

***Bibliothèque
et Archives
nationales***

Québec



La présente publication en ligne est une fusion de plusieurs fichiers PDF reçue en dépôt légal et archivée par Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

Version visionnée sur le site Internet d'origine le 7 avril 2009.

Section du dépôt légal

LES FONDEMENTS DE L'INTERVENTION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DANS LES CENTRES DE RÉADAPTATION QUÉBÉCOIS

Carmen Dionne, Francine Julien-Gauthier et Michel Boutet

Cette étude vise l'identification des fondements théoriques de l'intervention dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle québécois. Elle est réalisée à partir de l'analyse des processus d'intervention « cliniques » de 60 % de ces établissements. Les résultats sont présentés en fonction des principaux paramètres de l'intervention éducationnelle et sociale auprès de ces personnes : les valeurs, principes et concepts à la base de l'intervention, les approches préconisées, l'accès aux services, l'évaluation des besoins des personnes, le choix des objectifs d'intervention, la planification et le suivi de l'intervention et l'évaluation des résultats. Ils font appel à la nécessaire spécialisation de l'intervention pour permettre à la personne de s'épanouir dans son milieu et de réaliser les projets qui lui tiennent à cœur. Dans cette perspective, les intervenants des CRDI doivent privilégier une intervention rigoureuse et bien ciblée, consolider les liens avec leurs partenaires et élargir ce partenariat aux membres de la collectivité.

INTRODUCTION

*L'intervention éducationnelle et sociale*¹ auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle s'est considérablement développée au cours du dernier quart de siècle. Son essor est soutenu principalement par l'évolution des connaissances dans le domaine ainsi que par des décisions politiques humanitaires portées par l'émergence de nouvelles idéologies, qui ont à leur tour influencé le développement d'approches et de modèles d'intervention. Plusieurs tendances se sont succédées dans l'intervention auprès de ces personnes :

- Historiquement, l'intervention visait la prise en charge des personnes à l'écart de la communauté – dans des hôpitaux psychiatriques ou des institutions alors qu'elles recevaient des soins dispensés par du personnel spécialisé et de soutien;
- Dans les années '70, le mouvement de désinstitutionnalisation et d'intégration sociale a conduit à la prise en charge des personnes parmi les membres de la communauté. L'encadrement et le suivi du personnel spécialisé et de soutien visait à leur offrir des conditions de vie qui

Carmen Dionne, Département de psycho-éducation, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7, courriel : Carmen_Dionne@uqtr.quebec.ca; Francine Julien-Gauthier, Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec, courriel : francine_gauthier_csd@ssss.gouv.qc.ca; Michel Boutet, Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 3255, rue Foucher, Trois-Rivières (Québec), G8Z 1M6, courriel : michel_boutet@ssss.gouv.qc.ca .

-
1. L'intervention éducationnelle et sociale est un système ouvert, composé de ressources, d'activités et de connaissances, lui appartenant en propre ou tirées des autres savoirs fondamentaux et appliqués, dont le but est de permettre aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle de développer au maximum leurs capacités à réaliser des activités considérées essentielles et de s'épanouir en société (Langevin, Dionne, Rocque, Boutet & Trépanier, 2001).

se rapprochent le plus possible de celles de la population générale;

- Actuellement, l'intervention vise à soutenir le développement et le mieux-être des personnes en interaction avec les membres de leur communauté et en tant que membres de cette communauté. Elle a pour but de leur faciliter l'accès aux mêmes services et aux mêmes occasions de développement et de réalisation de soi que la population générale.

En effet, au printemps 1988, la publication du document « *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle. Un impératif humain et social* » a confirmé la volonté du gouvernement québécois de favoriser davantage l'intégration de ces personnes et la réintégration des personnes hébergées en institution (Gouvernement du Québec, 1988). Conséquemment, les programmes d'internat offerts par les centres de réadaptation se sont progressivement modifiés en programmes d'intervention communautaire auprès des personnes, de leurs proches et des membres de leur collectivité. Le développement de services aux personnes qui résident dans leur famille, réalisé simultanément avec le mouvement de désinstitutionnalisation, a permis d'accroître l'expertise des centres de réadaptation dans plusieurs domaines (intervention précoce, services psychosociaux et de répit aux familles, soutien au milieu scolaire, etc.).

Plusieurs auteurs soulignent ce changement de paradigme dans le domaine de l'intervention en déficience intellectuelle (Mercer, 1992; Bradley, 1994; Dionne, Langevin & Rocque, 1995; Middendorf, 1995) et en corollaire, la nécessaire spécialisation des pratiques professionnelles (Dionne, Boutet, Julien-Gauthier, Rocque, Langevin, Gascon & Gladu, 2002).

Le mouvement d'intégration communautaire des personnes qui présentent une déficience intellectuelle influence également les activités de recherche dans ce domaine. Plusieurs études montrent que les personnes qui ont quitté l'institution pour intégrer des ressources dans la communauté ont vu leur qualité de vie augmenter. Ces études font également

état de la nécessité d'aider ces personnes à définir leurs objectifs de vie et à construire leur propre réseau social (Boisvert, 1988; Rousseau, 1988; Pilon, Arseneault & Gascon, 1994) ainsi que le besoin de poursuivre les recherches afin de favoriser leur mieux-être par une intégration qui ne soit pas seulement physique mais aussi fonctionnelle et communautaire (Jourdan-Ionescu, Ionescu, Rivest & Corbeil, 1990; Boudreault, 1989).

Dans cette perspective, la recherche peut être particulièrement utile pour contribuer à une meilleure connaissance des caractéristiques et des besoins des personnes qui présentent une déficience intellectuelle et pour permettre l'identification des conditions d'une véritable participation sociale et les moyens utiles pour la favoriser (Lachapelle, Proulx, Boutet & Ouellet, 1998).

Cette recherche, qui s'ajoute aux travaux sur la modélisation de l'intervention en déficience intellectuelle, a pour objectif l'identification des fondements théoriques de l'intervention d'adaptation/réadaptation et d'intégration sociale ayant cours dans les centres de réadaptation québécois. Elle est réalisée à partir de l'analyse des processus d'intervention « *cliniques* » de ces établissements. Les résultats de cette analyse sont présentés en fonction des principaux paramètres de l'intervention éducationnelle et sociale auprès de ces personnes : les valeurs, principes et concepts à la base de l'intervention, les approches préconisées, l'accès aux services, l'évaluation des besoins des personnes, le choix des objectifs d'intervention, la planification et le suivi de l'intervention et l'évaluation des résultats.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude est réalisée en utilisant la méthode de l'analyse de contenu. Celle-ci se définit comme une « *Technique permettant l'examen méthodique systématique, objectif et quantitatif du contenu de certains textes, en vue d'en classer et d'en interpréter les éléments constitutifs, qui ne sont pas totalement accessibles à la lecture naïve* » (Robert & Bouillaguet, 1997, p. 4).

La première étape de l'analyse de contenu consiste à préciser l'objet de recherche et sa problématique particulière. Il s'agit ici d'identifier les fondements théoriques sur lesquels s'appuie actuellement l'intervention d'adaptation/réadaptation et d'intégration sociale auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle.

La deuxième étape a trait à l'identification de la source de données. Au Québec, l'intervention d'adaptation/réadaptation et d'intégration sociale constitue l'essentiel de la mission des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (CRDI). Il s'agit :

« D'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leur déficience intellectuelle, ...requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes » (Gouvernement du Québec, Loi sur la Santé et les Services Sociaux, article 84, 2000-2001, p. 98).

En conséquence, l'étude des processus d'intervention des centres de réadaptation devrait permettre d'identifier les fondements théoriques de l'intervention auprès de ces personnes.

En janvier 1999, les 26 centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec étaient invités à faire parvenir à l'équipe de recherche une copie du processus d'intervention « clinique » de leur établissement. Cette étude est réalisée à partir de l'analyse des 32 documents recueillis, en provenance de 19 établissements, soit 60 % des établissements sollicités. Ces documents peuvent être qualifiés de « matériel donné, puisqu'il ne s'agit ni de matériel rassemblé par les membres de l'équipe de recherche en vue d'un objectif, ni de matériel créé par la recherche elle-même » (Mayer & Ouellet, 1991, p. 478). Tous les documents reçus sont récents, ils ont été élaborés entre 1994 et 1998. Ces documents sont également variés, tant par la présentation que par la diversité de leur contenu. Par exemple, *Le cadre de référence et processus d'intervention, Les paramètres et fondements de la pratique professionnelle, Le Bilan de la situation de vie et révision PSI/PII,*

Des attitudes et de la pratique professionnelle dans les services sociorésidentiels, Le système d'accompagnement et d'intervention auprès des personnes présentant des incapacités intellectuelles, Programme-cadre des services à l'enfance, l'adolescence et à la famille, Les processus PSI et PI et leur application à la direction des services aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle, etc.

La troisième étape consiste en une pré-analyse ou lecture préliminaire du contenu de la documentation. Les membres de l'équipe de recherche ont alors identifié les principaux paramètres et éléments constitutifs d'un processus d'intervention et dix thèmes ont été retenus. Il s'agit de la Mission du centre, de la Définition du Processus d'intervention, des Approches préconisées, de la Définition de la clientèle, de la procédure d'Accès/Inscription, de l'Évaluation de besoins, de la démarche PSI/PII, de l'Évaluation des résultats, des Droits et de l'éthique et de la Tenue de dossiers. La lecture préliminaire des documents reçus a été orientée en fonction de ces thèmes; la présence et la teneur des éléments constitutifs de chacun d'entre eux dans la documentation a été notée et quantifiée.

La quatrième étape de l'analyse de contenu est la catégorisation. Il s'agit d'identifier, pour l'ensemble de la documentation, des unités d'analyse ou *unités thématiques*, dont la présence ou la fréquence permettront de faire des inférences (Landry, 1992). L'opération centrale de la catégorisation tient à l'élaboration d'une grille de catégories ou unités thématiques qui doivent présenter certaines caractéristiques : l'exclusion mutuelle (la même information ne peut se retrouver à la fois dans l'une ou l'autre catégorie), la fidélité (des personnes différentes doivent pouvoir classer de la même façon les observations) et la pertinence (les catégories doivent être en lien direct avec les objectifs théoriques et empiriques de la recherche). Le choix des catégories représente la démarche essentielle de l'analyse de contenu, puisque celles-ci font le lien entre l'objectif de la recherche et les résultats obtenus. Ce choix doit provenir de deux sources : les documents eux-mêmes et une certaine connaissance générale du domaine dont est issue la documentation (Grawitz, 1996).

Les résultats de la pré-analyse ont été utilisés ici pour la réalisation du choix des catégories. Ces résultats ont été soumis à un groupe de travail composé de 22 experts (intervenants, conseillers cliniques et gestionnaires de quatre CRDI) pour connaître leur avis quant à la pertinence des éléments retenus, en lien avec la poursuite de la démarche. Les membres de l'équipe de recherche ont procédé par la suite à l'élaboration d'une grille de catégorisation en s'appuyant sur les résultats de la pré-analyse et de la consultation subséquente.

La cinquième étape consiste à réviser l'ensemble de la documentation en fonction des catégories identifiées lors de l'étape de catégorisation. Il s'agit alors de déceler, noter et dénombrer, dans l'ensemble de la documentation reçue, les éléments appartenant à chacune des catégories identifiées précédemment. La méthodologie utilisée pour la réalisation de cette étape est une analyse directe, c'est-à-dire qui s'intéresse au contenu manifeste des documents étudiés (Piret, Nizet & Bourgeois, 1996). Elle consiste à appliquer aux documents un traitement permettant d'accéder à une signification invisible à première vue (notamment par le biais de dénombrements) pour répondre à la question de la problématique (Robert & Bouillaguet, 1997), ici l'identification des fondements théoriques de l'intervention dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle.

Il s'agit également d'une analyse de contenu à la fois quantitative et qualitative. Elle est quantitative, parce qu'elle permet de dénombrer la fréquence d'apparition d'un élément d'une catégorie dans l'ensemble des documents reçus (par exemple, 11 établissements sur 16, soit 68,75 % ont abordé les mécanismes d'accès aux services dans leur processus d'intervention). Elle est qualitative, parce qu'elle permet de décrire la façon dont sont traités les éléments appartenant à l'une ou l'autre des catégories (mentionnés, décrits, explicités, par exemple : un centre de réadaptation évalue la satisfaction des usagers en utilisant un instrument-maison qui est rempli par les participants lors de la rencontre PSI/PII annuelle).

La sixième étape consiste à compiler les données recueillies et à faire une lecture à la fois objective et

originale des documents étudiés. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux ou de repères descriptifs et interprétés en fonction des principaux enjeux de l'intervention éducative et sociale auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle (Langevin, Dionne, Rocque, Boutet & Trépanier, 2001). Au terme de cette étude, l'identification des fondements théoriques de l'intervention d'adaptation/réadaptation et d'intégration sociale qui a cours dans les centres de réadaptation québécois vient enrichir l'ensemble des travaux sur la spécialisation et la communautarisation de l'intervention en déficience intellectuelle.

RÉSULTATS

Les résultats de cette étude sont compilés à partir de données issues de documents en provenance de 19 centres de réadaptation québécois. Sur le plan statistique, la fréquence d'apparition des éléments retenus comme unités d'analyse est compilée sur un total de 16 centres de réadaptation. En effet, des fusions d'établissements ont donné lieu au réaménagement, à la révision et à la refonte de certains processus d'intervention qui ont été acheminés aux membres de l'équipe de recherche dans un document commun. Ces éléments sont : 1) les valeurs, principes et concepts à la base de l'intervention; 2) les approches privilégiées par les centres de réadaptation; 3) la définition de la clientèle; 4) l'accès aux services; 5) l'évaluation des besoins; 6) la priorisation des besoins et le choix des objectifs d'intervention; 7) la planification des services; 8) le suivi de l'intervention; 9) l'évaluation des résultats; 10) l'éthique, les droits et responsabilités; 11) les habiletés liées à l'autonomie et à la participation sociale.

