 5.8 | Travail d'été 30.7 |
| | Enfant / Voisin 21.9 | Membre famille 13.1 |
| | Adolescent / École 3.6 | Milieu de travail 16.8 |
| | Adolescent / Voisin 7.3 | Adulte / Voisin 0.7 |
| Déroulement de | Bien 68.7 | Peur 6.1 |
| ce premier contact | Difficulté 7.0 | Tristesse 2.6 |
| | Choc 11.3 | Curiosité 1.7 |
| | Neutre 2.6 | |

Par la suite, les intervenants sont recrutés par le biais des responsables de recherche des CRDI participants. La collaboration de ces responsables est sollicitée au cours d'un entretien téléphonique lors duquel l'expérimentatrice expose le but, les conditions de l'étude, ainsi que le nombre de participants souhaités, soit 30 par établissement. À ce moment, l'expérimentatrice propose de rencontrer les intervenants afin de leur présenter les résultats une fois l'étude terminée.

Des sept CRDI sollicités par la voix des responsables de recherche, six ont accepté de participer à l'étude¹. Un envoi de 30 enveloppes par établissement est donc fait. Ces enveloppes contiennent une brève explication de la nature du projet, les consignes nécessaires à la passation du questionnaire, la formule de consentement ainsi que le questionnaire (se référer aux annexes B et C). Les recommandations suivantes sont faites aux participants : (1) Vérifiez que vous correspondez bien aux critères d'inclusion avant de remplir le questionnaire ; (2) Lisez attentivement les instructions accompagnant chacune des parties du questionnaire avant de répondre aux questions ; (3) Répondez à toutes les questions sans exception dans l'ordre où elles vous sont présentées ; (4) Répondez aux énoncés le plus spontanément et le plus honnêtement possible : rappelez-vous que la première idée est souvent la meilleure ; (5) Indiquez la réponse choisie de façon claire ; (6) Lorsqu'il s'agit d'encercler un chiffre, n'encerclez qu'un seul chiffre ; (7) Lorsque vous avez terminé, assurez-vous que vous avez répondu à toutes les questions ; (8) Veuillez renvoyer le questionnaire à la personne qui vous a été indiquée ou à l'aide de l'enveloppe pré-affranchie ; (9) Tentez d'éviter de parler du questionnaire ou des questions aux autres intervenants avant que tous ne l'aient rempli.

Des 180 questionnaires envoyés aux CRDI, 148 ont été retournés, ce qui constitue un taux de réponse très satisfaisant de 82,2 %. Aucun sujet ne présente de résultats extrêmes, les analyses statistiques sont donc effectuées avec la totalité des sujets. Il est à noter qu'une double saisie de l'entrée des données est également effectuée afin de minimiser le risque d'erreur.

Mesures

Questionnaire d'attitudes et d'actions visant l'intégration sociale.

En plus de la section portant sur les caractéristiques socio-démographiques recueillant entre autres des renseignements relatifs à l'âge, à l'état civil, à la formation ainsi qu'à l'occupation de façon plus approfondie de participants, ce questionnaire d'attitudes et d'actions visant l'intégration sociale comprend quatre sections.

1. Échelle de connaissances de l'intégration sociale. Cette mesure *ad hoc* de l'intégration sociale, basée sur Diller (1984 : cité dans Picard, 1988), Kebbon (1987) et le Ministère de la santé et des services sociaux (1988), évalue les connaissances générales des intervenants au sujet du processus d'intégration sociale. Une première version de l'échelle a été soumise à l'évaluation de cinq experts et a mené à cette seconde version. L'échelle est composée de 22 énoncés « vrai ou faux » (e. g., « L'intégration sociale comprend la participation active de la personne présentant une déficience intellectuelle dans les décisions la concernant ») compilés afin d'obtenir un pourcentage de succès. L'alpha de Cronbach relié à cette échelle s'avère acceptable ($\alpha .55$).

¹ Je tiens d'ailleurs à remercier ces six CRDI, soit le CRDI La Triade, les Services Barbara-Rourke, le Centre Hospitalier de Charlevoix, les services Butters-Savoie et Horizon, le CRDI du Sud-Ouest et le Renfort et tout particulièrement le CRDI Chaudière-Appalaches.

2. Échelle d'attitudes envers la vie en communauté, version déficience intellectuelle

(Henry, Keys, Jopp, & Balcazar, 1996a). Les attitudes des intervenants sont évaluées à l'aide de la version francophone du *Community Living Attitudes Scale, Mental Retardation Form* (CLAS-MR : Henry, et al., 1996a). Cette échelle comporte quatre catégories d'attitudes. D'abord, l'appropriation (13 items) fait référence aux croyances reliées au manque d'habiletés des personnes présentant une déficience intellectuelle à exercer des choix par rapport à leur vie. Ensuite, l'exclusion (8 items) reflète l'idée d'exclure les personnes présentant une déficience intellectuelle de la communauté. De plus, la prise en charge (7 items) réfère aux croyances à propos du besoin de ces personnes à être protégées des dangers reliés à la vie en communauté. Enfin, la similarité (12 items) reflète l'idée que les personnes présentant une déficience intellectuelle partagent la même humanité que les autres. Chacun des items est coté selon une échelle de type Likert de six points allant de « Fortement en désaccord » (1) à « Fortement en accord » (6). Les études psychométriques effectuées sur l'instrument anglophone révèlent une bonne cohérence interne, l'alpha de Cronbach relié à l'échelle étant de .70. Les alphas de Cronbach liés aux sous-échelles s'avèrent tout aussi satisfaisants : ils se situent à .67 pour la sous-échelle appropriation, à .72 pour la sous-échelle prise en charge, à .85 pour la sous-échelle d'exclusion et à .79 pour la sous-échelle de similarité. Les études psychométriques indiquent également qu'il n'y a aucun chevauchement entre le contenu des items. Les mesures reliées à la fidélité test re-test révèlent que chacune des sous-échelles demeurent stables, les coefficients de Pearson variant de .70 à .75. Finalement, la mesure n'est pas sensible à la désirabilité sociale. La version francophone, réalisée aux fins de la présente étude, est rétro-traduite afin d'assurer l'intégrité des questions. Il est à noter que la présente recherche additionne les quatre sous-échelles du CLAS-MR afin de constituer un indice unique d'attitudes. À cette fin, la sous-échelle similarité est inversée.

3. Échelle d'actions visant l'intégration sociale. Les actions visant l'intégration sociale appliquées par les intervenants sont évaluées à l'aide d'une échelle *ad hoc* construite à partir des écrits de Diller (1984 : cité dans Picard, 1988), de Kebbon (1987), et du Ministère de la santé et des services sociaux (1988). Une première version fut l'objet de l'évaluation de 5 experts et a mené à cette version. L'échelle comprend 46 items cotés en pourcentage suivant la consigne « Indiquez dans quel pourcentage vous appliquez les actions suivantes avec vos clients présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne ». L'alpha de Cronbach relié à cette échelle est de .95. Elle se divise en cinq sous-échelles selon le type d'intégration, soit l'intégration physique (11 items) (e. g., « Je m'assure que mes clients aient une hygiène personnelle adéquate. »), l'intégration fonctionnelle (10 items) (e. g., « Je favorise le développement des aptitudes de mes clients à utiliser seuls les magasins, les épiceries, etc. »), l'intégration relationnelle (10 items) (e. g., « J'interviens lorsque mes clients ne sont pas respectés, de façon répétée, dans une de leurs relations. »), l'intégration sociétale (10 items) (e. g., « J'encourage l'implication de mes clients dans les organisations et les associations qui les intéressent. ») et la préparation de la communauté (5 items) (« Je m'assure que les milieux de travail ou scolaire « réguliers » soient préparés à accueillir mes clients. »). Les alphas de Cronbach reliés aux sous-échelles varient quant à eux entre .84 et .96.

4. Inventaire d'épuisement professionnel (Maslach et Jackson, 1981). L'épuisement professionnel est mesuré à l'aide de l'*Inventaire d'épuisement professionnel* de Maslach et Jackson (1981). Cet inventaire comporte 22 items évalués selon une échelle de type Likert de 7 points allant de « Jamais » (0) à « Chaque jour » (6). Ces items sont regroupés sous trois dimensions, soit l'épuisement professionnel (12 items), la dépersonnalisation (17 items) et l'accomplissement

personnel au travail (15 items). La validation de la traduction de l'instrument, effectuée par Dion et Tessier (1994), suggère des qualités psychométriques non significativement différentes de la validation de l'instrument initial. La consistance interne des trois sous-échelles est satisfaisante, les alphas de Cronbach se situant entre .71 et .90. En ce qui a trait à la fidélité test-retest après une année, les coefficients de Pearson varient entre .46 et .56. Enfin, la mesure n'est pas sensible à la désirabilité sociale. Dans le cadre de cette étude, les sous-échelles sont additionnées afin de constituer un indice unique d'épuisement professionnel. La sous-échelle « acceptation » est donc inversée.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

D'abord, les caractéristiques des participants sont présentées. Ensuite, les analyses visant à s'assurer de la normalité des distributions et de l'homogénéité des variances des variables sont exposées. Les portraits des attitudes et des actions des participants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et le lien possible entre les caractéristiques personnelles des intervenants et ces deux variables sont également proposés. Enfin, la relation entre ces deux dernières variables est étudiée.

Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants sont tout d'abord étudiées afin de dresser un portrait des intervenants oeuvrant en déficience intellectuelle au Québec, et afin de s'assurer de la représentativité de l'échantillon. Celles-ci sont exposées au tableau 1 présenté au chapitre 2. L'échantillon se compose en grande partie des femmes (63.3%). Qui plus est, les participants ont en moyenne 43,3 ans ($M = 43.6$, $É-T = 7.2$), ce qui explique qu'ils cumulent en grande majorité plus de dix ans d'expérience dans le secteur de la déficience intellectuelle (89.0%). Les participants ont pour la plupart terminé leurs études universitaires (72.1%), mais travaillent majoritairement comme éducateur spécialisé (63.7%). De façon étonnante, il est possible de remarquer que le hasard a amené 38.8% des participants à travailler avec les personnes présentant une déficience intellectuelle, alors que 21,7% des participants furent motivés par leur désir d'aider. La plupart des participants ont également établi leur premier contact avec les personnes présentant

une déficience intellectuelle lors d'un emploi d'été (30.7%) ou lors de rencontres avec des voisins lorsqu'ils étaient enfants (21.9%), contact qui s'est bien déroulé de façon générale (68.7%). Les fréquences associées aux variables socio-démographiques semblent donc révéler une bonne représentativité de l'échantillon à la population d'intervenants oeuvrant dans le secteur de la déficience intellectuelle.

Vérification des postulats de base requis pour les analyses

Afin de s'assurer de la conformité des données à l'étude, les normalités de distribution ainsi que l'homogénéité des variances sont vérifiées pour les variables dépendantes, soit les attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle, les actions entreprises visant l'intégration sociale, ainsi que les sous-échelles respectives de ces deux variables. Aussi, les postulats de base sont également examinés pour *l'Échelle de connaissances de l'intégration sociale*, compte tenu l'absence de qualité psychométrique lui étant reconnue. Cette dernière respecte les postulats de base. Il en est de même pour la mesure globale d'attitudes et des sous-échelles « appropriation » et « prise en charge ». Toutefois, les distributions des sous-échelles « similitude » et « exclusion » comportent quelques comportements moins fréquents donnant lieu à des distributions présentant des asymétries positives modérées. Une transformation par la racine carrée est donc opérée sur ces données selon la procédure décrite par Tabachnick et Fidell (1989). Suite à cette transformation, les données retrouvent une courbe normale. De plus, les données relatives aux actions visant l'intégration sociale et aux sous-échelles s'y rapportant présentent toutes des asymétries négatives modérées, mise à part la sous-échelle « préparation de la communauté ». Les transformations rapportées pour les sous-échelles « similitude » et « exclusion » sont donc effectuées et engendrent des courbes normales

pour toutes les données. Les analyses subséquentes sont donc réalisées à partir des données transformées.

Profil des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et des caractéristiques personnelles reliées à ces attitudes

Le premier objectif de cette étude s'avère l'identification des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et de la relation possible entre les caractéristiques personnelles de ces intervenants et leurs attitudes. Des analyses descriptives sont donc effectuées afin de tracer le portrait de ces attitudes. Les résultats de ces analyses démontrent que l'ensemble des intervenants rapporte tenir des attitudes favorables envers les personnes présentant une déficience intellectuelle ($M = 4.33$, $\acute{E}-T = .29$). De façon plus spécifique, les attitudes reliées à la similitude s'avèrent celles possédant la plus faible moyenne ($M = 5.23$, $\acute{E}-T = .57$). Les intervenants entretiennent donc fortement l'idée que les personnes présentant une déficience intellectuelle partagent la même humanité que les autres. Les attitudes reliées à l'appropriation présentent quant à elles une moyenne de 4.25 ($\acute{E}-T = .59$), celles associées à la prise en charge possèdent une moyenne de 3.16 ($\acute{E}-T = .85$), alors que celles reliées à l'exclusion ont une moyenne de 1.96 ($\acute{E}-T = .41$), reflétant ainsi la faible croyance des intervenants en la nécessité d'exclure les personnes présentant une déficience intellectuelle de la vie communautaire.

De plus, une matrice de corrélations est construite afin de vérifier les liens existant entre les attitudes, variables socio-démographiques et les caractéristiques personnelles des intervenants (se référer au tableau 2). Les résultats de ces analyses indiquent une corrélation positive significative entre les attitudes et la présence ou l'absence de formation (FOR, $r = .17$, $p < .03$). La présence ou l'absence de formation reliée à l'emploi constitue donc un facteur relié aux attitudes

des intervenants face à l'intégration sociale. Une corrélation négative significative est également constatée entre les attitudes et les connaissances de l'intégration sociale (CON, $r = -.21$, $p < .01$) (se référer au tableau 3). Les attitudes des intervenants face aux personnes présentant une déficience intellectuelle et à leur intégration sociale sont donc faiblement reliées aux connaissances de l'intégration sociale.

Tableau 2

Matrice de corrélations pour les variables socio-démographiques et les caractéristiques personnelles

| Mesure | INT | ATT | AGE | SEX | SCO | FOR | OCC | RAI | EXP | CON | DER |
|--------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| INT | 1.00 | 0.01 | 0.06 | 0.11 | 0.17* | -0.14 | 0.10 | 0.05 | 0.30* | 0.00 | 0.14 |
| ATT | 1.00 | 1.00 | -0.02 | -0.03 | 0.10 | 0.17* | .014 | -0.13 | 0.01 | -0.15 | -0.07 |
| AGE | | | 1.00 | 0.29* | 0.00 | 0.23* | -0.09 | -0.10 | 0.35* | 0.13 | 0.08 |
| SEX | | | | 1.00 | 0.01 | 0.18* | -0.09 | -0.11 | 0.18* | 0.04 | 0.04 |
| SCO | | | | | 1.00 | 0.23* | 0.46* | 0.14 | -0.06 | -0.05 | 0.01 |
| FOR | | | | | | 1.00 | 0.05 | -0.25* | 0.03 | 0.04 | 0.03 |
| OCC | | | | | | | 1.00 | -0.10 | 0.20* | 0.08 | 0.08 |
| RAI | | | | | | | | 1.00 | -0.10 | 0.02 | -0.09 |
| EXP | | | | | | | | | 1.00 | 0.02 | 0.02 |
| CON | | | | | | | | | | 1.00 | 0.23* |
| DER | | | | | | | | | | | 1.00 |

Note : * $p < .05$

INT : actions visant l'intégration sociale
 ATT : attitudes face à l'intégration sociale
 SEX : sexe
 SCO : scolarité
 FOR : formation

OCC : occupation
 RAI : raisons sous-jacentes à OCC
 EXP : expérience de travail
 CON : 1^{er} contact
 DER : déroulement 1^{er} contact

Tableau 3

Matrice de corrélations pour les variables principales

| Mesure | CON | ATT | BUR | INT | PHY | FON | REL | SOC | PCO | APP | EXC | PRI | SIM |
|--------|------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|
| CON | 1.00 | -0.21* | 0.23* | 0.08 | 0.11 | 0.03 | 0.03 | 0.11 | -0.05 | 0.29* | -0.26 | -0.23* | -0.24* |
| ATT | | 1.00 | -0.15 | 0.01 | 0.02 | 0.04 | -0.00 | -0.01 | 0.09 | 0.62* | 0.55* | 0.24* | 0.50* |
| BUR | | | 1.00 | -0.18* | -0.15 | -0.20* | -0.26* | -0.24* | 0.08 | 0.01 | -0.17* | -0.05 | -0.16 |
| INT | | | | 1.00 | 0.89* | 0.86* | 0.87* | 0.85* | -0.74* | -0.03 | 0.01 | -0.01 | 0.01 |
| PHY | | | | | 1.00 | 0.74* | 0.69* | 0.67* | -0.59* | -0.05 | -0.03 | -0.01 | 0.03 |
| FON | | | | | | 1.00 | 0.73* | 0.69* | -0.54* | -0.08 | 0.06 | 0.07 | 0.09 |
| REL | | | | | | | 1.00 | 0.81* | -0.67* | -0.02 | 0.03 | -0.02 | -0.04 |
| SOC | | | | | | | | 1.00 | -0.64 | -0.03 | -0.04 | -0.05 | -0.05 |
| PCO | | | | | | | | | 1.00 | -0.10 | 0.03 | 0.05 | 0.18* |
| APP | | | | | | | | | | 1.00 | -0.38* | -0.37* | -0.49* |
| EXC | | | | | | | | | | | 1.00 | 0.23* | 0.36* |
| PRI | | | | | | | | | | | | 1.00 | 0.46* |
| SIM | | | | | | | | | | | | | 1.00 |

Note : * p. < .05

CON : connaissance générale de l'intégration sociale

ATT : attitudes face à l'intégration sociale

BUR : épuisement professionnel

INT : intégration sociale

PHY : intégration physique

FON : intégration fonctionnelle

REL : intégration relationnelle

FON : intégration fonctionnelle

REL : intégration relationnelle

SOC : intégration sociétale

PCO : préparation de la communauté

APP : appropriation

EXC : exclusion

PRI : prise en charge

SIM : similitude

Afin de documenter cette relation, une régression simple est effectuée. Suite à celle-ci, il appert que les connaissances des intervenants de l'intégration sociale prédisent de façon significative leurs attitudes ($F(1, 146) = 9,18, p < .01$) et expliquent 5,9% de la variance ($R^2 = .059$) (se référer au tableau 4).

