

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES ATTITUDES DES INTERVENANTS, DES GESTIONNAIRES ET
DE LA POPULATION GÉNÉRALE ENVERS LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE :
UNE PERSPECTIVE SOCIOÉCOLOGIQUE EN MILIEU SPÉCIALISÉ

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ISABELLE MYRIAM ASSOULINE

MAI 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude pour le soutien inestimable et les conseils précieux que j'ai reçus tout au long de mon parcours académique. La réalisation de ce projet a été une aventure longue et exigeante, et je tiens à remercier chaleureusement les personnes et les institutions qui ont joué un rôle essentiel dans son succès.

À ma directrice de recherche, Dre Diane Morin, merci de m'avoir inculqué la force, la passion et la détermination de persévérer malgré de nombreux obstacles. Votre encadrement, votre bienveillance et votre soutien indéfectible m'ont profondément touchée. Vous êtes non seulement une superviseuse formidable, mais aussi une personne formidable, et je suis très fière d'avoir été l'une de vos étudiantes. Merci de m'avoir choisie et d'avoir cru en moi toutes ces années.

Aux étudiantes et collègues de la Chaire de déficience intellectuelle et du trouble du comportement (Chaire DITC), aussi devenues amies, merci pour votre accompagnement, votre écoute, vos conseils et vos (multiples) révisions! Vous m'avez apporté de la clarté et de la motivation lorsque j'en avais le plus besoin. Je chérirai nos souvenirs des séminaires, des congrès, des fêtes et des nombreux événements marquants célébrés ensemble. Faire partie de ce laboratoire avec vous toutes a enrichi mon expérience de doctorat et je vous en suis très reconnaissante. Un sincère remerciement aux agentes de recherche de la chaire, et à Claire Robitaille pour sa relecture attentive.

À Hughes Leduc, statisticien extraordinaire, alias *Statman*, je te dois une grande partie de ce projet. Merci pour ta patience, ton temps et ton merveilleux sens de l'humour. Tu as réussi à rendre les statistiques amusantes. Le soutien que tu apportes aux étudiants est inestimable.

Je souhaite également remercier les membres de mon jury Dr Yves Lachappelle et Dre Georgette Goupil pour leurs précieux commentaires.

Ce projet n'aurait pas été possible sans la collaboration des 13 CISSS/CIUSSS (centres intégrés/universitaires de santé et de services sociaux) impliqués dans ce projet. Merci pour votre aide dans le recrutement et les multiples suivis pour assurer le bon déroulement du projet. En particulier, les gestionnaires et les intervenants participants, merci pour votre temps et contribution à l'avancement des

connaissances dans le domaine de la déficience intellectuelle. Ce sont vos perspectives uniques qui ont rendu ce projet et ses implications si riches.

À ma famille et à mes amis, merci pour vos encouragements. Vous avez toujours été si fiers de moi. Surtout, merci d'avoir compris qu'il était préférable de ne plus me demander si mon doctorat était terminé. Je suis très heureuse de pouvoir enfin vous dire que oui, c'est maintenant chose faite! À mon mari et mes enfants, les piliers de ce parcours, mes complices et les vrais héros derrière ce projet - merci de votre patience, amour et soutien inconditionnel.

DÉDICACE

À Samy, Nathan, Leah et Gabriel,
grâce à vous, tout a un sens...

AVANT-PROPOS

Ce projet s'inscrit dans la mission de la Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement (Chaire DITC) qui a pour but, entre autres, de cerner les problématiques influençant l'inclusion et la participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle. Les attitudes et les croyances envers la déficience intellectuelle de la population québécoise et des dispensateurs de services est l'une de ces problématiques. Ainsi, les attitudes et les croyances de quatre groupes différents, soit les enseignants, les professionnels de la santé (médecins, psychiatres et infirmières), les policiers et les chauffeurs d'autobus, ont déjà fait l'objet de plusieurs études exploratoires.

La présente étude vient ajouter deux nouveaux groupes d'acteurs contribuant de façon importante à l'inclusion et à la participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle : les intervenants et les gestionnaires de services en milieu spécialisé.

Cette recherche poursuit deux intentions, soit celle de contribuer à la compréhension des attitudes envers la déficience intellectuelle et des variables sociodémographiques pouvant les influencer ainsi que celle de cibler des interventions pouvant modifier ou améliorer ces attitudes.

2.4 Attitudes of Direct Support Professionals and Management Staff Towards Intellectual Disability in Specialized Services	21
2.4.1 Social Inclusion of Persons with Intellectual Disability.....	21
2.4.2 The Multidimensional Concept of Attitudes	22
2.4.3 Public Attitudes towards Persons with Intellectual Disability	22
2.4.4 Direct Support Professionals’ Attitudes towards Persons with Intellectual Disability	23
2.4.5 Management Staff Attitudes towards Persons with Intellectual Disability.....	24
2.4.6 Purpose of the Current Study.....	24
2.5 Method.....	25
2.5.1 Participants.....	25
2.5.1.1 Recruitment and Study Sample.....	25
2.5.1.2 General Population Sample.....	25
2.5.2 Measure	27
2.5.2.1 The Attitudes Towards Intellectual Disability Questionnaire (ATTID)	27
2.5.3 Analyses.....	27
2.6 Results	27
2.6.1 Sociodemographic Variables	27
2.6.2 Attitudes as Determined by the Five Factors of the ATTID	28
2.6.3 Comparing Attitudes Among Participant Samples	29
2.6.4 Influence of Sociodemographic Variables on Attitudes	32
2.7 Discussion	33
2.7.1 Positive Staff Attitudes Towards Intellectual Disability.....	33
2.7.2 Staff Attitudes Towards Intellectual Disability in a Societal Context.....	34
2.7.3 Contact: Quantity or Quality?	35
2.7.4 More Experience, Less Pity.....	35
2.7.5 Limitations.....	36
2.8 Conclusions and Future Directions	36
2.9 Acknowledgments	37
CHAPITRE 3 RÉSULTATS ADDITIONNELS	38
3.1 Instruments	38
3.2 Analyses.....	39
3.3 Résultats : attitudes des intervenants et des gestionnaires.....	39
3.4 Discussion	40
CHAPITRE 4 DISCUSSION GÉNÉRALE.....	42
4.1 Perspective écologique des attitudes.....	42
4.1.1 Le microenvironnement : attitudes positives des intervenants envers la déficience intellectuelle.....	42
4.1.2 Le mésoenvironnement : attitudes plus paternalistes des gestionnaires envers la déficience intellectuelle.....	43
4.1.3 Le macroenvironnement : attitudes moins positives de la population générale.....	44
4.1.4 Similitudes entre les systèmes	44

4.2 Variables influençant les attitudes envers la déficience intellectuelle.....	45
4.2.1 Variables liées à l'expérience académique et professionnelle	45
4.2.2 Variables liées aux contacts avec la déficience intellectuelle	47
4.2.3 Variables liées à l'emploi	49
4.2.4 Variables transversales.....	49
4.3 Recommandations pour les milieux spécialisés	51
4.3.1 Privilégier l'expérience professionnelle	51
4.3.2 Développer des programmes de formation continue en milieu de travail	53
4.3.3 Augmenter les occasions de contact direct entre les gestionnaires et les usagers.....	54
4.4 Limites de la recherche.....	54
CONCLUSION	56
APPENDICE A CERTIFICAT ÉTHIQUE DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL	57
APPENDICE B CERTIFICAT ÉTHIQUE DU COMITÉ ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE CONJOINT – DEFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (CÉRC déficience intellectuelle-TSA)	58
APPENDICE C AFFICHE DE RECRUTEMENT.....	60
APPENDICE D LETTRES DE SOLLICITATION.....	61
APPENDICE E FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	63
APPENDICE F QUESTIONNAIRES	68
RÉFÉRENCES.....	87

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Modèle socioécologique d'environnements qui influencent le fonctionnement humain	5
Figure 1.2 Modèle socioécologique des attitudes envers la déficience intellectuelle en milieu spécialisé.....	10
Figure 4.1 Modèle socioécologique des attitudes envers la déficience intellectuelle en milieu spécialisé incluant les variables associées aux attitudes.....	51

LISTE DES TABLEAUX

Table 2.1 Sociodemographic Characteristics Per Participant Sample	26
Table 2.2 Mean, Standard Deviation and Percentages of Direct Support Staff Responses With a Positive, Neutral or Negative Attitude as Reported by the Five Factors of the ATTID	28
Table 2.3 Mean, Standard Deviation and Percentages of Management Staff Responses With a Positive, Neutral or Negative Attitude as Reported by the Five Factors of the ATTID	29
Table 2.4 Comparison of Attitudes Between Direct Support Staff and Management Staff	30
Table 2.5 Comparison of Attitudes Between Direct Support Staff and the General Population	31
Table 2.6 Comparison of Attitudes Between Management Staff and the General Population	32
Tableau 3.1 Scores aux trois échelles pour les intervenants et les gestionnaires	39
Tableau 4.1 Variables sociodémographiques influençant les attitudes envers la déficience intellectuelle des intervenants et gestionnaires en milieu spécialisé par facteur de l'ATTID	50

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
APA	American Psychiatric Association
ATTID	Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire
CIM	Classification internationale des maladies
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CLAS-ID	Community Living Attitudes Scale - Intellectual Disability Form
CNRIS	Consortium national de recherche sur l'intégration sociale
DI	Déficiência intellectuelle
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DSP	Direct support professionals
ONU	Organisation des Nations unies
TC	Troubles du comportement
TGC	Troubles graves du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UQAM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Dans les établissements spécialisés pour personnes présentant une déficience intellectuelle, les attitudes du personnel sont cruciales pour la qualité des soins qui leur sont offerts. Les intervenants, malgré leur rôle essentiel, démontrent parfois des attitudes négatives, souvent liées au stress élevé dans leur milieu de travail et aux troubles de comportement ou de santé mentale des usagers¹. De plus, un manque de formation et des expériences négatives avec les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent contribuer à ces attitudes. Les gestionnaires, bien qu'ils n'interagissent pas aussi fréquemment ou directement avec les usagers, jouent aussi un rôle important. Leurs attitudes reflètent la culture de l'établissement, influençant ainsi le bien-être des usagers. Une culture axée sur l'inclusion et l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle favorise des interventions axées sur ces mêmes valeurs. Cependant, la compréhension des attitudes des gestionnaires dans ces établissements est limitée. Ce projet vise ainsi à combler cette lacune en explorant les attitudes envers la déficience intellectuelle dans les organismes québécois spécialisés en déficience intellectuelle. Les objectifs spécifiques de cette étude étaient : (1) d'évaluer les attitudes des intervenants et des gestionnaires qui travaillent auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle ; (2) de comparer les attitudes rapportées par les intervenants et les gestionnaires envers la déficience intellectuelle, ainsi qu'avec celles de la population générale québécoise, afin de voir si et comment ces trois groupes diffèrent; et (3) de déterminer si les variables sociodémographiques des participants influencent les attitudes rapportées. Un total de 157 intervenants et 38 gestionnaires ont rempli le questionnaire « Attitudes à l'égard de la déficience intellectuelle » (ATTID : Morin, Crocker *et al.*, 2013) ainsi qu'un questionnaire portant sur les attitudes envers la déficience intellectuelle dans leur domaine de travail spécifique, disponible en ligne à partir de la plateforme anonyme et confidentielle *Limesurvey*. Des analyses de nature descriptive et inférentielle ont révélé des attitudes généralement positives et similaires dans le groupe d'intervenants et de gestionnaires, celles-ci étant également significativement plus positives que les attitudes de la population générale québécoise. Cependant, les gestionnaires ont révélé des attitudes plus paternalistes que les intervenants. Dans le cadre de cette étude, les variables concernant le niveau d'éducation, la fréquence des contacts, la qualité des contacts et les connaissances sur la déficience intellectuelle du personnel ont révélé une association significative avec les attitudes de ces derniers. Ces résultats permettent de mieux comprendre les attitudes des intervenants et des gestionnaires envers les personnes présentant une déficience intellectuelle au Québec et aide à cibler des interventions pouvant influencer ces attitudes de façon positive. Les recommandations offertes par cette recherche incluent de privilégier l'expérience professionnelle, développer des programmes de formation continue en milieu de travail et augmenter les occasions de contact direct entre les gestionnaires et les usagers.

Mots clés : attitudes, intervenants, gestionnaires, déficience intellectuelle, trouble du comportement, inclusion sociale.

¹ Au cours de cet essai, le terme "usager" sera employé pour désigner les personnes présentant une déficience intellectuelle qui reçoivent de services spécialisés au sein des CISSS/CIUSSS. Cette terminologie est conforme à celle utilisée au sein de ces établissements au Québec.

INTRODUCTION

Les attitudes influencent la façon dont les individus pensent, se sentent et se comportent envers les autres (Zanna et Rempel, 1988). Les attitudes de la population générale envers les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent exercer une influence importante sur l'inclusion, la participation sociale et la qualité de vie de cette population vulnérable (Burge *et al.*, 2007; Fidler *et al.*, 2007; Verdonschot *et al.*, 2009). Grâce à des changements importants sur le plan des politiques et des mouvements sociaux, les attitudes envers les personnes présentant une déficience intellectuelle s'améliorent selon quelques études démontrant des attitudes généralement positives exprimées par la population générale (Morin, Rivard *et al.*, 2013; Slater *et al.*, 2020). Malgré ces améliorations, des attitudes négatives existent toujours (Ouellette-Kuntz *et al.*, 2010). Les attitudes négatives à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle incitent aux préjugés, à la stigmatisation et à la discrimination envers ces personnes et influencent ainsi leur vie quotidienne et leur bien-être (Stier et Hinshaw, 2007).

Les intervenants et les gestionnaires qui travaillent dans les établissements de santé et de services sociaux jouent un rôle essentiel dans la vie des personnes présentant une déficience intellectuelle (Hewitt et Larson, 2007). Les intervenants offrent un soutien personnalisé indispensable aux usagers, tandis que les gestionnaires soutiennent les intervenants et s'assurent qu'ils soient formés pour dispenser des services de qualité (Beadle-Brown *et al.*, 2015). Cependant, la qualité des services offerts par les intervenants peut varier en fonction de leurs compétences et de leurs attitudes envers la déficience intellectuelle (Tartakovsky *et al.*, 2013), telles que celles liées à l'autodétermination des usagers (c.-à-d. leur capacité à agir librement en fonction des buts qu'elle a choisis afin d'exercer un contrôle sur leur vie (Lachapelle *et al.*, 2022). Également, les attitudes des gestionnaires peuvent influencer les valeurs et la culture organisationnelle d'un établissement et l'encadrement qu'ils offrent aux intervenants et ainsi, la façon dont ces derniers développent leurs compétences et leurs propres attitudes envers les personnes présentant une déficience intellectuelle. Dans le but favoriser l'inclusion et le bien-être des personnes présentant une déficience intellectuelle, il est crucial de mieux comprendre les attitudes des intervenants qui offrent des services de soutien et celles des gestionnaires.

Cet essai comporte trois chapitres. Le premier contient le contexte théorique et le cadre conceptuel de la recherche, incluant une recension des écrits sur les attitudes envers la déficience intellectuelle. L'article scientifique fait l'objet du second chapitre et présente la méthode et les résultats de cette étude où les

attitudes des intervenants et des gestionnaires sont comparées entre elles ainsi qu'à celles de la population générale québécoise à l'égard de la déficience intellectuelle. Le troisième chapitre comprend des résultats additionnels de la recherche qui ne sont pas présentés dans l'article, et le quatrième chapitre offre une discussion générale sur les résultats et sur les implications cliniques.

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 La déficience intellectuelle

1.1.1 Définitions et prévalence de la déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle, telle que définie par les trois grands systèmes de classification internationaux (Classification internationale des maladies, 10^e révision [CIM-10, 2008]); le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM; American Psychiatric Association [APA], 2013) et l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD; Schalock *et al.*, 2021)) est caractérisée par trois critères universels: un déficit du fonctionnement intellectuel, un déficit des comportements adaptatifs et l'âge d'apparition. Les limitations du fonctionnement intellectuel doivent avoir un impact significatif sur différentes capacités cognitives telles que le raisonnement, la pensée abstraite, la résolution de problèmes et le jugement de la personne. Les limitations du comportement adaptatif concernent les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Celles-ci englobent les compétences nécessaires au fonctionnement quotidien, et influencent la communication, la participation sociale et l'autonomie de la personne dans l'ensemble des domaines de vie. Les déficits intellectuels et adaptatifs surviennent pendant la période développementale, définie opérationnellement par l'AAIDD comme précédant l'âge de 22 ans (Schalock *et al.*, 2021).

La prévalence de personnes présentant une déficience intellectuelle serait établie à environ 1% de la population et les taux de prévalence varient en fonction de l'âge et de la sévérité de la déficience intellectuelle (APA, 2013).

1.1.2 Postulats de la définition de la déficience intellectuelle

Selon Schalock *et al.* (2021), l'application et la compréhension de la définition de l'AAIDD de la déficience intellectuelle repose sur cinq postulats essentiels :

1. Les limitations du fonctionnement actuel doivent tenir compte des environnements communautaires typiques des pairs appartenant au même groupe d'âge et à la même culture que la personne.
2. Une évaluation valide tient compte de la diversité culturelle et linguistique ainsi que des différences sur le plan de la communication et sur les plans sensoriel, moteur et comportemental.

3. Chez une même personne, les limitations coexistent souvent avec des forces.
4. Un objectif important de la description des limitations est d'établir un profil des besoins de soutien.
5. Généralement, le fonctionnement de la personne présentant une déficience intellectuelle devrait s'améliorer si un soutien personnalisé et approprié lui est offert sur une période prolongée (p. 1).

1.1.3 Le soutien en déficience intellectuelle

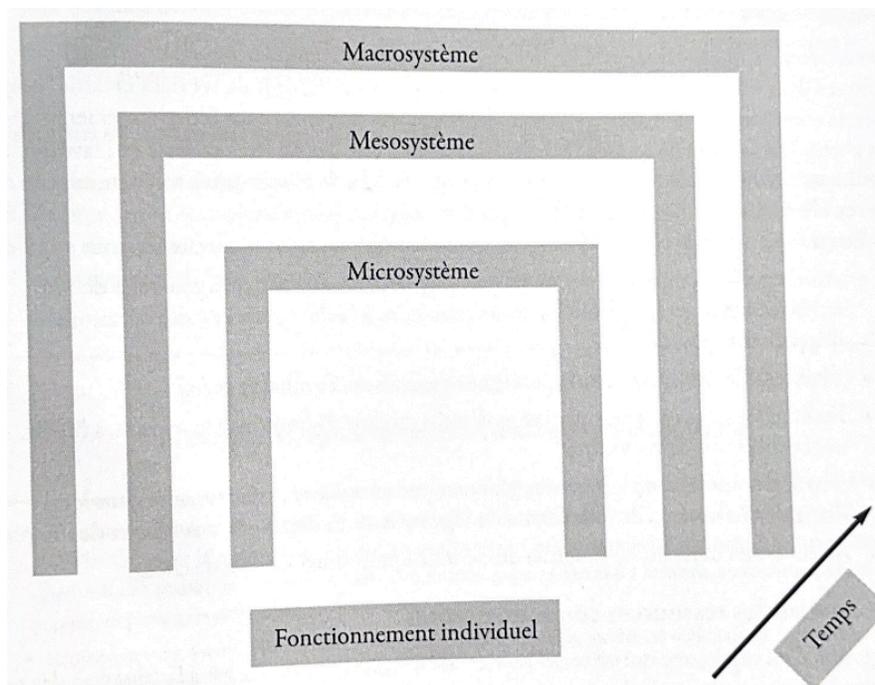
Dans le cadre de cette recherche, une attention particulière est accordée au cinquième postulat de la définition de l'AAIDD qui met en évidence l'importance du soutien personnalisé pour optimiser le fonctionnement de la personne (Schalock *et al.*, 2010/2011). Ce postulat renforce l'idée de considérer la déficience intellectuelle comme un état fonctionnel en évolution et non comme un trait stable et inhérent à la personne. Ainsi, le soutien offert représente une dimension indispensable à la conceptualisation de la déficience intellectuelle qui résulte davantage d'un déséquilibre entre les capacités de la personne et les exigences de son environnement (Thompson *et al.*, 2009). Le soutien vient combler cet écart et permet à la personne de réaliser son plein potentiel.

Le concept de soutien réfère aux ressources et aux stratégies mises en place pour favoriser le développement et le bien-être de la personne présentant une déficience intellectuelle en tenant compte de ses intérêts personnels (Luckasson *et al.*, 2002). Ce concept peut aussi être mis en lien avec les besoins de la personne et s'exprimer en fonction du type et de l'intensité du soutien nécessaire pour que la personne puisse participer aux activités liées au fonctionnement humain (Thompson *et al.*, 2009). Plus concrètement, le soutien peut prendre la forme de technologies (p. ex. équipement adapté) ou provenir de personnes (p. ex. intervenants, familles). Il peut aussi être orienté vers la personne ou son environnement, toujours dans l'optique d'améliorer son fonctionnement et/ou l'atteinte de ses objectifs personnels (Schalock *et al.*, 2010/2011). Par exemple, le fait d'obtenir du soutien peut permettre à la personne d'atteindre différents objectifs personnels tels qu'une plus grande indépendance, l'élargissement de son réseau social, un plus grand nombre d'occasions pour contribuer et pour participer à la vie de la communauté, ou encore l'amélioration du sentiment de bien-être et de satisfaction personnelle (Thompson *et al.*, 2009).

1.1.3.1 Modèle socioécologique du soutien

Selon le modèle de Bronfenbrenner (1979), trois systèmes écologiques viennent influencer les personnes présentant une déficience intellectuelle qui reçoivent des services de soutien : le microenvironnement, le mésoenvironnement et le macroenvironnement. Le microenvironnement représente le contexte immédiat de la personne et inclut les interactions avec les professionnels ainsi que les intervenants offrant les services de soutien. Le mésoenvironnement réfère aux caractéristiques organisationnelles des milieux offrant ces services, telles que la structure, la gestion et la culture organisationnelle. Le macroenvironnement reflète le climat social dans lequel se retrouvent les organismes de services. Ce climat social est entre autres déterminé par les politiques publiques ainsi que par la culture et les normes sociétales. Ces systèmes interreliés et interdépendants exercent une influence directe et parfois indirecte, sur la personne et son fonctionnement.

Figure 1.1 Modèle socioécologique d'environnements qui influencent le fonctionnement humain



Tiré de Schalock *et al.* (2010/2011)

Plusieurs facteurs importants, tels que les attitudes du personnel, le style de gestion et la culture organisationnelle, peuvent avoir un impact sur la nature de ces systèmes et exercent donc indirectement une influence sur la vie des personnes. Dans le but d'optimiser les résultats positifs des personnes

présentant une déficience intellectuelle et de leurs familles, il est essentiel de mieux comprendre ces facteurs et leur implication au sein des organismes et des services de soutien.

1.1.4 Inclusion sociale et la déficience intellectuelle

L'inclusion sociale est au cœur du bien-être et de la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle (Buntinx et Schalock, 2010; Schalock *et al.*, 2005). Selon la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes présentant un handicap (Organisation des Nations unies [ONU], 2006), l'inclusion sociale est un droit, une obligation, mais aussi un objectif d'intervention permanent des services et organismes de soutien (Cobigo *et al.*, 2012). Dans le but de clarifier le concept de l'inclusion sociale, Simplican *et al.* (2015) ont développé un modèle écologique qui définit l'inclusion sociale à partir de l'interaction entre les deux principales composantes du modèle que sont les relations interpersonnelles et la participation communautaire (Simplican *et al.*, 2015). Les relations interpersonnelles font référence au réseau social de la personne, incluant les membres de la famille, le personnel, les amis, les connaissances et les partenaires intimes (Simplican *et al.*, 2015). La participation communautaire inclut l'engagement dans les différents domaines de vie que représentent l'éducation, l'emploi, les loisirs, le domaine culturel et spirituel, ainsi que l'accès aux biens et services de la communauté (Verdonschot *et al.*, 2009). Ainsi, l'inclusion sociale a lieu lorsque les personnes présentant une déficience intellectuelle ont accès de manière équitable aux activités de leur communauté et qu'ils y participent pleinement en s'engageant dans des relations significatives et réciproques avec les autres, tout en ayant un sentiment d'appartenance à un groupe et à la société en général (Cobigo *et al.*, 2012). L'inclusion sociale peut également se traduire par le degré d'acceptation de la société envers les personnes en situation de handicap dans les différents milieux de vie ordinaire, que ce soit à l'école, au travail ou dans la communauté (Walker *et al.*, 2011). Cette façon de concevoir l'inclusion sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle met en évidence l'importance des attitudes de la population générale à l'égard de ces personnes.