1) Valeurs, principes et concepts à la base de l'intervention

Selon Legendre (1993), une *valeur* est une certitude fondamentale qu'une manière d'être ou d'agir est hautement désirable pour la personne ou pour la société. Les valeurs sont normalisées à l'intérieur de *principes*, propositions qui constituent un fondement et qui permettent de normaliser toute action,

Tableau 1**Valeurs, principes et concepts à la base de l'intervention**

Valeur	Principe	Concept	Nombre
Reconnaissance de l'unicité, de la primauté de la personne (5)	Reconnaissance de l'unicité, de la primauté de la personne (5)	Reconnaissance de l'unicité, de la primauté de la personne (2)	12
Reconnaissance des compétences des familles (2)	Reconnaissance des compétences des familles (6)	Reconnaissance des compétences des familles (3)	11
Reconnaissance des compétences de la personne (4)	Reconnaissance des compétences de la personne (6)	Reconnaissance des compétences de la personne (1)	11
Valorisation des rôles sociaux (3)	Valorisation des rôles sociaux (2)	Valorisation des rôles sociaux (4)	9
Partenariat, coopération et collaboration (1)	Partenariat, coopération et collaboration (6)	Partenariat, coopération et collaboration (2)	9
Appropriation (participation aux décisions) (3)	Appropriation (participation aux décisions) (3)	Appropriation (participation aux décisions) (3)	9
Respect et exercice des droits des personnes (2)	Respect et exercice des droits des personnes (4)	Respect et exercice des droits des personnes (2)	8
Intégration sociale et communautaire (1)	Intégration sociale et communautaire (5)	Intégration sociale et communautaire (2)	8
Développement des compétences de la personne (4)	Développement des compétences de la personne (3)	Développement des compétences de la personne (1)	8
	Importance du milieu de vie - physique et social (4)	Importance du milieu de vie - physique et social (4)	8
Respect des valeurs et de la culture – personnes et milieu (1)	Respect des valeurs et de la culture – personnes et milieu (5)	Respect des valeurs et de la culture – personnes et milieu (1)	7
Reconnaissance du potentiel de la communauté (1)	Reconnaissance du potentiel de la communauté (5)	Reconnaissance du potentiel de la communauté (1)	7
Responsabilisation (2)	Responsabilisation (2)	Responsabilisation (2)	6
Développement des liens sociaux, relations intimes (1)	Développement des liens sociaux, relations intimes (3)	Développement des liens sociaux, relations intimes (2)	6
	Accessibilité des services, disponibilité (4)	Accessibilité des services, disponibilité (2)	6

Tableau 1 (suite)

Valeurs, principes et concepts à la base de l'intervention

Valeurs	Principes	Concepts	Fréquence
Soutenir et accompagner les familles (1)	Soutenir et accompagner les familles (4)		5
Droit de la personne et ses proches à l'information (1)	Droit de la personne et ses proches à l'information (3)	Droit de la personne et ses proches à l'information (1)	5
Réalisation des projets et aspirations de la personne (1)	Réalisation des projets et aspirations de la personne (1)	Réalisation des projets et aspirations de la personne (2)	4
Travail d'équipe (1)	Travail d'équipe (2)		3
Qualité de vie de la personne dans son milieu (1)	Qualité de vie, conditions de vie enrichissantes (1)	Qualité de vie, conditions de vie enrichissantes (1)	3
Protection et sécurité de la personne (1)	Protection et sécurité de la personne (1)	Protection et sécurité de la personne (1)	3
Participation sociale (1)		Participation sociale (2)	3
Expression des choix (1)	Expression des choix (1)	Expression des choix (1)	3
Connaissance de la personne et de ses besoins (1)	Connaissance de la personne et de ses besoins (1)	Connaissance de la personne et de ses besoins (1)	3
	Réduction des situations de handicap (1)	Réduction des situations de handicap (2)	3
	Importance de l'intervention précoce (3)		3
	Reconnaissance de la responsabilité parentale (3)		3
Moyens adaptés aux capacités de la personne (2)			2
Écoute attentive et respectueuse de la personne (1)	Écoute attentive et respectueuse de la personne (1)		2
Développement et exercice de l'autonomie (1)		Développement et exercice de l'autonomie (1)	2

Tableau 1 (suite)**Valeurs, principes et concepts à la base de l'intervention**

Valeurs	Principes	Concepts	Fréquence
	Appartenance à sa communauté (1)	Appartenance à sa communauté (1)	2
	Approche positive (1)	Approche positive (1)	2
		Satisfaction de la personne et de ses proches (2)	2
	Rapidité d'action Et efficience (1)	Rapidité d'action Et efficience (1)	2
	Reconnaissance de l'adolescence comme une étape du développement (2)		2
Services personnalisés, intervention individualisée (1)			1
Qualité des services offerts (1)			1
Importance des liens familiaux (1)			1
Favoriser les interactions sociales (1)			1
Comportement social approprié (1)			1
	Services dans le milieu de vie (1)		1
	Continuité de l'accompagnement (1)		1
	Intervention centrée sur la famille (1)		1
	Importance du jeu pour l'enfant (1)		1
	Intégration scolaire (1)		1

Tableau 1 (suite)

Valeurs, principes et concepts à la base de l'intervention

	Approche proactive - importance de la prévention (1)		1
	Élargissement de la notion de « client » (1)		1
		Le travail intégré (1)	1
		La parentalité (1)	1

comportement et jugement. Quant au *concept*, il s'agit d'une grille expérientielle permettant à une personne d'évaluer des situations et, si nécessaire, d'anticiper et d'agir (Legendre, 1993).

Pour les fins de cette analyse, valeurs, principes et concepts seront traités simultanément afin de s'en tenir le plus possible au contenu initial proposé dans la documentation recueillie. Dans celle-ci, une valeur (ex. : compétence de la personne) peut être notée dans un document sous la rubrique « valeur », apparaître dans un autre document sous la rubrique « principe » et être identifiée dans un troisième comme un concept à la base de l'intervention.

Globalement, 10 centres de réadaptation sur 16 ont mentionné des valeurs, principes et concepts dans leur processus d'intervention, pour un total de 49 éléments exprimés à diverses fréquences (1 à 12) – voir le tableau 1.

2) Approches privilégiées par les centres de réadaptation

Selon Legendre (1993), une approche est une façon générale de percevoir, d'étudier une question, d'aborder un projet, de résoudre un problème ou

d'atteindre une finalité. Dans la documentation reçue, 11 centres de réadaptation sur 16 ont abordé les approches dans leur processus d'intervention. Les approches sont présentées ci-après dans l'ordre de fréquence d'apparition dans l'ensemble des documents reçus – voir le tableau 2.

Un centre a réalisé deux documents spécifiques pour guider l'implantation de l'approche communautaire dans son établissement : « *L'approche communautaire, un potentiel à reconnaître. Cadre de référence* » (Gagnon & Gagnon, 1998) et « *Au-delà des mots* » (1998) élaboré par les membres du comité en approche communautaire. Un centre a produit un texte préliminaire pour l'exploration des besoins de formation en approche communautaire : « *Principes de l'approche communautaire au Centre...* » (Carrier, Lalonde, Charlebois, Labbé & Laperrière, 1995). Deux autres centres sont impliqués dans la réalisation de deux études : « *Vers une intégration dans la communauté. Fondements théoriques* » (Hurteau & Boutet, 1993) et « *L'élaboration de critères pour la mise en opération de l'approche communautaire dans la distribution de services aux personnes présentant une déficience intellectuelle* » (Hurteau, Boutet, Lachapelle & Lalonde, 1995). Un centre a créé une structure spécifique comme moyen d'opérationnaliser

Tableau 2

Approches mentionnées dans les processus d'intervention

1	L'approche personnalisée, individualisée et globale	8
2	L'approche communautaire	7
3	L'approche positive*	5
4	L'approche humaniste et holistique	4
5	L'approche écosystémique	4
6	L'approche systémique	3
7	L'approche développementale (enfance)	2
8	L'approche écologique	1
9	L'approche centrée sur la famille	1
10	L'approche interdisciplinaire et transdisciplinaire	1
11	L'approche comportementale	1
12	L'approche basale	1
13	Les approches découlant des théories de l'apprentissage : analyse de tâches et ergonomie cognitive.	1

* Deux autres établissements mentionnent dans leur processus d'intervention qu'ils utilisent l'approche positive de façon spécifique auprès des personnes qui présentent des comportements excessifs.

l'approche communautaire : les Groupes d'Expérimentation, de Sensibilisation, de Support à l'Intégration Sociale (ESSAIS).

Dans les processus d'intervention des établissements, les approches sont présentées accompagnées d'une brève description de chacune d'entre elles, en mentionnant parfois de quelle façon

l'approche influence les services aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Plusieurs documents font référence à des recherches récentes et publications qui traitent des approches qui y sont présentées. Une description plus détaillée de ces approches apparaît dans le document *« Les approches préconisées dans les processus d'intervention des centres de réadaptation québécois »* (Julien-Gauthier, Dionne & Boutet, 1999).

3) Définition de la clientèle

Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle sont tenus : *« d'offrir aux personnes présentant une déficience intellectuelle des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale et des services de support à l'entourage de ces personnes »* (Article 84 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux).

Dans la documentation reçue, 11 établissements, sur une possibilité de 16, ont abordé la définition de leur clientèle, soit les personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Ceux-ci identifient la clientèle comme étant composée des personnes qui présentent un diagnostic de déficience intellectuelle, c'est-à-dire dont les caractéristiques correspondent à celles définies par l'AAMR (1992) pour désigner le retard mental :

« La déficience intellectuelle réfère à des limitations substantielles dans le fonctionnement actuel d'un individu. Il est caractérisé par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, et concomitant à des limitations reliées dans au moins deux des domaines suivants d'habiletés adaptatives : la communication, les soins personnels, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et la sécurité, les habiletés scolaires fonctionnelles, les loisirs et le travail. Le retard mental se manifeste avant l'âge de 18 ans ».

Quatre des 11 établissements qui définissent ainsi leur clientèle font également référence pour les personnes qu'ils desservent au processus d'apparition du handicap (Fougeyrollas, 1995, 1996). Le concept de handicap y est défini comme :

« Le handicap est une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle, résultant d'une part de déficiences ou d'incapacités et d'autre part d'obstacles découlant de facteurs environnementaux.

Les habitudes de vie sont celles qui assurent la survie et l'épanouissement d'une personne tout au long de son existence. Ce sont les activités quotidiennes et domestiques ainsi que les rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel pour une personne selon son âge, son sexe et son identité sociale et personnelle.

Les facteurs environnementaux sont l'ensemble des dimensions sociales, culturelles, écologiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société (Fougeyrollas, 1995, p. 149-150) ».

4) Accès aux services

En ce qui concerne les mécanismes d'accès aux services, 11 établissements sur 16 ont abordé cet aspect. Pour chacun de ces établissements, l'accès est régi d'une façon différente :

- L'accès est régi via les centres locaux de services communautaires (CLSC) et des comités locaux d'accès par zone de municipalité régionale de comté (MRC);
- Les règles sont établies par la Régie régionale. Les demandes de services sont analysées en fonction de l'éligibilité et de l'orientation vers les programmes à l'intérieur du ou des services demandés;
- Les règles sont établies par la Régie régionale. Pour les enfants de 0-5 ans, on accepte l'enfant qui présente un retard de développement significatif et des limitations fonctionnelles d'au moins six mois, dans plus de deux des sphères de son développement;
- Mécanisme d'accès via la Régie régionale. Le premier plan de services (PSI) est produit par la Régie régionale via ce mécanisme d'accès;

- Accueil, évaluation et inscription sont réalisés par l'entremise des CLSC;
- Comité régional d'accès de l'établissement, en collaboration avec les CLSC. Relativement au déficit observé chez le jeune enfant, l'établissement intervient lorsque celui-ci présente un retard significatif d'au moins six mois *pour l'ensemble* des secteurs de développement (moteur, cognitif, affectif, autonomie, langage et social);
- L'accès est régi par une équipe multidisciplinaire par territoire de MRC;
- Comité régional d'accès et CLSC. Les jeunes enfants (0-5 ans) doivent présenter un retard mental ou un retard de développement significatif de plus de six mois, *dans toutes* les sphères de développement;
- Comité dispensateur régional et CLSC;
- CLSC et un comité d'accès sous-régional;
- Les nouvelles demandes sont traitées via le CLSC.

L'implication des CLSC est mentionnée dans sept des mécanismes d'accès des établissements (sur une possibilité de 11) et celle des Régies régionales dans trois d'entre eux. Trois établissements mentionnent également que les demandes en provenance de la petite enfance (0-5 ans), tel que détaillé ci-haut, sont l'objet d'un traitement particulier. Deux établissements mentionnent l'utilisation d'une grille de priorisation des demandes de services lors de l'accès. Elle sert à établir la priorité dans la distribution des services à leur clientèle.

5) *Évaluation des besoins*

L'évaluation est une démarche ou un processus conduisant au jugement et à la prise de décision concernant la valeur d'une personne, d'un processus, d'une situation, d'une organisation. Ce jugement et cette prise de décision s'effectuent en comparant les caractéristiques observables à des normes établies, à

partir de critères explicites en vue de fournir des données utiles à la prise de décision, dans la poursuite d'un but ou d'un objectif. L'évaluation comprend la description qualitative et quantitative des comportements, des situations ainsi qu'un jugement de valeur concernant leur désirabilité (Legendre, 1993). La notion de *besoin* fait référence à un écart (ou une différence mesurable) entre une situation considérée comme optimale, souhaitée, désirée et la situation vécue ou observée actuellement. Les besoins de la personne sont en constante évolution et se situent dans un cycle de vie toujours en progression selon l'âge, la maturité et la situation de vie.

L'évaluation des besoins des personnes est abordée par 14 des 16 établissements dans leur processus d'intervention. L'un d'entre eux mentionne qu'elle constitue la pierre angulaire du processus d'intervention.

L'évaluation des besoins est réalisée principalement par un éducateur désigné pour cette personne. Dans la documentation recueillie, huit centres de réadaptation, sur les 14 qui abordent l'évaluation des besoins, mentionnent la présence d'un intervenant spécifique qui effectue la cueillette de données. Celui-ci est appelé *intervenant mandataire* (2), *éducateur responsable*, *porteur principal*, *intervenant responsable du dossier*, *éducateur titulaire ou éducateur mandataire* (2). Dans son projet de politique clientèle en déficience intellectuelle, le gouvernement du Québec (2001) identifie la présence d'un intervenant-pivot comme une condition indispensable à la planification de services individualisés pour la personne et ses proches. Cette intervention-pivot devient essentielle lorsque les besoins de la personne et de ses proches sont nombreux et complexes. Dans les processus d'intervention des établissements, le rôle de cet intervenant-pivot consiste à assumer une forme de leadership au niveau des services qui sont offerts à la personne (développer une connaissance approfondie de ses besoins, réaliser la tenue de dossier, la collecte et la mise à jour des données au sujet de l'information qui concerne l'évolution de la personne). Pour réaliser son évaluation, l'intervenant utilise un instrument-maison de collecte de

données qui permet une évaluation globale et individualisée. L'évaluation est globale, parce qu'elle s'intéresse à tous les aspects de l'évolution de la personne dans son environnement (aspect médical, éducatif, social, familial, communautaire, etc.). L'évaluation est individualisée, parce que chaque personne est considérée comme un être unique avec ses caractéristiques particulières, ses forces, ses talents, ses aspirations, ses goûts, ses difficultés et ses projets. Lors de l'évaluation, l'intervenant prend en considération que chaque personne évolue dans un environnement qui lui est particulier et qui influence son développement. Les instruments utilisés sont appelés : *Bilan de la situation de vie*, *Profil dynamique de l'enfant et de son milieu*, *Sommaire de suivi*, *Analyse de la situation de l'enfant et de sa famille*, *Évaluation de la situation globale de la personne*, *Portrait dynamique de la personne*, *Bilan de la situation de la personne et de son entourage*, *Échelle de programmation et d'évaluation de progrès*, *Guide pour l'identification globale des besoins d'un adulte présentant une déficience intellectuelle*, etc. Un besoin sera traduit éventuellement en objectif puis en plan d'intervention (parce qu'il impliquera un cheminement mesurable chez la personne). Par ailleurs, un besoin peut aussi naître d'un désir de maintenir chez la personne les activités ou éléments qui seront significatifs et importants pour lui assurer une qualité de vie. Ce besoin sera donc répondu éventuellement par des activités qui rehausseront sa qualité de vie, nécessitant une légère planification ou un rappel sur une base régulière.

Les instruments-maison présentés s'inspirent largement des documents « *Je commence mon plan de services* », « *Je commence son plan de services* » (Gignac, Thérout & Bégin, 1993) et « *Le plan de services individualisé : participation et animation* » (Boisvert, 1995). Trois centres de réadaptation mentionnent cette source dans leur processus d'intervention.

Dans la documentation recueillie, cinq centres de réadaptation sur 14 mentionnent que l'évaluation des besoins peut être réalisée ou complétée à l'aide de plusieurs instruments standardisés de collecte de données et quatre d'entre eux proposent une liste

d'instruments qui pourraient être utilisés. L'utilisation d'instruments standardisés peut servir à compléter l'évaluation des besoins de la personne, permettre de préciser la nature de certains besoins spécifiques ou aider à l'élaboration des objectifs d'intervention. Les instruments qui sont mentionnés le plus fréquemment dans les processus d'intervention sont : l'Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs (4), le Becker Work Adjustment Profile (3), l'Apprentissage Fonctionnel de l'Indépendance (2), l'Inventaire des Habiletés Socioprofessionnelles (2), l'Échelle de Harvey (2), l'Échelle de Reiss (2), le Minnesota (2), l'Inventaire du style de vie (2), et le Portage (2).

Cinq documents mentionnent que l'évaluation des besoins peut également comprendre des évaluations complémentaires (standardisées ou non), évaluations professionnelles (psychosociale, psychiatrique, orthophonique, etc.), résultats d'entrevues et recommandations d'autres professionnels ou de praticiens de divers milieux (médical, paramédical, scolaire, récréatif, etc.).