Tableau 4

Régression simple : Contribution des connaissances générales sur l'intégration sociale aux attitudes des intervenants face à l'intégration sociale (N = 146)

| Variable | R ² | B | SE B |
|---------------|----------------|-------|-------|
| Connaissances | 0.059 | 0.007 | 0.002 |

Note : B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression

Profil des actions visant l'intégration sociale entreprises par les intervenants et de la relation entre ces actions et leurs caractéristiques personnelles

Le second objectif de la présente étude s'avère l'identification des actions visant l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle entreprises par les intervenants. Des analyses descriptives sont tout d'abord effectuées afin de dresser un profil de ces actions. Le tableau 5 illustre les fréquences auxquelles les actions utilisées par les participants sont rapportées.

Les résultats des analyses indiquent qu'elles représentent une forte moyenne du travail des intervenants ($M = 71,02\%$, $\acute{E}-T = 18,55$). Plus particulièrement, ceux-ci rapportent émettre des actions visant l'intégration physique à 70.11% en moyenne ($\acute{E}-T = 24,89$), des actions visant l'intégration fonctionnelle à 71.24% ($M = 71,24$, $\acute{E}-T = 23,43$), des actions visant l'intégration relationnelle à 75.05% en moyenne ($\acute{E}-T = 17,00$), des actions visant l'intégration sociétale à 74.10% ($M = 74,10$, $\acute{E}-T = 28,85$), ce qui indique que la majorité des personnes présentant une déficience intellectuelle profitent de ces actions visant l'intégration sociale. Enfin, des actions

visant la préparation de la communauté sont entreprises chez plus de la moitié des personnes présentant une déficience intellectuelle ($M = 58.11$, $\acute{E}-T = 20.86$). Cette dernière s'avère le type d'intégration le moins corrélé à l'échelle globale d'intégration sociale (PCO, $r = .74$, $p < .0001$) (se référer au tableau 3 exposé dans la section « Profil des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle » présenté dans le présent chapitre).

Des corrélations sont également effectuées afin de vérifier l'existence de liens entre les actions visant l'intégration sociale, les variables socio-démographiques et les caractéristiques personnelles des intervenants (se référer au tableau 2 présenté dans la section « Profil des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle » du présent chapitre). Les actions s'avèrent positivement corrélées avec la scolarité (SCO, $r = .17$, $p < .04$). Il existe donc une faible relation entre les actions visant l'intégration sociale et le nombre d'années de formation. Une corrélation est également observée avec l'expérience de travail (EXP, $r = .30$, $p < .0003$) (se référer au tableau 2 présenté dans la section « Profil des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle » du présent chapitre). Dans le but de spécifier les liens existants entre ces deux variables et les actions visant l'intégration sociale, des analyses de variance sont effectuées. Une correction du niveau alpha selon la procédure de Bonferroni est appliquée (alpha afin de minimiser le risque d'erreur de type 1 $(.05/2) = .025$). La seule différence significative décelée se situe au niveau des années d'expérience: les gens ayant plus de dix ans d'expérience semblent poser significativement plus d'actions visant l'intégration sociale que les intervenants ayant moins de dix ans d'expérience ($F(1, 141) = 5.71$, $p < .0003$) (se référer au tableau 6).

Tableau 5

Fréquences des actions visant l'intégration sociale utilisées par les participants (N = 148)

| Type d'intégration | Item le moins rapporté | M (%) | Item le plus rapporté | M (%) |
|------------------------------|------------------------|-------|-----------------------|-------|
| Physique | 01 | 33.6 | 09 | 80.3 |
| Fonctionnelle | 03 | 25.9 | 36 | 72.4 |
| Relationnelle | 24 | 29.5 | 11 | 85.8 |
| Sociétale | 13 | 42.7 | 10 | 85.1 |
| Préparation de la communauté | 30 | 26.4 | 15 | 61.7 |

Note : Se référer à l'annexe C afin de connaître la nature des items.

Tableau 6

Analyse de variance : Intégration sociale en fonction de l'expérience de travail

| Source | dl | SC | MC | F | Pr > F |
|------------------|-----|--------|-------|------|--------|
| Effet expérience | 4 | 51.70 | 12.92 | 5.71 | 0.003 |
| Erreur | 141 | 319.05 | 2.26 | | |
| Total | 145 | 370.75 | | | |

Une seconde matrice de corrélations est construite afin d'examiner les liens possibles entre les variables principales. Les résultats révèlent une seule corrélation significative, soit entre

les actions visant l'intégration sociale et l'épuisement professionnel (BUR, $r = -.18$, $p < .002$) (se référer au tableau 3 présenté dans la section « Profil des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle » du présent chapitre). Afin de cerner la contribution de l'épuisement professionnel à l'intégration sociale, une régression simple est effectuée. Celle-ci révèle que l'épuisement professionnel prédit significativement les actions visant l'intégration sociale ($F(1, 145) = 5.06$, $p < .03$) et explique 3.4% de la variance ($R^2 = .034$) (se référer au tableau 7). Cette régression illustre donc que les personnes présentant des signes d'épuisement professionnel posent significativement moins d'actions visant l'intégration sociale.

Tableau 7

Régression simple : Contribution de l'épuisement professionnel aux actions visant l'intégration sociale (N = 147)

| Variable | R ² | <u>B</u> | SE B |
|--------------------------|----------------|----------|-------|
| Épuisement professionnel | 0.034 | -0.02 | 0.009 |

Note : B : Coefficient de régression
SE B : Coefficient d'erreur standard de régression

Relation entre les attitudes des intervenants et les actions visant l'intégration sociale

Le dernier objectif de la présente étude cherche à établir l'apport des attitudes des intervenants aux actions visant l'intégration sociale. À cette fin, une régression multiple, *modèle stepwise*, est employée. Les mesures reliées aux variables principales, soit les connaissances de l'intégration sociale, l'épuisement professionnel ainsi que l'expérience de travail, sont incluses

dans la régression afin d'exercer un contrôle de l'erreur. Les résultats démontrent que le modèle prédit de façon significative l'intégration sociale ($F(2, 142) = 10.29, p < .0001$). Plus encore, le modèle explique 12.65% de la variance associée aux actions visant l'intégration sociale ($R^2 = .13$), l'apport de l'expérience se situant à 8.8% ($R^2 = .088$) et celui de l'épuisement professionnel à 3.4% ($R^2 = .034$). Toutefois, l'apport des attitudes n'atteint pas un niveau de signification suffisant pour être inclus dans la régression (se référer au tableau 8). Ainsi, les attitudes ne prédisent en rien les actions visant l'intégration sociale.

Tableau 8

Régression multiple, modèle stepwise : Contribution des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale aux actions visant l'intégration sociale.

| Variables | ΔR^2 | B | SE B | β |
|---------------------------------------|--------------|-------|------|---------|
| Expérience ^a | 0.088 | 0.98 | 0.29 | 0.27*** |
| Épuisement professionnel ^b | 0.034 | -0.02 | 0.01 | -0.20** |

Note. ΔR^2 : Augmentation du R^2

B : Coefficient de régression

SE B : Coefficient d'erreur standard de régression

β : Coefficient de régression standardisé

a 1, 143 dl

**p < .01

b 2, 142 dl

*** p < .001

Afin de documenter ce résultat inattendu, une nouvelle variable globale d'attitudes est créée selon le degré d'ouverture exprimée. La médiane des moyennes obtenues ($Mdn = 4.73$) scinde la nouvelle variable en attitudes plus favorables et moins favorables ($Mdn > 4.73$) : les attitudes moins favorables reflétant peu d'ouverture face aux personnes présentant une déficience

intellectuelle et à leur intégration sociale, alors que les attitudes favorables ($Mdn \leq 4.73$) traduisent une grande ouverture face aux personnes présentant une déficience intellectuelle et à leur intégration sociale. Afin de vérifier la présence d'une différence significative entre l'intégration sociale et cette nouvelle variable, un test t est utilisé selon la procédure décrite par Howell (1992). Cette fois, une différence surgit. En effet, bien que les moyennes des deux types d'attitudes ne soient pas significativement différentes ($t(146) = 1.87, p. < .07$), les variances le sont ($F(126, 20) = 2.33, p. < .04$) (se référer au tableau 9). Les personnes exprimant des attitudes moins favorables aux personnes présentant une déficience intellectuelle à leur intégration sociale sont celles pour lesquelles le pourcentage d'actions entrepris est le plus étendu.

Tableau 9

Test t : Attitudes des intervenants face à l'intégration sociale et des actions visant l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle (N = 148).

| ATTITUDE | N | M | É-T | SE | dl | F | Pr > F | Min | Max |
|--------------|-----|------|------|------|-----|------|--------|------|-------|
| - favorables | 127 | 5.34 | 1.64 | 0.15 | 126 | 2.33 | 0.03 | 1.41 | 10.04 |
| + favorables | 21 | 4.64 | 1.08 | 0.24 | 20 | | | 3.18 | 7.48 |

Note. SE : Erreur standard de régression
 Min : Moyenne minimum
 Max : Moyenne maximum

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Cette étude poursuit trois buts, soit l'identification des attitudes des intervenants face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et des liens possibles entre les caractéristiques personnelles de ces intervenants et leurs attitudes ; l'identification des actions visant l'intégration sociale entreprises par ceux-ci et la relation potentielle entre certaines caractéristiques personnelles et les actions ; et la vérification des lien existant entre les attitudes des intervenants envers l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et les actions visant l'intégration sociale de ces dernières.