On peut contraster l'inclusion sociale à l'exclusion ou l'isolement social. Ce dernier concept peut être défini par le degré de marginalisation des personnes présentant une déficience intellectuelle lorsqu'il s'agit de leur participation à la vie sociale, économique et/ou politique, entraînant une rupture entre l'individu et la société et ne lui permettant pas de bénéficier d'un soutien social (Cobigo *et al.*, 2012). Cette distance sociale représente un obstacle majeur à la participation sociale des personnes en situation de handicap et renforce la stigmatisation à leur égard (Harma *et al.*, 2014). La stigmatisation des personnes présentant une déficience intellectuelle se traduit souvent par des croyances et des attitudes négatives envers la

déficience intellectuelle (Pelleboer-Gunnink *et al.*, 2021). Ainsi, les attitudes négatives, incluant les stéréotypes, la stigmatisation et la discrimination des personnes présentant une déficience intellectuelle, limitent l'inclusion sociale (Johnson *et al.*, 2009; Mahar *et al.*, 2013; Power, 2013). De la même façon, les occasions limitées de participation sociale pourraient renforcer les attitudes négatives à l'égard de la déficience intellectuelle (Gilmore et Cuskelly, 2014).

1.1.5 La déficience intellectuelle et les troubles du comportement

Les personnes présentant une déficience intellectuelle risquent davantage de manifester des troubles du comportement comparativement à la population générale (Emerson, 2001). Les troubles du comportement (TC) et les troubles graves du comportement (TGC) ont des impacts considérables tant sur la personne qui les émet que sur la famille et son entourage (de Winter *et al.*, 2011). Tassé *et al.* (2010) décrivent un trouble du comportement comme une : « action ou ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social et physique » (p. 68). Dans le but d'apporter des précisions, ces auteurs différencient le TGC au TC ainsi :

un trouble du comportement est jugé grave s'il met en danger réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement, ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux (Tassé *et al.*, 2010, p. 64).

Ils font référence à une grande variété de comportements problématiques que sont par exemple les comportements d'agression, les comportements destructeurs ou perturbateurs, les comportements sexuels inappropriés ou les troubles de la conduite.

La prévalence des troubles du comportement diffère d'une étude à l'autre (Willaye et Magerotte, 2008). Les recherches dans le domaine de la déficience intellectuelle démontrent qu'entre 10 % et 60 % des personnes présentant une déficience intellectuelle, tous âges confondus, présentent des troubles du comportement (Crocker *et al.*, 2006; Willaye et Magerotte, 2008).

1.2 Les attitudes

1.2.1 Définitions des attitudes

Le concept d'attitudes a été largement étudié dans le domaine de la psychologie sociale. Rao (2004) faisait mention de plus d'une trentaine de définitions proposées et en constante évolution à travers les années. Ce concept a d'abord été décrit par Allport (1935) comme étant « un état mental et neurologique, organisé par l'expérience et exerçant une influence directe ou dynamique sur la réponse d'un individu aux objets et aux situations auxquelles il se rapporte » [traduction libre] (p. 810). Triandis (1971) a repris cette définition en expliquant que les attitudes sont des idées chargées d'émotions qui prédisposent à des actions spécifiques pour chaque situation sociale. Pour leur part, Eagly et Chaiken (1993) ont défini les attitudes comme étant une tendance psychologique exprimée par l'évaluation d'une entité particulière selon un certain degré de faveur ou de défaveur. Plus récemment, McCaughey et Strohmer (2005) ont décrit les attitudes comme des prédispositions à agir de manière stéréotypée et prévisible en présence d'autres personnes qui font partie d'un certain groupe. Malgré les différentes définitions des attitudes au fil des années, les auteurs s'entendent généralement pour dire que les attitudes sont des réponses évaluatives à un stimulus neutre, construites principalement à partir d'appréciations cognitives et ayant des retombées émotionnelles et comportementales.

1.2.2 Conceptualisation théorique des attitudes

La littérature propose trois principaux modèles théoriques des attitudes, soit le modèle unidimensionnel (Fishbein et Ajzen, 1975; Thurstone et Chave, 1929), le modèle tripartite classique (Eagly et Chaiken, 1993; Rosenberg *et al.*, 1960) et le modèle tripartite révisé (Zanna et Rempel, 1988).

Le modèle unidimensionnel présente les attitudes en tant qu'évaluation globale de nature polarisée, soit positive ou négative, face à un objet attitudinal. Selon ce modèle, les attitudes favorables entraînent une certaine attirance vers l'objet en question tandis que les attitudes défavorables seraient associées à de l'évitement ou à de la répulsion (Giger, 2005).

Le modèle tripartite classique est composé de trois dimensions fondamentales et interdépendantes qui caractérisent les attitudes, soit les dimensions cognitive, affective et comportementale (Findler *et al.*, 2007; Rosenberg *et al.*, 1960; Zanna et Rempel, 1988). La dimension cognitive se réfère à toute représentation mentale, telle que des pensées, des croyances et des opinions, d'un objet ou d'un individu donné. La dimension affective concerne les émotions positives, négatives ou neutres associées à l'objet

ou à l'individu. Enfin, la dimension comportementale représente l'intention ou la tendance à agir d'une certaine façon, lorsqu'on est face au stimulus en question (Antonak et Livneh, 2000; Findler *et al.*, 2007).

Le modèle tripartite révisé des attitudes intègre les fondements du modèle unidimensionnel avec les composantes du modèle tripartite classique. Ici, les attitudes sont considérées comme étant des jugements, des opinions ou des valeurs qui déterminent certains comportements, soit d'attraction ou d'aversion (Zanna et Rempel, 1988). Les jugements sont construits à partir de trois sources d'information, soit de l'information cognitive (c.-à-d. les caractéristiques de l'objet attitudinal), affective (c.-à-d. les réactions émotionnelles face à l'objet/individu) ou conative (c.-à-d. les comportements passés ou l'intentionnalité comportementale future adoptés face à l'objet/individu). Ce modèle suggère un lien causal entre les attitudes et les comportements (Zanna et Rempel, 1988).

1.2.3 Attitudes envers la déficience intellectuelle

Le caractère inclusif d'une société envers les personnes présentant une déficience intellectuelle dépend des attitudes que la population entretient envers elles (Morin, Rivard *et al.*, 2013). Lorsqu'une personne a des attitudes positives envers la déficience intellectuelle, elle pense qu'une personne présentant une déficience intellectuelle est autodéterminée et qu'elle peut participer à la société au même titre que n'importe quel autre membre de la société. Cependant, les attitudes négatives envers la déficience intellectuelle entraînent des préjugés, de la stigmatisation et la discrimination envers les personnes présentant une déficience intellectuelle (Heatherton *et al.*, 2000). Ainsi, les attitudes négatives exercent une influence importante sur la qualité de vie et le bien-être de ces personnes (Stier et Hinshaw, 2007). Il est donc important que les attitudes soient favorables envers les personnes présentant une déficience intellectuelle.

1.2.3.1 Influence de variables sociodémographiques sur les attitudes

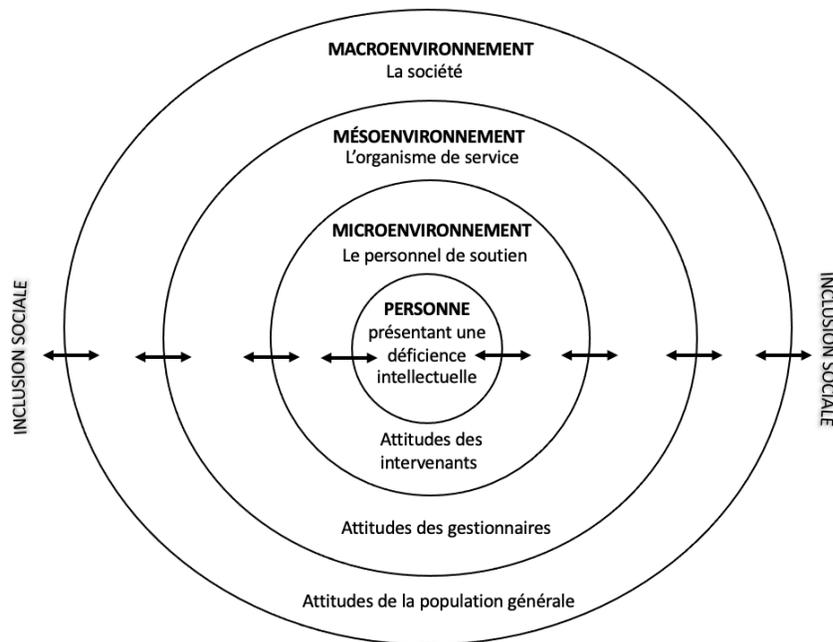
De nombreuses études ont démontré l'influence de certaines variables sociodémographiques sur les attitudes envers la déficience intellectuelle (Scior, 2011; Yazbeck *et al.*, 2004). Les attitudes envers la déficience intellectuelle semblent varier en fonction des caractéristiques liées au sexe, à l'âge, au niveau d'éducation, à la fréquence des contacts avec les personnes présentant une déficience intellectuelle et au niveau de sévérité de la déficience intellectuelle. Plus précisément, les femmes, les personnes plus jeunes, les personnes ayant un plus haut niveau de scolarité et celles ayant eu plus de contacts avec des personnes présentant une déficience intellectuelle ont généralement des attitudes plus positives envers la déficience

intellectuelle (Antonak *et al.*, 1995; Burge *et al.*, 2007; Cuskelly et Gilmore, 2007; Ouellette-Kuntz *et al.*, 2010; Yazbeck *et al.*, 2004). Des études ont également démontré que plus la sévérité de la déficience intellectuelle est importante, moins les attitudes sont positives (Morin, Crocker *et al.*, 2013; Ouellette-Kuntz *et al.*, 2010).

1.2.3.2 Perspective écologique des attitudes

Cet essai s’inspire d’une version modifiée du modèle de Bronfenbrenner (1979) et permet de conceptualiser les attitudes envers la DI dans une perspective écologique. La Figure 1.2 illustre les trois systèmes socioécologiques et la façon dont les attitudes envers la déficience intellectuelle des différents acteurs des milieux spécialisés s’arriment à chacun de ces systèmes.

Figure 1.2 Modèle socioécologique des attitudes envers la déficience intellectuelle en milieu spécialisé



1.2.3.2.1 Le microenvironnement : Les attitudes des intervenants envers la déficience intellectuelle

Les intervenants qui travaillent dans des organismes offrant des services aux personnes présentant une déficience intellectuelle jouent un rôle indispensable au soutien quotidien des usagers. Leurs responsabilités varient en fonction de la nature et de l’intensité des besoins de chaque personne, mais incluent généralement du soutien personnalisé afin d’assurer le fonctionnement de la personne, son bien-

être physique et émotionnel, ainsi que sa participation à la vie communautaire (Giesbers *et al.*, 2019; Schalock *et al.*, 2010/2011; van Asselt-Goverts *et al.*, 2013). À travers cette interaction directe et régulière, les intervenants développent une relation importante avec les usagers, relation qui influence aussi la capacité des usagers de développer leur estime de soi, de prendre des décisions et de mener une vie autodéterminée (Mansell *et al.*, 2007).

La qualité des services offerts par les intervenants et leurs interactions avec les usagers est en partie influencée par leurs attitudes envers la déficience intellectuelle (Mansell *et al.*, 2002; Tartakovsky *et al.*, 2013). Les attitudes des intervenants envers l'inclusion et l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle affectent la façon dont ces valeurs seront véhiculées à travers leurs interventions (Henry *et al.*, 2004). Lorsque les intervenants ont des attitudes positives, ils offrent aux usagers plus d'occasions de participer à des activités significatives qui favorisent leur autonomisation et leur inclusion au sein de la communauté (Jones *et al.*, 2008). D'ailleurs, une étude menée par Venema *et al.* (2015) a révélé que les attitudes favorables des intervenants envers l'inclusion représentent une variable psychologique qui influence positivement leur investissement dans leur travail et leurs efforts à promouvoir l'inclusion sociale des usagers. De plus, les attitudes positives des intervenants sont importantes pour favoriser une communication efficace et peuvent également aider les autres membres de la société à interagir de manière appropriée avec les personnes présentant une déficience intellectuelle (Bigby et Wiesel, 2015; Channon, 2014). Ainsi, les intervenants servent de modèles non seulement pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, mais également pour le reste de la société. Les attitudes positives des intervenants constituent l'une des composantes essentielles de l'ensemble des éléments permettant aux intervenants de bien remplir leurs rôles et responsabilités.

Considérant l'importance des intervenants dans la vie des personnes présentant une déficience intellectuelle et la régularité de leurs interactions avec cette clientèle, il est attendu, voire normal, que les intervenants pensent, se sentent et agissent de manière positive lorsqu'ils sont en contact avec les usagers (Henry *et al.*, 2004). Malheureusement, les études démontrent que les attitudes des intervenants ne sont pas toujours positives et peuvent être influencées par différents facteurs (Knotter *et al.*, 2016). Par exemple, leur formation, les attitudes de leurs collègues, les valeurs organisationnelles ainsi que leurs expériences avec certains usagers peuvent en partie déterminer leurs attitudes envers les personnes présentant une déficience intellectuelle (Keys *et al.*, 1997; Pelleboer-Gunnink *et al.*, 2021). Plusieurs auteurs mentionnent aussi que les intervenants qui travaillent avec des usagers qui manifestent des

troubles de comportement ou des troubles de santé mentale dans des environnements où le stress est élevé, sont moins portés à interagir avec les usagers et à avoir des interactions positives et aidantes (Devereux *et al.*, 2009; Hastings, 2002; Hastings et Brown, 2002).

Une étude menée au Canada par Jones *et al.* (2008) a évalué les attitudes d'intervenants afin de déterminer s'ils adhèrent aux valeurs d'inclusion sociale. Deux cent quarante et un (241) intervenants travaillant dans 27 agences communautaires en Ontario ont répondu au « *Community Living Attitudes Scale - Intellectual Disability Form* » (CLAS-ID; Henry *et al.*, 1996). Une grande proportion des répondants a démontré des attitudes nuisibles à l'inclusion des personnes présentant une déficience intellectuelle; 48 % des intervenants étaient d'accord avec le fait que des activités ségréguées sont nécessaires pour les usagers et 34 % pensaient que les usagers devraient demeurer dans des foyers de groupe pour recevoir de l'aide des intervenants (Jones *et al.*, 2008). En effet, des réponses comme celles-ci reflètent des attitudes qui sont incompatibles avec les initiatives d'inclusion communautaire (Jones *et al.*, 2008).

Dans une étude effectuée par Horner-Johnson *et al.* (2015), des données ont été recueillies auprès d'intervenants travaillant dans 45 résidences communautaires qui logeaient près de 480 personnes présentant une déficience intellectuelle au Japon et aux États-Unis. Deux cent vingt-sept (227) intervenants ont aussi répondu au CLAS-ID (Henry *et al.*, 1996) pour évaluer leurs attitudes envers la déficience intellectuelle. Les intervenants provenant du Japon ont exprimé moins d'ouverture à l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle que les intervenants des États-Unis. Ces derniers étaient également plus susceptibles de ressentir de la compassion, de s'identifier comme étant similaires aux personnes présentant une déficience intellectuelle et de croire en leur autodétermination (Horner-Johnson *et al.*, 2015). Les chercheurs ont pu établir que l'âge des intervenants, leur niveau d'éducation, leur expérience, leur pays d'origine, ainsi que le niveau de fonctionnement des usagers étaient des variables médiatrices des attitudes envers la déficience intellectuelle (Horner-Johnson *et al.*, 2015).

Dans le même sens, Henry *et al.* (2004) ont comparé les attitudes des intervenants travaillant dans des organismes communautaires aux États-Unis et en Israël. Les auteurs étaient intéressés aux attitudes envers l'inclusion telles que mesurées par le CLAS-ID (Henry *et al.*, 1996) ainsi qu'aux effets des variables démographiques. Les réponses des participants américains ont révélé des attitudes plus favorables quant à l'autodétermination et à la capacité des personnes présentant une déficience intellectuelle de prendre

des décisions, comparées à celles des participants israéliens. Cependant, ces derniers ont démontré une plus grande tendance à considérer les personnes présentant une déficience intellectuelle comme des membres égaux de la société. Les auteurs ont rapporté que les variables reliées à la culture, à l'éducation et à l'âge des intervenants ont eu un effet significatif sur les résultats (Henry *et al.*, 2004).

Yazbeck *et al.* (2004) ont étudié les attitudes envers les personnes présentant une déficience intellectuelle parmi des professionnels offrant des services aux personnes en situation de handicap, des étudiants et de la population générale en Australie. Quatre cent quatre-vingt-dix (490) participants ont rempli un questionnaire validé et autoadministré et les résultats ont indiqué que la population générale avait des attitudes plus négatives comparativement aux deux autres groupes. Plus précisément, les professionnels et les étudiants avaient des attitudes similaires et significativement plus positives que la population générale. Des réactions de suspicion et d'hostilité envers l'inclusion ont été rapportées, en particulier chez les personnes plus âgées, moins éduquées et parmi celles qui n'avaient eu beaucoup de contacts avec des personnes présentant une déficience intellectuelle (Yazbeck *et al.*, 2004).

1.2.3.2.2 Le mésoenvironnement : Les attitudes des gestionnaires envers la déficience intellectuelle

La structure et la culture d'un établissement peuvent exercer une influence sur les valeurs, les comportements et les attitudes de son personnel (Hatton *et al.*, 2001; MacIntosh et Doherty, 2007). La culture organisationnelle englobe les croyances et les normes partagées qui se construisent à partir des interactions entre les usagers, les employés et les gestionnaires (Aarons et Sawitzky, 2006). C'est ce qui est considéré typique de l'organisation : les habitudes, les attitudes dominantes et le modèle de comportement accepté et attendu (Drennan, 1992). Formellement, la culture organisationnelle est définie comme étant un modèle de postulats élémentaires développés et adoptés par un groupe organisationnel donné, servant à percevoir, penser et ressentir les problèmes d'adaptation internes ou externes et qui se transmet à chaque nouveau membre de l'organisation (Schein, 1985).

Selon Hastings (2005), la culture organisationnelle comporte des éléments formels et informels. Parmi les éléments formels se retrouvent la mission de l'organisation, les politiques et procédures, les formations et les lignes directrices retrouvées au sein de l'organisme. Les éléments informels réfèrent plutôt aux interactions et aux relations entre les membres de l'organisation, le soutien reçu et donné par les collègues et les gestionnaires, l'ouverture et la flexibilité du milieu, et les canaux de communication disponibles et utilisés.

Les études démontrent l'effet considérable que la culture organisationnelle dans les organismes de services en déficience intellectuelle peut avoir sur les caractéristiques de son personnel (Hatton *et al.*, 2001). Par exemple, les croyances et les perceptions, la satisfaction au travail et le stress vécu en milieu de travail (Hare *et al.*, 2012; Noone *et al.*, 2003) ont inévitablement un impact sur la qualité des services offerts aux usagers (Gillett et Stenfert-Kroese, 2003). Informellement, le climat de travail, le style de gestion et l'expérience du personnel influencent les attitudes. Formellement, une culture axée sur l'inclusion et l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle encourage l'expression de ces mêmes valeurs dans l'offre de services et dans les gestes posés par les différents intervenants (Mansell et Beadle-Brown, 2012). Bien que le personnel puisse avoir des valeurs et des attitudes individuelles, l'impact de ces dernières sur les usagers est probablement modulé par la culture organisationnelle du milieu (Hatton *et al.*, 1999)

Les attitudes des gestionnaires sont importantes, car elles peuvent influencer non seulement leur approche individuelle, mais également la culture organisationnelle et les valeurs de l'institution pour laquelle ils travaillent (Mansell et Beadle-Brown, 2012). De plus, les gestionnaires ont la capacité d'influencer positivement les attitudes du personnel de première ligne (Jones *et al.*, 2008).

Dans une étude réalisée par Henry *et al.* (1996), les attitudes des gestionnaires des agences communautaires en déficience intellectuelle se sont avérées plus favorables à l'inclusion que celles des intervenants. Selon les auteurs et conformément à la théorie organisationnelle, les personnes occupant des postes de direction plus élevés pourraient montrer des attitudes plus positives à l'égard de la déficience intellectuelle parce qu'elles sont plus attachées aux valeurs organisationnelles (Henry *et al.*, 1996). Ces auteurs suggèrent également que le fait d'avoir moins de contacts directs avec les personnes présentant une déficience intellectuelle, et donc une expérience plus limitée des défis quotidiens, pourrait en partie expliquer des attitudes plus positives envers la déficience intellectuelle par rapport aux travailleurs de première ligne. En effet, dans le cadre de leurs fonctions, les travailleurs de première ligne sont souvent appelés à intervenir dans des situations d'urgence où ils côtoient des personnes présentant une déficience intellectuelle en détresse ou dans le besoin.

Dans une étude portant sur les attitudes envers la sexualité des personnes présentant une déficience intellectuelle, 45 gestionnaires œuvrant dans des centres résidentiels, des cliniques de jour et des services ambulatoires ont répondu à un questionnaire sur les droits sexuels et les stéréotypes liés à la sexualité

des personnes présentant une déficience intellectuelle (Bazzo *et al.*, 2007). Dans cette étude, les attitudes des gestionnaires se sont avérées plus positives que celles des intervenants, les premiers acceptant davantage la possibilité que des personnes présentant une déficience intellectuelle puissent avoir des activités sexuelles et exprimant des idées moins stéréotypées que les intervenants. En concordance avec les études précédentes, les auteurs ont émis l'hypothèse que la nature des contacts (directe vs indirecte) et la durée des contacts (courte vs prolongée) des gestionnaires et des intervenants avec les usagers limitent le risque des gestionnaires à devoir gérer des situations difficiles (Bazzo *et al.*, 2007).

Une autre étude évaluant les attitudes des gestionnaires travaillant dans des organismes communautaires a mis en lumière des attitudes généralement positives envers l'inclusion des personnes présentant une déficience intellectuelle (Jones *et al.*, 2008). De plus, ces attitudes étaient cohérentes avec les attitudes des intervenants du même établissement. Les gestionnaires ayant participé à cette étude auraient été impliqués dans 50 % des contacts directs et cliniques avec les personnes présentant une déficience intellectuelle (Jones *et al.*, 2008).

L'état actuel des connaissances concernant les attitudes des gestionnaires travaillant dans des établissements de services en déficience intellectuelle et les facteurs qui y sont associés est limité. Des recherches supplémentaires seraient utiles pour mieux comprendre les attitudes des gestionnaires à l'égard de la déficience intellectuelle, ainsi que pour s'assurer de leur cohérence avec les attitudes des intervenants.

1.2.3.2.3 Le macroenvironnement : Les attitudes de la population générale envers la déficience intellectuelle

La stigmatisation et la discrimination des personnes présentant une déficience intellectuelle a largement été documentée à travers le monde (Scior *et al.*, 2016). Les études menées dans les années 1990 décrivent des attitudes principalement négatives envers les personnes présentant une déficience intellectuelle. Ces études ont fait ressortir des croyances erronées quant aux capacités des personnes présentant une déficience intellectuelle, des préférences au maintien d'une distance sociale par rapport à ces personnes, ou encore des réactions d'hostilité et de suspicion à leur égard (Antonak et Harth, 1994; Gething et Wheeler, 1992; Lau et Cheung, 1999).

Dans les 50 dernières années, plusieurs changements politiques et législatifs majeurs concernant les personnes présentant une déficience intellectuelle ont été observés (ONU, 2006). Notamment, le

mouvement vers l'inclusion et la normalisation qui a mené à la désinstitutionalisation des personnes présentant une déficience intellectuelle a entraîné une sensibilisation envers les personnes en situation de handicap et une réévaluation des attitudes envers ces dernières (Bigby *et al.*, 2006). Grâce à ces initiatives, des attitudes plus positives ont émergé et des études ont permis de constater que le public ressent moins d'inconfort envers les personnes présentant une déficience intellectuelle (Morin, Crocker *et al.*, 2013), croit davantage en leur capacité d'avoir un emploi (Pace *et al.*, 2010) et reconnaît davantage leurs droits, notamment en ce qui a trait à la sexualité (Cuskelly et Bryde, 2004).

Malgré cela, plusieurs études montrent que des attitudes négatives envers les personnes présentant une déficience intellectuelle sont encore présentes parmi la population générale (Ahlborn *et al.*, 2008; Antonak et Livneh, 2000; Campbell *et al.*, 2003; Loo, 2001). Il semble y avoir une réticence de la population générale à interagir socialement avec les personnes présentant une déficience intellectuelle, ce qui serait attribuable en partie à un inconfort et à de l'anxiété (Gilmore *et al.*, 2003; McCaughey et Strohmmer, 2005; Scior, 2011). Le public semble aussi ressentir de la peur et de la pitié envers ces personnes (Findler *et al.*, 2007).