6) *Priorisation des besoins et choix des objectifs d'intervention*

Lors de l'évaluation des besoins, l'intervenant responsable sélectionne avec la personne, ses proches et les différents interlocuteurs impliqués un certain nombre de besoins à privilégier qui sont habituellement traduits en objectifs d'intervention. Bien souvent, un nombre élevé de besoins sont exprimés. Il faut alors mettre en priorité certains besoins ou effectuer une sélection parmi les objectifs d'intervention afin d'élaborer avec la personne et ses proches un projet qui soit réalisable.

Dans les processus d'intervention des établissements, 12 documents abordent la priorisation des besoins, objectifs ou secteurs d'intervention.

Cinq établissements mentionnent que les besoins des personnes sont priorisés par l'intervenant responsable, quatre d'entre eux précisent que celui-ci les traduit en objectifs d'intervention qui seront entérinés par les participants lors de la rencontre de planification des services. Par exemple : « *les objectifs*

d'intervention sont sélectionnés lors de la rencontre de plan de services, avec la complicité de tous les participants. La personne et/ou son représentant choisit parmi les objectifs proposés ceux qui rejoignent ses préoccupations et ses préférences et/ou qui répondent le mieux à ses besoins et qui assurent le maintien ou l'amélioration de sa qualité de vie. Les participants s'assurent qu'un nombre raisonnable d'objectifs sont priorisés, qu'ils conviennent à la personne et qu'elle est motivée à entreprendre pareil plan » (extrait de l'un des documents).

Deux établissements, dans leur processus d'intervention à l'enfance, mentionnent que les besoins et les priorités d'action sont ceux qui sont identifiés par les parents, car ce sont eux qui auront à les assumer dans le quotidien.

Pour deux autres établissements, la priorisation des besoins est axée sur le projet de vie de la personne pour le cycle d'intervention à venir. Ils ont établi des critères pour faciliter la priorisation des besoins par les participants, à la rencontre de plan de services.

Deux établissements mentionnent qu'ils priorisent des objectifs : l'un précise que les objectifs doivent être orientés en fonction du projet personnel convenu avec la personne et ses proches et qu'une importance prépondérante est accordée aux objectifs axés sur des activités d'intégration communautaire et à ceux prenant une coloration plus développementale. L'autre établissement propose la classification de Rondeau et Roy (1990) pour la sélection de critères à partir desquels les objectifs sont retenus. Un établissement réalise, à partir de l'évaluation des besoins, un exercice de priorisation annuel qui précise les secteurs d'intervention nettement prioritaires pour la personne.

7) Planification des services

La planification des services aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle est contenue dans le mandat des centres de réadaptation et est consignée dans la loi. Ainsi les articles 102 (plan d'intervention), 103 (plan de services) et 104 (collaboration de l'utilisateur) stipulent que :

« 102. Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27^o de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement.

103. Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27^o de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

104. Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur tel que le prévoit l'article 10 ».

Les plans de services et plans d'intervention (PSI/PII) doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles (Gouvernement du Québec, 2000-2001, p. 109 et 110). Dans les processus d'intervention des établissements, 10 d'entre eux, sur une possibilité de 16, font référence à cette dimension de l'intervention.

Pour deux établissements, la planification de l'intervention et la réalisation du PSI/PII se fait aux deux ans. Trois établissements mentionnent que la réalisation du PSI/PII est annuelle, l'un d'entre eux précise que pour un PSI multidisciplinaire, la fréquence de réalisation peut être de 18 mois, alors qu'un autre souligne qu'en ce qui concerne l'évaluation globale des besoins, qui est à la base de la démarche PSI/PII, elle peut être bisannuelle et révisée chaque année. Trois établissements mentionnent que, pour un enfant, la rencontre du PSI/PII doit se tenir sur une base annuelle, deux

d'entre eux ajoutent que pour les adultes, le délai de réalisation peut être de deux ans.

Dans un établissement, on procède à la mise à jour annuelle de l'analyse de la situation de l'enfant et de sa famille (une nouvelle analyse est effectuée aux deux ans). Chez les adultes, la fréquence est déterminée lors de la rencontre de plan de services.

Dans un autre établissement, on procède à une consultation annuelle pour mettre à jour les données et voir la pertinence de refaire le plan de services.

8) *Suivi de l'intervention*

Le suivi de l'intervention d'adaptation/réadaptation dans les centres de réadaptation est aussi consigné dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), tel que mentionné plus tôt.

Dans les processus d'intervention des établissements, 12 d'entre eux ont abordé le suivi de l'intervention, soit la réalisation des plans d'intervention des personnes à qui ils offrent des services.

Les données recueillies montrent que 10 d'entre eux mentionnent la tenue des plans d'intervention ou leur révision aux 90 jours, tel que stipulé dans la loi. Deux établissements mentionnent que les plans d'intervention se doivent d'être révisés aux 90 jours ou, au minimum, deux fois par année.

À ces données quantitatives, s'ajoutent des données plus qualitatives qui concernent les façons de faire (procédures) spécifiques à chacun des établissements et certaines distinctions.

Ainsi, un établissement mentionne qu'il a recours aux services contractuels de plusieurs professionnels (ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, etc.) afin de soutenir les parents et les éducateurs dans l'application de stratégies éducatives lors du suivi de l'intervention.

Un autre établissement mentionne qu'il porte une attention particulière au suivi des objectifs du PSI/PII : à la description des résultats attendus et à la précision des démarches à suivre.

Pour un établissement, un *plan d'intervention à visée comportementale* s'ajoute au plan d'intervention dont l'intervenant responsable assume l'ensemble de la démarche, lorsque l'utilisateur présente des comportements préjudiciables à sa santé, sa sécurité ou son intégration sociale.

Un autre établissement souligne la rédaction de *notes évolutives* à être produites par l'intervenant une fois par mois. Elles sont rédigées sur un mode synthétique; une formulation positive, valorisante et évolutive est favorisée. Les *notes ponctuelles* servent à décrire un événement extraordinaire. Elles sont rédigées, le plus rapidement possible suite à l'événement, par l'intervenant et elles sont déposées au dossier du client.

Enfin le suivi de l'intervention, pour un établissement, est réalisé de façon différente selon la nature des objectifs contenus dans le plan d'intervention :

- Concernant les *objectifs d'apprentissage*, on doit appliquer la méthodologie scientifique de l'approche *behaviorale* que l'on retrouve dans le guide de programmation de l'établissement;
- Pour les *objectifs d'intégration*, le répondant doit dans un premier temps chercher les ressources nécessaires pour les actualiser. Une fois les recherches faites avec succès, il devra mettre sur pied une stratégie d'intégration avec les ressources communautaires. Cette façon de faire devrait permettre à l'utilisateur d'avoir un objectif d'intégration opérationnel dans la communauté, dans les six semaines suivant l'élaboration ou la mise à jour de PSI;
- Quant aux *objectifs de travail* ou aux *objectifs de support*, les intervenants doivent appliquer les modalités définies par la direction des services concernés.

9) *Évaluation des résultats*

En ce qui concerne l'évaluation des résultats, neuf centres de réadaptation sur une possibilité de 16 ont abordé cet aspect dans leur processus d'intervention. Les activités d'évaluation concernent principa-

lement les résultats pour les usagers, l'évaluation de la satisfaction de la personne et de ses proches, l'évaluation du processus d'intervention lui-même ainsi que de futurs projets d'évaluation.

En ce qui concerne les résultats pour les usagers, trois établissements ont fait part de cette préoccupation dans la documentation reçue : un centre s'inspire du document « *L'évaluation des services basée sur les résultats des usagers* » (AQIS, 1996), qui a été conçu pour vérifier quels sont les résultats qui, dans la vie des personnes présentant une déficience intellectuelle, sont attribuables aux services qu'elles reçoivent. Dans un autre centre, l'intervenant *porteur principal* fait une synthèse des interventions qui ont été posées en fonction de l'actualisation du projet de la personne. Finalement pour mesurer les résultats d'un plan d'intervention, un établissement prône, dès le départ, l'identification des critères de mesures (nouveaux comportements, acquisitions, attitudes, etc.) et leur évaluation à chaque intervention. Il suggère également d'en dégager les constats plus globaux dans leur ensemble et y joindre les questionnements sur les moyens utilisés, les ajustements à faire et l'orientation à prendre à partir des résultats.

Deux établissements évaluent la satisfaction des usagers et des proches lors de la planification de l'intervention (rencontre PSI/PII). Dans l'un d'entre eux, l'intervenant *porteur principal* rencontre la personne et ses proches, s'il y a lieu, pour évaluer si le résultat final est conforme au projet initialement identifié. Ils doivent se prononcer sur leur degré de satisfaction au regard de l'aboutissement de la démarche et de la rapidité d'exécution des actions. Dans l'autre établissement, l'intervenant mandataire doit évaluer la satisfaction des participants à l'égard du PSI/PII, une semaine après la rencontre.

Deux établissements évaluent leur processus d'intervention ou l'instrumentation utilisée pour sa réalisation. Dans un établissement, tous les deux ans, un comité est constitué pour évaluer les activités et les moyens de mise en relation du processus clinique. Dans l'autre établissement, l'évaluation de l'instrumentation du *Processus de Suivi des Activités d'Adaptation et de Réadaptation* (PSAAR) est

remplie par l'intervenant qui a à compléter les instruments en termes de : temps requis pour le compléter, pertinence et ampleur du contenu, formulation des questions, présentation, etc.

Trois établissements expriment une préoccupation importante pour l'évaluation et proposent des critères pour l'actualisation des résultats de leur intervention (processus et résultats pour les personnes). Ces critères consistent principalement à considérer :

- Les caractéristiques de la clientèle;
- Les données concernant l'attente de services;
- Les données concernant l'intégration communautaire;
- Les données concernant la réalisation des PSI/PII et mise en relation avec les objectifs du programme;
- Les données concernant la satisfaction de l'utilisateur;
- Les données concernant la qualité des services;
- Les données concernant le programme-cadre lui-même, pour susciter les ajustements ou les changements nécessaires, etc.

10) Éthique, droits et responsabilités

La Loi sur les services de santé et les services sociaux exige des centres de réadaptation qu'ils se dotent d'un code d'éthique :

« Tout établissement doit se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers.

L'établissement doit remettre un exemplaire de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande (LSSS, article 233) ».

Cet aspect (éthique, droits et responsabilités) est indissociable de l'action des centres de réadaptation et d'autant plus, parce qu'ils offrent des services à une clientèle vulnérable et à risque d'exclusion sociale.

Dans les processus d'intervention des établissements, 11 d'entre eux, sur une possibilité de 16, ont abordé des éléments relatifs à l'éthique, aux droits et aux responsabilités et deux d'entre eux ont joint un code d'éthique à leur processus d'intervention.

Huit établissements ont abordé la reconnaissance des droits des personnes, la promotion et la défense de ces droits. Ils font référence à diverses chartes de droits et lois qui chapeautent le soutien à l'exercice de ces droits.

Quatre établissements font référence à leur code d'éthique dans leur processus d'intervention et à la façon dont il vient influencer les actions d'adaptation/réadaptation. Deux d'entre eux mentionnent les rubriques contenues dans leur code d'éthique, le premier :

- Reconnaissance de l'unicité, de la globalité, de la dignité et de l'intégrité de la personne;
- Promulgation et défense des droits consentis;
- Intérêt dans le développement de relations intimes entre les personnes;
- Reconnaissance du potentiel de développement et de prise de décision par la personne;
- Responsabilisation quant à la protection et à la sécurité de la personne.

Le code d'éthique du second établissement comprend les attentes de l'utilisateur et les engagements de l'intervenant :

- Information : les informations devraient vous permettre de donner un consentement libre et éclairé aux services proposés;
- Respect : respect de vos valeurs, de vos

compétences et support adapté à vos besoins;

- Recevoir des services de qualité : des services pertinents et de qualité à la fois sur les plans clinique et relationnel;
- Protection : vigilance, tolérance zéro face à la violence et support requis dans ces situations;
- Engagement à soutenir les personnes dans un rôle social valorisant.

Deux établissements font part de l'existence d'un comité éthique dans leur centre de réadaptation. Pour l'un d'entre eux, le *Comité d'éthique permanent* voit à la diffusion, à la sensibilisation du personnel et des partenaires au code d'éthique. Il complète actuellement l'ensemble de la documentation utile au respect de l'éthique dans l'établissement, tels la *Politique en matière de vie affective et sexuelle*, le *Protocole d'intervention auprès des victimes d'abus sexuels*, les *règles d'éthique guidant les intervenants communautaires au regard des conduites illégales des usagers vivant dans la communauté*, etc. Le comité peut également être l'instance décisionnelle pour trancher un litige concernant l'utilisation d'une approche aversive. Dans l'autre établissement, le *Comité d'éthique* est un comité du conseil d'administration qui guide le directeur des services professionnels dans ses responsabilités à l'endroit du code d'éthique, de sa promotion, de son suivi, de son interprétation. Le comité est assisté par un *Groupe d'assistance aux décisions éthiques* qui s'adresse à l'intervenant, aux parents et au gestionnaire qui se heurtent parfois à des choix difficiles dans leur pratique où des valeurs différentes se confrontent. Ils peuvent recourir au groupe d'assistance pour faciliter la résolution d'un problème ou d'un dilemme éthique ou avoir un avis sur un sujet concernant l'éthique.

En ce qui concerne les responsabilités, six établissements abordent cet aspect. Trois établissements abordent la responsabilisation des personnes en lien avec l'exercice de leurs droits.

Dans une perspective d'appropriation, la personne est encouragée à faire des choix et à assumer les responsabilités inhérentes à ces choix. Les droits et privilèges dont bénéficient ces personnes doivent être liés au fait d'assumer des responsabilités à leur mesure et de participer activement à leur développement. Deux autres établissements abordent cet aspect en faisant référence aux responsabilités de la personne, de ses proches, des intervenants et des gestionnaires. Les rôles et responsabilités de chaque personne sont énumérés. Un troisième établissement aborde les responsabilités des divers intervenants et interlocuteurs dans les services à l'enfance.

Différents aspects liés à l'éthique, aux droits et aux responsabilités sont traités de façon spécifique, notamment le droit des personnes de recevoir des services dans leur milieu de vie, d'avoir accès aux services offerts à la population générale et de pouvoir participer à des activités correspondant à leur âge chronologique. La nécessité de bien former les intervenants en ce qui concerne l'aspect légal de leur pratique, les notions de consentement aux soins et celles liées à la maladie et à la mort, par exemple est abordée par un établissement.

11) Habiletés liées à l'autonomie et à la participation sociale

Trois centres de réadaptation sur une possibilité de 16 abordent ces habiletés (ou aspects prioritaires à développer) dans leur processus d'intervention.

Le premier établissement cite :

- Les aspects importants à développer à l'adolescence;
- Les champs cognitifs fortement corrélés avec l'intégration sociale;
- Les besoins des adolescents;
- Les défis de l'âge adulte.

Le deuxième établissement mentionne certains résultats d'une recherche en cours sur les besoins des

personnes qu'il dessert. Cette recherche montre que les besoins prioritaires des enfants entre 0 et 4 ans, 5 et 12 ans et des adolescents de 13 à 17 ans diffèrent et doivent faire l'objet d'une étude distincte. Les besoins identifiés sont traduits en objectifs généraux et en objectifs spécifiques.

Le troisième établissement aborde l'importance de certaines habiletés:

« des études sur l'identification des habiletés essentielles à maîtriser ont mis en évidence que les habiletés de communication, de gestion du temps, d'utilisation des nombres et de gestion de l'argent sont reliées significativement au succès de l'intégration sociale » (extrait du document).

DISCUSSION

Les fondements de l'intervention en déficience intellectuelle interpellent les principaux acteurs engagés dans la recherche et dans l'intervention auprès de ces personnes (chercheurs, centres de réadaptation, associations de parents et de personnes, instances gouvernementales, organismes communautaires et autres ressources). La réalisation de cette étude a permis de constater que plusieurs aspects sont consensuels, ce qui témoigne d'une certaine concordance au niveau de l'évolution des pratiques dans les centres de réadaptation québécois.