D'abord, les résultats reliés au premier objectif sont rassurants. En effet, les intervenants présentent de façon générale des attitudes favorables à l'intégration sociale, témoignant ainsi de leur grande ouverture face aux personnes présentant une déficience intellectuelle et à leur intégration sociale. À la lumière de ces résultats, il est possible d'affirmer que la situation des attitudes exprimées par les intervenants oeuvrant dans le secteur de la déficience intellectuelle au Québec est loin d'être alarmante. Cette affirmation contraste avec les propos de Bonin (1991) qui soutient que de profonds changements d'attitudes s'imposent. La présente étude identifie toutefois certaines variables compromettant cette grande ouverture. En effet, les résultats de la présente recherche établissent une relation entre les attitudes et la présence ou l'absence de formation reliée à l'emploi. Cette relation est corroborée par l'apport des connaissances générales de l'intégration sociale sur les attitudes des intervenants. Il est donc possible de supposer que la formation reliée à l'emploi augmente les connaissances de l'intégration sociale qui, à leur tour,

augmentent les attitudes favorables. Cette hypothèse rejoint les propos de Chinnayya et ses collaborateurs (1990) ainsi que ceux de Minkoff (1987), à l'effet que l'information et la formation des intervenants soient deux moyens très efficaces d'influencer les attitudes et de contribuer au succès de l'intégration sociale.

Malheureusement, la présente étude ne réussit pas à identifier les attitudes spécifiques nécessitant une intervention. Elle arrive tout de même à identifier l'absence de relation entre certaines variables personnelles immuables comme le sexe ou l'âge et les attitudes. Ces résultats permettent d'aller de l'avant avec les formations visant l'amélioration des attitudes des intervenants oeuvrant auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle sans s'inquiéter d'être mis en échec par des variables incontrôlables.

Le second objectif de l'étude cherche à dresser un profil des actions entreprises par les intervenants visant l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle. Ici encore, les résultats sont encourageants. En effet, les intervenants rapportent entreprendre des actions visant l'intégration sociale avec une grande majorité de leurs clients. Il en est de même pour quatre des cinq types d'intégration sociale. Plus spécifiquement, plus du deux-tiers des personnes présentant une déficience intellectuelle bénéficient du travail des intervenants quant à leur intégration physique. Ils peuvent donc s'attendre à avoir des conditions physiques nécessaires à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux (Kebbon, 1987). Les intervenants favorisent particulièrement le sentiment d'appartenance de leurs clients à leur milieu résidentiel. Cet emphase reflète d'ailleurs l'accent mis par la littérature à l'intégration résidentielle (e. g., Lowe et DePaiva, 1991; Chiochio et al., 1996) ainsi que la priorité que doit avoir la recherche d'une résidence dans le processus d'intégration sociale (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). Toutefois, ils rapportent une faible tendance à habiliter leurs clients à gérer leur argent.

Cette observation explique le constat de Picard (1988) à l'effet que les personnes présentant une déficience intellectuelle manquent d'aptitudes lors d'activités nécessitant la manipulation de l'argent.

De même, la plupart des personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent espérer une intégration fonctionnelle optimale, soit la possibilité d'utiliser les services et les installations publics (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). Ainsi, les intervenants semblent accorder beaucoup d'importance aux connaissances des personnes présentant une déficience intellectuelle de leurs coordonnées. Cette emphase engendre l'augmentation de l'autonomie des personnes présentant une déficience intellectuelle sortant seuls et contribuent à l'intégration sociale de façon générale (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988), en plus d'augmenter leur sécurité. Par contre, les intervenants semblent peu soucieux de l'amélioration des capacités de communication de leurs clients qui ne parlent pas avec les étrangers. Ce manque probant d'habiletés à la communication ne favorise malheureusement ni la participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle, ni le nombre de contact avec les personnes ne présentant pas de déficience intellectuelle, dressant ainsi une barrière importante à l'intégration sociale (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). Les conclusions relatives à l'intégration fonctionnelle dans son ensemble indiquent également que l'état de la littérature au sujet de l'intégration fonctionnelle ne reflète pas la réalité, comme le laissait supposer le présent contexte théorique. Ce constat s'avère heureux car, comme le mentionne Picard (1988), l'absence d'une seule des facettes de l'intégration fonctionnelle risque de mettre en échec le processus d'intégration sociale dans son entier.

Aussi, le trois-quart des personnes présentant une déficience intellectuelle profitent des efforts de leurs intervenants quant à leur intégration relationnelle. Ceux-ci interviennent donc

dans le but de donner l'opportunité à leurs clients d'avoir des contacts sociaux réguliers et spontanés ainsi que l'occasion de se percevoir et d'être perçus par les autres comme faisant partie du contexte social (Kebbon, 1987). Les intervenants rapportent intervenir de façon importante lorsque leurs clients émettent des comportements inacceptables dans des contextes sociaux. Par contre, ils mettent peu d'emphasis sur les relations établies entre leurs clients et leurs voisins, n'insistant encore que de façon minime sur la promotion des contacts interpersonnels avec les personnes ne présentant pas de déficience intellectuelle, rendant ainsi l'intégration sociale « déficiente » (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988).

De plus, les intervenants entreprennent des actions visant l'intégration sociétale chez la majorité de leurs clients. Ils interviennent donc dans le but de permettre à leurs clients de bénéficier d'une éducation, d'un travail, de responsabilités et d'une implication à des organisations et associations (Kebbon, 1987). Aussi, il semble que les personnes présentant une déficience intellectuelle soient particulièrement consultées et respectées quant à leurs choix d'activités. Cependant, à peine plus de la moitié de ceux-ci bénéficient d'interventions visant l'occupation du temps lors des périodes de loisirs, ce qui peut facilement mettre en péril l'intégration scolaire et professionnelle. En effet, les moments peu structurés sont propices aux manifestations de comportements inappropriés. Ceux-ci, faisant partie des raisons rendant les employeurs réfractaires à l'embauche des personnes présentant une déficience intellectuelle (Bourassa, 1994), mettent en péril l'intégration sociale (Madgrin et Foucher, 1989). Cette constatation appuie donc plusieurs auteurs affirmant qu'une meilleure préparation au travail contribuerait entre autres à la diminution des comportements inappropriés et à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle (Brolin, 1989 ; Salzberg et al., 1988).

Enfin, la présente étude constate que la préparation de la communauté est prise en charge par les intervenants chez seulement la moitié de leurs clients. Les membres de la communauté reçoivent donc peu d'information au sujet des personnes présentant une déficience intellectuelle et sont peu préparés à interagir, accueillir et accepter ces personnes. Cette conclusion s'avère malheureuse puisqu'il est démontré que les attitudes de la communauté sont améliorées lorsque ses membres sont mieux informés (Ionescu et Despins, 1990). Dans le même ordre d'idées, des rencontres avec les membres de la communauté ne sont faites que pour un quart des personnes présentant une déficience intellectuelle. Il n'est donc pas surprenant que la communauté soit peu réceptive à la venue des personnes présentant une déficience intellectuelle dans leur milieu (Garant, 1985 ; Lavoie-Roux, 1986). Il est à souhaiter que le nombre d'interventions soit suffisant pour assurer une sensibilisation et un sentiment de responsabilité de la communauté face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle afin qu'elle ne soit pas compromise (Garant, 1985 ; Ionescu et al., 1993 ; Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). D'ailleurs, il serait particulièrement pertinent que de prochaines études s'intéressent à la préparation de la communauté, car il semble que beaucoup de lacunes s'y rapportant se reflètent dans les autres facettes de l'intégration sociale.

Suite à ces constats, il est possible d'affirmer que l'intégration sociale au Québec se porte bien. Il est permis de présumer que les personnes présentant une déficience intellectuelle sont bien appuyées et ce, pour toutes les facettes de l'intégration sociale, bien que des efforts doivent être faits au niveau de la préparation de la communauté. Étant donné que les actions visant l'intégration sociale semblent bien employées, il est important que des études ultérieures s'assurent de leur efficacité à atteindre le but ultime de l'intégration sociale, soit l'amélioration

de la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle (Dattilo et Schleien, 1994 ; Eliason, 1998).

Qui plus est, la présente étude identifie des relations intéressantes entre les actions entreprises par les intervenants visant l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et les variables socio-démographiques. En effet, les résultats démontrent que l'intégration sociale est reliée à la scolarité, c'est-à-dire au niveau de formation atteint (secondaire, collégial, universitaire premier et deuxième cycle). Cette relation se compare aisément à celle établie entre les attitudes et la présence ou l'absence de formation reliée à l'occupation. À la lumière de ces deux conclusions, il serait intéressant que les études ultérieures explorent dans le détail ces relations. Les résultats de ces études permettraient de guider les formateurs dans leur choix de programmes et la façon de les présenter, d'autant plus qu'aucune relation n'est observée entre le type de formations reçu (e.g, éducation spécialisée versus travail social) et les attitudes ou les actions visant l'intégration sociale. Les actions visant l'intégration sociale sont également reliées significativement aux années d'expériences. Ce constat reflète l'adéquacité des interventions suivant les années d'expérience, faisant mentir le préjugé relatif au manque de motivation des intervenants plus expérimentés.