Récemment, une enquête menée par Scior *et al.* (2020) a recueilli des données portant sur les attitudes envers l'inclusion des personnes présentant une déficience intellectuelle auprès de 667 experts et organisations dans le domaine, appartenant à 88 pays et couvrant toutes les régions du monde. Alors que les résultats ont démontré des attitudes positives et en faveur de l'inclusion sociale des enfants et des adultes présentant une déficience intellectuelle dans de nombreuses régions du monde, des attitudes négatives persistent (Scior *et al.*, 2020). La stigmatisation et le déni des droits fondamentaux des personnes présentant une déficience intellectuelle semblent encore être présents dans de nombreux endroits, particulièrement dans les régions plus défavorisées sur le plan socioéconomique. Dans ces régions, l'inclusion des personnes présentant une déficience intellectuelle était vue comme peu pratique et difficile à réaliser, préférant les établissements éducatifs et résidentiels spécialisés pour répondre à leurs besoins (Scior *et al.*, 2020). De plus, les auteurs ont constaté que les initiatives visant à lutter contre la discrimination semblent moins présentes là où elles sont le plus nécessaires (Scior *et al.*, 2020).

Ces constats mettent en évidence les préjugés et attitudes négatives qui persistent à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle dans la société moderne. Le besoin et l'importance de continuer à promouvoir des attitudes plus positives envers cette population à travers des activités d'éducation et de sensibilisation demeurent une responsabilité sociale primordiale.

1.3 Objectifs de recherche

Cet essai doctoral mesure les attitudes envers la déficience intellectuelle des intervenants et des gestionnaires qui travaillent dans des milieux spécialisés au Québec. Il s'intéresse également à connaître comment les attitudes de ces deux groupes diffèrent et se comparent à celles de la population générale québécoise (données de l'étude de Morin, Rivard *et al.*, 2013), afin de présenter une perspective écologique des attitudes. De plus, puisque les attitudes sont influencées par plusieurs caractéristiques sociodémographiques, les attitudes des gestionnaires et des intervenants envers la déficience intellectuelle sont examinées en fonction de plusieurs variables sociodémographiques des participants. Ainsi, les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants :

1. Mesurer les attitudes envers la déficience intellectuelle des intervenants et des gestionnaires qui travaillent dans des organismes de services spécialisés en déficience intellectuelle au Québec;
2. Comparer les attitudes envers la déficience intellectuelle des intervenants et des gestionnaires entre elles ainsi qu'à celles de la population générale québécoise;
3. Déterminer le degré d'association entre certaines variables sociodémographiques des participants et leurs attitudes.

CHAPITRE 2

ARTICLE -

ATTITUDES OF DIRECT SUPPORT PROFESSIONALS AND MANAGEMENT STAFF TOWARDS INTELLECTUAL DISABILITY IN SPECIALIZED SERVICES

Isabelle Assouline and Diane Morin

Université du Québec à Montréal

Article soumis à la revue *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities (JARID)* en décembre 2023

2.2 Résumé

Les attitudes à l'égard de la déficience intellectuelle (DI) du personnel travaillant en milieu de services spécialisés en DI influencent l'inclusion sociale et le bien-être des usagers. Un échantillon de 157 intervenants et 38 gestionnaires travaillant avec des personnes présentant une DI ont rempli le Questionnaire sur les attitudes à l'égard de la déficience intellectuelle (ATTID ; Morin, Rivard et al., 2013). Les attitudes ont été évaluées selon des dimensions affectives, cognitives et comportementales. Les résultats ont révélé des attitudes généralement positives et similaires dans les deux groupes, qui étaient également significativement plus positives que celles de la population générale. Les attitudes positives du personnel étaient associées à une plus grande expérience professionnelle et à une meilleure perception de la qualité des relations avec les personnes présentant une DI. Les programmes de formation en milieu de travail portant sur l'étiologie de la DI et les interventions favorisant l'autodétermination peuvent contribuer à améliorer les attitudes du personnel à l'égard de la DI.

Mots clés : attitudes, intervenants, gestionnaires, déficience intellectuelle, inclusion.

2.3 Abstract

Attitudes towards intellectual disability (ID) of staff working in the ID service industry influence the social inclusion and well-being of persons with ID. A sample of 157 direct support professionals and 38 managers working with persons with ID completed the Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire (ATTID; Morin, Rivard et al., 2013). Attitudes were assessed along affective, cognitive, and behavioral dimensions. Results revealed generally positive and similar attitudes in both groups, which were also significantly more positive than the general population. Positive staff attitudes were associated to more work experience and higher perceived quality of relationships with persons with ID. Workplace training programs addressing the etiology of ID and interventions promoting self-determination may help enhance staff attitudes towards ID.

Keywords: attitudes, direct support professionals, management staff, intellectual disability, inclusion.

2.4 Attitudes of Direct Support Professionals and Management Staff Towards Intellectual Disability in Specialized Services

General public attitudes towards individuals with an intellectual disability (ID) can have a significant impact on the inclusion, opportunities, and overall quality of life of this population (Burge et al., 2007; Findler et al., 2007; Verdonshot et al., 2009). Attitudes of key agents working in the ID service industry, such as direct support professionals (DSPs) and management staff, may have an even greater influence on the well-being and community participation of persons with ID (Mansell & Beadle-Brown, 2012; Venema et al., 2016). Direct support professionals generally work closely with persons with ID, providing emotional support and assisting them in rehabilitation and tasks of daily living (Giesbers et al., 2019; van Asselt-Goverts et al., 2013). Through a supportive relationship, persons with ID can learn to strengthen their self-esteem, engage in meaningful activities, and feel less isolation (Mansell et al., 2007). Direct support professionals not only influence the learning and social opportunities available to the persons with whom they work, but also facilitate interaction and participation with other members of society (Bigby & Wiesel, 2015; Channon, 2014).

Managers in the same service industry often have an indirect, albeit important, relationship with persons with ID. Through practice leadership, managers provide modelling, coaching, support, and motivation to their staff which enables them to deliver quality services to persons with ID (Beadle-Brown et al., 2015; Mansell et al., 1994). The nature of these services, and how persons with ID are generally treated, may vary based on different skills and attitudes towards ID, such as those related to empowerment and self-determination (Tartakovsky et al., 2013). Therefore, it is important for staff who work with this population to have positive attitudes towards ID to ensure the inclusion and overall well-being of people with ID.

2.4.1 Social Inclusion of Persons with Intellectual Disability

The social inclusion of people with ID has been studied extensively and advocated for globally over the past few decades (Ouellette-Kuntz et al., 2010; Verdugo et al., 2012). Although there are several definitions of social inclusion as it pertains to individuals with ID, two essential components, as defined by Simpican et al. (2015), must be considered: interpersonal relationships and community participation. Specifically, social inclusion underlies full and equitable access to community resources and activities, as well as having relationships with family, friends, and acquaintances, but most importantly, a sense of belonging to a group and thus participation and engagement in society (Cobigo et al., 2012). In contrast, social exclusion is described as a lack of opportunity to participate in social, community, economic, or

political life, leading to a breakdown or loss of social relationships, and thus excluding the individual from social support (Cobigo et al., 2012). Negative attitudes towards a group such as people with ID are considered a barrier to their social inclusion as it promotes stigma, a key aspect of exclusion (Abbott & McConkey, 2006; Merrells et al., 2018; Scior et al., 2016)

2.4.2 The Multidimensional Concept of Attitudes

The construct of `attitude` was first described by Allport (1935) as an evaluative response based on the appraisal of a neutral stimulus. Three fundamental and interrelated dimensions characterize the nature of this response: cognitive, affective and behavioral (Findler et al., 2007; Rosenberg et al., 1960; Zanna & Rempel, 1988). The cognitive dimension refers to any mental representation of the attitudinal object or person, such as thoughts, beliefs, and opinions. The affective dimension relates to positive, negative or neutral emotions associated to the attitudinal object or person. The behavioral dimension represents the tendency to act in a certain way when presented with the attitudinal object or person (Antonak & Livneh, 2000; Findler et al., 2007). This multidimensional perspective reflects the tripartite model of attitudes (Rosenberg et al., 1960) which illustrates how attitudes influence the way people feel, think and behave towards others (McCaughey & Strohmer, 2005).

2.4.3 Public Attitudes towards Persons with Intellectual Disability

The past 50 years have seen major policy and legislative changes regarding people with ID (United Nations, 2006). The movement against segregation and towards inclusion, which led to the deinstitutionalization of persons with ID, has promoted an increased awareness around disabilities (Bigby et al., 2006). Despite these initiatives, the literature reflects negative attitudes towards ID among the general population (GP) in a variety of contexts and cultures (Ahlborn et al., 2008; Antonak & Livneh, 2000; Campbell et al., 2003; Loo, 2001; McCaughey & Strohmer, 2005; Scior, 2011). Negative attitudes towards persons with ID pertain to prejudice, stigma and discrimination, which impede the inclusion of persons with disabilities (Heatherton et al., 2000), while individuals who have positive attitudes towards persons with ID believe in their right to self-determination and participation as equal members of society (Stier & Hinshaw, 2007).

Studies have shown that the GP can feel discomfort and uncertainty on how to act in the presence of persons with ID (Gilmore et al., 2003; McCaughey & Strohmer, 2005), be reluctant to socially interact with people with ID due to anxiety (Scior, 2011) and believe persons with ID should be excluded from society and sheltered from community life (Scior et al., 2010, 2020). Negative attitudes of the GP can vary

according to demographic characteristics of individuals; older individuals and those with a lower level of education desire greater social distance in situations involving people with ID (Ouellette-Kuntz et al., 2010). Furthermore, studies have indicated that experience and frequency of contact with people with ID may influence attitudes towards disabilities (Keith et al., 2015; Morin, Crocker et al., 2013; Scior et al., 2010). In fact, the intergroup contact theory (Allport, 1954/1979; Pettigrew, 1998) suggests that frequent social interaction between different members of social groups can improve prejudicial attitudes, such as developing more positive perceptions and reducing stigma.

Nevertheless, positive attitudes towards ID have been documented such as the GP's acknowledgment that people with Down syndrome should be able to work (Pace et al., 2010) and have sexual rights (Cuskelly & Bryde, 2004). In a transnational study of public attitudes towards inclusion of people with ID, the GP in 17 countries were found to mostly endorse the rights of people with ID (Slater et al., 2020). Morin, Crocker et al. (2013), reported positive public attitudes towards people with ID along affective, cognitive and behavioral dimensions. However, the authors noted that the GP still felt sadness and pity towards persons with ID, and that causes of ID were generally misunderstood.

2.4.4 Direct Support Professionals' Attitudes towards Persons with Intellectual Disability

Direct support professionals' role requires regular and meaningful interactions with persons with ID and it is expected for them to think, feel and act in a respectful and helpful manner towards them (Henry et al., 2004; Venema et al., 2016). However, DSPs attitudes are not always positive and may be influenced by different factors, such as training, attitudes of their colleagues, organizational values and negative experiences with clients (Henry et al., 2004; Knotter et al., 2016). Unfavorable DSPs attitudes towards persons with ID that have been documented include the belief that segregated activities are necessary for clients and that clients should stay in group homes to receive assistance (Jones et al., 2008); having negative perceptions of their decision-making abilities (Horner-Johnson et al., 2015); sheltering and overprotecting due to perceived vulnerability of this population (Golding & Rose, 2015); as well as considering social integration as disadvantageous, with risks of inducing physical harm and fear (Venema et al., 2016). Furthermore, less favorable DSP attitudes have been associated with higher degrees of severity of ID, with staff perceiving active participation and choice as not achievable for persons with severe to profound ID (Bigby et al., 2008). When compared to the GP, DSPs attitudes seem to be more positive (Yazbeck et al., 2004) with cultural, educational and demographic variables having a significant impact (Henry et al., 2004; Ouellette-Kuntz et al., 2010).

2.4.5 Management Staff Attitudes towards Persons with Intellectual Disability

Manager's attitudes are an important part of their work, as they influence their individual style and approach, but also reflect the organizational culture and the values of the institution for which they work (Mansell & Beadle-Brown, 2012). These are used as standards which inform practice; for example, an organizational culture focused on inclusion, social participation, and self-determination of people with ID ensures that these same values are reflected in interventions delivered. In a study by Henry et al. (1996), attitudes of supervisors and managers in community ID agencies were found to be more favourable towards inclusion than those of DSPs. Authors believed that as per organizational theory, persons in higher managerial positions may show more positive attitudes towards ID due to being committed to and focused on organizational values (Henry et al., 1996). Furthermore, it was found that less direct contact with persons with ID, and hence limited exposure to day-to-day challenges, could explain more positive attitudes towards ID when compared to frontline workers. More recently, generally positive attitudes of supervisors working in the field of ID were established and found to also be consistent with DSP attitudes in the same setting (Jones et al., 2008). These supervisors were reportedly involved in 50% of "hands-on" contact with persons with ID.

Unfortunately, the current state of knowledge regarding the attitudes of managers working in ID service institutions is limited. More research would be valuable to better understand the attitudes of managers towards ID, as well as ensuring their consistency with attitudes of DSPs.

2.4.6 Purpose of the Current Study

The primary purpose of this study is to identify and better understand attitudes towards ID of DSPs and managers working in specialized settings and the factors that may influence them. As a secondary objective, we are interested in also understanding how these attitudes compare to those of the GP from existing data (Morin, Rivard et al., 2013). We aim to ultimately help target interventions that can modify or improve these attitudes as needed and help contribute to the empowerment and inclusion of persons with ID. Thus, the research questions guiding the present study are:

1. What are the attitudes towards ID of DSPs and management staff working in institutions offering specialized services to persons with ID?
2. Do attitudes towards ID of DSPs and management staff in these settings differ?
3. How do these attitudes compare to existing attitudes towards ID of the GP in the same geographical area?
4. Do sociodemographic variables have an influence on DSP and managers attitudes towards ID?

2.5 Method

2.5.1 Participants

2.5.1.1 Recruitment and Study Sample

Data for the current study were collected from the public healthcare system in Quebec, Canada, encompassing a total of 22 integrated health and social services centres across 16 regions. A convenience sample of 195 participants (157 DSPs and 38 managers) was recruited from facilities offering specialized services in ID in 12 randomly selected health and social services centers (see Table 2.1 for socio-demographic characteristics of the participants). Recruitment sites were randomly selected using a random online generator. Twelve centres were initially randomly selected, and a second round of random selection was conducted which added four more centres; this was done to increase the participant sample with hopes of reaching the originally targeted sample size of 200 participants. Out of the total of 16 centres contacted, 12 agreed to participate and 4 refused due to unavailability within the site to engage in research at that given time.

Interested and eligible participants were provided with access to an anonymous and confidential online platform containing a consent form and an electronic version of the *Attitudes Towards Intellectual Disability questionnaire* (ATTID; Morin, Crocker et al., 2013) questionnaire. Inclusion criteria required being a DSP, such as an educator, assistant, psychologist or other professional who works in direct contact to support clients with ID; or to be a manager in the organization, whether it be on the frontline or in more upper levels of management; working a minimum of 15 hours a week.

2.5.1.2 General Population Sample

The comparison sample used in the current study originates from a separate study conducted by Morin, Rivard et al. (2013) using the ATTID questionnaire. Data pertaining to the attitudes of the GP in Quebec, Canada were obtained from the results of that study. The GP sample was composed of 1605 participants. Participants were randomly selected, stratified by region through postal codes to have a representative sample and invited to take part in a telephone interview conducted by a specialized polling firm. Inclusion criteria for participation in the study were to be 18 years or older and understand French or English. The participation rate achieved was of 50% (see Morin, Rivard et al., 2013) for more details about recruitment methods, sampling procedures and demographic data).

Table 2.1 Sociodemographic Characteristics Per Participant Sample

Variable and categories	Direct Support Staff		Management Staff		Test value Chi ²	p value
	N=157	%	N=38	%		
Gender					.741	
Women	133	84.7	33	86.8		
Men	24	15.3	5	13.2		
Age group (years)						.025*
18–29	33	21	1	2.6		
30-39	51	32.5	13	34.2		
40-49	49	31.2	18	47.4		
50-59	21	13.4	6	15.8		
60+	3	1.9	0	0		
Level of education						<.001***
Secondary school diploma	2	1.3	0	0		
College diploma	74	47.1	5	13.2		
University diploma	49	31.2	22	57.9		
Graduate studies	32	20.4	11	28.9		
Individual income (CAD)						.005**
< \$20 000	1	0.6	0	0		
\$20 000 – \$39 999	4	2.5	1	2.6		
\$40 000 – \$59 999	29	18.5	2	5.3		
\$60 000 – \$79 999	34	21.7	2	5.3		
\$80 000 – \$99 999	18	11.5	8	21.1		
> \$100 000	53	33.8	24	63.2		
N/A	17	10.8	1	2.6		
Perceived knowledge about ID					.881	
Not much	16	10.2	3	7.9		
Quite a bit	72	45.9	17	44.7		
A lot	69	43.9	18	47.4		
Perceived quality of relationship with persons with ID						<.001***
Excellent	67	42.7	20	52.6		
Good	87	55.4	12	31.6		
Neutral	3	1.9	6	15.8		
Frequency of contact with persons with ID						.261
Never	10	6.4	2	5.3		
Sometimes	13	8.3	8	21.1		
Often	39	24.8	8	21.1		
Very often	95	60.5	20	52.6		
Work experience related to ID						.018*
Less than 12 months	7	4.5	8	21.1		
1-4 years	50	31.8	10	26.3		
5-10 years	24	15.3	7	18.4		
More than 10 years	75	47.8	12	31.6		
Received training related to ID						<.001***
Yes	123	78.3	19	50		
No	34	21.7	19	50		

2.5.2 Measure

2.5.2.1 The Attitudes Towards Intellectual Disability Questionnaire (ATTID)

The ATTID is a validated self-report instrument which evaluates attitudes towards ID in different populations based on the multidimensional model of attitudes addressing affective, cognitive and behavioral dimensions (Findler et al., 2007). The ATTID is composed of 67 items, each rated on a five point Likert-scale (1 = completely agree, 5 = completely disagree) and based on a five factors structure which reflects the three-dimensional model of attitudes: factors along the cognitive dimension are, (1) *knowledge of causes* and (2) *knowledge of capacity and rights of individuals with ID*, along the affective dimension factors are (3) *discomfort* and (4) *sensitivity or compassion*, and along the behavioral dimension (5) *interaction* (Morin, Crocker et al., 2013). The lower the score obtained on the different items and factors, the more positive the attitude towards persons with ID is considered. The ATTID also contains a section of 14 items aimed at obtaining participants' sociodemographic information (see Appendix F). The ATTID displays excellent internal consistency with Cronbach's alpha for the entire questionnaire being 0.92 and shows good to excellent test-retest reliability ($r = 0.62-0.83$ for the five factors) (Morin, Crocker et al., 2013).

2.5.3 Analyses

Three sets of analyses were performed with the data obtained. Firstly, to evaluate DSPs and management staff attitudes towards persons with ID as reported by the ATTID, descriptive analyses were performed. Second, independent groups t-tests were used to compare DSPs and management staff attitudes towards ID, while one-sample t-tests were performed to compare each group's attitudes to those of the general population. Lastly, to understand the influence of sociodemographic variables on participants' attitudes towards ID, independent group t-tests and chi-squared tests were conducted. Furthermore, correlations and analyses of variance (ANOVA) were done to establish associations between attitudes and the sociodemographic variables that were significantly different between groups. Analyses of covariance were performed (ANCOVA) to control for these variables.

2.6 Results

2.6.1 Sociodemographic Variables

Table 2.1 presents sociodemographic characteristic for DSPs and management staff who participated in the study, as well as significant differences found between the two samples. Chi-squared test results are associated to categorical variables (sex, perceived knowledge about ID, perceived quality of relationships

with persons with ID and training received related to ID) and p values to continuous variables (age, level of education, income, frequency of contact with persons with ID and work experience related to ID).

When comparing participant samples, significant differences were found between age, level of education, annual income, work experience, perceived quality of relationships with persons with ID and training. Direct support professionals were found to be younger, less educated, earning a lower income, perceiving a lower quality in their relationships with persons with ID, yet with more years of experience and training than management staff.

2.6.2 Attitudes as Determined by the Five Factors of the ATTID

Means, standard deviations and percentages of responses calculated for each group of participants, by type (positive, neutral and negative attitudes) and per factor are displayed in Tables 2.2 and 2.3. Positive attitudes are assumed to be represented by scores of 1 and 2, neutral attitudes by a score of 3 and negative attitudes by scores of 4 and 5.

Table 2.2 Mean, Standard Deviation and Percentages of Direct Support Staff Responses With a Positive, Neutral or Negative Attitude as Reported by the Five Factors of the ATTID

Factor	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Positive attitude	Neutral attitudes	Negative attitude
		(1 and 2)	(3)	(4 and 5)
		%	%	%
Factor 1 (Discomfort)	1.27 (0.38)	95.22	2.53	2.25
Factor 2 (Knowledge of capacity and rights)	2.01 (0.50)	74.27	17.06	8.67
Factor 3 (Interaction)	1.85 (0.53)	77.21	13.55	9.24
Factor 4 (Sensitivity/ compassion)	2.15 (0.84)	64.55	9.66	25.79
Factor 5 (Knowledge of causes)	2.53 (0.84)	59.82	16.64	23.54

Note. *M* = Mean; *SD* = Standard deviation.

Table 2.3 Mean, Standard Deviation and Percentages of Management Staff Responses With a Positive, Neutral or Negative Attitude as Reported by the Five Factors of the ATTID

Factor	<i>M (SD)</i>	Positive attitude (1 and 2)	Neutral attitudes (3)	Negative attitude (4 and 5)
		%	%	%
Factor 1 (Discomfort)	1.27 (0.48)	95.67	0.99	3.41
Factor 2 (Knowledge of capacity and rights)	1.84 (0.48)	80.33	11.91	7.76
Factor 3 (Interaction)	1.75 (0.55)	80.43	12.52	7.06
Factor 4 (Sensitivity/ compassion)	2.42 (0.80)	56.14	10.96	32.89
Factor 5 (Knowledge of causes)	2.64 (0.76)	51.97	19.05	28.98

Note. *M* = Mean; *SD* = Standard deviation.

Both DSPs and management staff demonstrated positive attitudes along all five factors, with mean scores ranging from 1.27 (SD = 0.38) to 2.53 (SD = 0.84) for DSPs and 1.27 (SD = 0.48) to 2.64 (SD = 0.76) for managers. For both groups, the highest percentage of positive attitudes reported were for factor 1 (discomfort; DSP = 95.22 %, management = 95.67 %) while most negative attitudes were associated to factor 4 (sensitivity/compassion; DSP = 25.79 %, management = 32.89 %), indicating that DSPs and managers are very comfortable with individuals with ID yet still experience some level of sadness or pity towards them.

2.6.3 Comparing Attitudes Among Participant Samples

Tables 2.4, 2.5, and 2.6 present the results of comparative analyses among all three samples. Differences were found between DSP and management staff reported attitudes on factor 4: sensitivity/compassion, with DSP having significantly more positive attitudes ($t(191) = -2.02, p = .045$) with a small effect size ($d = -.037$) (see Table 2.4).

Table 2.4 Comparison of Attitudes Between Direct Support Staff and Management Staff

ATTID Factor	Direct Support Professionals	Management Staff	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>				
Factor 1 (Discomfort)	1.27 (0.38)	1.27 (0.48)	0.49	189	.622	0.09
Factor 2 (Knowledge of capacity and rights)	2.01 (0.50)	1.84 (0.48)	1.83	192	.069	0.08
Factor 3 (Interaction)	1.85 (0.53)	1.75 (0.55)	1.15	189	.254	0.21
Factor 4 (Sensitivity/compassion)	2.15 (0.84)	2.42 (0.80)	-2.02	191	.045*	-0.37
Factor 5 (Knowledge of causes)	2.53 (0.84)	2.64 (0.76)	-0.89	184	.377	-0.16

Note. *M* = Mean; *SD* = standard deviation; *t* = t-test value; *df* = degrees of freedom.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

When comparing attitude scores of DSP and the general population (see Table 2.5), significant differences were revealed on all five factors of the ATTID (Factor 1 $t(152) = -17.28, p = < .001$; Factor 2 $t(155) = -2.23, p = .023$; Factor 3 $t(152) = -9.57, p < .001$; Factor 4 $t(154) = -17.07, p < .001$; Factor 5 $t(148) = -4.86, p < .001$), with DSP attitudes receiving lower scores than the general population, thus indicating more positive attitudes. Furthermore, factors 1 (discomfort) and 4 (sensitivity/compassion) showed large effect sizes ($d_1 = -1.40, d_4 = -1.37$), factor 3 (interaction) showed a moderate effect size ($d_3 = -0.77$) and finally, factors 2 (knowledge of capacity and rights) and 5 (knowledge of causes) showed small effect sizes ($d_2 = -0.18, d_5 = -0.40$).

Table 2.5 Comparison of Attitudes Between Direct Support Staff and the General Population

ATTID Factor	Direct Support Professionals	General population	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>				
Factor 1 (Discomfort)	1.27 (0.38)	1.73 (0.52)	-17.28	152	.001**	-1.40
Factor 2 (Knowledge of capacity and rights)	2.01 (0.50)	2.14 (0.57)	-2.23	155	.023*	-0.18
Factor 3 (Interaction)	1.85 (0.53)	2.27 (0.63)	-9.57	152	.001**	-0.77
Factor 4 (Sensitivity/compassion)	2.15 (0.84)	3.16 (0.79)	-17.07	154	.001**	-1.37
Factor 5 (Knowledge of causes)	2.53 (0.84)	2.85 (0.69)	-4.86	148	.001**	-0.40

Note. *M* = Mean; *SD* = standard deviation; *t* = t-test value; *df* = degrees of freedom.