L'analyse des processus d'intervention reflète également un effort de systématisation de l'intervention d'adaptation/réadaptation, par le recours au cycle récurrent d'activités cliniques, tel que présenté plus tôt (évaluation des besoins, priorisation des objectifs d'intervention et planification de l'intervention, réalisation de l'intervention et évaluation des résultats). Ce cycle d'activités cliniques gravite autour de la rencontre de plan de services ou de plan d'intervention. Il vise l'autonomie et l'intégration sociale de la personne ainsi que la planification et la coordination des services offerts pour répondre à ses besoins (Despins, 1995).

En ce qui concerne les valeurs, principes et concepts à la base de l'intervention, les résultats montrent

qu'un seul élément est mentionné par tous les centres de réadaptation qui abordent cet aspect dans leur processus d'intervention. Il s'agit de la reconnaissance de l'unicité, de la primauté de la personne et de l'importance d'axer les services dans une approche personnalisée. Cet élément obtient également la fréquence d'apparition la plus élevée, soit 12, ce qui souligne l'importance d'une intervention individualisée. Dans cette optique l'intervenant reconnaît la personne comme un être unique, la soutient dans son développement, dans la réalisation de ses projets et dans l'atteinte ou le maintien d'une bonne qualité de vie.

Cette philosophie d'intervention fait appel à des pratiques professionnelles ou la personne est amenée, à travers le processus d'intervention, à se « créer », se développer plutôt qu'uniquement se « normaliser » (Mannoni, 1979). Cet idéal est mis en évidence par Contandriopoulos², cité dans Payeur, 2001) qui affirme que, pour préserver le bien-être des personnes à qui on offre des services, il faut être attentifs aux conditions sociales qui leur permettent de s'exprimer et de s'épanouir. Dans le même ordre d'idées, Despins (1995) souligne l'importance de la participation de la personne et de ses proches dans la planification des services qui leur sont offerts; ils participent à l'identification de leurs besoins, de leurs intérêts et sont en fait les « *maîtres d'œuvre* » du plan de services. En mettant l'accent sur l'importance de soutenir le développement de la personne et la réalisation de ses projets, l'évaluation et la planification de l'intervention peuvent permettre, d'une part, d'agir selon une approche individualisée et, d'autre part, de favoriser la consolidation de l'individualité de la personne. On retrouve également cette préoccupation au niveau de l'organisation des services, alors que les établissements spécialisés se voient confier une gestion individualisée des services à partir des besoins de la personne et de ses proches, en lien avec les ressources disponibles (Gouvernement du Québec, 2001).

L'analyse des processus d'intervention fait état de cette individuation, entre autres, lors de la première étape de la planification des services. Cette étape consiste à évaluer les besoins de la personne et de ses proches. L'utilisation d'un instrument-maison de collecte des données est privilégiée, instrument qui permet une évaluation *globale* (aspect physique, éducatif, social, etc.) et *individualisée* (identification des forces, intérêts, projets, etc.) de la personne. Ainsi qu'il est noté dans la présentation des résultats, l'évaluation peut aussi être complétée par l'utilisation d'autres instruments, standardisés ou non. L'utilisation d'un instrument-maison a l'avantage de regrouper un ensemble d'informations au sujet de la personne et de ses proches et de mettre l'accent sur l'unicité de cette personne, de ses ressources et de ses conditions de vie. Elle peut cependant occasionner quelques difficultés au niveau de la qualité, de la spécificité ou de la rigueur de l'information recueillie.

Lors de l'évaluation des besoins, le choix de privilégier l'utilisation d'un instrument standardisé peut offrir certains avantages, notamment de :

- Permettre de disposer de données fiables et valides sur une population (caractéristiques des personnes, besoins exprimés et objectifs d'intervention);
- Identifier les secteurs prioritaires à développer (cependant, ne pas tomber dans le piège du plus grand nombre);
- S'assurer de la pertinence et de la fiabilité de l'instrumentation pour évaluer les besoins des personnes ainsi que de son utilité pour guider le choix des objectifs d'intervention;
- Faciliter le rapprochement de la recherche avec l'intervention : élaboration de projets communs avec le milieu de la recherche, contribution au choix d'objets de recherche liés aux attentes des milieux, élaboration de recherches participatives, collaboratives, recherches-action, etc.;
- Alimenter la réflexion au sujet des besoins en constante évolution des personnes, des orien-

2. Monsieur André-Pierre Contandriopoulos est directeur du Département d'Administration de la santé de l'Université de Montréal et membre du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).

tations de l'intervention et du développement de partenariats sectoriel ou inter-sectoriel, etc.

L'instrumentation est à la base de l'évaluation des besoins de la personne et constitue la pierre angulaire du processus d'intervention, d'où l'importance à accorder à cet aspect des services spécialisés offerts par les centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Dans ces établissements, la généralisation de l'utilisation d'instruments-maison est confirmée par une recension de ces instruments réalisée par Bourque, Lessard & Trottier (1998), auprès de 26 centres de réadaptation du réseau des CRDI (84 %). Les résultats montrent que pour évaluer les besoins, forces, capacités fonctionnelles et/ou développementales des enfants (0-17 ans), le *Guide Portage d'intervention précoce* est l'instrument qui est utilisé le plus fréquemment (17/26 CRDI, pour une fréquence totale de 25). En deuxième lieu, ce sont les instruments maison qui sont utilisés le plus souvent (13/26 CRDI, pour une fréquence totale de 23). Chez les adultes, pour évaluer les besoins, forces, capacités fonctionnelles et/ou développementales, ce sont les instruments maison qui obtiennent la fréquence d'utilisation la plus élevée (12/26 CRDI, pour une fréquence totale de 26), alors que l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs (ÉQCA)* vient en deuxième lieu (13/26 CRDI, pour une fréquence totale de 22). Ces auteurs soulignent la préséance de l'utilisation d'instruments-maison comme source principale de données lors de l'évaluation des besoins des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Selon ces auteurs : « *la fréquence élevée d'utilisation d'instruments maison et leur variété dénotent, soit un besoin qu'ont les CRDI de combler certaines lacunes des instruments disponibles ou soit leur méconnaissance des instruments standardisés disponibles* » (Bourque, Lessard & Trottier, 1998, p. 88).

La préséance de l'utilisation d'instruments-maison peut également être occasionnée par la nature fragmentaire de la recherche en déficience intellectuelle (nombre restreint de chercheurs, dispersion dans plusieurs institutions et arrimage difficile entre les milieux de recherche et les milieux d'intervention). Au cours des dernières années, quelques

initiatives isolées tendent à améliorer cette situation afin d'intéresser les chercheurs au phénomène de la déficience intellectuelle et, plus particulièrement, à l'intervention spécialisée auprès de ces personnes³.

Le rapprochement des milieux d'intervention avec les milieux de recherche ainsi que le développement de la recherche dans les milieux d'intervention ne sont pas abordés dans les processus d'intervention des centres de réadaptation. Quelques auteurs sont cités à l'occasion pour appuyer le choix d'une approche (l'approche développementale, l'approche systémique ou l'approche communautaire), encadrer l'application d'une pratique (ex. : le plan de services individualisé), définir des concepts, modéliser l'intervention, etc. La contribution des pratiques développées dans les centres de réadaptation à l'avancement des connaissances en déficience intellectuelle ou son corollaire, soit l'utilisation des résultats de recherches dans le domaine pour contribuer au développement des pratiques professionnelles, réussissent difficilement à percer la culture des milieux d'intervention.

Bien que les milieux de recherche et d'intervention valorisent des aspects de la pratique professionnelle qui peuvent parfois être très différents (Chamberland, 2000), la finalité de l'intervention en déficience intellectuelle fait cependant consensus. Il s'agit du développement optimal de l'autonomie des personnes et de leur participation à la vie de leur communauté. Cette finalité guide l'intervention spécialisée⁴ auprès de ces personnes et ce dès leur plus jeune âge. L'importance du développement de l'autonomie, particulièrement chez les jeunes enfants qui présentent une déficience intellectuelle ou un

3. Parmi celles-ci, le Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (CNRIS) aspire à coordonner les efforts de recherche dans un souci de continuité et à réunir professionnels, parents et chercheurs, tout au long du processus de recherche (Langevin, Dionne, Rocque, Boutet & Trépanier, 2001).

4. Il s'agit de l'intervention auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle pour laquelle sont mandatés les intervenants des centres de réadaptation (adaptation, réadaptation et soutien à l'entourage des personnes).

retard de développement, est soulignée par de nombreux auteurs (Bégin, 1992; Bricker, 1993; Guralnick, 1997; Hanson & Lynch, 1995; Shonkoff & Meisels, 2000). Elle constitue la principale préoccupation des parents de jeunes enfants qui présentent une déficience intellectuelle, car à l'instar des autres jeunes enfants, c'est pendant cette période qu'ils construisent les bases de leur développement futur. Au Québec, l'étude de Péloquin (2001) vient confirmer l'importance du développement de l'autonomie de l'enfant qui présente une déficience intellectuelle pour les parents, identifié comme *le besoin prioritaire* par 93,75 % d'entre eux. Les résultats de cette étude montrent également que l'augmentation des connaissances des parents au sujet du développement de leur enfant et l'amélioration de leurs habiletés pour l'aider à développer son autonomie est de toute première importance pour 75 % d'entre eux. Ces résultats mettent en lumière la nécessité de disposer d'une instrumentation fiable pour soutenir le développement de l'enfant, une instrumentation qui puisse être utilisée en collaboration avec sa famille. Très peu d'instruments d'évaluation sont élaborés avec le souci de favoriser l'engagement et la participation des parents dans le processus d'intervention auprès de leur enfant (Gosselin, Dionne, Rivest & Bonin, 1994).

Dans les centres de réadaptation, l'intervention auprès des enfants qui présentent une déficience intellectuelle ou un retard global de développement exige souvent le recours à plusieurs ressources professionnelles et spécialisées (Despins, 1995). Cette situation met en lumière la nécessité de disposer d'une évaluation complète des capacités de l'enfant, à la fois valide et fiable et qui puisse constituer une base à partir de laquelle les différents intervenants se réfèrent pour identifier les besoins et objectifs d'intervention, en fonction de leur rôle et de leur spécificité respectifs. La priorisation des objectifs d'intervention par les parents et les différents professionnels qui travaillent auprès de l'enfant s'appuie sur un consensus. Le consensus doit être guidé par la connaissance des habiletés liées au bon fonctionnement de l'enfant dans sa famille et dans sa communauté. Chez les jeunes enfants, le choix des objectifs d'intervention doit être modelé sur une séquence développementale et tenir compte

de l'ensemble des secteurs de développement. Ce choix vise à leur faciliter l'acquisition des habiletés liées à leur intégration et contribue à l'habilitation des différents milieux où ils évoluent.

Lorsque les personnes atteignent l'adolescence et l'âge adulte, l'accent sur le développement tend à s'estomper pour faire place à des objectifs d'intervention choisis en fonction des besoins et intérêts exprimés par la personne et ses proches, dans le but de lui faciliter la réalisation des projets qui lui tiennent à cœur. L'individualisation prend ici tout son sens dans une approche axée sur la personne et ses proches, en collaboration avec les différents acteurs de la communauté. Elle met en lumière toute la complexité de l'intervention en déficience intellectuelle et la nécessité de développer l'expertise pour soutenir l'évolution des personnes et leur processus d'intégration sociale. Cette expertise fait appel à trois dimensions principales, soit les caractéristiques des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, les situations de vie et les problématiques qui peuvent être associées à leur condition (FQCRDI, 2000).

Les personnes ayant une déficience intellectuelle sont susceptibles de présenter, à des degrés divers, un certain nombre de caractéristiques associées à leur condition (Dionne, Langevin, Paour & Rocque, 1999; Paour, 1991). Ces caractéristiques, largement documentées dans les recherches de nature plus fondamentale, ne sont pas abordées dans les processus d'intervention des établissements. Pourtant, la connaissance de ces caractéristiques et leur prise en compte dans l'intervention peuvent apporter un éclairage précieux pour en accroître l'efficacité, tout particulièrement dans le choix de moyens qui respectent ces caractéristiques. Les déficits de la mémoire de travail, par exemple, peuvent être compensés par l'utilisation de repères visuels qui rappellent à la personne l'ordre de réalisation des diverses étapes de son travail. Sur le plan cognitif, le renforcement de la motivation de la personne peut occasionner une augmentation de son efficacité cognitive (Ziegler & Balla, 1982). Ces caractéristiques, qui ont donné lieu à de nombreux travaux de recherche au cours du dernier quart de siècle (et ce, dans des domaines aussi variés que la psychologie

cognitive, la médecine, l'éducation, la psychologie comportementale et motivationnelle, etc.), sont cependant mal connues et peu utilisées dans les milieux de réadaptation. Pourtant, la prise en considération des caractéristiques des personnes qui présentent une déficience intellectuelle dans l'intervention permet de mieux répondre à leurs besoins et de faciliter le développement de leurs habiletés (MacInnis & Hemming, 1995).

La dimension des étapes et situations de vie souligne les défis de l'intervention selon les périodes spécifiques de l'évolution de toute personne. Dans les processus d'intervention des établissements, cet aspect est pris en compte en partageant la clientèle en deux secteurs : l'enfance et l'adulte. Deux établissements situent l'enfance entre 0 et 12 ans inclusivement et le deuxième secteur comprend les adolescents, adultes et aînés. Dans les autres établissements, les services à l'enfance sont offerts aux personnes de 0-18 ans et ceux aux adultes et aînés aux personnes de 18 ans et plus. Durant la petite enfance, la prise en compte de cette dimension conduit au développement de l'expertise auprès du système familial et des milieux de garde. Quelques années plus tard, l'intégration scolaire pose des exigences tout à fait particulières avec les enjeux liés à l'instruction, la socialisation et la qualification de l'élève qui présente une déficience intellectuelle (MÉQ, 1999). À l'adolescence, le jeune tend graduellement à prendre une distance de la cellule familiale et c'est, notamment, le désir de se faire un ou une amie et la transition vers le marché du travail qui deviennent prioritaires. L'entrée dans l'âge adulte fait également appel au développement de l'expertise avec les enjeux liés à la consolidation du réseau de soutien social de la personne, au vieillissement de ses parents et à toute la question des choix résidentiels et occupationnels (Julien-Gauthier, Jourdan-Ionescu & Milot, 2000). Les défis liés aux étapes de vie peuvent être augmentés par d'autres aspects, entre autres ceux concernant les situations de vie des personnes. Un seul établissement aborde les situations de vie dans son processus d'intervention. Celui-ci propose un instrument-maison d'évaluation des besoins à l'intention des personnes qui présentent une déficience intellectuelle et vivent en couple.

Certaines situations de vie, comme l'arrivée d'un enfant chez un couple de parents qui présentent une déficience intellectuelle, peuvent occasionner bien des difficultés dont celles relatives aux soins et à l'éducation de leur enfant (Éthier, Biron, Boutet & Rivest, 1999).

La dimension des problématiques associées correspond à des déficits, des incapacités ou des difficultés qui peuvent s'ajouter au diagnostic de déficience intellectuelle. Il peut s'agir, entre autres, de déficience sensorielle, de problèmes de santé physique ou mentale, de perte d'autonomie liée au vieillissement, etc. (FQCRDI, 2000). Dans les processus d'intervention des établissements, cette dimension est abordée par un établissement lors de l'évaluation globale des besoins de la personne. Celui-ci propose l'utilisation d'un instrument maison spécifique pour identifier les besoins des personnes qui ont un handicap physique associé à leur déficience intellectuelle. Trois établissements mentionnent qu'ils utilisent « *l'instrumentation de l'approche positive* » de façon spécifique auprès des personnes qui présentent des comportements excessifs. Cette instrumentation est utilisée de façon ponctuelle ou encadrée à l'intérieur d'un programme de changement des comportements excessifs (PCCE). Un autre établissement aborde cette dimension, sur le plan de la planification de l'intervention, par la création de plans d'intervention à visée comportementale qui s'ajoutent au plan d'intervention, lorsque la personne présente des comportements préjudiciables à sa santé, sa sécurité ou son intégration sociale.