Enfin, la prédiction des actions visant l'intégration sociale par l'épuisement professionnel inquiète. Bien que légère, la relation entre l'épuisement professionnel et les actions posées pour l'intégration sociale montre qu'il est important que les responsables d'établissements ouvrent l'œil. En effet, cela traduit la diminution de la qualité des services suite au malaise des intervenants. Cette situation compréhensible met en jeu la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle et risque de créer un cercle vicieux, les intervenants aggravant leur état en prenant conscience de la diminution de leur efficacité.

Le dernier objectif de la présente étude vise à établir un lien entre les attitudes et les actions visant l'intégration sociale. Aucun lien ne semble être présent entre le continuum des attitudes (de peu favorables vers plus favorables) et les actions visant l'intégration sociale. Par contre, lorsque les attitudes sont divisées selon leur degré d'ouverture (attitudes peu favorables versus attitudes favorables), un lien se dessine. Cette division rejoint les études portant sur les attitudes des intervenants. En effet, elles tentent en grande majorité de cerner les liens potentiels entre les attitudes positives et négatives et les interventions (e. g., Beeckers, 1989 ; Wahass et Kent, 1997). La présente étude démontre donc l'existence d'un lien clair entre les attitudes et les actions visant l'intégration sociale, lien se concrétisant par une différence non-négligeable de l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle selon le type d'attitudes entretenues par les intervenants. Ces résultats appuient ceux de Zelman et ses collaborateurs (1997), Shera et Tauiliili (1996) et Beekers (1989) proposant que les attitudes négatives compromettent les chances de succès des interventions de façon générale. Ils rejoignent également les propos de Henry et ses collaborateurs (1996b), de Morency (1990) et de Wahass et Kent (1997) à l'effet que les attitudes affectent directement l'intégration sociale.

En résumé, il est possible d'alléguer que les attitudes des intervenants face à l'intégration sociale de leurs clients sont reliées aux actions visant l'intégration sociale. Étant donné la situation encourageante de ces deux variables au Québec, il serait facile de statuer qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre l'amélioration des interventions visant l'amélioration des attitudes et des actions visant l'intégration sociale. Toutefois, il est primordial de garder à l'esprit l'influence des attitudes négatives sur les actions visant l'intégration sociale. Il est donc important de donner suite à cette étude en identifiant les moyens nécessaires à la modification de ces attitudes particulières. En fait, il semble que la formation soit le moyen le plus propice d'atteindre un

accroissement des attitudes positives. De plus, les études à venir ont avantage à préciser la nature des attitudes à travailler afin de cibler de façon plus spécifique les aspects nécessitant une formation. Elles permettraient ainsi de contrer l'annulation des effets de la formation par un manque de précision dans l'identification des attitudes à améliorer, comme le prétendent Zelman et ses collaborateurs (1997).

Afin de tempérer l'interprétation de ces conclusions, quelques limites doivent être considérées. D'abord, l'étude, en raison de son cadre, ne comporte pas de mesure objective des actions visant l'intégration sociale. Ensuite, la mesure *ad hoc* des actions visant l'intégration sociale ne comporte aucune étude psychométrique exhaustive. Le manque probable de sensibilité de cette mesure à la désirabilité sociale risque d'augmenter l'erreur compte tenu du fait que plusieurs établissements ont recueilli eux-mêmes les enveloppes scellées. Aussi, les moyennes reliées aux attitudes sont additionnées afin de former un score total, ce qui n'a pas été prévu par les concepteurs de l'instrument. Enfin, aucune correction du niveau alpha n'est effectuée dans le cadre des corrélations, étant donné leur visée exploratoire.

Outre ces points à améliorer, la présente étude comporte plusieurs points forts. En effet, la représentativité de l'échantillon, de par sa taille et sa composition, lui accorde une crédibilité certaine. De plus, cette étude s'avère particulièrement intéressante lorsque ses multiples innovations sont considérées. D'abord, la construction d'une mesure de connaissances générales de l'intégration sociale et d'une mesure des actions visant l'intégration sociale constitue un pas en avant permettant de mesurer de façon pratique les connaissances et les agissements des intervenants et ce, afin de mieux les outiller ou de corroborer leur efficacité. Aussi, la cohérence interne de l'échelle d'actions visant l'intégration sociale lui assure un avenir intéressant. Ensuite, la tentative d'établissement du lien entre les attitudes et l'intégration sociale chez les intervenants

oeuvrant auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle permet de répondre aux besoins de connaissances des impacts des attitudes dans le domaine de la déficience intellectuelle en particulier.

Il est à souhaiter que cette réponse permette la poursuite des recherches dans le domaine, afin d'optimiser la formation et le support des intervenants dans le but ultime d'améliorer leur qualité de vie au travail et la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Association américaine de psychiatrie. (1996). American Psychiatric Association and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (4^e édition). Washington, DC.

Association américaine sur le retard mental. (1994). Retard mental : Définition, classification et système de soutien. (9^e édition). Maloyne.

Beeckers, J. (1989). Quand Pygmalion s'en même... Revue de psychologie appliquée, 39(2), 101-118.

Biller, E. F. (1985). Understanding and guiding the career development of adolescents and young adults with learning disabilities. Springfield, IL. : Charles C. Thomas Publisher.

Blanchet, A. (1980). L'arriération mentale. Dans P. Lalonde (Éd.) Psychiatrie clinique : Approche contemporaine. (257-305). Montréal : Gaetan Morin Édition

Block, M. E. & Malloy, M. (1998). Attitudes on inclusion of a player with disabilities in a regular softball league. Mental Retardation, 36(2), 137-144.

Boisvert, D., & Ouellet, P.A. (1990). Désinstitutionnalisation et intégration sociale. Dans S. Ionescu (Éd.). L'intervention en déficience mentale (vol. 2). (35-62) Bruxelles : Pierre Mardaga.

Bonin, L. (1991). L'appropriation. Dans C. McDonough, H. Buchanan, R. Caplan, & K. Gazith (Éd.). Empowerment and the family : Litterature review. Centre d'accueil Miram.

Bourassa, B. (1994). L'intégration au travail de jeunes adultes déficients intellectuels. Revue francophone de la déficience intellectuelle, 5(1), 15-28.

Brolin, D. E. (1989). Life centered career education : a competency based approach (third edition). Reston, VA : Council for Exceptional Children.

Butler, A., & Bjaanes, D. (1978). Activities and the use of time by retarded persons in community care facilities. Dans G. P. Sackett (Ed.). Observing behavior : Theory and Application in Mental Retardation (vol. 1). (pp. 108-163). Baltimore : University Park Press.

Cadioux, A. (1992). Intégration scolaire et concept de soi d'élèves vivant avec une déficience intellectuelle. Revue francophone de la déficience intellectuelle, 3(1), 3-13.

Carrier, S., & Fortin, D. (1996). Inventaire des compétences pour travailler selon une approche communautaire. Revue francophone de la déficience intellectuelle, 7(1), 19-41.

Chinnayya, H. P., Chandrashekar, C. R., Moily, S., Puttamma et al. (1990). Training primary care health workers in mental health care : Evaluation of attitudes towards mental illness before and after training. The International Journal of Social Psychiatry, 36 (4), 207-219

Chiocchio, F., Boisvert, Y. & Assad, L. (1996). Réseau social et intégration des personnes ayant des incapacités intellectuelles. Revue francophone de la déficience intellectuelle, numéro spécial mai, 43-46.

Comité Harnois. (1987). Pour un partenariat élargi : Projet de politique de santé mentale pour le Québec. Gouvernement du Québec. Québec.

Dattilo, J. (1991). Recreation and leisure : A review of the literature and recommendations for future directions. Dans L. M. Meyer, C. A. Peck, & L. Brown (Eds). Critical issues in the lives of people with severe disabilities. Baltimore : Brookes.

Dattilo, J., & Schleien, S. J. (1994). Understanding leisure services for individuals with mental retardation. Mental Retardation, 32(1), 53-59.

Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. Revue canadienne des sciences du comportement, 26(2), 210-227.

Doré, R., Poulin, Wagner, S., & Brunet, J-P. (1996). Interactions avec le milieu, encadrement et suivi dans le contexte de l'intégration scolaire. Revue francophone de la déficience intellectuelle, numéro spécial mai, 24-26.

Eliason, S. L. (1998). Social integration and satisfaction among individuals with developmental disabilities : A sociological perspective. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 33(2), 162-167.

Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle. (1995). Rôle et orientations des CRPDI : Une perspective écosystémique. Montréal, Québec.

Garant, L. (1985). La désinstitutionnalisation en santé mentale : un tour d'horizon de la littérature. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux.

Gendreau, G., Cormier, J. P., Lemay, L., & Perreault, P. (1995). Partager ses compétences, tome 1. Montréal, Québec : Sciences et culture.

Gottlieb, J. (1981). Mainstreaming : Fulfilling the promise? American Journal of Mental Deficiency, 86(2), 115-126.

Grbick, C. & Sykes, S. (1992). Access to curricula in three school settings for students with severe intellectual disability. Australian Journal of Education, 36 (3), 318-327.

Henry, D., Keys, C., Jopp, D., & Balcazar, F. (1996a). The community living attitudes scale, mental retardation form : Development and psychometric properties. Mental Retardation, 34(3), 149-158.