* *p* < .05, ** *p* < .01, *** *p* < .001

When comparing attitude scores of management staff and the general population (see Table 2.6), significant differences were revealed on factors 1, 2, 3 and 4 of the ATTID (Factor 1 $t(37) = -8.29, p < .001$; Factor 2 $t(37) = -3.29, p < .002$; Factor 3 $t(37) = -5.91, p < .001$; Factor 4 $t(37) = -5.73, p < .001$), with management staff attitudes receiving lower scores than the general population, thus indicating more positive attitudes. Furthermore, factors 1 (discomfort), 3 (interaction) and 4 (sensitivity/compassion) showed large effect sizes ($d_1 = -1.40, d_3 = -0.96, d_4 = -0.93$), while factor 2 (knowledge of capacity and rights) showed a moderate effect size ($d_2 = -0.53$).

Table 2.6 Comparison of Attitudes Between Management Staff and the General Population

ATTID Factor	Management staff	General population	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>				
Factor 1 (Discomfort)	1.27 (0.48)	1.73 (0.52)	-8.29	37	.001**	-1.40
Factor 2 (Knowledge of capacity and rights)	1.84 (0.48)	2.14 (0.57)	-3.29	37	.002**	-0.53
Factor 3 (Interaction)	1.75 (0.55)	2.27 (0.63)	-5.91	37	.001**	-0.96
Factor 4 (Sensitivity/compassion)	2.42 (0.80)	3.16 (0.79)	-5.73	37	.001**	-0.93
Factor 5 (Knowledge of causes)	2.64 (0.76)	2.85 (0.69)	-1.57	37	.125	-0.25

Note. *M* = Mean; *SD* = standard deviation; *t* = t-test value; *df* = degrees of freedom.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2.6.4 Influence of Sociodemographic Variables on Attitudes

Correlation and analyses of variance revealed significant associations between participant attitudes towards ID and their level of education, work experience as well as their perceived quality of relationships with persons with ID. Higher levels of education were correlated to less positive attitudes on factor 1: discomfort, $.201(189) = .005$, $p < .05$, factor 3: interaction, $.145(189) = .045$, $p < .05$ and factor 4: sensitivity/compassion, $.233(191) = .001$, $p < .05$. Furthermore, education was correlated to more positive attitudes on factor 5: knowledge of causes, $-.213(184) = .004$, $p < .05$.

Having more work experience was correlated to more positive attitudes on factor 4: sensitivity/compassion, $-.199(190) = .006$, $p < .05$. To better understand this finding, additional analyses were performed to compare different participant profiles related to education and work experience. Participants with a higher level of education and less reported years of work experience in the field were compared to participants with a lower level of education and more reported years of work experience. Attitudes towards ID of the former group were found to be significantly less positive for factors 1 (discomfort) and 4 (sensitivity/compassion), when compared to the latter group.

Participants who perceived their relationships with persons with ID to be of higher quality demonstrated significantly more positive attitudes at the $p < .05$ level for factor 1: discomfort [$F(2, 188) = 9.765, p = < .001$], factor 3: interaction [$F(2, 188) = 19.363, p = < .001$] and factor 4: sensitivity/compassion [$F(2, 190) = 3.774, p = .025$]. However, when controlling for these sociodemographic variables, analyses of co-variance yielded no significant differences between groups, confirming that differences were not attributable to either being a DSP or a manager.

2.7 Discussion

Few studies have examined attitudes towards ID among personnel working in specialized ID service organizations. Direct support professionals' attitudes towards individuals with ID are especially important considering the close and influential relationship they share in clinical contexts, such as being a source of emotional support (Giesbers et al., 2019) and promoting opportunities for choice and independence (Channon, 2014). Even fewer studies exist on attitudes towards ID of managers in these same contexts, who also play an important role in service delivery and client care. The present study aimed to better understand DSPs and management attitudes towards persons with ID to help fill research gaps and inform initiatives to improve attitudes and ultimately, care provided to persons with ID.

2.7.1 Positive Staff Attitudes Towards Intellectual Disability

Attitudes of DSPs and management staff towards persons with ID were found to be generally and similarly positive along cognitive, affective, and behavioral dimensions, demonstrating that staff who work within organizations offering services to persons with ID, think, feel, and behave in supportive and constructive ways. Staff from both groups reported highly positive attitudes regarding their comfort, confidence, and openness in interactions with clients. As well, positive attitudes were reported by both groups regarding knowledge of capacity and rights of persons with ID.

Although managers' attitudes were positive and similar to DSPs' attitudes towards ID, a difference was found in terms of sensitivity and compassion felt towards persons with ID. It seems that despite reporting comfort around clients, managers exhibit a more paternalistic approach towards ID when compared to DSPs, which could be characterized by some pity or sadness. This finding could be explained by the nature of their relationship with persons with ID in clinical contexts, which is to be less directly involved in interventions encouraging autonomy, social participation, and self-determination, and having more of an authoritative and supervisory stance. It may be possible that DSPs are less likely to feel sadness or pity towards persons with

ID because not only are they more clinically (and thus intimately) involved and engaged in meaningful interactions with them, but they also likely see first-hand their capacities and potential.

Positive staff attitudes towards ID could also be explained by considering their inherent desire and interest to work with this population. As well, their frequent and direct contact may provide exposure to manifestations of self-determination therefore reinforcing their view of persons with ID as capable individuals. Unsurprisingly, DSPs (85.3 %) and managers (73.7 %) reported frequent or very frequent regular contact with persons with ID, supporting earlier mentions that regular contact reduces prejudice for a wide variety of groups (Breau et al., 2021; McManus et al., 2011; Murch et al., 2018; Ouellette-Kuntz et al., 2010; Pelleboer-Gunnink et al., 2017). As per Allport (1954/1979) contact hypothesis, certain conditions for contact can facilitate better group relations, including equal status, common goals, cooperation, and support of authorities. In ID specialized settings, it is supposed that organizational values and culture reflect these conditions, wherein staff treat persons with ID with equal care and respect; towards common goals of inclusion, participation, and well-being; in multidisciplinary cooperation and collaboration with team members; and within the framework of cohesive organizational norms and values.

2.7.2 Staff Attitudes Towards Intellectual Disability in a Societal Context

As expected, DSPs and management staff attitudes were found to be more positive than attitudes of the GP. Indeed, staff working with persons with ID reported generally less discomfort, more knowledge about capacity, rights and causes of ID, better quality of interaction and less pity towards individuals with ID when compared to the GP. This finding confirms other studies that have found different types of care staff having more positive attitudes towards ID and inclusion than the GP (Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012; Morin et al., 2018). Perhaps the GP's lack of contact and familiarity with persons with ID could explain this finding especially considering the level of exposure staff working in specialized ID facilities have. DSPs and managers (of which, 65.8% reported they had been DSPs previous to their management role) would have more positive attitudes based on their related work experience and exposure. Almost half of the DSPs sample (47.8%) and one third of the managers (31.6%) reported having over 10 years of experience in the field of ID.

Managers and the GP did not differ in their knowledge about causes of ID. This finding may point to insufficient management training that may not prioritize or include in-depth education on the etiology of ID. Additionally, the similar knowledge base could be attributed to the nature of the questionnaire itself,

which likely assesses fundamental information that has become widely disseminated in recent years. Nevertheless, it validates the earlier observation for the need to implement more awareness training and education around the etiology of ID both in specialized settings and within society.

2.7.3 Contact: Quantity or Quality?

Further to Allport's theory on the quantity of contact, more recent literature has documented the quality of contact as having an even greater influence on attitudes (Keith et al., 2015; McManus et al., 2011). Studies have shown that when members of a social group experience positivity with members of another social group, it reduces anxiety and improves future interactions (McManus et al., 2011). In the current study, 98.1% of DSPs and 84.2% of managers reported good to excellent perceived quality of relationships with persons with ID. This finding could further explain the positive attitudes reported by the participants in this study and confirms the theory that high quality contact may have an important role in predicting positive attitudes towards ID.

2.7.4 More Experience, Less Pity

Other factors related to attitudes were found to be participants' work experience and level of education, corroborating previous findings that personal variables can influence people's attitudes (Morin, Rivard et al., 2013; Ouellette-Kuntz et al., 2010; Scior et al., 2010; Yazbeck et al., 2004). In the current study, more work experience in the field of ID was related to less paternalistic attitudes towards persons with ID. Further, a higher level of education was associated to more positive attitudes on a cognitive dimension of attitudes (factor 5; knowledge of causes) but less positive attitudes on the emotional dimensions (factor 1: discomfort; factor 3: interaction; factor 4: sensitivity/compassion) of the ATTID. Interestingly enough, higher perceived quality of relationships with persons with ID was associated to more positive attitudes on these same factors. These findings could indicate that formal educational training contributes to increased theoretical knowledge about ID while informal vocational training promotes more emotional competency in the context of ID practice (Eliasson-Lappalainen & Runesson, 2000; Olsson & Gustafsson, 2020). While both formal and informal components of training are important, this perhaps demonstrates the valuable role of workplace (i.e., hands-on) training in staff competence development. This line of reasoning echoes research findings that have shown knowledge and skills specifically required for caring adequately for people with ID as better acquired through work experience rather than education (Olsson & Gustafsson, 2020). In this study, we are also made aware of the potential positive influence that workplace experience can have on the affective dimension of attitudes towards ID.

2.7.5 Limitations

Certain limitations could be attributed to the present study. The ATTID is a self-report questionnaire, which could inevitably generate bias and social desirability from respondents. However, it remains a strong psychometric measure of attitudes. Moreover, the samples in the current study are of disproportionate sizes, with the GP sample being much larger than the DSP and management staff sample. The results obtained could nevertheless be used as preliminary findings for eventual larger scale research on specialized ID staff attitudes. Lastly, recruitment for this study began prior to and during the COVID-19 pandemic and its impact on attitudes remains unknown.

2.8 Conclusions and Future Directions

Results of the present study have important implications for research and practice. A better understanding of DSPs and management staff attitudes towards individuals with ID, and in comparison to the GP, has been provided. Although both groups show very positive attitudes towards individuals with ID, they generally present more positive attitudes than the GP. Recommendations for clinical settings include accessibility to training programs centered on psychoeducation of ID, particularly regarding its etiology. It may also be valuable for organizations to offer initiatives that enhance empowerment skills, highlighting persons with ID's capacities to participate in social, occupational and leisure opportunities. This could not only ensure quality care for persons with ID but also reinforce more positively staff attitudes towards the self-determination of persons with ID. Promoting and maintaining positive attitudes of staff towards ID is vital for the success of community inclusion, self-determination, and quality of life of persons with ID. Future research could further investigate how psychoeducation and empowerment training can change staff attitudes towards ID. It would be interesting to see if or how their attitudes could be improved and evaluate the quality of services offered as a result. Further, involving persons with ID themselves in training programs and organizational initiatives may not only reinforce their self-esteem and capacities for collaboration and engagement, but also contribute to improved staff attitudes through valuable practical experience.

Finally, this research also brings to light the importance to continue investing in public awareness and education, as well as promoting quality interactions between people with ID and those of the GP. These components can improve attitudes towards people with ID and thus promote the quality of their community integration, daily living and social participation (Morin, Rivard et al., 2013). Although progress

with public attitudes has been noted, the need for increased awareness, knowledge, contact, and forward movement is undeniable.

2.9 Acknowledgments

Production of this manuscript was made possible with the help of funding provided by research grants from the Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (CNRIS) and the Institut Universitaire en déficience intellectuelle (déficience intellectuelle) et en trouble du spectre de l'autisme (TSA).

CHAPITRE 3

RÉSULTATS ADDITIONNELS

3.1 Instruments

Le questionnaire ATTID (Morin, Crocker *et al.*, 2013) est un outil qui mesure les attitudes générales de la population envers les personnes présentant une déficience intellectuelle. Toutefois, des questionnaires spécifiques aux professionnels de la santé (Morin *et al.*, 2018), aux enseignants (Sermier Dessemontet *et al.*, 2014) et aux chauffeurs d'autobus (Morin *et al.*, soumis) ont été développés afin d'approfondir les attitudes de ces différents groupes dans le contexte de leur travail. Pour cet essai, deux questionnaires supplémentaires ont été développés afin d'évaluer plus spécifiquement les attitudes des groupes ciblés (un questionnaire pour les intervenants et un autre pour les gestionnaires) (voir Appendice F). Ainsi, un total de 94 questions qui examinent les attitudes envers la déficience intellectuelle en contexte de travail en milieu spécialisé ont été développées. Les questions ont été développées en s'appuyant sur les écrits scientifiques et l'expérience clinique des chercheuses. Elles ont ensuite été prétestées auprès d'une équipe de recherche (Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement) et auprès d'intervenants et de gestionnaires. À la suite de ce prétest, de légères modifications ont été apportées, incluant un ajout et quelques reformulations de questions.

Chaque questionnaire comporte deux échelles: l'une évaluant les attitudes envers les personnes présentant une déficience intellectuelle, et l'autre envers les personnes présentant une déficience intellectuelle et des troubles du comportement (TC). Ils ont été conçus ainsi pour refléter le mieux possible la réalité du travail des intervenants et des gestionnaires en milieu spécialisé. Le questionnaire s'adressant uniquement aux intervenants contient 49 items portant sur leurs attitudes selon leurs dimensions affective, cognitive et comportementale en contexte de leur travail (par ex. : « Je sais comment aider les personnes présentant une déficience intellectuelle à acquérir ou à développer de nouvelles habiletés » ou « Travailler auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle me rend nerveux/se »). Celui s'adressant aux gestionnaires compte 45 items abordant les mêmes trois dimensions des attitudes (par ex. : Mes fonctions de gestionnaire peuvent influencer l'inclusion sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle » ou « J'ai peur des réactions que les personnes présentant une déficience intellectuelle et des TC peuvent avoir »). Toutes les questions sont cotées sur une échelle de type Likert à cinq ancrages (1 — totalement en accord à 5 — totalement en désaccord), tout comme l'ATTID, menant à un score attitudinal global, ainsi que des scores à deux échelles (déficience intellectuelle vs déficience intellectuelle/TC).

L'alpha de Cronbach a été calculé pour évaluer la cohérence interne des questionnaires mesurant les attitudes des intervenants et des gestionnaires envers la déficience intellectuelle. L'analyse a donné un coefficient d'alpha de Cronbach de 0,89 pour le questionnaire des intervenants et de 0,88 pour celui des gestionnaires, indiquant une bonne cohérence interne entre les items pour les deux questionnaires.

3.2 Analyses

Les réponses aux questionnaires additionnels ont été premièrement analysées de façon descriptive; un score attitudinal global pour chaque questionnaire a été calculé, ainsi qu'un score pour l'échelle évaluant les attitudes envers la déficience intellectuelle et celles envers la déficience intellectuelle et les TC. Ensuite, afin de comparer les attitudes entre les deux échelles de chaque questionnaire et pour chaque groupe, des tests t à groupes appariés ont été effectués. À noter que des analyses comparatives entre les questionnaires n'ont pas été possibles puisque les questions pour chaque groupe ne sont pas les mêmes.

3.3 Résultats : attitudes des intervenants et des gestionnaires

Le Tableau 3.1 présente les moyennes et les écarts-types pour les trois échelles (c.a.d, échelle globale, échelle déficience intellectuelle, échelle déficience intellectuelle/TC), les résultats des tests t pour comparer la différence entre les échelles déficience intellectuelle et déficience intellectuelle/TC par groupe, et le *d* de Cohen standardisé lorsque les différences sont significatives. Tout comme pour l'échelle d'évaluation de l'ATTID, les attitudes positives sont représentées par des scores de 1 et 2, les attitudes neutres par un score de 3 et les attitudes négatives par des scores de 4 et 5.

Tableau 3.1 Scores aux trois échelles pour les intervenants et les gestionnaires

Groupe	Score global	Score échelle DI	Score échelle DI/TC	<i>t</i>	<i>ddl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M (ET)</i>	<i>M (ET)</i>	<i>M (ET)</i>				
Intervenants (<i>N</i> = 162)	2,04 (0,38)	1,94 (0,36)	2,28 (0,56)	-9,81	161	< 0,001*	0,77
Gestionnaires (<i>N</i> = 34)	1,81 (0,34)	1,74 (0,32)	1,98 (0,55)	-3,17	32	0,003**	0,55

Note. *M* = Moyenne; *ET* = Écart-type, *t* = valeur t, *ddl* = degrés de liberté; *p* = valeur p, *d* = *d* de Cohen
 * *p*<,05, ** *p*<,01, *** *p*<,001

Globalement, les deux groupes ont des attitudes positives avec un score moyen de 2,04 (et: 0,38) pour les intervenants et 1,81 (et: 0,34) pour les gestionnaires. En ce qui concerne les sous-échelles, les intervenants ont démontré des attitudes positives envers la déficience intellectuelle avec une moyenne de 1,94 (et: 0,36) et entre positives et neutres envers la déficience intellectuelle avec présence de TC avec une moyenne de 2,28 (et: 0,56). La différence entre ces deux échelles s'est avérée significative ($p < 0,001$) avec une grande taille d'effet ($d=0,77$), ce qui signifie que les attitudes des intervenants envers les personnes présentant une déficience intellectuelle étaient significativement plus positives que leurs attitudes lorsque les personnes présentent également des TC.

Quant aux gestionnaires, leurs attitudes envers la déficience intellectuelle étaient positives avec une moyenne de 1,74 (et : 0,32) et envers la déficience intellectuelle et les TC avec une moyenne de 1,98 (et : 0,55). Comme chez les intervenants, les gestionnaires avaient des attitudes significativement plus positives ($p = 0,003$) envers les personnes présentant une déficience intellectuelle qu'envers celles avec des TC, et ce, avec une taille d'effet moyenne ($d=0,55$).

3.4 Discussion

La littérature indique que les TC chez les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent exercer une influence significative sur les attitudes des intervenants qui leur fournissent des soins et du soutien (L'Abbé et Morin, 2001; Hastings, 2005). Les TC font référence à un éventail de comportements tels que l'agression, l'automutilation, la destruction de biens ou d'autres actions qui posent des difficultés à la personne ou à ses aidants (Emerson, 2001). Plusieurs études ont examiné l'impact des TC sur les attitudes des intervenants, telles que l'augmentation de stress et d'épuisement professionnel, le sentiment d'impuissance et de frustration, des attitudes négatives et de la stigmatisation (Hastings, 2002; Judd *et al.*, 2017; Kozak *et al.*, 2013). Ainsi, la comorbidité des TC peut mener les intervenants à avoir des préjugés, percevant les personnes présentant une déficience intellectuelle uniquement à travers leurs comportements difficiles. Cela peut entraîner une diminution de la croyance en leur potentiel de développement et d'autodétermination ce qui affecte les attitudes et la qualité du soutien fourni.

La présente étude appuie les conclusions de la recherche existante qui ont démontré l'impact négatif des TC sur les attitudes du personnel (Ryan *et al.*, 2021). Bien que les attitudes envers les personnes présentant une déficience intellectuelle étaient positives dans la présente étude, la présence de TC a tout de même diminué significativement la positivité des attitudes évaluées.

Cela souligne l'importance de reconnaître que les TC peuvent moduler les attitudes envers la déficience intellectuelle, même lorsque celles-ci ne sont pas globalement négatives. Il est donc crucial de comprendre l'impact des TC sur les attitudes des intervenants afin de mettre en place des interventions appropriées et le soutien nécessaire pour favoriser des attitudes positives et une qualité d'intervention optimale. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour développer des stratégies d'intervention efficaces visant à atténuer les effets négatifs des TC sur les attitudes du personnel en milieu spécialisé.

CHAPITRE 4

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cet essai doctoral de type exploratoire s'inscrit dans une initiative de recherche plus large à l'égard des attitudes envers la déficience intellectuelle et contribue à identifier les attitudes du personnel œuvrant au sein d'organismes offrant des services spécialisés auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle au Québec. De plus, cet ouvrage présente une comparaison des différentes attitudes envers la déficience intellectuelle, incluant celles de la population générale, afin de broser un portrait attitudinal dans une perspective écologique en milieu spécialisé.

Ce dernier chapitre vise à synthétiser les principaux résultats de la recherche présentés dans l'article ainsi que les résultats additionnels du chapitre précédant obtenus à l'aide des deux questionnaires supplémentaires développés spécifiquement pour les groupes ciblés. Une discussion générale des résultats sera présentée. Enfin, les contributions, les recommandations et les limites de la recherche seront exposées.

4.1 Perspective écologique des attitudes

Les attitudes envers la déficience intellectuelle sont présentées dans la recherche actuelle à travers une perspective socioécologique. Les différents systèmes du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979), discutés précédemment, prennent en compte les multiples niveaux d'influence sur les attitudes et reconnaissent que celles-ci sont façonnées par une interaction complexe de facteurs individuels, interpersonnels, communautaires et sociétaux.

4.1.1 Le microenvironnement : attitudes positives des intervenants envers la déficience intellectuelle

Les intervenants ont démontré des attitudes généralement positives envers les personnes présentant une déficience intellectuelle, et ce, sur les dimensions cognitive, émotionnelle et comportementale. Ils ont démontré un niveau élevé de connaissances des droits et des capacités de la personne présentant une déficience intellectuelle. Ils ont rapporté des attitudes positives quant à leur confiance et leur habileté à interagir avec leurs usagers. Les attitudes les plus positives concernent leur sentiment de confort dans les relations avec les personnes présentant une déficience intellectuelle. Ces constats suggèrent une disposition généralement favorable envers cette population chez les intervenants des milieux spécialisés, ce qui est contraire à plusieurs études démontrant plutôt des attitudes négatives de ces derniers (Golding

et Rose, 2015; Horner-Johnson *et al.*, 2015; Jones *et al.*, 2008; Venema *et al.*, 2016). Les résultats vont toutefois dans le sens d'études plus récentes qui démontrent des attitudes positives envers la déficience intellectuelle parmi différents groupes (Morin *et al.*, 2018, 2023). La littérature récente sur les attitudes des intervenants à l'égard de la déficience intellectuelle étant limitée, ces résultats fournissent un point de vue plus actuel sur les attitudes de ce groupe, ce qui semble rejoindre une tendance générale à l'amélioration des attitudes envers la déficience intellectuelle (Morin, Rivard *et al.*, 2013).

Tel que présenté dans le contexte théorique de cet essai, les implications des attitudes positives des intervenants envers la déficience intellectuelle sont majeures puisqu'elles peuvent contribuer à une meilleure qualité des soins prodigués aux personnes présentant une déficience intellectuelle (Henry *et al.*, 2004; Mansell et Beadle-Brown, 2004). Lorsque les intervenants ont des attitudes positives, ils sont plus enclins à traiter leurs usagers avec respect, dignité et égalité. Ils abordent leur travail avec patience et compréhension, ce qui se traduit par un meilleur soutien pour la usagerèle. Ces façons d'être et d'agir crée un environnement inclusif et favorable où les personnes présentant une déficience intellectuelle sont encouragées à participer et à contribuer au maximum de leurs capacités (Egli *et al.*, 2002). Lorsque les intervenants croient au potentiel des usagers et se concentrent sur leurs capacités plutôt que sur leurs limites, ils peuvent fournir des expériences d'apprentissage appropriées et des occasions de développement de compétences tout en favorisant leur indépendance et leur autodétermination (Rossow-Kimball et Goodwin, 2009).

4.1.2 Le mésoenvironnement : attitudes plus paternalistes des gestionnaires envers la déficience intellectuelle

Les gestionnaires ont également démontré des attitudes globalement positives envers la déficience intellectuelle. Ce constat n'est pas surprenant, car il confirme les résultats d'études antérieures qui démontrent des attitudes positives envers la déficience intellectuelle de la part de gestionnaires et qui correspondent aux valeurs et à la mission inclusive des organisations pour lesquelles ils travaillent (Bazzo *et al.*, 2007; Henry *et al.*, 1996; Jones *et al.*, 2008).

Toutefois, certaines réponses des gestionnaires ont révélé la présence d'attitudes plus paternalistes que celles des intervenants envers les personnes présentant une déficience intellectuelle, telles que la tristesse ou la pitié, et ce, de manière significative. Ce résultat pourrait s'expliquer par la nature de la relation que chacun de ces deux groupes entretient avec les personnes présentant une déficience intellectuelle. Pour leur part, les gestionnaires sont moins directement impliqués dans des interventions encourageant

l'autonomie, la participation sociale et l'autodétermination, et ont davantage une position d'autorité ou de supervision, ainsi de distance. Il est possible que les intervenants soient quant à eux moins susceptibles de ressentir de la tristesse ou de la pitié à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle parce que non seulement ils sont plus impliqués cliniquement (et donc individuellement) et engagés dans des interactions significatives avec elles, mais ils ont également plus d'occasions de voir directement leurs capacités et leur potentiel.