Le développement de l'expertise au sujet de la dimension des problématiques associées fait appel à une adaptation des modalités d'intervention habituelles et l'intervention est réalisée en collaboration avec des partenaires qui possèdent l'expertise particulière à la problématique identifiée (ex. : centres de réadaptation en déficience physique, cliniques psychiatriques, centres jeunesse, etc.). Il s'agit en quelque sorte d'une « surspécialisation » de l'intervention et le travail en interdisciplinarité rallie les différents partenaires autour de la personne et de ses proches. Il importe de spécifier ici que pour qu'il y ait une véritable interdisciplinarité, il ne suffit pas

qu'il y ait au moins deux disciplines en cause, mais bien qu'il y ait interaction entre les disciplines en présence. Tout est dans la réciprocité de l'action. Le développement de l'expertise sur le plan des problématiques associées se construit à partir d'une connaissance approfondie de la déficience intellectuelle et des caractéristiques de ces personnes en interaction avec les connaissances de la problématique associée. Chacun des partenaires est susceptible, à la fois, d'interroger de manière critique et d'éclairer en compréhension à partir de connaissances qui lui sont propres (De Bechillon, 1997). Cette dimension fait également appel à la qualité des liens qui s'établissent entre les différents partenaires et au développement de la collaboration et de la coopération entre les organismes et établissements.

La finalité de l'intervention en déficience intellectuelle, soit l'autonomie et la participation sociale, nécessite une connaissance approfondie de l'environnement social et physique des personnes (fonctionnement et réseaux sociaux). Dans cette perspective, l'approche communautaire apparaît en deuxième lieu dans les approches d'intervention privilégiées par les centres de réadaptation (soit tout de suite après l'approche personnalisée, individualisée et globale). Les résultats de l'analyse des processus d'intervention montrent que l'implantation de cette approche a donné lieu à plusieurs travaux et à la production de documents spécifiques pour guider le développement de pratiques de plus en plus communautaires. Cinq centres de réadaptation participent à une recherche-action qui vise l'élaboration d'un cadre théorique adapté à l'approche communautaire en déficience intellectuelle. Les résultats préliminaires de leurs travaux ont conduit notamment à l'identification des principaux concepts et pistes d'intervention communautaire auprès de ces personnes. Ils montrent que cette approche permet d'explorer les différents milieux de vie des personnes dans une optique de partage d'expertise et de responsabilités (Dionne, Julien-Gauthier, Deschênes & Boutet, 2002). L'approche communautaire en déficience intellectuelle permet, entre autres de :

- Identifier les différentes ressources des milieux de vie des personnes et de les inviter à contri-

buer à leur intégration et à leur participation sociales;

- Investiguer avec la personne comment elle peut être utile dans son milieu pour favoriser l'établissement de liens de réciprocité avec son entourage;
- Connaître et reconnaître l'expertise des intervenants des différents milieux de vie et de travailler en partenariat avec eux, etc.

L'approche communautaire fait appel à la nécessaire spécialisation de l'intervention en déficience intellectuelle. L'intervenant doit posséder une connaissance approfondie des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, il doit également savoir explorer et investiguer les ressources de leurs différents milieux de vie afin de les mobiliser et de les mettre à contribution dans la réussite de l'intégration sociale. Son intervention est ainsi axée non seulement sur la condition, le développement ou le bien-être de la personne ou exclusivement sur la mise à profit des différentes ressources de l'environnement mais plutôt en visant l'adaptation réciproque entre la personne et les ressources de son milieu social et physique (Boutet, Rocque, Langevin & Dionne, 2000).

CONCLUSION

L'étude des processus d'intervention des centres de réadaptation, réalisée à travers le prisme de l'intervention éducative et sociale auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, a permis d'identifier les principaux fondements des services qui leur sont offerts par les centres de réadaptation. Elle laisse transparaître toute l'expertise que nécessite l'intervention auprès de ces personnes, d'où l'importance de poursuivre les recherches dans ce domaine afin de faciliter le développement des personnes et de leurs habiletés, leur bien-être et leur participation à la vie de leur communauté. La contribution des centres de réadaptation aux activités de recherche, de formation et de développement en déficience intellectuelle a pris de nombreuses formes : élaboration d'outils d'évalua-

tion de programmes, développement de nouvelles pratiques d'intervention et de gestion, études empiriques portant sur la sexualité, le vieillissement, la santé mentale, etc. (Lachapelle, Proulx, Boutet & Ouellet, 1998). Leur engagement sur le plan de l'avancement des connaissances est essentiel pour relever le défi d'une intervention axée sur le soutien à offrir à la personne, à sa famille et aux membres de la communauté. La recherche dans ce domaine permet d'élargir notre vision du passage de l'intégration à la participation sociale de ces personnes et peut contribuer à mettre à profit l'expertise développée dans les milieux d'intervention.

Il y a bien sûr un leadership à assumer au niveau du développement de la recherche et, plus particulièrement, de la structuration de la recherche en déficience intellectuelle et de l'intégration des résultats de recherches à la pratique. À ce chapitre, la réalisation de recherches-action de type « collaborative », par exemple, peut contribuer au rapprochement des milieux universitaires et des milieux d'intervention dans une démarche collective d'interprétation où théorie et pratique sont constamment mises en relation (Desgagné, 1997). Les travaux visant la modélisation de l'intervention en déficience intellectuelle proposent une structure conceptuelle évolutive dont l'utilité première est d'outiller les intervenants de façon à ce qu'ils puissent intégrer harmonieusement les nouvelles connaissances à leur pratique (Dionne, Langevin & Rocque, 2000). Une telle structure conceptuelle permet également l'utilisation des connaissances et des résultats de recherches pour redéfinir les modèles d'intervention. Elle peut également orienter les efforts de recherche à partir des préoccupations cliniques.

L'analyse des processus d'intervention en déficience intellectuelle témoigne de l'ampleur des change-

ments survenus au cours des dernières années dans les services offerts à ces personnes. L'étude de ces documents, par son orientation axée sur les fondements de l'intervention, ne fait cependant pas état de l'ensemble des actions ou des services dispensés par ces établissements. De façon générale, les résultats montrent que l'orientation des services dispensés par les centres de réadaptation est résolument axée vers l'intégration sociale de la personne dans sa communauté.

« Le passage de l'intégration sociale à la participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle au sein de la société québécoise repose sur les moyens d'agir qu'ont ces personnes et sur le soutien qu'elles obtiennent afin de participer activement à la vie en société et d'exercer leurs droits. » (Gouvernement du Québec, 2001, p. 44). Pour soutenir ces personnes afin qu'elles puissent avoir accès aux mêmes occasions de développement que leurs pairs sans incapacités et participer activement à la vie de leur collectivité, la nécessaire *spécialisation de l'intervention* s'impose.

Cette spécialisation s'appuie sur un rapprochement entre les milieux de recherche et d'intervention qui peut s'actualiser dans la réalisation de projets et d'activités en partenariat. Les activités qui visent l'avancement des connaissances et le développement des pratiques professionnelles en déficience intellectuelle permettent de conjuguer les efforts des uns comme des autres dans la poursuite d'objectifs qui, s'ils peuvent parfois être différents, sont profitables à chacun dans leur domaine. Dans une perspective multidisciplinaire et intersectorielle, le rapprochement entre la recherche et l'intervention constitue le fer de lance de l'évolution des services aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle et à leurs proches.

THE FUNDAMENTAL INTERVENTIONS FOR THE MENTALLY RETARDED PERSONS IN READAPTATION CENTERS IN QUEBEC

The goal of this study is to identify the theoretical foundations of the intervention in the intellectual deficiency rehabilitation centres in Quebec. It is based on the analysis of 60 % of the clinics intervention processes used by those establishments. The results are presented according to the main parameters of the educational and social intervention with these people : the values, principles and concepts on which the intervention is based, the recommended approaches, the access to services, the assessment of the needs of the people, the selection of intervention objectives, the planning and follow-up of the intervention and the assessment of the results. They call upon the specialized intervention required to allow the person to open up in his or her environment and to accomplish the projects that are dear to them. It is in this perspective that the educators from the CRDI must focus on a rigorous and well-targeted intervention, consolidating the relationships with their partners and extend this partnership to the members of the community.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION (1992) *Mental Retardation : Definition, classification and systems of supports*, 9th edition. Washington, AAMR.
- ASSOCIATION DU QUÉBEC POUR L'INTÉGRATION SOCIALE (1996) *L'évaluation des services basée sur... les résultats pour les usagers*. Montréal, Association du Québec pour l'intégration sociale.
- BÉGIN, D. (1992) *Pour commencer... L'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et de sa famille*. Gouvernement du Québec, Office des personnes handicapées du Québec.
- BOISVERT, D. (1995) *Le plan de services individualisé. Participation et animation*. Cap-Rouge, Presses Inter-universitaires.
- BOISVERT, D. (1988) *La qualité de vie des personnes déficientes intellectuelles intégrées à la société après un séjour prolongé en internat*. Trois-Rivières, Éditions génagogiques.
- BOUDREAU, P. (1989) *La désinstitutionnalisation des personnes déficientes intellectuelles et leur appréciation de la qualité de vie*. Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- BOURQUE, A., LESSARD, A. & TROTTIER, M. (1998) Recension des instruments d'évaluation dans le réseau des CRPDI du Québec. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 9, 81-93.
- BOUTET, M., ROCQUE, S., LANGEVIN, J. & DIONNE, C. (2000) Les défis de l'intégration sociale : une perspective écologique. *Les cahiers de l'Actif*, 294-295, 17-27.
- BRADLEY, V.J. (1994) Evolution of a New Service Paradigm. In : V.J. Bradley, J.W. Ashbaugh et B.C. Blaney (Eds), *Creating Individual Supports for People with Developmental Disabilities. A mandate for Change at Many Levels* (pp. 11-32). Baltimore, Paul Brookes.
- BRICKER, D., CRIPE, J. & SLENTZ, K. (1993) *Assessment, evaluation, and programming system for infants and children*. Baltimore, Paul H. Brookes.
- CARRIER, S., LALONDE, M., CHARLEBOIS, G., LABBÉ, L. & LAPERRIÈRE, M. (1995) *Principes de l'approche communautaire au Centre du Florès. Document de travail*. Saint-Jérôme, Centre du Florès.
- CHAMBERLAND, C. (2000) Conférence d'ouverture. *Courir deux lièvres dans le champ de l'intervention enfance/famille..., ou, Faire avancer à la fois la science et la pratique : Actes du colloque tenu à Ottawa le 12 mai 1999 dans le cadre du 67^e Congrès de l'ACFAS*. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.
- DE BECHILLON, D. (1997) La notion de transdisciplinarité. « Guerre et paix entre les sciences – Disciplinarité, inter et transdisciplinarité ». *La revue du M.A.U.S.S.*, 10 (2), 185-200.

- DESGAGNÉ, S. (1997) Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants. *Revue des sciences de l'éducation, XXIII* (2), 371-393.
- DESPINS, S. (1995) Des services planifiés. In : D. Boisvert (Éd.), *Le plan de services individualisé. Participation et animation* (pp. 59-80). Québec, Presses Inter-Universitaires.
- DIONNE, C., BOUTET, M., JULIEN-GAUTHIER, F., ROCQUE, S., LANGEVIN, J., GASCON, H. & GLADU, S. (2002) La nécessité d'une pratique spécialisée en soutien à la personne et à ses milieux de vie. In : J.-P. Gagnier et R. Lachapelle, *Pratiques émergentes en déficience intellectuelle. Participation plurielle et nouveaux rapports* (p. 39-95). Québec, Presses de l'Université du Québec.
- DIONNE, C., JULIEN-GAUTHIER, F., DESCHÊNES, B. & BOUTET, M. (2002) L'approche communautaire en déficience intellectuelle : principaux concepts et pistes d'intervention. *La revue canadienne de psychoéducation, 31*(2), (sous presse).
- DIONNE, C., LANGEVIN, J. & ROCQUE, S. (2000) Modélisation de l'intervention éducationnelle et sociale auprès des personnes présentant un retard du développement intellectuel. *Revue francophone de la déficience intellectuelle, Numéro spécial, 11*, 84-86.
- DIONNE, C., LANGEVIN, J., PAOUR, J.-L. & ROCQUE, S. (1999) Le retard du développement intellectuel. In : Emmanuel Habimana, Louise S. Éthier, Djaouida Petot et Michel Tousignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur Ltée. Paris, Gaëtan Morin Éditeur, Europe.
- DIONNE, C., LANGEVIN, J. & ROCQUE, S. (1995) Changement de paradigme en éducation. In : S. Ionescu, G. Magerotte, W. Pilon & R. Salbreux (Éds), *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle* (pp. 159-165). Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- ETHIER, L.S., BIRON, C., BOUTET, M. & RIVEST, C. (1999) Les compétences parentales chez les personnes présentant des incapacités intellectuelles : état de la question. *Revue francophone de la déficience intellectuelle, 10*, 109-124.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (2000) Rôle et responsabilités des CRDI. *Perspectives d'avenir*. Montréal, Fédération québécoise des CRPDI.
- FOUGEYROLLAS, P. (1995) *Le processus de production culturelle du handicap*. Lac St-Charles, CQCIDIH/SCCIDIH.
- FOUGEYROLLAS, P., CLOUTIER, R., BERGERON, H., CÔTÉ, J., CÔTÉ, M. & SAINT-MICHEL, G. (1996) *Révision de la proposition québécoise de classification : Processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Réseau international sur le processus de production du handicap.
- GAGNON, D. & GAGNON, M. (1998) *L'approche communautaire, un potentiel à reconnaître. Cadre de référence*. Longueuil, Les Centres Butters-Savoy et Horizon.
- GIGNAC, M., THÉROUX, M. & BÉGIN, D. (1993) *Je commence son plan de services*. Québec, Office des personnes handicapées du Québec.
- GOSSELIN, C., DIONNE, C., RIVEST, C. & BONIN, L. (1994) *Analyse critique des outils d'évaluation de l'enfant, l'adolescent et sa famille : développement du jeune présentant une déficience intellectuelle, stress familial, besoins des parents et soutien social*. Trois-Rivières, Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2000-2001) *Loi sur les services de santé et services sociaux*. Montréal, Wilson et Lafleur Ltée.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2001) *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. Un engagement renouvelé du réseau de la santé et des services sociaux*. Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1999) *Une école adaptée à tous ses élèves. Prendre le virage du succès. Politique de l'adaptation scolaire*. Québec, Ministère de l'Éducation du Québec.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1988) *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle : un impératif humain et social. Orientations et guide d'actions*. Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