Henry, D., Keys, C., Jopp, D., & Balcazar, F. (1996b). Attitudes of community-living staff members toward persons with mental retardation, mental illness, and dual diagnosis. Mental Retardation, 34(6), 367-379.

Howell, D. C. (1992). Statistical methods for psychology (third edition). Belmont, CA. : Duxbury Press.

Ionescu, S. (1987). Modifications des attitudes sociales. Dans S. Ionescu (Éd.). L'intervention en déficience mentale : Problèmes généraux, méthodes médicales et psychologiques. (pp. 47-62). Bruxelles : Pierre Mardaga Éditeur.

Ionescu, S., & Despins, C. (1990). Facteurs en relation avec les attitudes envers les personnes déficientes mentales. Revue francophone de la déficience intellectuelle, 1 (1), 5-19.

Ionescu, S., Jourdan-Ionescu, C., & Déry, M. (1993). L'intervention en déficience intellectuelle : Contributions récentes. Dans S. Ionescu (Éd.). La déficience intellectuelle : Approche et pratique de l'intervention. Dépistage précoce (vol. 1). Ottawa : Édition Agence d'Arc.

Jordan-Ionescu, C., & Ionescu, S. (1992). Étude longitudinale de la désinstitutionnalisation et de l'intégration communautaire des personnes déficientes mentales. Revue francophone de la déficience intellectuelle, numéro spécial décembre, 124-129.

Kebbon, L. (1987). Le principe de normalisation. Dans S. Ionescu (Éd.). L'intervention en déficience mentale : Problèmes généraux, méthodes médicales et psychologiques. (pp. 63-76). Bruxelles : Pierre Mardaga Éditeur.

L'Abbé, Y., & Morin, D. (1999). Comportements agressifs et retard mental : compréhension et intervention. Eastman : Éditons behaviora.

Lavoie-Roux, T. (1986). Les orientations du Ministère de la santé et des services sociaux en regard de l'intégration et de la réintégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux.

Lowe, K., & DePaiva, S. (1991). Clients' community and social contacts : results of a 5-year longitudinal study. Journal of Mental Deficiency Research, 35, 308-323.

Madgrin, L., & Foucher, R. (1989). La réceptivité des employeurs du secteur manufacturier de la région des Basses-Laurentides à l'égard de l'intégration au travail des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Rapport de recherche. La Ruche et Capar.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). Maslach burnout inventory : Manual. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press Inc.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). Maslach burnout inventory : Manual (2nd ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press Inc.

Maslach, C. & Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. Child Care Quarterly, 6, 100-113.

Michel, T. (1984). Le plan de service individualisé : Du rationnel à la pratique. Une approche renouvelée en déficience intellectuelle. L'Accueil, 11 (4), 7-18.

Ministère de la santé et des services sociaux. (1988). L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle : un impératif humain et social. Québec. Gouvernement du Québec.

Minkoff, K. (1987). Resistance of mental health professionals to working with the chronic mentally ill. Dans A. T. Meyerson (Ed.). Barriers to treating the chronic mentally ill. (pp. 3-20) New Directions in Mental Health Services, no 33, San Fransisco, CA : Jossey-Bass.

Moreau, C. (1995). L'efficacité des procédés d'initiation sociale des pairs sur l'acquisition d'interactions sociales positives d'enfants ayant une déficience intellectuelle : une critique des études primaires. Revue francophone de la déficience intellectuelle, 6(1), 47-55.

Morency, L. (1990). Pygmission dans les classes d'éducation physique au primaire. Revue canadienne de l'éducation, 15 (2), 103-114.

Office des personnes handicapées du Québec (1984). À part égale, l'intégration sociale des personnes handicapées : Un défi pour tous, (s.l.). Québec. Bibliothèque nationale du Québec.

Penner, I., & Penner, P. (1987). Tes amis pour toujours. Entourage, 2 (3), 32-35.

Picard, D. (1988). La réinsertion sociale des personnes handicapées mentales. Service de la recherche. Centre des services sociaux du Québec.

Pilon, W., Bédard, N., Dufour, C., & Morin, P. (1991). L'intégration au travail des personnes présentant une déficience intellectuelle : un aperçu de la situation au Québec. Revue francophone de la déficience intellectuelle, 2(1), 5-29.

Poulin, J. R. (1997). Les impacts de l'intégration des élèves ayant une déficience intellectuelle en classe ordinaire au secondaire. Rapport de recherche non publié, Université du Québec à Chicoutimi.

Poulin, J-R., Brunet, J-P., Doré, R., & Wagner, S. (1998). Intégration et déficience intellectuelle au secondaire : une évaluation des impacts. Revue francophone de la déficience intellectuelle, 9(1), 39-64.

Roy, S., & Cloutier, R. (1994). Désinstitutionnalisation : son Impact sur l'efficacité et l'efficience. Revue francophone de la déficience intellectuelle, 5 (2), 179-191.

Salzberg, C. L., Lignugaris-Kraft, B., McCuller, G. L. (1988). Reasons for job loss : a review of employment termination studies of mentally retarded workers. Research in Development Disabilities, 9, 153-170.

Salzberg, C. L., Linkins, M., McCaughy, E. K., Lignugaris-Kraft, B., (1986). Social competence and employment of retarded persons. International review of research in Mental Retardation, 14, 225-257.

Sargent, L. R., Swartzbaugh, T., & Sherman, P. (1981). Teaming up to mainstream in english : A successful secondary program. Teaching Exceptional children, 13 (3), 100-103.

Schleien, S., & Mustonen, T. (1988). Community recreation and persons with disabilities. Dans S. Schleien & M. T. Ray (Eds.). Community recreation and persons with disabilities : Strategies for integration (pp. 1-15). Baltimore, MA : Brookes.

Seligman, M. (1988). Helplessness : On depression, development, and death. San Francisco, CA : Freeman.

Shera, W., & Tauiliili, J. D. (1996). Changing MSW students' attitudes towards the severely mentally ill. Community Mental Health Journal, 32 (2), 159-169.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). Using multivariate statistics. (second edition). CA : Harper Collins.

Wahass, S., & Kent, G. (1997). A cross-cultural study of the attitudes of mental health professionals toward auditory hallucinations. The International Journal of Social Psychiatry, 43 (3), 184-192.

Wehman, P., & Schleien, S. (1991). Leisure programs for handicap persons : Adaptations techniques, and curriculum. Austin, TX. : Pro-Ed.

Zastrow, C. (1984). Understanding and preventing burn-out. The British Association of Social Worker

Zelman, A. B., Friedman, M. F., & Pasquariella, B. (1997). Use of a questionnaire to compare daycare staff and mental health staff attitudes : an aid to mental health consultation to daycare. The Journal of Preventive Psychiatry, 3(1), 281-292.

ANNEXE A

LETTRE EXPLICATIVE DE LA PRÉ-EXPÉRIMENTATION

Bonjour xxx,

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai eu à construire deux questionnaires. Ces deux questionnaires n'ont pas subi tous les tests de fidélité et de validité habituels. Pour leur donner de la crédibilité avant de débiter mon étude, j'effectue une petite étude de validité qui consiste à consulter 5 ou 6 experts en déficience intellectuelle qui répondront à ces questionnaires et qui commenteront leur construction.

Alors, j'aimerais que vous remplissiez les deux questionnaires se trouvant dans l'enveloppe et que vous me fassiez part de vos commentaires sur la pertinence des questions, leur clarté, etc.

Je vous demanderais de me les renvoyer le plus vite possible (dans cette même enveloppe pré-affranchie). Je vous demanderais aussi de ne pas discuter des questions avec les membres de votre équipe, car ils participeront sûrement à la cueillette de données principale.

Merci beaucoup

Geneviève St-Pierre
(418) 834-5086

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Participant : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

1. Je, soussigné (e), _____ accepte librement de participer à une recherche ayant pour but d'étudier la relation entre les attitudes face à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et les actions visant leur intégration sociale.
2. Comme participant(e), j'accepte de prendre une heure de mon temps pour remplir un questionnaire traitant de l'intégration sociale. Quelques questions d'ordre socio-démographique me seront aussi posées.
3. Je comprends que ma participation à cette étude représente une occasion pour moi de participer à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle. De plus, les résultats de cette étude me permettront sûrement de faire le point sur ma façon de voir et de mettre en application les principes d'intégration sociale que je connais. Il n'y a aucun désavantage à participer à cette étude mis à part le temps consacré à répondre au questionnaire.
4. Il est clair que je pourrai me retirer de l'étude en tout temps, sans obligation ni préjudice. Toute information obtenue dans cette étude sera traitée de façon strictement confidentielle. Mon nom sera donc remplacé par un code numérique, toutes les données étant gardées sous clef.
5. Je comprends que seuls les responsables de cette étude auront accès aux réponses aux questionnaires. Je peux être assuré(e) que mes réponses ne serviront qu'à des fins de recherche (elles ne seront donc pas transmises à mon employeur) et qu'elles seront détruites à la fin de la recherche.
6. Je sais que je peux communiquer avec l'étudiante concernée (Geneviève St-Pierre au (418) 656-2131 poste 4758) ou avec la professeure responsable de cette étude (Colette Jourdan Ionescu au (819) 376-5011 poste 3517) afin de discuter en toute confiance des questions me préoccupant.