4.1.3 Le macroenvironnement : attitudes moins positives de la population générale

Les attitudes de la population générale envers la déficience intellectuelle (Morin, Rivard *et al.*, 2013) se sont avérées significativement moins positives que celles des intervenants et des gestionnaires qui ont participé à cette étude. En effet, le personnel travaillant avec des personnes présentant une déficience intellectuelle a déclaré être généralement plus à l'aise, être mieux informé sur les capacités, les droits et les causes de la déficience intellectuelle, avoir une meilleure qualité d'interaction et démontrer moins de pitié envers les personnes présentant une déficience intellectuelle que la population générale de la même région géographique. Ce résultat correspond aux résultats d'autres études ayant montré que différents types de personnel de soins avaient des attitudes plus positives envers la déficience intellectuelle et l'inclusion que la population générale (Meaney-Tavares et Gavidia-Payne, 2012; Morin *et al.*, 2018). Le manque de contact et de familiarité de la population générale avec les personnes présentant une déficience intellectuelle pourrait peut-être expliquer ce résultat, surtout si l'on tient compte de la fréquence du contact, de l'expérience et de la formation du personnel travaillant dans les établissements spécialisés en déficience intellectuelle.

4.1.4 Similitudes entre les systèmes

Sommairement, les attitudes des intervenants et des gestionnaires envers les personnes présentant une déficience intellectuelle se sont révélées généralement positives et similaires. Cette constatation vient appuyer des résultats précédents semblables entre les intervenants et les gestionnaires travaillant au sein des mêmes milieux (Jones *et al.*, 2008), reflétant ainsi une cohésion entre les systèmes.

Cependant, les intervenants et les gestionnaires ont tous deux affiché des attitudes proches de la neutralité lors de l'évaluation de l'étiologie de la déficience intellectuelle (facteur 5 : connaissance des causes), révélant soit une attitude moins positive, soit une réserve plus marquée de la part du personnel. En réalité, près de la moitié des réponses, provenant des deux groupes, ont reçu des évaluations neutres

à négatives sur ce facteur- ce qui suggère qu'il y aurait lieu d'approfondir les connaissances de ces groupes sur ce sujet. On peut ainsi se demander si le fait de développer une meilleure compréhension de l'étiologie de la déficience intellectuelle pourrait favoriser le développement de meilleures attitudes à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle. D'ailleurs, les attitudes envers les personnes présentant une déficience intellectuelle sont influencées par les croyances qu'un individu peut avoir concernant les causes de la déficience intellectuelle, comme en témoignent les recherches menées par Carter *et al.* (2009), Moreira (2011) et Scior et Furnham (2016). De manière intéressante et surprenante, il n'y avait aucune différence significative concernant la connaissance des causes entre les gestionnaires et la population générale.

4.2 Variables influençant les attitudes envers la déficience intellectuelle

Plusieurs variables sociodémographiques ont été identifiées comme exerçant une influence positive et significative sur les attitudes des intervenants et des gestionnaires envers les personnes présentant une déficience intellectuelle, corroborant les études précédentes qui démontrent que les variables personnelles peuvent influencer les attitudes des individus (Morin, Rivard *et al.*, 2013; Ouellette-Kuntz *et al.*, 2010; Scior *et al.*, 2010; Yazbeck *et al.*, 2004). Cependant, contrairement à certaines de ces études, les caractéristiques démographiques telles que l'âge, le sexe et le contexte socioéconomique des intervenants et des gestionnaires, n'ont pas eu d'influence significative sur les attitudes.

Les variables qui ont donné lieu à des associations significatives comprennent le niveau d'éducation, le type de formation (formation générale ou formation spécialisée en déficience intellectuelle), les contacts ou les interactions avec des personnes présentant une déficience intellectuelle, l'expérience professionnelle, le milieu de travail, le contact direct sur le lieu de travail, le statut d'emploi, les connaissances sur la déficience intellectuelle et la qualité perçue des relations avec les personnes présentant une déficience intellectuelle. Ces variables sont présentées ci-dessous sous forme de trois catégories, soit les variables liées à l'expérience académique et professionnelle, celles liées aux contacts avec la déficience intellectuelle, et celles liées à l'emploi.

4.2.1 Variables liées à l'expérience académique et professionnelle

Les intervenants qui présentaient un niveau d'éducation plus élevé ont démontré des attitudes significativement plus positives sur le plan cognitif (facteur 5 : connaissance des causes), mais des attitudes significativement moins positives sur les dimensions affectives (facteur 1 : inconfort; facteur 4 :

sensibilité/compassion) et comportementales (facteur 3 : interaction) de l'ATTID. Par conséquent, nous pourrions supposer que les intervenants plus éduqués ont démontré de meilleures attitudes en matière de théorie par rapport à la pratique dans le domaine de la déficience intellectuelle. De plus, lorsqu'on s'intéresse au type de formation, on constate qu'une grande partie des intervenants de cette étude (43 %) ont rapporté avoir reçu une formation générale qui n'était pas liée à la déficience intellectuelle. Il se pourrait que ceux qui ont reçu une formation générale (non spécifique à la déficience intellectuelle) ont eu peu de contacts avec des personnes présentant une déficience intellectuelle dans le cadre de leurs études, et qu'ils n'ont pas eu d'information sur la manière d'interagir avec des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Chez les gestionnaires, les attitudes plus paternalistes (facteur 4 : sensibilité/compassion) sont associées à un niveau d'éducation plus élevé. Ces résultats signifient que les gestionnaires ayant un niveau d'éducation supérieur ont tendance à adopter des comportements ou des attitudes qui reflètent une approche plus directive, considérant ces personnes comme étant dans le besoin d'une protection ou d'une assistance accrue. Cependant, lorsque la scolarité est liée au domaine de la déficience intellectuelle, on observe moins d'attitudes paternalistes (facteur 4 : sensibilité/compassion). Donc, lorsque leur formation générale est spécifiquement axée sur le domaine de la déficience intellectuelle, les attitudes paternalistes tendent à diminuer et leur approche devient plus inclusive et respectueuse de l'autonomie et de l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle. Ces observations soulignent l'importance d'inclure de l'information sur la déficience intellectuelle et sur la manière d'interagir avec les personnes qui la présente, même au sein de cursus plus généraux menant à des postes de direction afin de favoriser la reconnaissance du potentiel et de l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle.

En ce qui concerne l'expérience professionnelle, les intervenants avec une plus grande expérience dans le domaine de la déficience intellectuelle ont démontré des attitudes significativement moins paternalistes (facteur 4 : sensibilité/compassion) envers les personnes présentant une déficience intellectuelle. Ceci voudrait dire que les intervenants ressentaient moins de tristesse et de pitié, ou encore des émotions qui n'encouragent pas l'autonomie personnelle, l'autodétermination et la participation sociale (Morin, Rivard *et al.*, 2013). Plutôt, les intervenants ayant une plus grande expérience de travail ont démontré des attitudes qui valorisent les personnes en tant qu'acteurs capables d'agir sur leur propre vie et d'interagir en société. Cela pourrait être attribué au fait d'avoir été probablement exposé à une usagerèle diversifiée au cours de leur expérience de travail, ce qui leur auraient permis de percevoir les capacités et le potentiel

de leurs usagers. Le fait d'avoir été témoin du cheminement et de la progression de personnes présentant une déficience intellectuelle pourrait ainsi leur permettre de développer une approche positive et respectueuse envers elles, en mettant l'accent sur leurs forces plutôt que sur leurs limites.

Pour mieux comprendre les effets de ces variables, des analyses supplémentaires ont été réalisées afin de comparer différents profils de participants en fonction de leur niveau d'éducation et de leur expérience professionnelle. Les participants ayant un niveau d'éducation plus élevé et moins d'années d'expérience déclarées dans le domaine de la déficience intellectuelle ont été comparés aux participants ayant un niveau d'éducation inférieur et plus d'années d'expérience déclarées. Les attitudes envers la déficience intellectuelle du premier groupe se sont avérées significativement moins positives pour la dimension affective de l'ATTID (facteur 1: inconfort, facteur 4: sensibilité/compassion) par rapport au second groupe.

Ces résultats tendent à démontrer que la formation générale formelle pourrait contribuer à une meilleure connaissance théorique de la déficience intellectuelle, tandis que la formation professionnelle informelle pourrait favoriser des compétences émotionnelles plus développées (Eliasson-Lappalainen et Runesson, 2000; Olsson et Gustafsson, 2020). Bien que les deux composantes formelle et informelle de formation soient importantes, cela soutient l'importance de la formation pratique en milieu de travail pour le développement des compétences des intervenants. Cette réflexion rejoint les résultats de recherches montrant que les connaissances et les compétences spécifiquement requises pour prendre soin de manière adéquate des personnes présentant une déficience intellectuelle sont mieux acquises à travers l'expérience professionnelle plutôt que durant l'enseignement théorique (Olsson et Gustafsson, 2020).

4.2.2 Variables liées aux contacts avec la déficience intellectuelle

Cette recherche a démontré que les contacts fréquents et directs avec les personnes présentant une déficience intellectuelle ont un impact significativement positif sur les attitudes des intervenants. Autrement dit, plus la fréquence des interactions avec des personnes présentant une déficience intellectuelle est élevée, plus les attitudes des intervenants sont positives, et ce, particulièrement sur le plan affectif (facteur 1: inconfort; facteur 4: sensibilité/compassion). Sans surprise, une grande proportion des intervenants (85,3 %) de cette étude ont déclaré avoir des contacts réguliers fréquents ou très fréquents avec des personnes présentant une déficience intellectuelle, ce qui confirme les mentions précédentes à l'effet que les contacts réguliers réduisent les préjugés à l'égard d'une grande variété de groupes (Breau *et al.*, 2021; Murch *et al.*, 2018; Ouellette-Kuntz *et al.*, 2010; Pelleboer-Gunnink *et al.*, 2017).

Bien que la quantité de contacts continue à être documentée comme favorisant l'inclusion sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et des attitudes plus positives envers celles-ci, la qualité du contact semble exercer une influence égale, voire supérieure, sur ces attitudes (Keith *et al.*, 2015; McManus *et al.*, 2011). Les écrits démontrent que lorsque les membres d'un groupe social perçoivent que leurs interactions sont positives avec des membres d'un autre groupe social, cela réduit l'anxiété et améliore les interactions futures (McManus *et al.*, 2011). Les expériences positives et les relations significatives avec des personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent ainsi remettre en question les stéréotypes, réduire la stigmatisation et favoriser l'inclusion. Dans l'étude actuelle, la perception d'une meilleure qualité des relations avec les personnes présentant une déficience intellectuelle s'est révélée être associée à des attitudes plus positives parmi les intervenants, et ce, sur les dimensions émotionnelles (facteur 1 : inconfort; facteur 4 : sensibilité/compassion) et comportementales (facteur 3 : interaction) de l'ATTID. À cet égard, 42,7 % ont rapporté avoir des relations « excellentes », 55,4 % des relations « bonnes ». Seulement 1,9 % des intervenants ont rapporté des relations « neutres » et aucun intervenant n'a rapporté des relations « mauvaises ». Ces résultats font écho à ceux d'une étude de Morin, Rivard *et al.* (2013) qui affirme que pour les composantes émotionnelles et comportementales des attitudes, il est nécessaire de favoriser un contact de qualité entre les personnes présentant une déficience intellectuelle et le public en général.

En ce qui concerne les gestionnaires, ceux qui ont rapporté avoir plus de contacts directs avec des personnes présentant une déficience intellectuelle sur leur lieu de travail, avoir de bonnes ou d'excellentes relations avec ces personnes, et avoir une connaissance plus étendue sur la déficience intellectuelle ont tous démontré des attitudes plus positives en ce qui a trait à la composante comportementale de l'ATTID (facteur 3 : interaction). Ce facteur se réfère aux interactions directes avec les personnes présentant une déficience intellectuelle, incluant leur volonté et leur désir d'interagir avec ces personnes. Compte tenu des affirmations antérieures concernant le nombre et la qualité des contacts, ces résultats contribuent à démontrer que le nombre et la qualité des contacts sont liés à des attitudes qui favorisent davantage l'inclusion et l'acceptation des personnes présentant une déficience intellectuelle.

De plus, les gestionnaires qui ont rapporté une fréquence de contact plus élevée en général (non limité à l'environnement professionnel) ont démontré des attitudes de nature affective plus positives (facteur 1- confort). Ces attitudes positives se réfèrent à un sentiment de confort, de familiarité et de bien-être lorsqu'on interagit avec ces personnes. Finalement, les gestionnaires qui ont rapporté connaître plus de personnes présentant une déficience intellectuelle sont ceux dont les attitudes de nature cognitive étaient les plus positives (facteur 5- connaissances des causes).

Ces résultats démontrent de façon globale comment l'impact du contact, à la fois en ce qui concerne l'ampleur et la qualité, influence positivement les trois dimensions des attitudes envers la déficience intellectuelle. Ces conclusions soulignent l'importance de favoriser des contacts directs fréquents, des relations de qualité et une meilleure connaissance de la déficience intellectuelle pour promouvoir des attitudes positives et inclusives envers les personnes présentant une déficience intellectuelle dans un contexte professionnel spécialisé ainsi qu'en société.

4.2.3 Variables liées à l'emploi

Les intervenants faisant partie de l'échantillon travaillaient majoritairement dans des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (83,2 %). Cette étude a démontré que le fait de travailler dans ce milieu influence les attitudes de manière positive par rapport à d'autres environnements de travail, tels que les milieux communautaires, hospitaliers ou scolaires (les 16,8 % restants). Les attitudes en question sont celles liées à l'interaction (dimension comportementale) et à la sensibilité/compassion (dimension affective), ce qui veut dire que les intervenants en milieu de réadaptation en déficience intellectuelle interagiraient de manière moins paternaliste avec les usagers, comparé aux intervenants travaillant dans d'autres milieux cliniques.

De plus, il a été démontré que le statut d'emploi exerce aussi une influence sur les attitudes paternalistes des intervenants. Le fait de travailler à temps plein entraîne des attitudes plus positives à cette dimension affective (facteur 4 : sensibilité/compassion) par rapport au travail à temps partiel. Cette constatation ressemble beaucoup aux hypothèses émises précédemment concernant la fréquence des contacts qui influence les attitudes de manière positive.

4.2.4 Variables transversales

L'étude actuelle s'est inspirée du modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979) afin d'offrir une nouvelle perspective attitudinale de la déficience intellectuelle. Les variables qui ont démontré un impact significatif sur les attitudes envers la déficience intellectuelle se retrouvent ainsi dans chaque système, soit le microsystème, le mésosystème et le macrosystème. Parmi ces différentes variables, quatre ont eu un impact transversal, c'est-à-dire à travers les trois systèmes. Ces variables, à savoir le niveau d'éducation, la fréquence des contacts, la qualité des contacts et les connaissances sur la déficience intellectuelle, ont révélé une association significative avec les attitudes des intervenants, des gestionnaires, et de la

population générale, comme démontré dans l'étude par Morin, Rivard *et al.* (2013). Le Tableau 4.1 présente un aperçu sommaire regroupant toutes les variables par groupe et par facteur de l'ATTID.

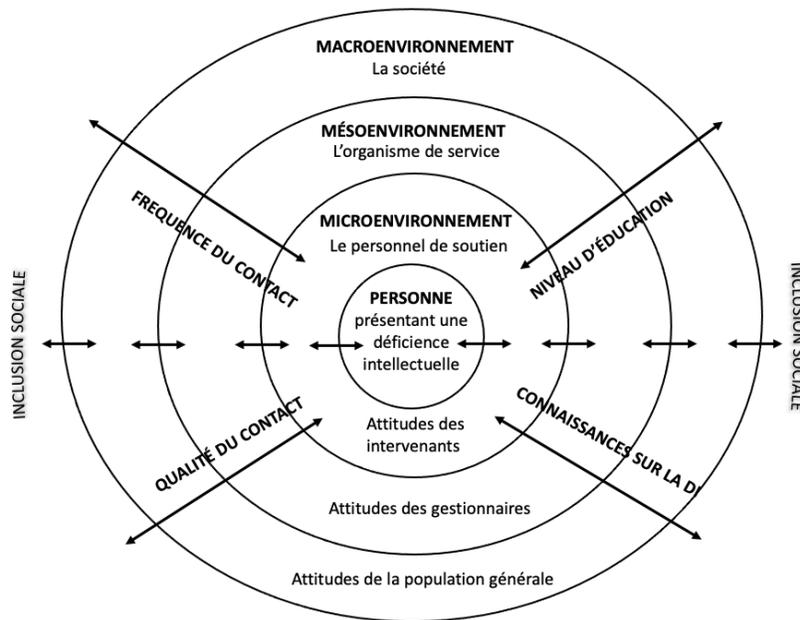
Tableau 4.1 Variables sociodémographiques influençant les attitudes envers la déficience intellectuelle des intervenants et gestionnaires en milieu spécialisé par facteur de l'ATTID

Facteurs ATTID	FACTEUR 1 Confort		FACTEUR 2 Connaissance des capacités et droits		FACTEUR 3 Interaction		FACTEUR 4 Sensibilité/ compassion		FACTEUR 5 Connaissance des causes	
	Int.	Gest.	Int.	Gest.	Int.	Gest.	Int.	Gest.	Int.	Gest.
Milieu*					+		+			
Expérience professionnelle*							+			
Statut d'emploi*							+			
Contact direct au travail*					+					
Scolarité reliée déficience intellectuelle**								+		
Personnes déficience intellectuelle rencontrées**										+
Niveau de scolarité***	-				-		-	-	+	
Fréquence de contact***	+	+						+		
Connaissances déficience intellectuelle***	+				+	+	+			
Qualité perçue relations***	+				+	+	+			

Légende: + = attitudes positives, - = attitudes moins positives, *= variables intervenants, **= variables gestionnaires, ***= variables transversales, même résultat pour les deux groupes.

Les variables transversales identifiées dans la présente étude ont été ajoutées au modèle écologique des attitudes présenté au chapitre un, afin d'introduire une perspective socioécologique en milieu spécialisé, tel qu'illustré à la Figure 4.1.

Figure 4.1 Modèle socioécologique des attitudes envers la déficience intellectuelle en milieu spécialisé incluant les variables associées aux attitudes



4.3 Recommandations pour les milieux spécialisés

À travers une analyse approfondie des résultats, plusieurs recommandations cliniques ont été formulées, ces dernières ayant le potentiel d'améliorer les attitudes envers la déficience intellectuelle des intervenants et des gestionnaires en milieu spécialisé. Il est espéré que de telles améliorations puissent aussi influencer de façon positive la qualité des soins et du soutien apportés aux personnes présentant une déficience intellectuelle.

4.3.1 Privilégier l'expérience professionnelle

L'une des principales implications de cette étude est l'importance de l'expérience pratique dans le développement d'attitudes positives du personnel travaillant avec des personnes présentant une déficience intellectuelle. Par conséquent, il est recommandé de mettre l'accent sur l'expérience

professionnelle en tant que composante essentielle à la préparation et au développement professionnel continu du personnel spécialisé, par rapport aux expériences académiques et aux apprentissages plus traditionnels. Cela pourrait se faire en privilégiant l'expérience professionnelle par rapport au statut académique lors du recrutement, par exemple.

Également, il est recommandé d'examiner et de repenser, au besoin, la conception des programmes académiques disponibles en déficience intellectuelle en privilégiant la formation clinique. Pour mettre cela en œuvre, les organisations de services spécialisés et les institutions académiques devraient collaborer pour créer des stages cliniques qui offrent des occasions de travailler directement avec les personnes présentant une déficience intellectuelle en début de parcours académique et de carrière des intervenants. D'ailleurs, certains programmes de formation spécialisée existent présentement tel que le Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées (DESS) en évaluation, intervention et soutien psychologiques auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) qui incluent une combinaison de formation théorique et pratique (stages). En incluant la formation clinique, les établissements d'enseignement pourraient former des professionnels compétents et bien préparés pour avoir un impact positif dans la vie des personnes présentant une déficience intellectuelle tout en contribuant à favoriser le développement d'attitudes positives envers les usagers.

De plus, afin de bonifier l'enseignement théorique, il pourrait être pertinent d'inclure des personnes présentant une DI dans la planification et la prestation des cours. Cette approche peut favoriser une meilleure compréhension de la DI, contribuer à l'amélioration du niveau de confort envers les personnes présentant une DI et favoriser l'inclusion sociale de ces personnes au sein de la communauté académique. Ceci pourrait être bénéfique non seulement aux personnes présentant une DI, mais aussi enrichir l'expérience éducative de tous, favorisant une culture de diversité, d'inclusion, et d'autodétermination au sein des universités. Cette recommandation s'inscrit dans la lignée des récentes initiatives de collaboration avec les personnes présentant une DI (Robinson *et al.*, 2022).

Les résultats de cette étude montrent qu'il serait important et intéressant d'explorer davantage l'impact de la formation et de l'expérience sur les attitudes et les connaissances du personnel à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle en milieu spécialisé. Les recherches futures pourraient étudier l'efficacité de différents programmes de formation, tels que la formation axée sur l'expérience professionnelle, les stages ou la formation continue, et plus spécifiquement concernant le développement des attitudes, des compétences et de la compréhension des intervenants envers la déficience intellectuelle.

4.3.2 Développer des programmes de formation continue en milieu de travail

Une autre conclusion importante de cette étude est la nécessité de programmes de formation continue axés sur l'étiologie de la déficience intellectuelle et l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle. Les intervenants et les gestionnaires pourraient bénéficier d'une meilleure connaissance et compréhension des causes et des implications de la déficience intellectuelle. Il est essentiel d'offrir des occasions d'apprentissage au personnel de soutien pour mieux comprendre la diversité des causes et des interactions entre les facteurs biologiques et environnementaux qui peuvent contribuer au développement de la déficience intellectuelle. Les programmes de psychoéducation en milieu spécialisé peuvent combler les lacunes de connaissances identifiées dans cette étude et ainsi contribuer au développement d'attitudes positives envers la déficience intellectuelle (Rae *et al.*, 2011).

De plus, afin de lutter contre les attitudes paternalistes, il pourrait être utile d'offrir des modules éducatifs en milieu de travail qui renforcent l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle. Ces programmes peuvent mettre l'accent sur la manière de soutenir efficacement les personnes présentant une déficience intellectuelle pour favoriser leur autodétermination et poursuivre leurs objectifs personnels, en leur donnant les moyens de faire des choix, d'exprimer leurs préférences et de participer activement au processus de prise de décision. Cela devrait contribuer à réduire les émotions et les comportements du personnel qui reflètent la pitié, la tristesse ou la surprotection envers les personnes présentant une déficience intellectuelle. D'ailleurs, les attitudes favorisant l'autodétermination sont des caractéristiques qui peuvent être influencées par la formation. Une recherche menée par Wong et Wong (2008) a révélé qu'un programme de formation de trois mois, comprenant six sessions de jeux de rôle, de réflexion et de devoirs, a permis d'améliorer les attitudes des membres du personnel envers l'autodétermination des usagers présentant une déficience intellectuelle. Des programmes de formation plus courts peuvent également avoir un impact positif; Flatt-Fultz et Phillips (2012) ont démontré que le visionnement d'une vidéo de formation courte sur l'autodétermination a conduit à une amélioration des attitudes des intervenants envers la déficience intellectuelle.

Cette recherche nous rappelle aussi la pertinence et l'importance d'inclure des formations continues en milieu de travail qui ciblent les attitudes envers les TC (Randell *et al.*, 2017). En fournissant une formation ciblée, les professionnels peuvent se familiariser avec les subtilités de la gestion des comportements difficiles, favorisant ainsi un environnement bienveillant pour les personnes présentant une déficience intellectuelle. Ces formations aideront le personnel à mieux comprendre ces comportements et à mettre

en place des interventions individualisées. Elles favoriseront également des attitudes plus positives envers les usagers présentant une déficience intellectuelle et un TC en contribuant à éliminer les idées préconçues et les stéréotypes négatifs qui peuvent exister. Dans une étude pilote réalisée par Hutchinson *et al.* (2014), un programme de formation a été développé avec succès en collaboration avec des personnes ayant un TC, et a reçu des évaluations positives de la part du personnel participant. Des changements positifs à court terme ont été constatés sur les attitudes paternalistes du personnel. Ainsi, en investissant dans ces formations spécialisées et en encourageant le développement professionnel, nous améliorerons non seulement la qualité des services offerts, mais aussi les attitudes et les croyances envers les personnes présentant une déficience intellectuelle.

4.3.3 Augmenter les occasions de contact direct entre les gestionnaires et les usagers

Les résultats de cette étude ont fait ressortir que les gestionnaires qui avaient un contact direct et qui étaient exposés aux personnes présentant une déficience intellectuelle manifestaient des attitudes plus positives et une meilleure compréhension par rapport à ceux qui avaient un contact limité ou aucun contact direct. Il est donc recommandé que les milieux spécialisés créent des occasions pour que les gestionnaires puissent interagir de manière significative avec les personnes présentant une déficience intellectuelle. La promotion du contact direct peut être facilitée par divers moyens, tel qu'à travers un engagement clinique plus soutenu ou, de manière plus réaliste pour les gestionnaires, l'organisation d'événements inclusifs sociaux et de loisirs au travail. Des données par Seewooruttun et Scior (2014) confirment que le contact direct est bénéfique dans les interventions visant à changer les attitudes envers la déficience intellectuelle, tout en prenant en compte la nature de ce contact (par ex., positif, agréable, marquant). Les recherches futures pourraient examiner le contact direct en relation avec le changement des différentes dimensions des attitudes (c.-à-d. affective comportementale et cognitive) (Albaum *et al.*, 2021).