- GRAWITZ, M. (1996) *Méthodes des sciences sociales*. 10^e édition. Paris, Éditions Dalloz.
- GURALNICK, M.J. (1997) *The effectiveness of early intervention*. Baltimore, Paul H. Brookes.
- HANSON, M.J. & LYNCH, E.W. (1995) *Early Intervention. Implementing Child and Family Services for Infants and Toddlers Who Are At Risk or Disabled*. Second edition. Texas, pro-ed.
- HURTEAU, M. & BOUTET, M. (1993) *Vers une intégration dans la communauté. Projet pilote d'intervention auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle*. Cahier #1 : Fondements théoriques. Trois-Rivières, La Fondation Le Parrainage.
- HURTEAU, M., BOUTET, M., LACHAPELLE, R. & LALONDE, M. (1995) *L'élaboration de critères pour la mise en opération de l'approche communautaire dans la distribution de services aux personnes présentant une déficience intellectuelle*. Trois-Rivières, Centre de Services en Déficience Intellectuelle Mauricie/Bois-Francs et Centre du Contrefort.
- JOURDAN-IONESCU, C., IONESCU, S., RIVEST, C. & CORBEL, L. (1990) Évaluation de la désinstitutionnalisation : 2. Modifications du niveau intellectuel et des comportements adaptatifs. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 1 (2), 137-146.
- JULIEN-GAUTHIER, F., DIONNE, C. & BOUTET, M. (1999) *Les approches préconisées dans les processus d'intervention des centres de réadaptation québécois*. Document de travail. Trois-Rivières, Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- JULIEN-GAUTHIER, F., JOURDAN-IONESCU, C. & MILOT, T. (2000) L'évolution du réseau social des jeunes adultes qui participent à un programme d'accompagnement communautaire. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*. Numéro spécial, 11, 15-19.
- LACHAPELLE, Y., PROULX, R., BOUTET, M. & OUELLET, P.-A. (1998) Description des activités de recherche, de formation et de développement dans les centres de réadaptation québécois pour les personnes présentant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 9 (2), 179-186.
- LANDRY, R. (1992) L'analyse de contenu. In : B. Gauthier, *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (pp. 337-359). Sillery, Presses de l'Université du Québec.
- LANGEVIN, J., DIONNE, C., ROCQUE, S., BOUTET, M. & TRÉPANIÉ, N. (2001) *Intervention éducationnelle et sociale auprès des personnes qui présentent des incapacités intellectuelles*. Trois-Rivières, Consortium National de Recherche sur l'Intégration Sociale.
- LEGENDRE, R. (1993) *Dictionnaire actuel de l'éducation* (2^e édition). Montréal, Guérin Éditeur Limitée ; Paris, Éditions ESKA.
- MACINNIS, C. & HEMMING, H. (1995) Linking the Needs of Students with Learning Disabilities to a Whole Language Curriculum. *Journal of Learning Disabilities*, 28, 535-544.
- MANNONI, M. (1979) *La théorie comme fiction*. Paris, Éditions du Seuil.
- MAYER, R. & OUELLET, F. (1991) *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Gaëtan Morin.
- MERCER, J.R. (1992) The Impact of Changing Paradigms of Disability on Mental Retardation in the Year 2000. In : L. Rowitz (Éd.), *Mental Retardation in the Year 2000*. New York, Springer-Verlag.
- MIDDENDORF, K.L. (1995) Presidential Address 1995 – The Shifting Paradigm – From Rhetoric to Reality. *Mental Retardation*, 33 (6), 394-398.
- PAOUR, J.L. (1991) *Un modèle cognitif et développemental du retard mental: pour comprendre et intervenir*. Université de Provence Aix-Marseille 1: Thèse de doctorat d'État en psychologie.
- PAYEUR, S. (2001) La santé publique, l'affaire d'une société. *Découvrir*, 22 (5), 44-52.
- PÉLOQUIN, J. (2001) *L'évaluation des besoins des parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle ou un retard global de développement relativement au développement socioémotionnel de leur enfant âgé de la naissance à cinq ans*. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- PILON, W., ARSENAULT, R. & GASCON, H. (1994) *Le passage de l'institution à la communauté et son impact sur la qualité de vie et l'intégration sociale de la personne présentant une déficience intellectuelle*. Rapport de recherche. Québec, Centre de recherche Université Laval Robert- Giffard.

- PIRET, A., NIZET, J. & BOURGEOIS, E. (1996) *L'analyse structurale : une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*. Bruxelles, De Boeck Université.
- ROBERT, A.D. & BOUILLAGUET, A. (1997) *L'analyse de contenu*. Paris, Presses Universitaires de France.
- RONDEAU, M. & ROY, S. (1990) Évaluer les forces et les besoins de la personne. In : D. Boisvert (Éd.), *Le plan de services individualisé. Participation et animation* (pp. 81-108). Montréal, Éditions Agence d'Arc.
- ROUSSEAU, J. (1988) *La réinsertion sociale des personnes déficientes intellectuelles ayant vécu en institution : Bilan des expériences québécoises et évaluation de la qualité de vie*. Rapport de recherche. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- SHONKOFF, J.P. & MEISELS, S.J. (2000) Early childhood intervention : A Continuing Evolution. In : S.J. Meisels et J.P. Shonkoff (Eds), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3-31). Cambridge, MA, Cambridge University Press.
- ZIEGLER, E. & BALLA, D. (1982) *Mental Retardation : The developmental difference controversy*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.

CONCEPT DE SOI ET COMPORTEMENTS EN CLASSE D'ÉLÈVES VIVANT AVEC UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : UNE ÉTUDE LONGITUDINALE

Alain Cadieux

Cet article présente les résultats d'une étude longitudinale ayant pour objet de décrire les comportements sociaux et le concept de soi d'élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère. Plus précisément, il compare les caractéristiques socio-affectives susmentionnées entre élèves vivant avec et sans déficience intellectuelle, puis il étudie la relation entre celles-ci et les formules d'intégration scolaire offertes aux élèves. Une revue de la littérature présente les principales conclusions des recherches concernant le développement du concept de soi et des comportements sociaux des élèves en relation avec différentes formules d'intégration scolaire. La méthodologie présente les caractéristiques du plan de recherche, des participants, des instruments de mesure et du déroulement. Les résultats indiquent que le concept de soi et les comportements demeurent relativement stables peu importe la formule d'intégration. De plus, les résultats suggèrent que les élèves vivant avec une déficience intellectuelle ont un concept de soi moins réaliste et une fréquence de comportements adéquats moins élevée que les élèves sans déficience. Certains facteurs explicatifs des résultats et les limites de l'étude sont discutés.

INTRODUCTION

Depuis l'avènement de la démocratisation de l'enseignement instaurée avec le Rapport Parent dans les années soixante, la qualité de l'éducation pour tous préoccupe l'ensemble des ressources des milieux scolaires. Dans un contexte où la mission de l'école consiste à instruire, socialiser et qualifier, la qualité de l'éducation prend un sens plus large, entre autres, dans le développement global des différentes sphères de la personnalité de l'élève. C'est dans ce contexte que cette étude tente de décrire les caractéristiques du concept de soi et des comportements sociaux d'élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère dans une perspective longitudinale. Cet article poursuit donc deux objectifs. Premièrement, il compare les caractéristiques du

concept de soi et des comportements sociaux entre des élèves vivant avec une déficience intellectuelle et leurs pairs sans déficience. Deuxièmement, il vérifie auprès des élèves vivant avec une déficience intellectuelle, la relation qui existe entre la formule d'intégration scolaire et leurs comportements et concept de soi.

Avant les années cinquante, la plupart des recherches consacrées à l'étude de la déficience intellectuelle portent surtout sur la mesure de l'intelligence ou du fonctionnement cognitif (Cromwell, 1959). Avec la scolarisation effectuée de plus en plus dans des milieux scolaires ordinaires, on assiste peu à peu à l'étude d'autres traits de personnalité, tels le concept de soi et les comportements sociaux. Pour plusieurs auteurs, le concept de soi est un trait de personnalité important en relation avec le rendement scolaire (Hansford & Hattie, 1982; Purkey, 1970) et les comportements sociaux (Cadieux, 1992a). De façon générale, le concept de soi des élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage est plus négatif que

Alain Cadieux, Université du Québec en Outaouais, Département des sciences de l'Éducation, Case postale 1250, succursale B, Gatineau (Québec), J8X 3X7. Courriel : cadieux@uqo.ca

celui de leurs pairs sans difficulté. Ce constat prend une ampleur encore plus forte à partir de l'âge de huit ans et lorsque l'élève reçoit des messages ou des rétroactions de son environnement qui mettent en exergue ses difficultés plutôt que ses forces (Cadieux, 1998). D'un autre côté, si la relation entre le fonctionnement cognitif et la réussite scolaire semble évidente, celle entre la déficience intellectuelle et le concept de soi n'est pas aussi claire. Ceci nous amène aux questions suivantes : est-ce que les élèves vivant avec une déficience intellectuelle possèdent un concept de soi et des comportements en classe similaires à leurs pairs sans difficulté? De même, y a-t-il une formule d'intégration scolaire qui soit reliée positivement à un concept de soi ou des comportements sociaux positifs auprès des élèves vivant avec une déficience intellectuelle?

CONTEXTE THÉORIQUE

Le concept de soi se compose d'étiquettes auto-descriptives, souvent teintées de fortes caractéristiques émotionnelles, qu'une personne donne à ses caractéristiques physiques, comportements, habiletés ou performances (Leduc, 1984; Cadieux, 1992; Staats, 1975, 1996). Cette définition comprend essentiellement trois principales caractéristiques. Premièrement, le concept de soi est multidimensionnel et regroupe différentes catégories d'autodescriptions, telles que scolaire, sociale ou physique. Plusieurs études indiquent que ces catégories se distinguent les unes des autres, entre autres, comme le suggère des analyses factorielles appliquées à divers instruments de mesure du concept de soi (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976; Renick & Harter, 1988; Keith & Bracken, 1996; Cadieux, 1996b). Ces études démontrent qu'une personne fait une distinction entre les autodescriptions reliées aux dimensions scolaire, sociale, physiques et ainsi de suite lorsqu'elle répond à un questionnaire sur le concept de soi. De plus, Renick & Harter (1988) ont démontré que des élèves du primaire qui présentent des difficultés d'apprentissage peuvent également distinguer leurs compétences selon les matières scolaires. Ainsi, les élèves discriminent les autodescriptions liées aux performances scolaires,

entre autres, selon qu'ils décrivent leurs performances en lecture, en écriture ou en mathématiques. Ces résultats tendent à confirmer l'aspect multidimensionnel du concept de soi.

Une deuxième caractéristique du concept de soi a trait à la polarité qui varie sur un continuum du positif au négatif selon que les autodescriptions déclenchent des réponses émotionnelles positives ou négatives. Le répertoire de mots ou de groupes de mots servant à qualifier les compétences ou les caractéristiques d'une personne varie d'un individu à un autre. Les instruments de mesure utilisent des expressions comme « être bon », « être capable de », « avoir de la facilité pour » pour désigner des descriptions positives, tandis que les termes « mauvais », « incapable », « avoir de la difficulté pour » désignent des descriptions négatives.

Une troisième caractéristique du concept de soi, reliée aux aspects sociaux et aux interactions avec les autres, concerne le réalisme. En effet, le concept de soi peut être réaliste ou irréaliste selon le degré de correspondance entre la polarité d'autodescriptions d'un individu et la polarité des descriptions que les autres personnes de son entourage immédiat lui donnent face à une dimension particulière du concept de soi (Staats, 1975; Cadieux, 1992a). Le réalisme n'est donc pas une caractéristique liée uniquement à l'individu, ni uniquement au jugement d'autrui, mais au degré de correspondance déterminé par la comparaison entre le concept de soi d'un individu avec le jugement d'autrui à son endroit dans un contexte donné. Ainsi, plus il y a une correspondance élevée entre le concept de soi d'un individu et le jugement d'autrui, meilleur est le réalisme et l'inverse pour un concept de soi irréaliste. Par exemple, un élève qui se décrit en termes très négatifs face à ses apprentissages scolaires, mais qui selon le jugement de son enseignant, réussit bien et apprend beaucoup de choses, a un concept de soi négatif, mais irréaliste en regard du jugement de son enseignant. Par ailleurs, si l'autodescription correspond au jugement des personnes de son entourage, le concept de soi est dit réaliste. Bref, le concept de soi est multidimensionnel et peut être positif-réaliste, positif-irréaliste, négatif-réaliste et négatif-irréaliste.

Le concept de soi s'acquiert en relation étroite avec l'apprentissage du langage et des nombreuses expériences vécues de succès et d'échecs. Les mots d'objets, de personnes, de situations, de comportements, de qualités et ainsi de suite qu'une personne utilise pour se décrire ont tendance à être réutilisés s'ils sont encouragés ou renforcés par des situations ou des personnes significatives aux yeux de l'individu. Plusieurs facteurs peuvent influencer l'apprentissage des auto-étiquettes comme le vocabulaire de l'individu, son statut social et les situations dans lesquelles sont renforcées les auto-étiquettes. Par exemple, lorsqu'un élève vit une difficulté scolaire ou sociale, son entourage immédiat peut influencer ou renforcer des autodescriptions négatives comme « *être débile* » ou « *être twit* ». Cependant, comme les milieux que fréquentent les élèves en difficulté peuvent différer (classe ordinaire, classe spéciale), ces derniers peuvent avoir une influence variée sur le concept de soi des élèves (Battle & Blowers, 1982).

Une fois acquis, le concept de soi devient une cause du comportement de la personne (Staats, 1996; Cadieux, 1992a, 1996a) et du comportement des autres à son égard (Staats, 1975; Cadieux, 1989). Un concept de soi positif et réaliste est relié à une fréquence élevée de comportements d'approche des tâches scolaires, comme l'attention à la tâche ou un rendement scolaire élevé, tandis qu'un concept de soi négatif, réaliste ou irréaliste, ou positif irréaliste est associé à une fréquence élevée de comportements inadéquats ou à un rendement scolaire généralement plus faible (Hansford & Hattie, 1982; Cadieux, 1992a, 1996a, 1998; Gresham, Lane, MacMillan, Bocian & Ward, 2000). Lorsqu'une personne se décrit en termes négatifs, réalistes ou irréalistes, ou en termes positifs irréalistes, des réponses émotionnelles négatives ont tendance à être déclenchées chez les autres individus. Ces réponses peuvent alors susciter des comportements d'évitement ou d'échappement des autres personnes à l'endroit de l'individu, comme lui accorder moins d'attention. À l'opposé, si une personne s'étiquette de façon positive et réaliste, elle déclenche chez les autres des réponses émotionnelles positives qui suscitent des comportements d'approche. Il faut souligner que la façon et le contexte dans lequel une personne s'étiquette

influence également la nature des réponses émotionnelles des autres à son endroit.

Chez des élèves d'âge scolaire, les répertoires fondamentaux de comportements comprennent des comportements adéquats et inadéquats en relation avec un contexte scolaire et social donné. Les comportements sociaux adéquats observés dans une salle de classe, tels que « écouter », « attendre son tour », « porter attention à », « partager » et ainsi de suite, facilitent les interactions avec l'enseignant et les pairs. Par ailleurs, les comportements « se déplacer inutilement », « s'adonner à des activités étrangères », « déranger les pairs » sont des comportements d'évitement ou d'échappement des tâches scolaires qui peuvent nuire aux interactions sociales ou scolaires. Ces comportements auront tendance à être reproduits si le contexte scolaire et social offre des opportunités d'apprentissage, d'imitation ou de renforcement pour de telles activités. Au contraire, lorsqu'un milieu scolaire offre peu ou pas de modèles comportementaux adéquats et que les comportements inadéquats sont plus souvent renforcés que les comportements adéquats, les élèves apprennent des conduites inefficaces en regard des apprentissages scolaires ou sociaux. Bien que l'environnement soit un déterminant important dans le contrôle des comportements d'un individu, la personnalité de chaque élève, notamment le concept de soi, influence également ses comportements en classe. Ainsi, l'environnement et la personnalité sont d'importants facteurs à considérer en tant que déterminant des comportements d'un individu.

CONTEXTE EMPIRIQUE

Concept de soi

Concernant les caractéristiques du concept de soi, plusieurs auteurs (Richmond, 1975; Silon, 1980; Luftig, 1982; Beck, Roblee & Hanson, 1982; Stager, Chassin & Young, 1983; Carroll, Douglas & Hund, 1984; Chovan & Morisson, 1984; Jones, 1985; Pierrehumbert, Zanone, Kauer-Tchicaloff & Plancherel, 1987; Chiu, 1990; Cadieux, 1992b, 1998) indiquent que le concept de soi des élèves vivant

avec une déficience intellectuelle est généralement plus négatif que celui de leurs pairs sans déficience, voire plus négatif que celui des élèves ayant des problèmes émotionnels et des élèves en difficulté d'apprentissage (Boersma, Chapman & Battle, 1979; Battle & Blowers, 1982; Auble, 1985; Blackburn, 1988; Bear, Clever & Proctor, 1991), tandis que d'autres n'indiquent pas de différence (Scruggs & Mastropieri, 1983). Ces résultats suggèrent que peu importe le milieu scolaire dans lequel l'élève reçoit sa formation, son concept de soi demeure plus négatif que celui de ses pairs sans déficience.