 Date

 Colette Jourdan Ionescu, Ph.D
 Professeure titulaire
 Université du Québec à Trois-Rivières

 Participant (e)

 Geneviève St-Pierre, B.A.
 Candidate à la maîtrise
 Université Laval

ANNEXE C**QUESTIONNAIRE D'ATTITUDES ET D' ACTIONS VISANT L'INTÉGRAITON SOCIALE**

Veillez lire ces instructions générales avant de répondre au questionnaire

Instructions générales

Veillez dûment signer le formulaire de consentement de la page précédente.

1. Vérifiez que vous correspondez bien aux deux critères d'inclusion suivants avant de remplir le questionnaire :
 - Travailler avec des personnes présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne ;
 - intervenir au niveau de l'intégration sociale depuis au moins 6 mois.
2. Lisez attentivement les instructions accompagnant chacune des parties du questionnaire avant de répondre aux questions;
3. Répondez à toutes les questions du questionnaire sans exception dans l'ordre où elles vous sont présentées;
4. Répondez aux énoncés le plus spontanément et le plus honnêtement possible : rappelez-vous que la première idée est souvent la meilleure;
5. Indiquez la réponse choisie de façon claire;
6. Lorsqu'il s'agit d'encercler un chiffre, n'encerclez qu'un seul chiffre;
7. Lorsque vous avez terminé, assurez-vous que vous avez répondu à toutes les questions;
8. Veuillez renvoyer le questionnaire à la personne qui vous a été indiquée ou à l'aide de l'enveloppe pré-affranchie;
9. Tentez d'éviter de parler du questionnaire ou des questions aux autres intervenants avant que tous ne l'aient rempli.

Informations générales

1. Quel âge avez-vous? _____
2. Quel est votre sexe? F _____ M _____
3. Quel est votre état civil actuel?
 1) Célibataire
 2) Séparé(e) / Divorcé(e)
 3) Marié(e) / Vivant en union de fait
 4) Veuf(ve)
4. Avez-vous des enfants? Oui _____ Non _____
 Si oui, quel âge ont-ils? _____
5. Quel est votre niveau de scolarité?
 1) Secondaire
 2) Collégial
 3) Universitaire premier cycle
 4) Universitaire deuxième et troisième cycle
6. Avez-vous une formation académique reliée à votre emploi? Oui _____ Non _____
 Si oui, quel est-elle?
 1) Éducation spécialisée
 2) Service social
 3) Soins infirmiers
 4) Psychologie
 5) Technique en service social
 6) Autre :
 Spécifiez : _____
7. Quelle est votre occupation actuelle?
 1) Coordonnateur(trice)
 2) Éducateur(trice) spécialisé(e)
 3) Ergothérapeute
 4) Infirmier (ère)
 5) Psychologue
 6) Travailleur(euse) social (e)
 7) Autre :
 Spécifiez : _____
8. Quelles sont les tâches reliées à votre occupation actuelle?

9. De façon plus spécifique, avec quelle clientèle travaillez-vous en grande partie?

10. Qu'est-ce qui vous a amené à travailler dans le domaine de la déficience intellectuelle ?

11. Depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes présentant une déficience intellectuelle?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1) Entre 6 mois et 1 an | 3) Entre 5 et 10 ans |
| 2) Entre 1 an et 5 ans | 4) Depuis plus de 10 ans |

12. Dans quelle tranche se situe votre revenu annuel ?

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1) Moins de \$10 000 | 4) Entre \$30 000 et \$40 000 |
| 2) Entre \$10 000 et \$20 000 | 5) Entre \$40 000 et \$60 000 |
| 3) Entre \$20 000 et \$30 000 | 6) \$60 000 et plus |

13. Avez-vous un proche qui présente une déficience intellectuelle ou physique?

Oui _____ Non _____

Si oui, quel est son type de déficience? _____
 quel est le lien qui vous unit? _____

14. Quel a été votre premier contact avec une personne présentant une déficience intellectuelle (votre âge à ce moment, les circonstances entourant ce contact)? _____

Et comment ce premier contact s'est-il déroulé? _____

Connaissance de l'intégration sociale

Consigne : Répondez à *toutes* les questions suivantes en indiquant si les énoncés sont vrais ou faux.

L'intégration sociale comprend...

- | | | |
|---|---|---|
| 1. La participation active de la personne présentant une déficience intellectuelle dans les décisions la concernant. | V | F |
| 2. La prise en charge totale par l'État des coûts reliés à la personne présentant une déficience intellectuelle. | V | F |
| 3. Les services visant l'augmentation de l'autonomie de la personne présentant une déficience intellectuelle. | V | F |
| 4. La disparition graduelle des services de réadaptation intégrés dans la communauté. | V | F |
| 5. Des activités de loisirs auxquelles doivent participer les travailleurs sociaux. | V | F |
| 6. L'amélioration de l'image que se fait la communauté des personnes présentant une déficience intellectuelle. | V | F |
| 7. Le maintien de l'enfant qui présente une déficience intellectuelle dans son milieu naturel. | V | F |
| 8. Le développement d'une relation de couple avec une autre personne. | V | F |
| 9. La participation de la personne présentant une déficience intellectuelle à des associations et des organisations valorisantes. | V | F |
| 10. L'accès libre des personnes présentant une déficience intellectuelle à tous les services disponibles à la communauté. | V | F |
| 11. La mise en place d'un programme comprenant une psychothérapie obligatoire. | V | F |
| 12. L'intégration d'un nombre illimité de personnes présentant une déficience intellectuelle dans un milieu. | V | F |
| 13. L'augmentation des services de soutien aux divers milieux. | V | F |
| 14. Le dépistage précoce de la déficience intellectuelle. | V | F |

- | | | |
|---|---|---|
| 15. L'augmentation des services d'aide à domicile aux parents, visant l'abolition des services de répit au profit des services de dépannage. | V | F |
| 16. L'institutionnalisation des personnes qui présentent des troubles graves du comportement. | V | F |
| 17. L'augmentation des services spécialisés aux personnes âgées présentant une déficience intellectuelle. | V | F |
| 18. L'augmentation des services d'accompagnement impliquant la présence planifiée de personnes responsables pour accompagner les personnes présentant une déficience intellectuelle dans leurs activités. | V | F |
| 19. La mise en place d'un programme de modification de comportement obligatoire. | V | F |
| 20. La stimulation précoce qui vise, entre autres, les habiletés de lecture et d'écriture. | V | F |
| 21. La progression de l'adulte vers un milieu de résidence autre que sa famille naturelle. | V | F |
| 22. L'établissement de relations interpersonnelles positives avec des personnes présentant une déficience intellectuelle. | V | F |

Geneviève St-Pierre, 1999

Attitudes face à la vie en communauté

| | |
|---|---------------------------|
| Consignes: D'après l'échelle suivante, indiquez à quel point vous êtes d'accord avec les énoncés. | |
| 1 = Fortement en désaccord | 4 = Quelque peu en accord |
| 2 = Modérément en désaccord | 5 = Modérément en accord |
| 3 = Quelque peu en désaccord | 6 = Fortement en accord |

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Les personnes présentant une déficience intellectuelle sont plus heureuses lorsqu'elles vivent et travaillent avec des personnes comme elles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Les personnes présentant une déficience intellectuelle qui essaient de s'entraider sont comme « des aveugles guidant des aveugles ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Les personnes présentant une déficience intellectuelle ne devraient pas avoir le droit de se marier et d'avoir des enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1 = Fortement en désaccord | 4 = Quelque peu en accord |
| 2 = Modérément en désaccord | 5 = Modérément en accord |
| 3 = Quelque peu en désaccord | 6 = Fortement en accord |

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. Une personne serait insensée de se marier avec une personne présentant une déficience intellectuelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Dans la société, on devrait garantir aux personnes présentant une déficience intellectuelle les mêmes droits qu'aux autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Les personnes présentant une déficience intellectuelle ne veulent pas travailler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Les personnes présentant une déficience intellectuelle ont besoin de quelqu'un pour planifier leurs activités à leur place. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Les personnes présentant une déficience intellectuelle ne devraient pas donner leur opinion en public. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. On ne devrait confier aucune responsabilité aux personnes présentant une déficience intellectuelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent s'organiser seules et parler en leur propre nom. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Les personnes présentant une déficience intellectuelle ne se préoccupent pas de leur avancement au travail. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Les personnes présentant une déficience intellectuelle n'ont pas besoin de faire des choix à propos des choses qu'elles font chaque jour. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Les personnes présentant une déficience intellectuelle ne devraient pas avoir le droit de conduire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent être des membres productifs dans la société. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Les personnes présentant une déficience intellectuelle ont, comme les autres, des buts dans la vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Je ferais confiance à une personne présentant une déficience intellectuelle pour garder un de mes enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

1 = Fortement en désaccord
 2 = Modérément en désaccord
 3 = Quelque peu en désaccord