4.4 Limites de la recherche

La présente étude comporte certaines limites. L'ATTID est un questionnaire d'auto-évaluation qui pourrait inévitablement générer des biais et une désirabilité sociale de la part des répondants. Cet instrument demeure tout de même une mesure psychométrique solide des attitudes. Des recherches semblables futures pourraient ajouter des mesures d'attitudes implicites, qui sont moins influencées par la désirabilité sociale.

Les questionnaires supplémentaires développés et utilisés pour évaluer les attitudes des deux groupes ciblés dans cette étude ne sont pas des outils validés ou standardisés. Toutefois ils ont été développés en collaboration avec des personnes compétentes, expérimentées et actives dans le domaine de la déficience intellectuelle. Puisque les questions sont différentes dans ces deux questionnaires, il n'a pas été possible de comparer les résultats des deux groupes comme cela a été fait avec les résultats de l'ATTID. Le développement d'une nouvelle échelle d'attitudes spécifiquement conçue pour évaluer de manière précise les attitudes du personnel spécialisé à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle pourrait être une avenue prometteuse. Les échelles d'attitude existantes ne peuvent pas saisir pleinement les perspectives uniques et les attitudes nuancées des intervenants et gestionnaires, compte tenu du contexte spécifique et de la population avec laquelle ils travaillent. Les recherches futures devraient se concentrer sur la conception d'une échelle psychométrique solide qui englobe les aspects multidimensionnels des attitudes de ces groupes. Il serait également intéressant d'inclure l'évaluation qualitative des attitudes.

De plus, les échantillons de l'étude actuelle sont de tailles disproportionnées, la taille de l'échantillon de la population générale étant beaucoup plus grande que celle de l'échantillon des intervenants et des gestionnaires. Les résultats obtenus pourraient néanmoins servir comme point de départ aux recherches éventuelles étudiant les attitudes du personnel spécialisé en déficience intellectuelle et disposant d'échantillons de plus grande taille.

Enfin, le recrutement pour cette étude a commencé avant et pendant la pandémie de COVID-19 et son impact sur les attitudes reste inconnu puisqu'il n'a pas été possible d'en mesurer les effets.

CONCLUSION

Cette recherche est intéressante dans le sens où il existe encore peu de données sur les attitudes des intervenants et des gestionnaires envers les personnes présentant une déficience intellectuelle dans les milieux spécialisés. L'étude met en évidence la nécessité d'améliorer l'éducation sur l'étiologie de la déficience intellectuelle et souligne l'importance de se pencher sur les attitudes paternalistes des gestionnaires. De plus, les résultats font ressortir les attitudes positives des professionnels des milieux spécialisés et le rôle de l'expérience et des relations dans la formation de ces attitudes. Les résultats de cette étude ont également permis de formuler des recommandations qui pourraient favoriser le développement d'interventions et de programmes de formation visant à promouvoir des attitudes plus inclusives envers les personnes présentant une déficience intellectuelle.

APPENDICE A

CERTIFICAT ÉTHIQUE DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Les attitudes des intervenants et des gestionnaires œuvrant au sein d'organismes québécois à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle
Nom de l'étudiant:	Isabelle Myriam ASSOULINE
Programme d'études:	Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel)
Direction de recherche:	Diane MORIN

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Thérèse Bouffard
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines
Professeure, Département de psychologie

APPENDICE B

CERTIFICAT ÉTHIQUE DU COMITÉ ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE CONJOINT – DEFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L' AUTISME (CÉRC déficience intellectuelle-TSA)

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec



BUREAU INTÉGRÉ DE L'ÉTHIQUE

2700 boul. des Forges, bureau 302
Trois-Rivières (Québec) G8Z 1V2
Téléphone : 819-372-3133 poste 32303
Courriel : ciussmq_bureau_integre_de_léthique@ssss.gouv.qc.ca

Compte-rendu de décision du CÉRC DI-TSA

Titre du projet :	Les attitudes des intervenants et des gestionnaires œuvrant au sein d'organismes québécois à l'égard d'une personne présentant une déficience intellectuelle
Numéro de projet	CÉRC-0240
Chercheur :	Madame Isabelle Assouline

Demande soumise par le chercheur

Nature de la demande :	Évaluation initiale	
Date de la demande :	2016-02-06	
Document(s) étudié(s) :		Date de version
Courriel de la chercheuse, nous présentant les documents modifiés		2017-02-06
Lettre de clarifications de la chercheuse		2017-01-15
Résumé du projet		Février 2017
Protocole		Février 2017
Formulaire d'information et de consentement		Février 2017
Affiche de recrutement		Février 2017
Formulaire de dépôt d'un nouveau projet de recherche au CIUSSS MCQ		2017-01-22

Décision du comité

Date d'étude par le CÉR :	2017-03-23	<input type="checkbox"/> Comité plénier	<input checked="" type="checkbox"/> Mode délégué
Décision du CÉR :	Demande approuvée		
Numéro de certificat émis :	CÉRC-0240-00	<input type="checkbox"/> N/A	

Instruction(s) au chercheur

Les réponses obtenues et les modifications apportées au présent projet de recherche répondent aux attentes de notre comité. C'est donc avec plaisir que le Comité d'éthique de la recherche conjoint en DI-TSA (CÉRC-DITSA) vous délivre un certificat d'approbation pour la présente demande. **L'étude pourra débuter au sein de notre établissement qu'après réception de la lettre d'autorisation à réaliser une recherche signée par la Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation.**

Responsabilités du chercheur :

- Les versions des documents à utiliser dans le cadre de l'étude doivent être celles mentionnées sur le certificat d'approbation d'un projet de recherche;
- Si le projet implique un formulaire d'information et de consentement, la version signée par le participant doit inclure le sceau du CÉR du CIUSSS MCQ;

- L'acceptation de ce projet est effective pour une durée d'un an, soit jusqu'à la date d'expiration indiquée sur le certificat. À ce moment, le chercheur doit soumettre une nouvelle demande pour la reconduction de l'étude en utilisant le formulaire de demande de renouvellement annuel d'un projet de recherche du CIUSSS MCQ.
- Le CÉR doit être informé de :
 - toute modification au projet de recherche ou aux documents s'y rapportant;
 - tout ajout de documents qui seront utilisés dans le cadre de l'étude;
 - tout événement grave ou inattendu survenu en cours d'étude;
 - toute décision significative prise par d'autres comités d'éthique;
 - la clôture ou la suspension de la recherche.
- Tel que stipulé dans la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*, le chercheur doit tenir un registre des participants à ce projet de recherche et veiller à ce que les informations qui y sont contenues soient régulièrement mises à jour. Le chercheur doit être en mesure de nous fournir la liste, sur demande, en tout temps.

En terminant, nous vous demandons de bien vouloir indiquer le numéro attribué à votre projet pour toute correspondance adressée à notre comité.

Veillez agréer mes salutations distinguées.

Signature de la présidente du CÉR

Anne-Marie Hébert

Nom de la présidente du CÉR

2017-03-29

Date de signature

/jg

APPENDICE C
AFFICHE DE RECRUTEMENT

**PARTICIPEZ À UNE ÉTUDE SUR
LES ATTITUDES ENVERS
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

- **L'objectif de la recherche :** Cette étude vise à évaluer les attitudes des intervenants et des gestionnaires envers les personnes présentant une déficience intellectuelle.
- **Participation :** La participation des intervenants et des gestionnaires consiste à remplir le questionnaire « Attitudes à l'égard de la déficience intellectuelle » (ATTID) en ligne. Le temps estimé à compléter le questionnaire ATTID est de 45 minutes.
- **Critères d'inclusion à l'étude :**
 - Être un intervenant ou un gestionnaire dans un des établissements CISSS ou des CIUSSS, qui offre des services aux adultes ayant une déficience intellectuelle
 - Être en poste depuis un minimum de 6 mois
 - Travailler au moins 15 heures par semaine
- **Compensation :** Les intervenants et les gestionnaires courront la chance de gagner un certificat cadeau d'une valeur de 50\$.
- **Informations supplémentaires :** Veuillez communiquer avec Isabelle Assouline, chercheuse principale isabelleassouline@gmail.com

Merci !

[logo CISSS/CIUSSS]

UQÀM | Chaire de déficience intellectuelle
et troubles du comportement
Université du Québec à Montréal

APPENDICE D
LETTRES DE SOLLICITATION



Montréal, le 24 septembre 2019

Objet: Lettre de présentation pour demande de collaboration à un projet de recherche

Madame,

Par la présente, nous aimerions solliciter votre collaboration à un projet de recherche doctorale. Je suis titulaire de la Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement de l'Université du Québec à Montréal et professeure titulaire au département de psychologie. Mon étudiante au doctorat, Isabelle Assouline, mène un projet de recherche s'intéressant aux attitudes des intervenants et des gestionnaires œuvrant au sein d'organismes québécois à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle (DI).

Dans le cadre de notre projet, les intervenants et les gestionnaires de votre département seront invités à répondre à un questionnaire en ligne que nous avons développé et validé (ATTID; Attitudes à l'égard des personnes qui ont une DI), incluant des questions spécifiques pour chaque groupe de professionnels. Le temps estimé à compléter le questionnaire est d'environ 45 minutes. Nous recherchons au moins 15 à 20 intervenants et 5 à 10 gestionnaires de votre direction qui seraient intéressés et éligibles à participer à notre étude.

Madame Assouline demeure disponible par courriel (isabelleassouline@gmail.com) ou par téléphone (514-944-5002) pour discuter davantage du projet, ainsi que de la faisabilité de le réaliser au sein de votre direction.

À titre d'information, vous trouverez ci-joint un court résumé du projet de recherche.

Je vous remercie d'avance pour le temps accordé à cette demande.

Cordialement,



Diane Morin, C.M., Ph.D., FAAIDD
Professeure titulaire, Département de psychologie
Titulaire Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement
Université du Québec à Montréal



Isabelle Assouline, MEd
Candidate au doctorat en psychologie clinique
Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement
Université du Québec à Montréal

Lettre de sollicitation

Bonjour!

Je m'appelle Isabelle Assouline et je suis une doctorante en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Je travaille au sein de la Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement.

Le but de ce courriel est de vous inviter à participer à un projet visant à évaluer les attitudes des *[intervenants]* *[gestionnaires]* envers les personnes présentant une déficience intellectuelle.

Ce projet vise à mieux comprendre les attitudes envers la déficience intellectuelle des *[intervenants]* *[gestionnaires]* qui travaillent dans des organismes gouvernementaux Québécois. Ce projet pose les premiers jalons afin de cibler des interventions potentielles pour améliorer les attitudes et les services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle.

L'étude consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée totale d'environ 45 à 60 minutes. Les questions sont classées sur une échelle de cotation de cinq points, qui varie de 1 - totalement en accord à 5 - totalement en désaccord, afin d'évaluer vos réactions aux énoncés portant sur les attitudes envers la déficience intellectuelle.

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision.

À titre de remerciement, vous courez la chance de gagner un certificat cadeau d'une valeur de 50\$ à partir d'un tirage qui sera effectué une fois la recherche complétée. De plus, un résumé des résultats sera communiqué aux participants ayant indiqué vouloir recevoir le résumé de la recherche.

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Diane Morin, (514) 987-3000 (4924), morin.diane@uqam.ca et Isabelle Assouline, (514) 944-5002, isabelleassouline@gmail.com .

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension des attitudes envers la déficience intellectuelle. Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier !

Si vous acceptez de participer à cette recherche, veuillez suivre le lien suivant:

[lien Limesurvey]

Sincèrement,

Isabelle Assouline, MEd

Candidate au doctorat en psychologie clinique | Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement - CDITC

Université du Québec à Montréal - UQAM

APPENDICE E
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Étude sur les attitudes des intervenants et des gestionnaires envers les personnes présentant une déficience intellectuelle

Étudiant-chercheur

Isabelle Assouline, M.Ed.
Doctorante en psychologie clinique
Tél. : 514 944-5002
isabelleassouline@gmail.com

Direction de recherche

Diane Morin, C.M., Ph.D., FAAIDD
Professeure titulaire, Département de psychologie
Titulaire Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement
Université du Québec à Montréal
H3C 3P8
Tél: 514 987-3000 poste4924
morin.diane@uqam.ca



Préambule

Vous êtes invité(e) à prendre part à un projet visant à évaluer les attitudes des intervenants et des gestionnaires envers les personnes présentant une déficience intellectuelle. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

L'étude actuelle vise à mieux comprendre les attitudes envers la déficience intellectuelle des intervenants et des gestionnaires qui travaillent dans des organismes de services en déficience intellectuelle au Québec. Ce projet pose les premiers jalons afin de cibler des interventions potentielles pour améliorer les attitudes et les services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle.

Nature et durée de votre participation

L'étude consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée totale d'environ 45 à 60 minutes. Les questions sont classés sur une échelle de cotation de cinq points, qui varie de 1 - totalement en accord à 5 - totalement en désaccord, afin d'évaluer vos réactions aux énoncés portant sur les attitudes envers la déficience intellectuelle.

Lorsque vous complétez les questionnaires, il est important de savoir que les chercheurs ne s'attendent pas à une réponse en particulier. Nous nous intéressons à comment vous vous sentez et à ce que vous pensez sincèrement, particulièrement en tant qu'individu et non en tant qu'intervenant ou gestionnaire. De plus, vous n'êtes pas obligée de répondre aux questions qui pourraient vous causer de l'inconfort.

Avantages et risques liés à la participation

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension des attitudes envers la déficience intellectuelle. Votre participation à l'étude pourrait aussi apporter une certaine introspection et connaissance de soi et ce, seulement par la lecture des documents qui vous seront remis. Il n'y a pas de risque important associé à votre participation à cette étude. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier. Des ressources d'aide appropriées vous seront proposées par la responsable du projet, Diane Morin, si vous souhaitez discuter de votre situation.

Anonymat et confidentialité

Soyez assuré(e) que vos réponses seront conservées de manière confidentielle et que tous les questionnaires sont anonymes. Les données obtenues dans le cadre de ce projet seront conservées dans une base de données sécurisée. Seules Diane Morin et Isabelle Assouline auront accès aux données, qui ne contiendront pas votre nom ou toute autre information qui pourrait vous identifier. Un code numérique sera attribué à chacun des participants afin de séparer leur identité de leurs données. Seuls ces codes seront employés pour l'identification des questionnaires et lors de l'entrée et l'analyse des données. Les données seront analysées globalement, rapportées sous forme agrégée et seront publiés dans des journaux scientifiques. L'ensemble des documents seront détruits cinq ans après la dernière communication scientifique.

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude seront utilisés uniquement à des fins de recherche et n'auront pas d'impact sur le lien avec votre employeur ni avec l'établissement auquel vous êtes rattaché.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Isabelle Assouline verbalement ; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

À titre de remerciement, vous courez la chance de gagner un certificat cadeau d'une valeur de 50 \$ à partir d'un tirage qui sera effectué une fois la recherche complétée. Vos chances de gagner le certificat cadeau est environ 1 sur 50. De plus, un résumé des résultats seront communiqués aux participants ayant indiqué vouloir recevoir le résumé de la recherche.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Diane Morin, 514 987-3000 poste 4924, morin.diane@uqam.ca et Isabelle Assouline, 514 944-5002, isabelleassouline@gmail.com.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement :

Établissement	Coordonnées
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Laval	☎ 450 668-1010 poste 23628
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie	☎ 418 368-3301, poste 3604 ou 1-877-666-8766 ✉ martin.brosseau.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest	☎ 1 800 700-0621, poste 2462 ✉ insatisfactions-plaintes.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca ✉ : Hôpital Anna-Laberge 200, boulevard Brisebois Châteauguay (Québec) J6K 4W8
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais	☎ : 819 771-4179 (sans frais : 1 844 771-4179) ✉ : commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca ✉ : 105, boulevard Sacré-Cœur Gatineau (Québec) J8X 1C5 Télécopieur : 819 771-7611
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	☎ : 514-340-8222, poste 24222 ✉ ombudsman.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS	☎ 1-866-917-7903 ✉ plaintes.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	☎ 1 844 630-5125 ✉ commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean	☎ 1 877-662-3963 ✉: Hôpital de Chicoutimi 305, rue Saint-Vallier Chicoutimi (Québec) G7H 5H6
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière	☎: 1 800 229-1152, poste 2133 ✉ 260, rue Lavaltrie Sud Joliette (Québec) J6E 5X7 ☎: plaintes.cissslan@ssss.gouv.qc.ca
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides	☎ : 1 866 822-0549 ☎ : info-plaintes@ssss.gouv.qc.ca
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord	☎ : 1 877 962-9761 (poste 452408) ☎ : plaintes.09cisss@ssss.gouv.qc.ca ✉: 45, rue du Père-Divet Sept-Îles (Québec) G4R 3N7
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent	☎ : 1 844 255-7568 ☎ : plaintes.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches	☎: 1 877 986-3587 ☎ : commissaire.cisss-ca@ssss.gouv.qc.ca

Le comité d'éthique de la recherche psychosocial du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et le comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) ont approuvé ce projet de recherche. En plus d'en assurer le suivi, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du bureau intégré de l'éthique du CIUSSS MCQ au 819 372-3133 poste 3230

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date



Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

APPENDICE F
QUESTIONNAIRES

QUESTIONNAIRE ATTID
Attitudes à l'égard de la déficience intellectuelle
D. Morin, A. G. Crocker, R. Beaulieu-Bergeron et J. Caron



UQÀM Chaire de déficience intellectuelle
et troubles du comportement
Université du Québec à Montréal



Pour le questionnaire ATTID, svp utilisez la référence suivante :

Morin, D., Crocker, A.G., Beaulieu-Bergeron, R., & Caron J. (2013). Validation of the Attitudes Toward Intellectual Disability – ATTID questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (3), 268-278.

Le questionnaire ATTID et le Manuel de l'utilisateur correspondant sont disponibles sur le site:
www.attid.ca

QUESTIONNAIRE ATTID¹

Attitudes à l'égard de la déficience intellectuelle

D. Morin, A.G. Crocker, R. Beaulieu-Bergeron et J. Caron

Avant de commencer, il est important de mentionner que les personnes qui ont une déficience intellectuelle présentent des limitations dans la vie quotidienne et ont souvent un rythme de développement plus lent.

S'il vous plaît, à l'aide de l'échelle présentée, veuillez cocher vos réponses. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Totalement en accord | <input type="checkbox"/> 2 | Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> 3 | Ni en accord ni en désaccord |
| <input type="checkbox"/> 4 | Plutôt en désaccord | <input type="checkbox"/> 5 | Totalement en désaccord | <input type="checkbox"/> 9 | Ne s'applique pas ou ne sait pas |

Selon vous, la déficience intellectuelle peut être causée par :	1	2	3	4	5	9
1. la malnutrition de la mère.	<input type="checkbox"/>					
2. une blessure grave à la tête de l'enfant.	<input type="checkbox"/>					
3. le manque de stimulation durant l'enfance.	<input type="checkbox"/>					
4. des produits chimiques dans l'environnement.	<input type="checkbox"/>					
5. la consommation d'alcool ou de drogue de la mère durant la grossesse.	<input type="checkbox"/>					
6. des problèmes à l'accouchement.	<input type="checkbox"/>					

Croyez-vous que :	1	2	3	4	5	9
7. la déficience intellectuelle est plus présente dans les milieux défavorisés	<input type="checkbox"/>					

¹ Le questionnaire ATTID ne peut être reproduit ou utilisé sans l'autorisation de la première auteure, Diane Morin. Cette autorisation peut être obtenue en consultant le site www.attid.ca

Pour citer l'ATTID, svp utilisez la référence suivante: Morin, D., Crocker, A.G., Beaulieu-Bergeron, R., & Caron, J. (2013). Validation of the Attitudes Toward Intellectual Disability - ATTID questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(3), 268-278.

1	Totalement en accord	2	Plutôt d'accord	3	Ni en accord ni en désaccord
4	Plutôt en désaccord	5	Totalement en désaccord	9	Ne s'applique pas ou ne sait pas

Selon vous, est-ce que la MAJORITÉ des personnes qui présentent une déficience intellectuelle sont capables :	1	2	3	4	5	9
8. d'occuper un emploi.	<input type="checkbox"/>					
9. d'utiliser seul le transport en commun.	<input type="checkbox"/>					
10. d'utiliser de l'argent.	<input type="checkbox"/>					
11. de tenir une conversation.	<input type="checkbox"/>					
12. de rapporter leurs malaises physiques.	<input type="checkbox"/>					
13. de faire du sport.	<input type="checkbox"/>					
14. de se promener en ville sans accompagnement.	<input type="checkbox"/>					
15. de lire de courtes phrases.	<input type="checkbox"/>					
16. d'apprendre.	<input type="checkbox"/>					
17. de prendre des décisions.	<input type="checkbox"/>					

Selon vous, est-ce que les personnes ayant une déficience intellectuelle :	1	2	3	4	5	9
18. devraient donner leur consentement pour recevoir des soins médicaux.	<input type="checkbox"/>					
19. qui travaillent devraient être payées le même salaire que les autres même si elles sont moins productives.	<input type="checkbox"/>					
20. ont autant le droit que les personnes sans déficience intellectuelle de prendre des décisions quant à leur vie.	<input type="checkbox"/>					
21. devraient avoir le droit de se marier.	<input type="checkbox"/>					
22. devraient avoir le droit de prendre de l'alcool.	<input type="checkbox"/>					
23. devraient avoir le droit d'avoir des relations sexuelles.	<input type="checkbox"/>					
24. devraient avoir le droit de voter.	<input type="checkbox"/>					
25. devraient avoir le droit d'avoir des enfants.	<input type="checkbox"/>					
26. devraient avoir les mêmes droits que tout le monde.	<input type="checkbox"/>					

1	Totalement en accord	2	Plutôt d'accord	3	Ni en accord ni en désaccord
4	Plutôt en désaccord	5	Totalement en désaccord	9	Ne s'applique pas ou ne sait pas

Selon vous, est-ce que la MAJORITÉ :	1	2	3	4	5	9
27. des enfants avec une déficience intellectuelle devraient avoir la possibilité de fréquenter l'école primaire ordinaire.	<input type="checkbox"/>					
28. des adolescents avec une déficience intellectuelle devraient avoir la possibilité de fréquenter l'école secondaire ordinaire.	<input type="checkbox"/>					
29. des personnes avec une déficience intellectuelle devraient avoir la possibilité de travailler dans un milieu de travail ordinaire.	<input type="checkbox"/>					
30. des personnes avec une déficience intellectuelle devraient participer aux activités de loisir de la communauté comme une équipe de baseball, les scouts.	<input type="checkbox"/>					

Pour les prochaines questions, il est important de lire attentivement les deux descriptions. Après chaque description, il y aura des questions qui se rapportent à la description présentée.

DESCRIPTION :

Dominique est un adulte qui a une déficience intellectuelle. Dominique est capable de s'occuper de ses soins de santé et personnels tels que se doucher, se coiffer, s'habiller..., mais il a parfois besoin de rappels. Dominique est capable d'entretenir des conversations, mais il peut difficilement discuter de choses abstraites ou complexes. Dominique est capable d'utiliser le téléphone et sait écrire.

Si vous rencontrez Dominique sur la rue et que Dominique tente de vous parler, pensez-vous :	1	2	3	4	5	9
31. ressentir de la peur?	<input type="checkbox"/>					
32. ressentir de la pitié?	<input type="checkbox"/>					
33. ressentir de la tristesse?	<input type="checkbox"/>					
34. ressentir de la gêne?	<input type="checkbox"/>					
35. ressentir de l'anxiété?	<input type="checkbox"/>					
36. ressentir de l'insécurité?	<input type="checkbox"/>					
37. ressentir de la méfiance?	<input type="checkbox"/>					
38. vous sentir touché, attendri?	<input type="checkbox"/>					
39. vous sentir à l'aise de lui parler?	<input type="checkbox"/>					

1	Totalement en accord	2	Plutôt d'accord	3	Ni en accord ni en désaccord
4	Plutôt en désaccord	5	Totalement en désaccord	9	Ne s'applique pas ou ne sait pas

Selon vous,	1	2	3	4	5	9
40. changeriez-vous de place si Dominique s'installait à vos côtés dans un autobus?	<input type="checkbox"/>					
41. répondriez-vous à une question de Dominique s'il vous parlait dans l'autobus?	<input type="checkbox"/>					
42. accepteriez-vous de travailler avec Dominique?	<input type="checkbox"/>					
43. accepteriez-vous que Dominique travaille à la garderie ou à l'école de votre enfant?	<input type="checkbox"/>					
44. accepteriez-vous de vous faire servir dans un café par Dominique?	<input type="checkbox"/>					
45. accepteriez-vous de superviser Dominique à votre travail?	<input type="checkbox"/>					
46. accepteriez-vous de vous faire conseiller par Dominique dans un magasin de vêtements?	<input type="checkbox"/>					
47. accepteriez-vous de vous faire conseiller par Dominique dans un magasin d'appareils électroniques?	<input type="checkbox"/>					
48. accepteriez-vous que Dominique soit ami avec votre fils ou votre fille?	<input type="checkbox"/>					
49. si vous désiriez adopter un enfant, pourriez-vous adopter Dominique?	<input type="checkbox"/>					
50. en tant que propriétaire, est-ce que vous loueriez un logement à Dominique?	<input type="checkbox"/>					

1	Totalement en accord	2	Plutôt d'accord	3	Ni en accord ni en désaccord
4	Plutôt en désaccord	5	Totalement en désaccord	9	Ne s'applique pas ou ne sait pas

DESCRIPTION:
 Raphaël est un adulte qui a une déficience intellectuelle. Il communique avec des sons et des gestes. Il est capable de manifester son besoin d'aller aux toilettes en faisant un geste. Étant donné que Raphaël éprouve des problèmes importants de coordination, il demande une aide constante pour se déplacer et doit toujours être accompagné lors de sorties. Il éprouve aussi des difficultés à exécuter plusieurs mouvements. Il est capable de se nourrir avec une cuillère adaptée, mais il échappe de la nourriture.