Quant aux formules d'intégration scolaire, les recensions d'écrits suggèrent que celles-ci auraient peu d'impact sur le développement du concept de soi des élèves (Nash & McQuisten, 1977; Silon, 1980; Luftig, 1982; Coleman, 1983; Butler & Marinov-Glassman, 1994). Une description et une analyse plus précises des résultats des recherches qui comparent le concept de soi des élèves vivant avec une déficience intellectuelle intégrés ou non en classe ordinaire indiquent des résultats variés. En effet, certaines études n'indiquent pas de différence significative entre les moyennes du concept de soi des élèves et ce, peu importe que l'élève reçoive des services à l'intérieur de la classe ordinaire ou à l'intérieur de la classe spéciale (Silon & Harter, 1985; Carvajal, 1972). D'autres obtiennent des moyennes du concept de soi significativement plus élevées en faveur de la classe spéciale (Lessa, 1976; Myers, 1976; Ribner, 1978) et d'autres des moyennes du concept de soi significativement plus élevées en faveur de la classe ordinaire (Kahn & Garrison, 1973; Kendall, 1977; Calhoun & Elliott, 1977). Ces études suggèrent qu'il n'y a pas de relation claire entre la formule d'intégration et le concept de soi des élèves. De plus, pratiquement aucune étude ne décrit la nature du support offert à l'élève lorsqu'il est intégré en classe ordinaire. Également, les mesures du concept de soi sont globales pour la plupart des études, ce qui ne permet pas une analyse détaillée des différents domaines du concept de soi.

D'autres études, de type longitudinal, présentent des résultats sur le développement du concept de soi d'élèves vivant avec une déficience intellectuelle intégrés en classe ordinaire comparativement au concept de soi d'élèves scolarisés à l'intérieur de la

classe spéciale. Tout comme les études précédentes, les résultats sont variés. Certaines études indiquent que peu importe la formule d'intégration scolaire, le concept de soi de l'élève ne se modifie pas de façon significative sur une période variant de deux à trois ans (Gerke, 1975; Mickley, 1977). Pour d'autres chercheurs, le concept de soi des élèves scolarisés à l'intérieur des classes spéciales tend à augmenter positivement avec le temps (Schurr, Towne & Joiner, 1972) tandis que certains concluent en une augmentation positive du concept de soi pour les élèves scolarisés à l'intérieur de la classe ordinaire (Calhoun & Elliott, 1977; Carroll, 1967). Ces études suggèrent que la formule d'intégration scolaire n'est pas reliée au concept de soi.

En résumé, deux constats semblent se dégager de l'analyse des écrits. D'abord, le concept de soi de l'élève vivant avec une déficience intellectuelle tend à être plus négatif que celui de leurs pairs normaux, et ce, peu importe la situation scolaire de l'élève. Ensuite, il ne se dégage pas de consensus véritable dans les écrits concernant la relation entre le concept de soi et la formule d'intégration scolaire. Ces deux constats sont basés sur des recherches empiriques qui datent d'un certain temps déjà et qui ne donnent pas toujours des informations sur l'encadrement reçu par l'élève face à sa situation scolaire, particulièrement lorsqu'il est intégré à l'intérieur de la classe ordinaire. Ainsi, nous croyons, entre autres, qu'avec le mouvement de l'inclusion totale (Ryndak & Alper, 1996) que la situation scolaire des élèves a évolué et qu'elle ne se présente plus de la même manière que dans les années 70 ou 80, notamment, sur les plans de l'habitude et la tolérance face à la différence et les stratégies mises en place pour offrir un service d'adaptation scolaire de qualité à l'élève.

Comportements sociaux

Certaines recherches suggèrent que les comportements sociaux d'élèves vivant avec une déficience intellectuelle varient selon la formule d'intégration (Heiman & Margalit, 1998), mais la tendance de cette variation est de nature complexe (Caparulo & Zigler, 1985) rendant difficile l'établissement d'un lien causal quelconque. De façon générale, les élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère ont

de plus grandes difficultés d'attention et d'interaction sociale que les élèves sans déficience et ce, peu importe le type de milieu de scolarisation (Brooks, McCauley & Merrill, 1988; Margalit, 1993). Ces comportements incluent, entre autres, les habiletés à initier et à répondre aux interactions sociales, la coopération, l'autocontrôle et l'attention orientée vers les tâches scolaires. Ces habiletés permettent d'apprendre, de communiquer et de faire face aux situations quotidiennes de la vie et elles facilitent l'acceptation par les pairs dans un contexte scolaire inclusif (Parmenter, Einfeld, Tongue & Dempster, 1998).

Plus précisément, la fréquence des comportements d'attention orientés vers la tâche serait généralement plus faible comparativement aux élèves sans déficience (Brooks *et al.*, 1988; Parmenter *et al.*, 1998). Par ailleurs, Parmenter *et al.* (1998) notent que les problèmes de comportements sont plus élevés pour les élèves vivant avec une déficience intellectuelle scolarisés à l'intérieur d'une école spéciale comparativement aux élèves recevant une éducation en classe spéciale, mais dans une école ordinaire. Les auteurs indiquent cependant certaines précautions relativement à leurs résultats en raison des biais liés à la sélection des élèves. En effet, lorsque la fréquence des problèmes de comportements des élèves scolarisés dans une école ordinaire atteint un certain niveau, les élèves sont suspendus puis transférés dans des écoles spéciales.

Plus récemment, Wallace, Anderson, Bartholomay & Hupp (2002) ont étudié les comportements d'élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage et d'élèves vivant avec une déficience intellectuelle scolarisés dans des classes inclusives. Les résultats suggèrent que les effets de l'inclusion des élèves sont d'autant plus positifs et efficaces que les élèves sont engagés dans des tâches scolaires, qu'un minimum de temps est consacré à des activités étrangères et que l'attention de l'enseignant est concentré davantage sur les besoins particuliers des élèves. Ces résultats n'indiquent pas automatiquement que le succès de l'inclusion scolaire des élèves ayant des besoins particuliers soit assuré, mais ils contribuent à orienter les actions futures en matière de services et d'enseignement auprès de ces élèves.

En conséquence, la présente étude prévoit que les élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère auront un concept de soi plus négatif, une fréquence de comportements d'attention à la tâche plus faible et des comportements inappropriés plus élevés que leurs pairs sans déficience. Par ailleurs, les données empiriques suggèrent que le cadre de scolarisation ne devrait pas être relié d'une façon particulière au concept de soi et aux comportements des élèves.

MÉTHODOLOGIE

Le plan de recherche consiste en une étude longitudinale du concept de soi et des comportements sur une durée totale de trois ans. Chaque année, entre février et avril, une cueillette de données s'effectue auprès des mêmes sujets ayant été identifiés au début de la recherche.

Les sujets

Les sujets, pour lesquels des données complètes et valides sont disponibles pour toute la durée de la recherche, sont au nombre de 183. Ils comprennent 152 élèves sans difficulté et 31 élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère (code administratif « 21 »). Au début de la recherche, tous les élèves fréquentent une école primaire. Les régions comprennent l'Outaouais et Montréal (région est). Il y a 99 garçons et 84 filles et la moyenne d'âge au début de l'étude est de 9 ans et 1 mois (écart type de 1 an et 9 mois). Le statut socio-économique est de 2,0 (é. t. : 0,7) sur une échelle en quatre points et basé sur l'emploi et/ou le diplôme le plus élevé par famille (1 : sans emploi ou sans diplôme; 2 : emploi manuel, journalier ou diplôme du secondaire ou professionnel; 3 : emploi technique ou diplôme du CEGEP; 4 : professionnel ou diplôme universitaire).

Élèves sans difficulté

Au début de l'étude, les élèves sans difficulté proviennent d'écoles primaires de la première à la quatrième année et ont tous fréquenté des classes ordinaires sans avoir eu recours à des services en

adaptation scolaire au cours des trois années de la recherche. Le nombre d'élèves par niveau scolaire se répartit de la façon suivante : 41 en première année, 25 en deuxième année, 53 en troisième année et 33 en quatrième année. Il y a 84 garçons et 68 filles et la moyenne d'âge est de 8 ans et 7 mois (é. t. : 1 an et 4 mois). Le niveau socio-économique est de 2,1 (é. t. : 0,6).

Élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère

Tous les élèves vivant avec une déficience intellectuelle sont officiellement identifiés par leurs commissions scolaires respectives pour les trois années de la recherche. Ces élèves présentent un fonctionnement cognitif et des comportements adaptatifs significativement inférieur à la moyenne. Ils ont tous un diagnostic correspondant à la déficience intellectuelle légère (code « 21 »). Tous les élèves vivant avec une déficience intellectuelle n'ont pas d'autres handicaps, que ce soit sur les plans physique, sensoriel ou comportemental. Tous les élèves ont été évalués sur le plan de l'intelligence par les professionnels des commissions scolaires, mais la plupart des dossiers n'étaient pas disponibles pour recueillir les informations concernant les résultats aux tests d'intelligence ou aux échelles de comportements adaptatifs. Il y a 15 garçons et 16 filles et la moyenne d'âge est de 11 ans et 5 mois (é. t. : 1 an et 10 mois). Le statut socio-économique est de 1,8 (é. t. : 0,9).

Les services en adaptation scolaire varient selon les commissions scolaires. Pour les fins de la présente étude, les 31 élèves ont été subdivisés en deux groupes : les élèves intégrés à plus de 70 % du temps en classe ordinaire (n = 10) et les élèves fréquentant une classe spéciale à 100 % du temps à l'intérieur d'une école ordinaire (n = 21). Pour le premier groupe, six élèves sur dix reçoivent environ deux à trois périodes d'orthopédagogie par semaine à l'extérieur de leur classe ordinaire, tandis que les quatre autres élèves sont scolarisés à 100 % à l'intérieur de la classe ordinaire. Pour le deuxième groupe, tous les élèves reçoivent 100 % de leur enseignement à l'intérieur d'une classe spécialisée.

Instruments de mesure

Concept de soi

Une traduction et adaptation en langue française du *Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children* (PSPCSA) (Harter & Pike, 1983) a été utilisée pour la mesure de la polarité du concept de soi des participants de première et deuxième année (Cadieux, 1996) tandis que les autres élèves ont complété le *Self-Perception Profile for Learning Disabled Students* (SPPLD), également traduit et adapté par Cadieux (1996). La traduction s'est effectuée en cinq temps, à savoir :

- traduction des items de l'anglais vers le français;
- administration à quelques enfants et analyse des difficultés sémantiques;
- traduction du français vers l'anglais par un autre traducteur;
- comparaison des deux formes initiales jusqu'à ce qu'elles soient identiques;
- et vérification empirique de la forme finale avec un plus grand échantillon.

Le PSPCSA comprend un total de 18 paires d'images regroupées en trois dimensions du concept de soi, soient les dimensions scolaire, sociale et physique. Chaque dimension comprend six paires d'images illustrant d'un côté un élève dans un rôle positif et de l'autre côté le même élève, mais dans un rôle négatif (ex. : un élève écrit plusieurs mots sur un tableau (positif) et un autre n'en écrit qu'un seul (négatif)). Lors de la passation du test, l'examineur lit une phrase qui demande à l'élève quelle est l'image qui lui ressemble le plus. Une fois que l'élève a choisi une image, il doit faire un « X » sous celle-ci dans l'un des deux cercles; le petit cercle si l'image est un peu comme lui ou le grand cercle si l'image est vraiment comme lui. Chaque item donne un résultat de 1 à 4, soit d'un plus négatif au plus positif. Les coefficients Alpha de

Cronbach indiquent des valeurs s'échelonnant de ,76 à ,92 pour les trois dimensions et ce, pour les trois années de la recherche.

Pour sa part, le SPPLD comprend 41 paires d'énoncés contruits en tout point comme le test précédent, mais sans image qui accompagne les énoncés. Les énoncés sont regroupés en neuf dimensions du concept de soi, à savoir : cinq dimensions scolaires (générale, lecture, écriture, épellation, mathématiques), deux dimensions sociales (sociale, comportementale) et deux dimensions physiques (caractéristiques physiques, habiletés sportives). Afin d'effectuer des comparaisons de façon longitudinale en relation avec le test précédent, les neuf dimensions ont été regroupées en trois catégories, soient les dimensions scolaire, sociale et physique. Les coefficients Alpha de Cronbach indiquent des valeurs s'échelonnant de ,71 à ,82 pour les trois dimensions regroupées. Le tableau 1 confirme la structure factorielle du regroupement en trois

dimensions (chi carré = 29,6; d.l. = 12; $p < ,004$) obtenue à partir des scores au SPPLD lors de la troisième année de la recherche.

Concernant le réalisme, une procédure semblable à celle de Cadieux (1992a) a été utilisée. L'enseignant a d'abord évalué les compétences de chaque élève au niveau scolaire, social et physique selon une procédure et une instrumentation similaires à celles du concept de soi des élèves. Ensuite, un score sur le réalisme a pu être calculé en prenant la différence entre les scores moyens du questionnaire des élèves à chaque dimension et le score fourni par l'évaluation de l'enseignant au sujet de l'élève pour chacune des dimensions respectives. Une transformation des scores en quatre points permet de déterminer un concept de soi très irréaliste (1) à très réaliste (4).

Comportements

Les comportements sociaux ont été mesurés à l'aide

Tableau 1

Structure factorielle du SPPLD regroupée en trois dimensions

Structure factorielle du SPPLD regroupée en trois dimensions			
Générale	0,98		
Épellation	0,57	0,47	
Lecture	0,55		
Écriture	0,53		
Mathématiques	0,53		
Sociale		0,64	0,35
Comportementale		0,45	
Sport			0,41
Physique			0,33

Note : Les valeurs égales ou inférieures à 0,32 ont été omises.

d'une liste de contrôle complétée par le titulaire de classe (Cadieux, 1992c). Elle comprend trois catégories de comportements inadéquats (déplacements activités étrangères, dérangement des pairs) et trois catégories de comportements appropriés (attention à la tâche, respect de l'adulte, stratégies de résolution de problèmes). Pour chaque catégorie, le titulaire de classe évalue sur une échelle de type Likert en sept points la fréquence des comportements pour chacun des élèves. Les qualités métrologiques ont été vérifiées et s'avèrent adéquates (Cadieux, 1992c). En effet, les évaluations de l'enseignant sont corrélées de façon significative avec des relevés d'observation directe des comportements effectués par des observateurs extérieurs. De plus, des coefficients Alpha de Cronbach variant de ,72 à ,86 pour les

catégories de comportements adéquats et inadéquats, et ce, pour les trois années de la recherche, confirment la cohérence interne de cette liste de contrôle.

Déroulement

Entre février et avril pour les années 1995, 1996 et 1997, six assistantes de recherche ont été entraînées pour administrer les questionnaires aux élèves en groupe de deux à cinq. Les examinatrices ont appris les consignes et directives par coeur et lisaient tous les items aux élèves. La plupart des élèves ont été testés en milieu de semaine dans le but de minimiser les effets de la fatigue ou de l'inattention.