4 = Quelque peu en accord
 5 = Modérément en accord
 6 = Fortement en accord

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 17. Les personnes présentant une déficience intellectuelle ne peuvent exercer de contrôle sur leur vie comme les autres personnes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent avoir des relations affectives comme tout le monde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Je ne voudrais pas vivre juste à côté de personnes présentant une déficience intellectuelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Les personnes présentant une déficience intellectuelle sont habituellement trop limitées pour être sensibles aux besoins et aux sentiments des autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Les personnes présentant une déficience intellectuelle devraient vivre dans un cadre protégé en raison des dangers de la vie en communauté. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Les personnes présentant une déficience intellectuelle devraient être encouragées à être leur propre curateur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Les personnes présentant une déficience intellectuelle ne sont pas les mieux placées pour conseiller ceux qui désirent s'établir dans la communauté. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. L'opinion d'une personne présentant une déficience intellectuelle devrait avoir plus de poids que celle des membres de sa famille et des professionnels à propos des décisions la concernant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent planifier des réunions et conférences sans l'aide des autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. On peut faire confiance aux personnes présentant une déficience intellectuelle pour assumer des responsabilités financières. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Les voisins n'ont rien à craindre des personnes présentant une déficience intellectuelle qui vivent et travaillent dans leur quartier. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1 = Fortement en désaccord | 4 = Quelque peu en accord |
| 2 = Modérément en désaccord | 5 = Modérément en accord |
| 3 = Quelque peu en désaccord | 6 = Fortement en accord |

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 28. Les personnes présentant une déficience intellectuelle devraient normalement vivre en foyers de groupe ou dans d'autres ressources dans lesquels elles peuvent recevoir l'aide et le soutien du personnel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Les ateliers protégés pour personnes présentant une déficience intellectuelle sont essentiels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. La meilleure façon de prendre soin des personnes présentant une déficience intellectuelle est qu'elles fassent partie intégrante de la vie en communauté. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. La plupart des personnes présentant une déficience intellectuelle préfèrent travailler dans des environnements protégés qui sont plus sensibles à leurs besoins. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Sans contrôle ni supervision, les personnes présentant une déficience intellectuelle pourraient s'attirer de gros ennuis dans la communauté. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Les droits des personnes présentant une déficience intellectuelle sont plus importants que les préoccupations des professionnels à leur égard. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. Les agences qui s'occupent des personnes présentant une déficience intellectuelle devraient en être responsables. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35. La meilleure façon de s'occuper des personnes présentant une déficience intellectuelle est de les garder en institutions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36. Les résidences et services pour personnes présentant une déficience intellectuelle devraient être situés hors des quartiers résidentiels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37. Augmenter les dépenses concernant les programmes pour personnes présentant une déficience intellectuelle est un gaspillage de l'argent des contribuables. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38. Les résidences et services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle dévaluent le quartier dans lequel ils se trouvent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1 = Fortement en désaccord | 4 = Quelque peu en accord |
| 2 = Modérément en désaccord | 5 = Modérément en accord |
| 3 = Quelque peu en désaccord | 6 = Fortement en accord |

39. Les professionnels ne devraient pas prendre des décisions pour les personnes présentant une déficience intellectuelle sauf si c'est absolument nécessaire. 1 2 3 4 5 6
40. Les personnes présentant une déficience intellectuelle constituent un fardeau pour la société. 1 2 3 4 5 6

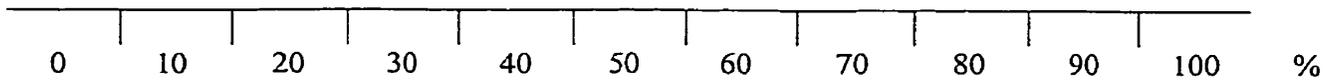
Henry, Keys et Jopp, 1999, traduction libre St-Pierre, G. (1999)

Actions visant l'intégration sociale

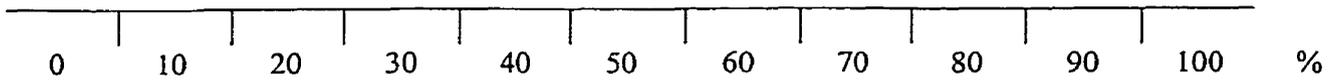
En tant qu'intervenant, vous devez entreprendre des actions visant l'intégration sociale de vos clients.
 Consigne : Indiquez dans quel pourcentage vous appliquez les actions suivantes avec vos clients présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

1. J'aide mes clients à devenir aptes à gérer leur argent de façon autonome. _____
2. Je vérifie que mes clients soient correctement installés et qu'ils aient les biens dont ils ont besoin dans leur résidence. _____
3. Je mets en place des interventions permettant à mes clients qui ne parlent pas de se faire comprendre par les étrangers (caissier, policier, passant, etc.). _____
4. Je m'assure que les personnes travaillant dans les milieux où mes clients pratiquent des activités soient au courant des démarches effectuées auprès de ces derniers et soient informés de leurs problématiques (gérant d'épicerie, chauffeur d'autobus, sauveteur, etc.). _____
5. Je favorise les contacts sociaux de mes clients avec d'autres personnes présentant une déficience intellectuelle. _____
6. Je vise à faire tomber les obstacles qui bloquent le potentiel d'autonomie communautaire de mes clients. _____



7. Je m'assure que les relations interpersonnelles de mes clients soient saines (sans abus). _____
8. Lorsque le degré d'autonomie de mes clients le permet, j'entreprends des actions afin qu'ils soient en mesure d'utiliser les transports en commun, le taxi ou leur propre voiture. _____
9. Je favorise le sentiment d'appartenance de mes clients à leur milieu résidentiel. _____
10. Je fais en sorte que les désirs de mes clients au sujet de leurs activités soient respectés, dans la mesure du possible. _____
11. J'interviens lorsque mes clients émettent des comportements inacceptables en société ou dans le cadre d'une relation interpersonnelle. _____
12. Je vérifie que mes clients mangent trois repas complets et équilibrés par jour. _____
13. Je travaille à ce que mes clients soient en mesure de s'occuper lors de périodes de pause, de dîner, etc. dans leur milieu de travail. _____
14. Je favorise les habiletés de mes clients à utiliser les services de loisirs de la communauté de façon autonome (piscine publique, bibliothèque, salle de quilles, etc.). _____
15. Lorsque je perçois un problème vécu par un membre ou un groupe de la communauté en lien avec mes clients, je m'assure que celui-ci soit rencontré. _____
16. Je favorise le développement de nouvelles relations chez mes clients. _____
17. J'interviens afin que mes clients développent des habiletés pour faire face à des situations imprévues lorsqu'ils se trouvent seuls. _____
18. Je m'assure que mes clients aient des activités journalières productives (travail, école). _____
19. Je favorise l'évolution de mes clients vers des milieux de travail ou scolaires qui demandent de plus en plus d'autonomie. _____
20. Je vérifie que mes clients aient des vêtements appropriés à la saison. _____
21. Je m'assure que mes clients aient un minimum d'argent de poche. _____
22. Je favorise les contacts sociaux de mes clients avec des personnes qui ne présentent pas de déficience intellectuelle. _____



38. Je vérifie que mes clients reçoivent toute l'assistance nécessaire à la réalisation de leurs tâches. _____
39. Je favorise le développement des aptitudes de mes clients à utiliser seuls les magasins, les épiceries, etc. _____
40. J'encourage l'implication de mes clients dans les organisations et les associations qui les intéressent. _____
41. Je m'assure que mes clients puissent se déplacer à leur guise dans les limites établies par leur degré d'autonomie. _____
42. J'amène mes clients à exercer leur droit de parole lorsque des décisions les concernant doivent être prises. _____
43. Je m'assure que les milieux de travail ou scolaires " réguliers " soient préparés à accueillir mes clients. _____
44. Je vérifie que mes clients aient suffisamment de ressources financières pour faire face à leurs obligations. _____
45. Je vise à augmenter les habiletés de mes clients à se débrouiller seuls dans la communauté. _____
46. Je m'assure que mes clients aient une hygiène personnelle adéquate. _____

Sentiments face au travail

Consigne : Pour chaque item, encerclez le chiffre (de 0 à 6) qui indique la fréquence d'apparition de ces sentiments en vous.

FRÉQUENCE

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--------|----------------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|-------------|
| | Jamais | Quelques fois par année ou moins | Une fois par mois ou moins | Quelques fois par mois | Une fois par semaine | Quelques fois par semaine | Chaque jour |
| 1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Je me sens épuisé(e) à la fin de ma journée de travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Je me sens fatigué(e) quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée de travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Je peux facilement comprendre ce que mes clients ressentent. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. J'ai l'impression que je traite quelques clients comme s'ils étaient des objets impersonnels. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Travailler avec les gens tous les jours est vraiment un effort pour moi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes clients. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Je me sens vidé(e) par mon travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Je sens que j'influence positivement la vie des autres personnes par mon travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Je suis devenu(e) plus insensible envers les gens de puis que je fais ce travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. J'ai peur que ce travail m'éloigne de mes émotions. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Je me sens très énergique. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Je me sens frustré(e) par mon travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

FRÉQUENCE

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|-------------|---|---|---|---|
| Jamais | Quelques fois par année ou moins | Une fois par mois ou moins | Quelques fois par mois | Une fois par semaine | Quelques fois par semaine | Chaque jour | | | | |
| 14. Je sens que je travaille trop fort. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Je ne m'inquiète pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes clients. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Travailler en contact direct avec les gens met beaucoup trop de tension sur moi. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Je peux facilement créer une atmosphère relaxante avec les clients. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Je me sens vivifié(e) après avoir travaillé intensivement avec les clients. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. J'ai accompli plusieurs choses qui en valaient la peine dans mon travail. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Je me sens comme si j'étais au bout de mon rouleau. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Dans mon travail, je fais face aux problèmes émotionnels très calmement. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Je sens que des clients me blâment pour certains de leurs problèmes. | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Maslach et Jackson, 1981

Merci de votre participation !