Si vous rencontrez Raphaël sur la rue et que Raphaël tente de vous parler, pensez-vous :	1	2	3	4	5	9
51. ressentir de la peur?	<input type="checkbox"/>					
52. ressentir de la pitié?	<input type="checkbox"/>					
53. ressentir de la tristesse?	<input type="checkbox"/>					
54. ressentir de la gêne?	<input type="checkbox"/>					
55. ressentir de l'anxiété?	<input type="checkbox"/>					
56. ressentir de l'insécurité?	<input type="checkbox"/>					
57. ressentir de la méfiance?	<input type="checkbox"/>					
58. vous sentir touché, attendri?	<input type="checkbox"/>					
59. vous sentir à l'aise de lui parler?	<input type="checkbox"/>					

Selon vous,	1	2	3	4	5	9
60. changeriez-vous de place si Raphaël s'installait à vos côtés dans un autobus?	<input type="checkbox"/>					
61. répondriez-vous à une question de Raphaël s'il vous parlait dans un autobus?	<input type="checkbox"/>					
62. accepteriez-vous de travailler avec Raphaël?	<input type="checkbox"/>					
63. accepteriez-vous que Raphaël travaille à la garderie ou à l'école de votre enfant?	<input type="checkbox"/>					
64. accepteriez-vous de superviser Raphaël à votre travail?	<input type="checkbox"/>					
65. accepteriez-vous que Raphaël soit ami avec votre fils ou votre fille?	<input type="checkbox"/>					
66. si vous désiriez adopter un enfant, pourriez-vous adopter Raphaël?	<input type="checkbox"/>					
67. en tant que propriétaire, est-ce que vous loueriez un logement à Raphaël?	<input type="checkbox"/>					

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES

Pour alléger les prochaines questions, nous utiliserons l'abréviation *DI* plutôt que « déficience intellectuelle ».

Votre degré de familiarité avec la DI ou votre expérience avec des personnes qui présentent une DI.

S1. Quel est votre degré de connaissance de la DI?

- Aucune connaissance
- Peu de connaissances
- Assez de connaissances
- Baucoup de connaissances

S2. Combien de personnes présentant une DI connaissez-vous ou avez-vous déjà rencontrées?

Écrivez le nombre de personnes : ___

S3. À quand remonte votre dernier contact avec une personne avec une DI?

___ jours ___ ou mois ___ ou années

À quelle fréquence avez-vous eu des contacts ou des échanges AU COURS DE VOTRE VIE avec des personnes avec une DI?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

SVP, cochez oui ou non à chacune des questions suivantes:

S5. Les personnes ayant une DI que vous connaissez sont-elles...

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| des membres de votre famille proche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des membres de votre famille éloignée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des voisins? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des personnes auprès de qui vous êtes bénévole? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des personnes auprès de qui vous travaillez (élèves, clients, usagers)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des élèves de l'école ou de la garderie de votre enfant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des personnes rencontrées durant vos loisirs, vos activités sportives? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| autre, précisez : _____ | | |

S6. Comment décrivez-vous vos relations avec les personnes ayant une DI que vous connaissez?

- Excellentes
- Bonnes
- Neutres
- Mauvaises
- Très mauvaises

QUELQUES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Ces dernières questions nous permettront de comparer les attitudes envers la DI de différents groupes de la population.

S7. Êtes-vous :

- Un homme
- Une femme

S8. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous ?

- Entre 18 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- 60 ans et plus

S9. Quelle est votre langue maternelle, c'est-à-dire la première langue que vous avez apprise et que vous pouvez encore parler ?

S10. À quelle communauté culturelle appartenez-vous ? (par exemple, québécoise, italienne, haïtienne, etc...)

S11. Quel est votre statut civil ?

- Marié(e)
- En union libre
- Veuf(ve)
- Séparé(e)
- Divorcé(e)
- Célibataire

S12. Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété ?

- Secondaire non complété
- Diplôme d'études secondaires (DES)
- Collégial (DEC)
- Universitaire (baccalauréat)
- Universitaire (maîtrise)
- Universitaire (doctorat)

S13. Quel est votre statut d'emploi ?

- Travailleur (travailleuse) à temps plein
- Travailleur (travailleuse) à temps partiel
- Parent à domicile
- Sans emploi
- Étudiant(e)
- Retraité(e)

S14. Quel est le revenu annuel de votre ménage? (avant impôts et en incluant les revenus de toutes les provenances et de tous les membres du ménage)

- Moins de 20 000\$
- Entre 20 000\$ et 39 999\$
- Entre 40 000\$ et 59 999\$
- Entre 60 000\$ et 79 999\$
- Entre 80 000\$ et 99 999\$
- 100 000\$ et plus
- Ne sais pas
- Refus



@ www.attid.ca

UQAM Chaire de déficience intellectuelle
et troubles du comportement
Université du Québec à Montréal



QUESTIONNAIRE ATTID : ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

QUESTIONS S'ADRESSANT SPÉCIFIQUEMENT AUX INTERVENANT(E)S

Avant de commencer...

Il est important de mentionner que les personnes qui ont une déficience intellectuelle présentent des limitations dans la vie quotidienne, conformément à la définition de la déficience intellectuelle, et ont souvent un rythme de développement plus lent.

Les personnes qui ont une déficience intellectuelle risquent davantage de manifester des troubles du comportement. Ceux-ci réfèrent aux actions ou ensemble d'actions qui sont jugées problématiques parce qu'elles s'écartent des normes sociales, culturelles ou développementales et qui sont préjudiciables à la personne ou à son environnement social ou physique (Tassé, Sabourin, Garcin & Lecavalier, 2010), tels que l'agression, l'autostimulation et autres comportements difficiles ou perturbateurs.

Afin d'alléger le questionnaire, nous utiliserons l'abréviation « **DI** » pour déficience intellectuelle et « **TC** » pour troubles du comportement.

PARTIE A : QUESTIONS RELATIVES À VOTRE POSTE, FORMATION ET EXPERIENCE DE TRAVAIL

1. En tant qu'intervenant/e auprès de personnes présentant une DI, vous êtes :
 - Educateur/éducatrice spécialisé(e)
 - Assistant/e en réadaptation
 - Psychoéducateur / psychoéducatrice
 - Ergothérapeute
 - Orthophoniste
 - Travailleur/euse social/e
 - Physiothérapeute
 - Kinésiologue
 - Nutritionniste
 - Psychologue
 - Infirmière
 - Sexologue
 - Autre, précisez: _____

2. Vous occupez un poste à :
 - Temps plein
 - Nombre d'heures/semaine : _____
 - Temps partiel
 - Nombre d'heures/semaine : _____

3. Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'intervenant/e auprès d'usagers présentant une DI ?
 - _____ années
 - _____ mois

Septembre 2019

4. Dans quel type de milieu travaillez-vous?
- Centre de réadaptation
 - Milieu communautaire
 - Milieu hospitalier
 - Autre, précisez : _____
5. Travaillez-vous présentement ou avez-vous déjà travaillé auprès d'usagers présentant des TC ou TGC (tels que l'automutilation, l'agression verbale ou physique, l'autostimulation ou autres comportements difficiles ou perturbateurs)?
- Oui
 - Non
- 5.1 Si oui, les usagers avec lesquels vous avez travaillé présentaient quels types de comportements problématiques? (cochez toutes les réponses s'appliquant):
- Comportements d'agression (par ex. : crier, frapper, pousser, tirer les cheveux)
 - Comportements d'automutilation (par ex. : se mordre, se frapper la tête, se cogner)
 - Comportements de destruction (par ex. : casser, jet d'objets, déchirer)
 - Comportements stéréotypés/autostimulation (par ex. : balancements)
 - Comportements antisociaux (par ex. : retrait, crier, s'enfuir, se déshabiller en public)
 - Autres comportements, précisez : _____
- 5.2 Si oui, depuis combien de temps travaillez-vous auprès d'usagers présentant une DI et des TC ?
- _____ années
 _____ mois
6. Auprès de quelle clientèle ayant une DI travaillez-vous actuellement ? (cochez toutes les réponses s'appliquant):
- Enfants
 - Adolescents
 - Adultes
7. Lors de votre formation académique, avez-vous complété un/des cours relié(s) à la DI ou aux TC?
- Oui, j'ai complété un/des cours portant sur la DI
 - Oui, j'ai complété un/des cours portant sur les TC chez les personnes ayant une DI
 - Oui, j'ai complété un/des cours portant sur les TC en général
 - Non
- 7.1 Si oui, environ combien d'heures de formation estimez-vous avoir reçues?
- Moins de 10 heures
 - Entre 10 et 29 heures
 - Entre 30 et 39 heures
 - Plus de 40 heures

Septembre 2019

- 8. Dans le cadre de vos fonctions en tant qu'intervenant/e, avez-vous reçu une formation ou une séance d'information ou de sensibilisation portant spécifiquement sur la DI ou les TC?**
- Oui, j'ai reçu une formation/séance d'information/de sensibilisation portant sur la DI
 - Oui, j'ai reçu une formation/séance d'information/de sensibilisation portant sur les TC chez les personnes ayant une DI
 - Oui, j'ai reçu une formation/séance d'information/de sensibilisation portant sur les TC en général.
 - Non
- 8.1 Si oui, environ combien d'heures de formation estimez-vous avoir reçues?**
- Moins de 10 heures
 - Entre 10 et 29 heures
 - Entre 30 et 39 heures
 - Plus de 40 heures
- 8.2 Quand avez-vous reçu cette formation?**
- Il y a moins d'un an
 - Il y a 1 à 5 ans
 - Il y a 5 à 10 ans
 - Il y a plus de 10 ans
- 9. Avez-vous déjà été agressé(e) physiquement ou menacé(e) verbalement par une personne ayant une DI?**
- Oui
 - Non
- 9.1 Si oui, à quel point selon vous cette expérience a-t-elle influencé votre perception des personnes présentant une DI ?**
- Pas du tout
 - Un peu
 - Beaucoup

PARTIE B : QUESTIONS RELATIVES À VOS ATTITUDES FACE AUX PERSONNES PRÉSENTANT UNE DI

**À l'aide de l'échelle présentée, et pour chaque énoncé, veuillez sélectionner votre réponse.
Toutes les réponses sont bonnes.**

Totalement en accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord	Ne s'applique pas ou ne sait pas
1	2	3	4	5	9

1. Les personnes ayant une DI légère devraient être incluses dans la communauté.
2. Les personnes ayant une DI profonde ou sévère ne devraient pas être incluses dans la communauté.
3. Certaines personnes ayant une DI n'ont pas et n'auront jamais les capacités pour être incluses dans la communauté.
4. L'inclusion des personnes avec une DI ne peut se faire qu'avec du soutien (ex. : éducateur, préposé, enseignant ressource, soutien de la famille etc.).
5. L'objectif de l'inclusion est d'éliminer les différences entre les personnes avec et sans DI.
6. L'objectif de l'inclusion est de favoriser les apprentissages qui aideront les personnes avec une DI à être plus autonomes dans la vie de tous les jours.
7. Les personnes avec une DI s'intègrent bien dans les activités sociales avec les personnes sans DI.
8. Les personnes avec une DI reçoivent des services plus appropriés à leurs besoins en milieux spécialisés seulement.
9. Je pense que les personnes avec une DI sont en mesure de donner leur consentement pour recevoir des soins ou des services.
10. Il est difficile pour moi de respecter les choix des personnes avec une DI.
11. Je me sens compétent(e) pour travailler auprès des personnes ayant une DI
12. Je sais comment évaluer les besoins et les forces des personnes ayant une DI
13. Je sais comment aider les personnes ayant une DI à acquérir ou à développer de nouvelles habiletés
14. Je me sens maladroit/e lorsque j'interagis avec les personnes avec une DI.
15. Je trouve qu'il est difficile de communiquer avec les personnes avec une DI.
16. Je pense qu'une formation pour mieux connaître la DI (par ex. : psychopédagogie, stratégies d'interventions, etc.) serait nécessaire pour tous les intervenants en DI.
17. Je trouve qu'il est valorisant de travailler auprès des personnes avec une DI.
18. Je sens que je fais une différence dans la vie de chaque personne présentant une DI avec qui je travaille.
19. Je me sens à l'aise d'interagir avec les personnes avec une DI.
20. En général, j'ai le sentiment de faire une bonne action lorsque je travaille auprès des personnes avec une DI.
21. Je suis parfois dérangé/e par l'apparence physique des personnes avec une DI.
22. J'ai peur des réactions que les personnes avec une DI peuvent avoir.
23. Je crains parfois pour mon intégrité physique lorsque j'interagi avec une personne ayant une DI.
24. Je me sens parfois impuissant/e lorsque j'interviens auprès des personnes avec une DI.
25. J'ai plus l'impression de m'adresser à un enfant qu'à un adulte lorsque je parle aux personnes avec une DI.

Septembre 2019

26. J'ai tendance à surprotéger les personnes avec une DI.
27. Je suis toujours patient/e lorsque j'interagis avec les personnes avec une DI.
28. Je suis à l'aise d'être proche physiquement des personnes avec une DI.
29. Travailler auprès des personnes ayant une DI me rend nerveux/se.
30. J'ai pitié des personnes ayant une DI.
31. Je trouve que je suis bien soutenu(e) par mon milieu de travail dans mes démarches d'inclusion sociale des personnes avec une DI (par ex. : activités de loisirs, ressources d'hébergement, milieu scolaire, etc.).
32. Mon milieu de travail me permet de respecter les choix des personnes avec une DI.
33. Je trouve qu'il est difficile de favoriser la participation sociale des personnes ayant une DI dans le cadre de mon milieu de travail.
34. Je pense que les pratiques de mon milieu de travail ne favorisent pas l'autonomie des personnes avec une DI.
35. Je trouve que mon milieu m'aide à mettre en place de nouvelles stratégies aidantes pour favoriser l'inclusion des personnes avec une DI dans la communauté.

PARTIE C : QUESTIONS RELATIVES À VOS ATTITUDES FACE AUX PERSONNES PRÉSENTANT UNE DI ET DES TC

À l'aide de l'échelle présentée, et pour chaque énoncé, veuillez sélectionner votre réponse. Toutes les réponses sont bonnes.

Totalement en accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord	Ne s'applique pas ou ne sait pas
1	2	3	4	5	9

36. Les personnes ayant une DI et des TC devraient être incluses dans la communauté.
37. L'inclusion sociale des personnes ayant seulement une DI est plus facile que celle des personnes ayant également des TC.
38. Les personnes avec une DI et des TC nécessitent des services en milieux spécialisés seulement.
39. Je pense que les personnes ayant une DI et des TC sont capables de prendre leurs propres décisions.
40. Je me sens compétent(e) pour intervenir auprès des personnes ayant une DI et des TC.
41. Je sais comment intervenir lorsqu'une personne avec une DI présente un TC.
42. Je pense qu'une formation pour mieux connaître les TC chez les personnes ayant une DI serait nécessaire pour tous les intervenants en DI.
43. Je suis inconfortable d'intervenir auprès personnes ayant une DI et des TC.
44. J'ai peur des réactions que les personnes avec une DI et des TC peuvent avoir.
45. Je me sens impuissant/e lorsque j'interviens auprès des personnes avec une DI et des TC.
46. Je suis toujours patient/e lorsque j'interagis avec les personnes avec une DI et des TC.
47. Je suis à l'aise d'être proche physiquement des personnes avec une DI et des TC.
48. Travailler auprès des personnes ayant une DI et des TC me rend nerveux/se.
49. Je me sens soutenue par mon milieu lorsque je vis des difficultés en lien avec la gestion ou l'intervention auprès des personnes présentant une DI et des TC.

Septembre 2019

QUESTIONNAIRE ATTID : ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE QUESTIONS S'ADRESSANT SPÉCIFIQUEMENT AUX GESTIONNAIRES

Avant de commencer...

Il est important de mentionner que les personnes qui ont une déficience intellectuelle présentent des limitations dans la vie quotidienne, conformément à la définition de la déficience intellectuelle, et ont souvent un rythme de développement plus lent.

Les personnes qui ont une déficience intellectuelle risquent davantage de manifester des troubles du comportement. Ceux-ci réfèrent aux actions ou ensemble d'actions qui sont jugées problématiques parce qu'elles s'écartent des normes sociales, culturelles ou développementales et qui sont préjudiciables à la personne ou à son environnement social ou physique (Tassé, Sabourin, Garcin & Lecavalier, 2010), tels que l'agression, l'autostimulation et autres comportements difficiles ou perturbateurs.

Afin d'alléger le questionnaire, nous utiliserons l'abréviation « **DI** » pour déficience intellectuelle et « **TC** » pour troubles du comportement.

PARTIE A : QUESTIONS RELATIVES À VOTRE POSTE, FORMATION ET EXPERIENCE DE TRAVAIL

1. En tant que gestionnaire dans votre milieu de travail, quel est votre poste?
 - Directeur/directrice des programmes
 - Directeur/directrice adjointe des programmes
 - Chef médical
 - Chef en réadaptation/chef de service
 - Chef de l'administration des programmes
 - Chef de la permanence
 - Autre, précisez: _____
2. Dans quel(s) programme(s) travaillez-vous? _____
3. Quelle(s) équipe(s) supervisez-vous? _____
4. Depuis combien d'années travaillez-vous en tant que gestionnaire dans un centre de réadaptation?
_____ années
_____ mois
5. Avant d'être gestionnaire, avez-vous travaillé directement auprès de personnes présentant une DI?
 - Oui
 - Non

Septembre 2019

5.1 Si oui, pendant combien d'années?

_____ années

6. Est-ce que votre formation scolaire est reliée aux sciences de l'éducation, à la psychoéducation, ou à la DI?

- Oui
- Non
- S.V.P. spécifiez : _____

7. Dans le cadre de vos fonctions en tant que gestionnaire, avez-vous reçu une formation ou une séance d'information ou de sensibilisation portant sur la DI ou les TC?

- Oui, j'ai reçu une formation/séance d'information/de sensibilisation portant sur la DI
- Oui, j'ai reçu une formation/séance d'information/de sensibilisation portant sur les TC chez les personnes ayant une DI
- Oui, j'ai reçu une formation/séance d'information/de sensibilisation portant sur les TC en général.
- Non

7.1 Si oui, environ combien d'heures de formation estimez-vous avoir reçues?

- Moins de 10 heures
- Entre 10 et 29 heures
- Entre 30 et 39 heures
- Plus de 40 heures

7.2 Quand avez-vous reçu cette formation?

- Il y a moins d'un an
- Il y a 1 à 5 ans
- Il y a 5 à 10 ans
- Il y a plus de 10 ans

8. Dans le cadre de vos fonctions en tant que gestionnaire, intervenez-vous directement auprès de personnes ayant une DI?

- Oui
- Non

8.1 Si oui, quelle est la fréquence de ce contact?

- _____ heures par jours
- _____ heures par semaines,
- _____ heures par mois
- Aucun contact

Septembre 2019

PARTIE B : QUESTIONS RELATIVES À VOS ATTITUDES FACE AUX PERSONNES PRÉSENTANT UNE DI

**À l'aide de l'échelle présentée, et pour chaque énoncé, veuillez sélectionner votre réponse.
Toutes les réponses sont bonnes.**

Totalement en accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord	Ne s'applique pas ou ne sait pas
1	2	3	4	5	9

1. Je suis familier/e avec la mission de l'établissement dans lequel je travaille.
2. Je suis capable de mettre en application les orientations qui favorisent l'autodétermination des personnes présentant une DI.
3. Mes fonctions de gestionnaire peuvent influencer l'inclusion sociale des personnes ayant une DI.
4. Il est difficile pour moi de prendre des décisions en tant que gestionnaire qui correspondent aux valeurs de mon milieu de travail.
5. Les politiques organisationnelles de mon milieu m'orientent dans mon travail.
6. Je pense qu'une formation pour mieux connaître la DI est nécessaire pour tous les gestionnaires du milieu.
7. Les personnes ayant une DI légère devraient être incluses dans la communauté.
8. Les personnes ayant une DI profonde ou sévère ne devraient pas être incluses dans la communauté.
9. Certaines personnes ayant une DI n'ont pas et n'auront jamais les capacités pour être incluses dans la communauté.
10. L'inclusion des personnes avec une DI ne peut se faire qu'avec du soutien (ex. : éducateur, préposé, enseignant ressource, etc.).
11. L'objectif de l'inclusion est d'éliminer les différences entre les personnes avec et sans DI.
12. L'objectif de l'inclusion est de favoriser les apprentissages qui aideront les personnes avec une DI à être plus autonomes dans la vie de tous les jours.
13. Les personnes avec une DI s'intègrent bien dans les activités sociales avec les personnes sans DI.
14. Les personnes avec une DI reçoivent des services plus appropriés à leurs besoins en milieux spécialisés seulement.
15. Les personnes avec une DI sont en mesure de donner leur consentement pour recevoir des soins ou des services.
16. Il est difficile pour moi de respecter les choix des personnes avec une DI.
17. Mon milieu de travail me permet de favoriser l'inclusion des personnes ayant une DI.
18. Les pratiques de mon milieu de travail ne favorisent pas l'autodétermination des personnes avec une DI.
19. Je trouve qu'il est valorisant de travailler dans un organisme offrant des services aux personnes avec une DI.
20. Je me sens à l'aise d'interagir avec les personnes avec une DI.

Septembre 2019

21. J'ai le sentiment de faire une bonne action lorsque je travaille, directement ou indirectement, auprès des personnes avec une DI.
22. Je trouve qu'il est difficile de communiquer avec les personnes avec une DI.
23. Je suis toujours patient/e lorsque j'interagis avec les personnes avec une DI.
24. Je suis parfois dérangé/e par l'apparence physique des personnes avec une DI.
25. J'ai peur des réactions que les personnes avec une DI peuvent avoir.
26. Je crains pour mon intégrité physique lorsque j'interagi avec une personne ayant une DI.
27. Je me sens impuissant/e lorsque j'interviens auprès des personnes avec une DI.
28. J'ai plus l'impression de m'adresser à un enfant qu'à un adulte lorsque je parle aux personnes avec une DI.
29. J'ai tendance à surprotéger les personnes avec une DI.
30. Je me sens maladroit/e lorsque j'interagis avec les personnes avec une DI.
31. Je suis à l'aise d'être proche physiquement des personnes avec une DI.
32. Travailler auprès des personnes ayant une DI me rend nerveux/se.
33. J'ai pitié des personnes ayant une DI.

PARTIE C : QUESTIONS RELATIVES À VOS ATTITUDES FACE AUX PERSONNES PRÉSENTANT UNE DI ET DES TC

À l'aide de l'échelle présentée, et pour chaque énoncé, veuillez sélectionner votre réponse. Toutes les réponses sont bonnes.

Totallement en accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord	Ne s'applique pas ou ne sait pas
1	2	3	4	5	9

34. Les personnes ayant une DI et des TC devraient être incluses dans la communauté.
35. L'inclusion sociale des personnes ayant seulement une DI est plus facile que celle des personnes ayant présentant également des TC.
36. Les personnes avec une DI et des TC nécessitent des services en milieux spécialisés seulement.
37. Les personnes ayant une DI et des TC sont capables de prendre leurs propres décisions.
38. J'arrive à communiquer avec les personnes ayant une DI et des TC.
39. Je pense qu'une formation pour mieux connaître les TC chez les personnes ayant une DI serait nécessaire pour tous les intervenants en DI.
40. Je suis inconfortable d'intervenir auprès personnes ayant une DI et des TC.
41. J'ai peur des réactions que les personnes avec une DI et des TC peuvent avoir.
42. Je me sens impuissant/e lorsque j'interviens auprès des personnes avec une DI/TC.
43. Je suis toujours patient/e lorsque j'interagis avec les personnes avec une DI et des TC.
44. Je suis à l'aise d'être proche physiquement des personnes avec une DI et des TC.
45. Travailler auprès des personnes ayant une DI et des TC me rend nerveux/se.

Septembre 2019

RÉFÉRENCES

- Aarons, G. A. et Sawitzky, A. C. (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services*, 3(1), 61-72. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.3.1.61>
- Abbott, S. et McConkey, R. (2006). The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10(3), 275-287. <https://doi.org/10.1177/1744629506067618>
- Ahlborn, L. J., Panek, P. E. et Jungers, M. K. (2008). College students' perceptions of persons with intellectual disability at three different ages. *Research in Developmental Disabilities*, 29(1), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.11.001>
- Albaum, C., Mills, A., Morin, D. et Weiss, J. A. (2021). Attitudes toward people with intellectual disability associated with integrated sport participation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 39(1), 86-108. <https://doi.org/10.1123/apaq.2021-0006>
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. Dans C. Murchison (dir.), *Handbook of social psychology* (p. 798-844). Clark University Press.
- Allport, G. W. (1979). *The nature of prejudice* (25^e anniversaire éd.). Basic Books. (Publication originale en 1954)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antonak, R. F. et Harth, R. (1994). Psychometric analysis and revision of the mental retardation attitude inventory. *Mental Retardation*, 32(4), 272-280.
- Antonak, R. F. et Livneh, H. (2000). Measurement of attitudes towards persons with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 22(5), 211-224. <https://doi.org/10.1080/096382800296782>
- Antonak, R. F., Mulick, J. A., Kobe, F. H. et Fiedler, C. R. (1995). Influence of mental retardation severity and respondent characteristics on self-reported attitudes toward mental retardation and eugenics. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(4), 316-325. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1995.tb00523.x>
- Bazzo, G., Nota, L., Soresi, S., Ferrari, L. et Minnes, P. (2007). Attitudes of social service providers towards the sexuality of individuals with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 110-115. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00308.x>
- Beadle-Brown, J., Bigby, C. et Bould, E. (2015). Observing practice leadership in intellectual and developmental disability services. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(12), 1081-1093. <https://doi.org/10.1111/jir.12208>

- Bigby, C., Mansell, J. et Fyffe, C. (2006). *From ideology to reality: Current issues in implementation of intellectual disability policy. Proceedings of roundtable on intellectual disability policy.* La Trobe University. <http://hdl.handle.net/1959.9/512799>
- Bigby, C., Webber, R., Bowers, B. et McKenzie-Green, B. (2008). A survey of people with intellectual disabilities living in residential aged care facilities in Victoria. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(5), 404-414. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.01040.x>
- Bigby, C. et Wiesel, I. (2015). Mediating community participation: Practice of support workers in initiating, facilitating or disrupting encounters between people with and without intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(4), 307-318. <https://doi.org/10.1111/jar.12140>
- Breau, G., Baumbusch, J., Thorne, S., Hislop, T. G. et Kazanjian, A. (2021). Primary care providers' attitudes towards individuals with intellectual disability: Associations with experience and demographics. *Journal of Intellectual Disabilities*, 25(1), 65-81. <https://doi.org/10.1177/1744629519860029>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Harvard university press.
- Buntinx, W. H. E. et Schalock, R. L. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x>
- Burge, P., Ouellette-Kuntz, H. et Lysaght, R. (2007). Public views on employment of people with intellectual disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26(1), 29-37. https://wintac-s3.s3.amazonaws.com/topic-areas/ta_511/Burge-2007-Public-views-on-employment.PDF
- Campbell, J., Gilmore, L. et Cuskelly, M. (2003). Changing student teachers' attitudes towards disability and inclusion. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 28(4), 369-379. <https://doi.org/10.1080/13668250310001616407>
- Carter, E. W., Owens, L., Trainor, A. A., Sun, Y. et Swedeen, B. (2009). Self-determination skills and opportunities of adolescents with severe intellectual and developmental disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(3), 179-192. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-114.3.179>
- Channon, A. (2014). Intellectual disability and activity engagement: Exploring the literature from an occupational perspective. *Journal of Occupational Science*, 21(4), 443-458. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.829398>
- Cobigo, V., Ouellette-Kuntz, H., Lysaght, R. et Martin, L. (2012). Shifting our conceptualization of social inclusion. *Stigma Research and Action*, 2(2), 75-84. <https://doi.org/10.5463/sra.v1i3.45>
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. et Roy, M.-E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(9), 652-661. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x>

- Cuskelly, M. et Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: Parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(3), 255-264. <https://doi.org/10.1080/13668250412331285136>
- Cuskelly, M. et Gilmore, L. (2007). Attitudes to sexuality questionnaire (individuals with an intellectual disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32(3), 214-221. <https://doi.org/10.1080/13668250701549450>
- de Winter, C. F., Jansen, A. A. C. et Evenhuis, H. M. (2011). Physical conditions and challenging behaviour in people with intellectual disability: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(7), 675-698. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01390.x>
- Devereux, J. M., Hastings, R. P., Noone, S. J., Firth, A. et Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in Developmental Disabilities*, 30(2), 367-377. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.07.002>
- Drennan, D. (1992). *Transforming company culture*. McGraw-Hill.
- Eagly, A. H. et Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Egli, M., Feurer, I., Roper, T. et Thompson, T. (2002). The role of Residential Homelikeness in promoting community participation by adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 23(3), 179-190. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(02\)00096-3](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(02)00096-3)
- Eliasson-Lappalainen, R. et Runesson, I. (2000). *Att sörja för äldre* [Caring for the elderly]. Svenska kommunförbundet.
- Emerson, E. (2001). Challenging behaviour: Analysis and interventions in people with severe intellectual disabilities (2^e éd.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543739>
- Findler, L., Vilchinsky, N. et Werner, S. (2007). The Multidimensional Attitudes Scale toward persons with disabilities (MAS): Construction and validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50(3), 166-176. <https://doi.org/10.1177/00343552070500030401>
- Fishbein, M. et Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Flatt-Fultz, E. et Phillips, L. A. (2012). Empowerment training and direct support professionals' attitudes about individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16(2), 119-125. <https://doi.org/10.1177/1744629512443652>
- Gething, L. et Wheeler, B. (1992). The interaction with disabled persons scale: A new Australian instrument to measure attitudes towards people with disabilities. *Australian Journal of Psychology*, 44(2), 75-82. <https://doi.org/10.1080/00049539208260146>

- Giesbers, S. A. H., Hendriks, L., Jahoda, A., Hastings, R. P. et Embregts, P. J. C. M. (2019). Living with support: Experiences of people with mild intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(2), 446-456. <https://doi.org/10.1111/jar.12542>
- Giger, J.-C. (2005). Le concept d'attitude : changement et consistance. Dans N. Dubois (dir.), *Psychologie sociale de la cognition* (p. 119-151). Dunod.
- Gillett, E. et Stenfert-Kroese, B. (2003). Investigating organizational culture: A comparison of a 'high' - and a 'low' -performing residential unit for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(4), 279-284. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2003.00170.x>
- Gilmore, L., Campbell, J. et Cuskelly, M. (2003). Developmental expectations, personality stereotypes, and attitudes towards inclusive education: Community and teacher views of Down syndrome. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50(1), 65-76. <https://doi.org/10.1080/1034912032000053340>
- Gilmore, L. et Cuskelly, M. (2014). Vulnerability to loneliness in people with intellectual disability: An explanatory model. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(3), 192-199. <https://doi.org/10.1111/jppi.12089>
- Golding, N. S. et Rose, J. (2015). Exploring the attitudes and knowledge of support workers towards individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(2), 116-129. <https://doi.org/10.1177/1744629514563777>
- Hare, D. J., Durand, M., Hendy, S. et Wittkowski, A. (2012). Thinking about challenging behavior: A repertory grid study of inpatient staff beliefs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(6), 468-478. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-50.06.468>
- Harma, K., Gombert, A. et Roussey, J.-Y. (2014). Attitude et distance sociale des élèves non handicapés à l'égard de leurs pairs handicapés [Students without disabilities' attitudes and social distance towards their disabled peers.]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(3), 414-426. <https://doi.org/10.1037/a0033356>
- Hastings, R. P. (2002). Do challenging behaviors affect staff psychological well-being? Issues of causality mechanism. *American Journal on Mental Retardation*, 107(6), 455-467.
- Hastings, R. P. (2005). Staff in special education setting and behaviour problems: Towards a framework for research and practice. *Educational Psychology*, 25(2-3), 207-221. <https://doi.org/10.1080/0144341042000301166>
- Hastings, R. P. et Brown, T. (2002). Behavioural knowledge, causal beliefs and self-efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(2), 144-150. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00378.x>
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Swarbrick, R., Kiernan, C., Reeves, D. et Alborz, A. (1999). Factors associated with staff stress and work satisfaction in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(4), 253-267. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1999.00208.x>

- Hatton, C., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Emerson, E., Kierman, C., Reeves, D. et Alborz, A. (2001). Organizational culture and staff outcomes in services for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(3), 206-218. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1999.00190.x>
- Heatherston, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R. et Hull, J. G. (dir.). (2000). *The social psychology of stigma*. The Guilford Press.
- Henry, D., Duvdevany, I., Keys, C. B. et Balcazar, F. E. (2004). Attitudes of American and Israeli staff toward people with intellectual disabilities. *Mental Retardation*, 42(1), 26-36.
- Henry, D., Keys, C., Balcazar, F. et Jopp, D. (1996). Attitudes of community-living staff members toward persons with mental retardation, mental illness, and dual diagnosis. *Mental Retardation*, 34(6), 367-379.
- Hewitt, A. et Larson, S. (2007). The direct support workforce in community supports to individuals with developmental disabilities: Issues, implications, and promising practices. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(2), 178-187. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20151>
- Horner-Johnson, W., Keys, C. B., Henry, D., Yamaki, K., Watanabe, K., Oi, F., Fujimura, I., Graham, B. C. et Shimada, H. (2015). Staff attitudes towards people with intellectual disabilities in Japan and the United States. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(10), 942-947. <https://doi.org/10.1111/jir.12179>
- Hutchinson, L. M., Hastings, R. P., Hunt, P. H., Bowler, C. L., Banks, M. E. et Totsika, V. (2014). Who's challenging who? Changing attitudes towards those whose behaviour challenges. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(2), 99-109. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01630.x>
- Johnson, H., Douglas, J., Bigby, C. et Iacono, T. (2009). Maximizing community inclusion through mainstream communication services for adults with severe disabilities. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(3), 180-190. <https://doi.org/10.1080/17549500902825265>
- Jones, J., Ouellette-Kuntz, H., Vilela, T. et Brown, H. (2008). Attitudes of community developmental services agency staff toward issues of inclusion for individuals with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(4), 219-226. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2008.00183.x>
- Judd, M. J., Dorozenko, K. P. et Breen, L. J. (2017). Workplace stress, burnout and coping: A qualitative study of the experiences of Australian disability support workers. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1109-1117. <https://doi.org/10.1111/hsc.12409>
- Keith, J. M., Bennetto, L. et Rogge, R. D. (2015). The relationship between contact and attitudes: Reducing prejudice toward individuals with intellectual and developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 14-26. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.07.032>
- Keys, C. B., Henry, D. et Schaumann, L. (1997). Using value-based job analysis to reduce staff turnover: An organizational culture case study. Dans M. Montero (dir.), *Psychology and community* (p. 253-253). University of Central Venezuela.

- Knotter, M. H., Stams, G. J. J. M., Moonen, X. M. H. et Wissink, I. B. (2016). Correlates of direct care staffs' attitudes towards aggression of persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 294-305. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.09.008>
- Kozak, A., Kersten, M., Schillmöller, Z. et Nienhaus, A. (2013). Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burnout among staff working with people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 102-115. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.021>
- L'Abbé, Y. et Morin, D. (2001). *Comportements agressifs et retard mental : compréhension et intervention* (2^e éd.). Behaviora.
- Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H., & Haelewyck, M.-C. (2022). Autodétermination : Historique, définitions et modèles conceptuels: *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, N° 94(2), 25-42. <https://doi.org/10.3917/nresi.094.0025>
- Lau, J. T. et Cheung, C. (1999). Discriminatory attitudes to people with intellectual disability or mental health difficulty. *International Social Work*, 42(4), 431-444. <https://doi.org/10.1177/002087289904200405>
- Loo, R. (2001). Attitudes of management undergraduates toward persons with disabilities: A need for change. *Rehabilitation Psychology*, 46(3), 288-295. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.46.3.288>
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M. (P.), Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., Tassé, M. J. et The AAMR AD HOC Committee on Terminology and Classification. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10^e éd.). American Association on Mental Retardation.
- MacIntosh, E. et Doherty, A. (2007). Extending the scope of organisational culture: The external perception of an internal phenomenon. *Sport Management Review*, 10(1), 45-64. [https://doi.org/10.1016/S1441-3523\(07\)70003-7](https://doi.org/10.1016/S1441-3523(07)70003-7)
- Mahar, A. L., Cobigo, V. et Stuart, H. (2013). Conceptualizing belonging. *Disability and Rehabilitation*, 35(12), 1026-1032. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.717584>
- Mansell, J., Ashman, B., Macdonald, S. et Beadle-Brown, J. (2002). Residential care in the community for adults with intellectual disability: Needs, characteristics and services. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(8), 625-633. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00440.x>
- Mansell, J. et Beadle-Brown, J. (2004). Person-centred planning or person-centred action? Policy and practice in intellectual disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00175.x> - À SUPPRIMER SI ELLE N'EST PAS DANS LE TEXTE
- Mansell, J. et Beadle-Brown, J. (2012). *Active support: Enabling and empowering people with intellectual disabilities*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mansell, J., Hughes, H. et McGill, P. (1994). Maintaining local residential placements. Dans E. Emerson, P. McGill et J. Mansell (dir.), *Severe learning disabilities and challenging behaviours* (p. 260-281). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2961-7_11

- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. et Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: Report of a European Study* (vol. 2). University of Kent. [https://eprints.lse.ac.uk/3460/1/Deinstitutionalisation_and_community_living_%E2%80%93_outcomes_and_costs_vol_2\(lsero\).pdf](https://eprints.lse.ac.uk/3460/1/Deinstitutionalisation_and_community_living_%E2%80%93_outcomes_and_costs_vol_2(lsero).pdf)
- McCaughey, T. J. et Strohmer, D. C. (2005). Prototypes as an indirect measure of attitudes toward disability groups. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(2), 89-99. <https://doi.org/10.1177/00343552050480020301>
- McManus, J. L., Feyes, K. J. et Saucier, D. A. (2011). Contact and knowledge as predictors of attitudes toward individuals with intellectual disabilities. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(5), 579-590. <https://doi.org/10.1177/0265407510385494>
- Meaney-Tavares, R. et Gavidia-Payne, S. (2012). Staff characteristics and attitudes towards the sexuality of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(3), 269-273. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.701005>
- Merrells, J., Buchanan, A. et Waters, R. (2018). The experience of social inclusion for people with intellectual disability within community recreational programs: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 43(4), 381-391. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1283684>
- Moreira, R. A. (2011). *Intellectual disability in rural Cambodia: Cultural perceptions and families challenges*. New Humanity.
- Morin, D., Crocker, A. G., Beaulieu-Bergeron, R. et Caron, J. (2013). Validation of the attitudes toward intellectual disability – ATTID questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(3), 268-278. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01559.x>
- Morin, D., Rivard, M., Crocker, A. G., Boursier, C. P. et Caron, J. (2013). Public attitudes towards intellectual disability: A multidimensional perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(3), 279-292. <https://doi.org/10.1111/jir.12008>
- Morin, D., Valois, P., Crocker, A. G., Robitaille, C. et Lopes, T. (2018). Attitudes of health care professionals toward people with intellectual disability: A comparison with the general population. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(9), 746-758. <https://doi.org/10.1111/jir.12510>
- Morin, D., Valois, P., Rivard, M., Bardou, C., Faust, C. et Robitaille, C. (2023). Impact of participation in Special Olympics Healthy Athletes® on attitudes of health professionals through direct contact with people with intellectual disability. *International Journal of Developmental Disabilities*. <https://doi.org/10.1080/20473869.2023.2194602>
- Murch, A. J., Choudhury, T., Wilson, M., Collerton, E., Patel, M. et Scior, K. (2018). Explicit and implicit attitudes towards people with intellectual disabilities: The role of contact and participant demographics. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(5), 778-784. <https://doi.org/10.1111/jar.12429>

- Noone, S. J., Jones, R. S. P. et Hastings, R. P. (2003). Experimental effects of manipulating attributional information about challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(4), 295-301. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2003.00171.x>
- Olsson, S. et Gustafsson, C. (2020). Employees' experiences of education and knowledge in intellectual disability practice. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 17(3), 219-231. <https://doi.org/10.1111/jppi.12338>
- Organisation des Nations unies. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *CIM-10/ICD-10 : classification internationale des maladies* (10^e version). <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
- Ouellette-Kuntz, H., Burge, P., Brown, H. K. et Arsenault, E. (2010). Public attitudes towards individuals with intellectual disabilities as measured by the concept of social distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(2), 132-142. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00514.x>
- Pace, J. E., Shin, M. et Rasmussen, S. A. (2010). Understanding attitudes toward people with Down syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 152A(9), 2185-2192. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.33595>
- Pelleboer-Gunnink, H. A., van Oorsouw, W. M. W. J., van Weeghel, J. et Embregts, P. J. C. M. (2017). Mainstream health professionals' stigmatising attitudes towards people with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(5), 411-434. <https://doi.org/10.1111/jir.12353>
- Pelleboer-Gunnink, H. A., van Oorsouw, W. M. W. J., van Weeghel, J. et Embregts, P. J. C. M. (2021). Stigma research in the field of intellectual disabilities: A scoping review on the perspective of care providers. *International Journal of Developmental Disabilities*, 67(3), 168-187. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1616990>
- Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-85. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.65>
- Power, A. (2013). Making space for belonging: Critical reflections on the implementation of personalized adult social care under the veil of meaningful inclusion. *Social Science & Medicine*, 88, 68-75.
- Rae, H., Mckenzie, K. et Murray, G. (2011). The impact of training on teacher knowledge about children with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(1), 21-30. <https://doi.org/10.1177/1744629511401168>
- Randell, E., Hastings, R. P., McNamara, R., Knight, R., Gillespie, D. et Taylor, Z. (2017). Effectiveness of the 'Who's challenging who' support staff training intervention to improve attitudes and empathy towards adults with intellectual disability and challenging behaviours: Study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 18(1), Article 460. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2175-1>

- Rao, S. (2004). Faculty attitudes and students with disabilities in higher education: A literature review. *College Student Journal*, 38(2), 191-198.
- Robinson, S., Carnemolla, P., Lay, K. et Kelly, J. (2022). Involving people with intellectual disability in setting priorities for building community inclusion at a local government level. *British Journal of Learning Disabilities*, 50(3), 364-375. <https://doi.org/10.1111/bld.12469>
- Rosenberg, M. J., Hovland, C. I., McGuire, W. J., Abelson, R. P. et Brehm, J. W. (1960). *Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components*. Yale University Press.
- Rossow-Kimball, B. et Goodwin, D. (2009). Self-determination and leisure experiences of women living in two group homes. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26(1), 1-20. <https://doi.org/10.1123/apaq.26.1.1>
- Ryan, C., Bergin, M. et Wells, J. S. G. (2021). Work-related stress and well-being of direct care workers in intellectual disability services: A scoping review of the literature. *International Journal of Developmental Disabilities*, 67(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1582907>
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. J., Buntinx, W. E. M., Coulter, D. L., Craig, E. M. (P.), Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L. et Yeager, M. H. (2011). *Déficience intellectuelle : définition, classification et systèmes de soutien* (11^e éd. rév., D. Morin, trad.). Consortium national de recherche sur l'intégration sociale. (Ouvrage original publié en 2010).
- Shalock, R. L., Luckasson, R. et Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and planning supports* (12^e éd). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Jiancheng, X. et Lachapelle, Y. (2005). Cross-cultural study of quality of life indicators. *American Journal on Mental Retardation*, 110(4), 298-311.
- Schein, E. H. (1985). *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass
- Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2164-2182. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.07.005>
- Scior, K. et Furnham, A. (2016). Causal beliefs about intellectual disability and schizophrenia and their relationship with awareness of the condition and social distance. *Psychiatry Research*, 243, 100-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.019>
- Scior, K., Hamid, A., Hastings, R., Werner, S., Belton, C., Laniyan, A., Patel, M., Groce, N. et Kett, M. (2016). Consigned to the margins: A call for global action to challenge intellectual disability stigma. *The Lancet Global Health*, 4(5), e294-e295. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)00060-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)00060-7)

- Scior, K., Hamid, A., Hastings, R., Werner, S., Belton, C., Laniyan, A., Patel, M. et Kett, M. (2020). Intellectual disability stigma and initiatives to challenge it and promote inclusion around the globe. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 17(2), 165-175. <https://doi-org/10.1111/jppi.12330>
- Scior, K., Kan, K.-Y., McLoughlin, A. et Sheridan, J. (2010). Public attitudes toward people with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48(4), 278-289. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-48.4.278>
- Seewooruttun, L. et Scior, K. (2014). Interventions aimed at increasing knowledge and improving attitudes towards people with intellectual disabilities among lay people. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), 3482-3495. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.07.028>
- Sermier Dessemontet, R., Morin, D. et Crocker, A. G. (2014). Exploring the relations between in-service training, prior contacts and teachers' attitudes towards persons with intellectual disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 61(1), 16-26. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2014.878535>
- Simplican, S. C., Leader, G., Kosciulek, J. et Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 18-29. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.008>
- Slater, P., McConkey, R., Smith, A., Dubois, L. et Shellard, A. (2020). Public attitudes to the rights and community inclusion of people with intellectual disabilities: A transnational study. *Research in Developmental Disabilities*, 105, Article 103754. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103754>
- Stier, A. et Hinshaw, S. P. (2007). Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychologist*, 42(2), 106-117. <https://doi.org/10.1080/00050060701280599>
- Tartakovsky, E., Gafter-Shor, A. et Perelman-Hayim, M. (2013). Staff members of community services for people with intellectual disability and severe mental illness: Values, attitudes, and burnout. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 3807-3821. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.026>
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N. et Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle [The definition of serious behavior disorder of people with intellectual disabilities]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(1), 62-69. <https://doi.org/10.1037/a0016249>
- Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Snell, M. E., Wehmeyer, M. L., Borthwick-Duffy, S., Coulter, D. L., Craig, E. M. (P.), Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Reeve, A., Spret, S., Tassé, M. J., Verdugo, M. A. et Yeager, M. H. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135-146. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.2.135>
- Thurstone, L. L. et Chave, E. J. (1929). *The measurement of attitude*. University of Chicago Press.
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and attitude change*. John Wiley & Sons Inc.

- van Asselt-Goverts, A. E., Embregts, P. J. C. M. et Hendriks, A. H. C. (2013). Structural and functional characteristics of the social networks of people with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(4), 1280-1288. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.012>
- Venema, E., Otten, S. et Vlaskamp, C. (2015). The efforts of direct support professionals to facilitate inclusion: The role of psychological determinants and work setting. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(10), 970-979. <https://doi.org/10.1111/jir.12209>
- Venema, E., Otten, S. et Vlaskamp, C. (2016). Direct support professionals and reversed integration of people with intellectual disabilities: Impact of attitudes, perceived social norms, and meta-evaluations. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 13(1), 41-49. <https://doi.org/10.1111/jppi.12145>
- Verdonschot, M. M. L., de Witte, L. P., Reichrath, E., Buntinx, W. H. E. et Curfs, L. M. G. (2009). Community participation of people with an intellectual disability: A review of empirical findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(4), 303-318. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01144.x>
- Verdugo, M. A., Navas, P., Gómez, L. E. et Schalock, R. L. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(11), 1036-1045. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01585.x>
- Walker, H. M., Calkins, C., Wehmeyer, M. L., Walker, L., Bacon, A., Palmer, S. B., Jesien, G. S., Nygren, M. A., Heller, T., Gotto, G. S., Abery, B. H. et Johnson, D. R. (2011). A social-ecological approach to promote self-determination. *Exceptionality*, 19(1), 6-18. <https://doi.org/10.1080/09362835.2011.537220>
- Willaye, E. et Magerotte, G. (2008). *Évaluation et intervention auprès des comportements-défis : déficience intellectuelle et/ou autisme*. De Boeck Supérieur.
- Wong, P. K. S. et Wong, D. F. K. (2008). Enhancing staff attitudes, knowledge and skills in supporting the self-determination of adults with intellectual disability in residential settings in Hong Kong: A pretest–posttest comparison group design. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(3), 230-243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.01014.x>
- Yazbeck, M., McVilly, K. et Parmenter, T. R. (2004). Attitudes toward people with intellectual disabilities: An Australian perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 15(2), 97-111. <https://doi.org/10.1177/10442073040150020401>
- Zanna, M. P. et Rempel, J. K. (1988). Attitudes: A newlook at the old concept. Dans D. Bar-Tal et A.W. Kruglanski (dir.), *The social psychology of knowledge* (p. 315-334). Cambridge University Press; Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.