Tableau 2

Les moyennes et les écarts types du concept de soi selon les formules d'intégration scolaire

Échelles	Groupe	Polarité			Scheffé	Réalisme			Scheffé
		1995	1996	1997		1995	1996	1997	
Concept de soi Scolaire	1. Ordinaire	3,4(,5)	3,3(,6)	3,2(,5)	$1 < 3^*$	3,3(,6)	3,4(,4)	3,3(,4)	$1 > 2, 3^{***}$
	2. Déf. intég.	3,6(,8)	3,6(,4)	3,4(,7)		2,3(,9)	2,7(,7)	2,8(,5)	
	3. Déf. cl.spéc.	3,5(,5)	3,6(,5)	3,6(,5)		2,7(,7)	2,8(,6)	2,7(,8)	
Sociale	1. Ordinaire	3,3(,6)	3,3(,6)	3,2(,6)	$1 < 3^*$	3,3(,5)	3,4(,4)	3,3(,5)	$1 > 2, 3^{***}$
	2. Déf. intég.	3,4(,9)	3,7(,4)	3,3(,9)		2,6(,6)	2,7(,6)	2,8(,6)	
	3. Déf. cl.spéc.	3,6(,6)	3,5(,6)	3,3(,6)		2,9(,8)	2,8(,8)	2,9(,7)	
Physique	1. Ordinaire	3,4(,6)	3,4(,5)	3,2(,6)		3,4(,4)	3,4(,4)	3,3(,5)	$1 > 2, 3^{***}$
	2. Déf. intég.	3,7(,5)	3,7(,3)	3,5(,5)		3,0(,5)	3,0(,6)	3,1(,5)	
	3. Déf. cl.spéc.	3,6(,5)	3,4(,5)	3,5(,6)		3,0(,7)	3,0(,5)	3,0(,5)	

Note : Le groupe 1 comprend les élèves sans déficience en classe ordinaire; le groupe 2 comprend des élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère et intégrés en classe ordinaire; le groupe 3 comprend des élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère scolarisés en classe d'aide spécialisée. Les écarts types sont entre parenthèses.

* $p < ,05$ *** $p < ,001$

RÉSULTATS

Le tableau 2 présente les moyennes et les écarts types des résultats sur la polarité et le réalisme du concept de soi. Concernant la polarité et le réalisme du concept de soi, une analyse de variance multivariée à mesures répétées indique aucune différence statistiquement significative intrasujets, et ce, pour les trois dimensions du concept de soi. Par ailleurs, pour la polarité du concept de soi, les résultats indiquent une différence significative entre les groupes pour le concept de soi scolaire ($F_{(2,180)} = 5,54; p < ,01$), pour le concept de soi social ($F_{(2,180)} = 3,67; p < ,05$) et pour le concept de soi physique ($F_{(2,180)} = 4,60; p < ,05$).

Des tests *Post Hoc* de Scheffé indiquent que les élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère scolarisés en classe spéciale possèdent un concept de soi scolaire et social significativement plus positif que les élèves sans déficience en classe ordinaire. D'un autre côté, pour le réalisme du concept de soi, les résultats indiquent une différence significative entre les groupes pour le concept de soi scolaire ($F_{(2,180)} = 34,68; p < ,001$), pour le concept de soi social ($F_{(2,180)} = 24,74; p < ,001$) et pour le concept de soi physique ($F_{(2,180)} = 16,78; p < ,001$). Des tests *Post Hoc* de Scheffé indiquent que les élèves sans déficience en classe ordinaire possèdent un concept de soi scolaire, social et physique significativement plus réaliste que les élèves vivant avec une déficience intellectuelle et ce, peu importe la formule d'intégration scolaire.

Pour sa part, le tableau 3 présente les moyennes et les écarts types des résultats sur les comportements des élèves en classe. Une analyse de variance multivariée à mesures répétées indique aucune différence statistiquement significative intrasujets, et ce, tant pour les trois catégories de comportements adéquats que pour les trois catégories de comportements inadéquats. De plus, les résultats n'indiquent aucune différence statistiquement significative entre les trois groupes, et ce, pour les trois catégories de comportements inadéquats. Par ailleurs, pour les trois catégories de comportements adéquats, les résultats indiquent une différence statistiquement significative entre les groupes pour les comportements d'attention

à la tâche ($F_{(2,178)} = 8,00; p < ,001$), pour les comportements de respect envers l'adulte ($F_{(2,178)} = 7,30; p < ,001$) et pour les comportements de stratégies de résolution de problèmes ($F_{(2,178)} = 27,64; p < ,001$). Des tests *Post Hoc* de Scheffé indiquent que, pour les trois catégories de comportements adéquats, les élèves sans déficience en classe ordinaire présentent une fréquence significativement plus élevée que les élèves vivant avec une déficience intellectuelle et ce, peu importe la formule d'intégration scolaire.

DISCUSSION

Cette étude avait pour objet de décrire les caractéristiques du concept de soi des élèves vivant avec une déficience intellectuelle. Les résultats infirment la première hypothèse stipulant que les élèves vivant avec une déficience intellectuelle ont un concept de soi plus négatif que leurs pairs sans déficience. En effet, les résultats ne révèlent aucune différence significative entre les moyennes du concept de soi des élèves sans déficience et celles de leurs pairs vivant une déficience intellectuelle légère intégrés en classe ordinaire. Par ailleurs, les résultats indiquent que les élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère scolarisés en classe d'aide spécialisée ont un concept de soi scolaire et social plus positif que les élèves sans déficience. Plusieurs études notent des résultats semblables auprès de jeunes élèves qui ont tendance à s'étiqueter de façon généralement positive (et irréaliste) au début de leur scolarisation (Harter, 1986; Cadieux, 1998), mais cette tendance s'estompe vers la troisième année du primaire, soit vers 8 ans. Kozub & Porreta (1999) observent également cette tendance, mais précisent que pour des élèves vivant avec une déficience intellectuelle, l'âge auquel ce changement survient arrive plus tard dans le développement de l'élève.

Cependant, il faut interpréter ces différences avec précaution. En effet, bien que minimales, ces différences ne signifient pas que la scolarisation en classe spéciale puisse être considérée comme un élément causal de l'apprentissage d'un meilleur concept de soi, ni de provoquer un retard au niveau de l'apprentissage du réalisme. En effet, en l'absence de

Tableau 3

**Les moyennes et les écarts types des comportements
selon les groupes et la formule d'intégration scolaire**

Inadéquats					
Déplacements	Ordinaire	3,4(1,9)	3,3(1,8)	3,2(1,8)	
	Déf. intégr.	4,0(2,3)	3,5(1,7)	3,9(2,2)	
	Déf. cl.spéc.	3,9(2,3)	4,4(1,9)	3,9(2,2)	
Activités étrangères	Ordinaire	3,6(1,9)	3,4(2,0)	3,5(2,0)	
	Déf. intégr.	4,9(1,8)	4,1(2,1)	4,4(2,5)	
	Déf. cl.spéc.	4,0(2,1)	3,9(2,4)	4,3(2,2)	
Dérangement des pairs	Ordinaire	3,2(1,9)	3,2(1,9)	3,4(1,9)	
	Déf. intégr.	3,6(2,2)	3,5(2,0)	4,1(2,4)	
	Déf. cl.spéc.	3,8(2,2)	4,0(2,4)	4,1(1,9)	
Adéquats					
Attention à la tâche	Ordinaire	5,5(1,6)	5,8(1,5)	5,8(1,5)	1 > 2, 3*
	Déf. intégr.	4,9(2,0)	4,2(1,7)	4,9(2,2)	
	Déf. cl.spéc.	5,1(1,7)	4,8(2,0)	4,8(1,9)	
Respect envers l'adulte	Ordinaire	5,1(1,5)	5,2(1,7)	5,1(1,8)	1 > 2, 3*
	Déf. intégr.	3,2(1,8)	4,0(1,8)	4,5(1,8)	
	Déf. cl.spéc.	4,2(2,4)	4,5(2,0)	3,9(1,8)	
Stratégies de résolution de problèmes	Ordinaire	4,6(1,7)	4,9(1,8)	5,1(1,9)	1 > 2, 3***
	Déf. intégr.	3,0(2,3)	2,1(1,2)	2,6(1,4)	
	Déf. cl.spéc.	2,7(1,4)	3,4(1,5)	3,0(1,5)	

Note : Le groupe 1 comprend les élèves sans déficience en classe ordinaire; le groupe 2 comprend des élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère et intégrés en classe ordinaire; le groupe 3 comprend des élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère scolarisés en classe d'aide spécialisée. Les écarts types sont entre parenthèses.

* $p < ,05$ *** $p < ,001$

différence de forte ampleur, la variabilité associée à la mesure de même que le faible nombre de participants ne peuvent certifier la généralisation de telles conclusions. Par ailleurs, ces résultats ne suggèrent pas qu'il faille bannir à tout prix les mesures scolaires spéciales traditionnelles. Ces conclusions sont partagées par Manset & Semmel (1997) qui ont procédé à une évaluation comparative des programmes d'enseignement pour élèves en difficulté dans un contexte d'inclusion scolaire. Ces derniers concluent en effet que les programmes élaborés dans un contexte d'inclusion scolaire sont efficaces, mais en aucun temps, ils se sont avérés supérieurs aux mesures d'aide spéciales traditionnelles. De plus, lorsque ces résultats sont analysés en relation avec le réalisme du concept de soi, tous les élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère, qu'ils soient scolarisés à l'intérieur de la classe ordinaire ou non, décrivent leurs compétences scolaires, sociales ou physiques de façon irréaliste, comparativement aux élèves sans déficience qui eux possèdent une vision plus conforme à la perception des autres personnes de leur entourage. Nous rappelons que le réalisme ne signifie pas qu'il faille juger si l'enseignant possède la « vérité » dans ses jugements, mais bien de considérer et d'évaluer l'ampleur de l'écart entre les perceptions de l'élève et de l'enseignant. Comme cet écart provient de la différence de perception entre deux personnes, elle peut s'expliquer par les caractéristiques développementales de l'élève, mais aussi à partir des caractéristiques des enseignants qui posent un jugement au sujet des élèves. En effet, un enseignant qui porte un jugement plutôt normatif envers les élèves vivant avec une déficience intellectuelle aura possiblement une perception plus négative à leur endroit que celle envers les élèves sans déficience. Par ailleurs, pour un même élève, un autre enseignant pourrait avoir une toute autre perception. Cela indique que le réalisme va différer selon les personnes, car le réalisme est déterminé par le degré de correspondance entre le concept de soi de l'élève et le jugement d'autrui, en l'occurrence ici, celui de son enseignant.

Ceci nous amène à poser la question de savoir si le réalisme doit-il interpellier les enseignants face à leur perception ou leur jugement au sujet de l'élève? Pour Stainback, Stainback, East & Sapon-Shevin

(1994) qui ont étudié les caractéristiques d'un milieu scolaire inclusif, l'école doit maximiser les opportunités de développement de l'élève par rapport à lui-même face à ses caractéristiques physiques, sociales, cognitives et émotionnelles de manière à l'amener à développer une perception positive de ses qualités ou de ses forces. Ainsi, l'école inclusive ne doit pas éliminer les différences, mais plutôt valoriser l'individualité de chacun de ses membres. De cette façon, les enseignants ont aussi une prise de conscience à faire dans la reconnaissance des qualités et des forces des élèves vivant avec une déficience intellectuelle de manière à porter un jugement plus positif sur leurs élèves contribuant ainsi à réduire l'aspect irréaliste de leur concept de soi. Dans ce contexte, Fox & Ysseldyke (1997) suggèrent que l'inclusion scolaire a plus de chance d'avoir des impacts positifs sur les élèves lorsqu'elle est perçue comme une responsabilité partagée entre tous les membres de la communauté scolaire, lorsqu'elle implique une acceptation sociale de tous les élèves inclus et lorsque des ressources humaines et matérielles suffisantes sont allouées.

Un autre facteur explicatif peut être relié au fait que le concept de soi est un trait cognitif langagier impliquant une auto-évaluation de ses propres compétences. Ainsi, il est possible que les limites du fonctionnement cognitif des élèves vivant avec une déficience intellectuelle puissent expliquer en partie ces résultats. Ce n'est pas un problème en soi, mais dans l'optique d'offrir à l'élève une formation lui permettant de devenir un citoyen autonome et responsable, il apparaît important d'amener l'élève à développer une certaine conscience de son potentiel tout comme de ses limites.

Ces résultats doivent-ils interpellier les enseignants dans leurs interactions avec les élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère? Théoriquement, la question du réalisme suggère qu'un concept de soi irréaliste chez un individu tend à déclencher des attitudes négatives de la part des autres envers cet individu entraînant des comportements d'évitement. Dans une étude de Lloyd, Wilton & Townsend (2000), des élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère qui participaient à la mise en place d'un programme d'enseignement en classe

inclusive percevaient leur acceptation sociale comme « bonne ». Cependant, les analyses sociométriques ont révélé que les élèves vivant avec une déficience intellectuelle étaient les plus rejetés de leur classe. De plus, leurs comportements étaient orientés vers des activités solos ou des activités étrangères face aux tâches scolaires. Ces résultats peuvent suggérer que lorsqu'une personne a une perception positive irréaliste de ses comportements sociaux, elle peut croire que ces derniers sont adéquats et adaptés aux différentes situations de classe et donc, avoir plus de résistance à vouloir les modifier. Compte tenu de la réaction d'évitement des autres et de la réaction des élèves vivant avec une déficience intellectuelle à adopter des comportements d'isolement, ces derniers se voient dans une forme de cercle qui ne les conduit pas à apprendre des conduites d'interactions sociales positives.

Cependant, la distinction entre les attitudes d'autrui face à un concept de soi positif irréaliste et un concept de soi négatif irréaliste (ou réaliste) n'est pas clairement précisée théoriquement. Comme cette étude n'a pas mesuré les attitudes d'autrui à l'endroit des élèves avec ou sans déficience intellectuelle légère, elle est limitée face à la nature et l'intensité de l'attitude de l'enseignant. Ainsi, jusqu'à un certain point, il est possible que le fait de s'étiqueter de façon positive et irréaliste ne déclenche pas forcément des attitudes négatives de la part des autres. Lorsqu'une personne parle d'elle-même, ses auto-étiquettes vont faire réagir les autres, de façon positive ou négative et d'une intensité variable, s'il y a ou non une correspondance entre ses comportements et ses autodescriptions. Ainsi, un enseignant qui aime travailler avec des élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère, qui apprécie son travail, la compagnie de ses élèves et qui est centré sur le développement optimal de chacun de ses élèves aura certainement des réactions positives à l'endroit de ses élèves, même si les auto-étiquettes de ces derniers sont irréalistes. Par ailleurs, un enseignant n'aimant pas les différences intellectuelles ou qui semble davantage préoccupé par les normes que par l'actualisation du potentiel de chacun de ses élèves aura possiblement des réactions plus négatives face aux élèves n'ayant pas une perception d'eux-mêmes conforme aux siennes. À

titre d'exemple, Bihm, Sigleman & Westbrook (1997) ont noté que la perception des intervenants à l'endroit de l'élève vivant avec une déficience intellectuelle était plus positive lorsque l'élève faisait des progrès ou qu'il répondait favorablement aux enseignements.

Enfin, il faut souligner que les changements apportés avec la venue de la réforme orientent les pratiques pédagogiques et évaluatives vers le développement optimal de chaque individu dans le respect de ses forces et limites. Ces changements interpellent de moins en moins les enseignants à comparer les élèves sur des bases normatives, mais à viser plutôt un enrichissement culturel individualisé. L'étude de Richardson, Kline & Huber (1996) suggère que les habiletés langagières permettant à une personne vivant avec une déficience intellectuelle de se parler elle-même et d'autoréguler ses comportements peuvent être modifiées, entre autres, par l'enrichissement culturel, le développement d'intérêts multiples et la pratique de sports ou de loisirs variés. De plus, avec le phénomène de l'inclusion de plus en plus répandu, l'élève ayant des besoins particuliers se retrouve de moins en moins isolé dans la classe ordinaire et cette situation peut entraîner une plus grande tolérance et une plus grande acceptation de la différence de la part des autres élèves et des enseignants. La classe étant plus hétérogène, il n'existe plus de représentation unique de l'élève « modèle », de l'élève à qui il faut s'identifier ou se comparer vis-à-vis de ses connaissances, de ses habiletés ou de ses attitudes. En effet, le rôle de l'élève ne se définit plus uniquement sur la base de ses apprentissages scolaires, mais également de la socialisation et de la qualification. Entre autres, les attitudes ou les apprentissages de vie en société font partie du développement de tous les élèves et il importe pour les enseignants de favoriser des réussites à tous ces niveaux. Ces réussites sont primordiales pour l'apprentissage d'un concept de soi positif. En effet, chaque élève possède un potentiel et il importe avant tout de le développer au maximum. Bandura (1981) suggère que la perception de sa propre efficacité peut être augmentée par plusieurs facteurs, comme l'amélioration du rendement, de la quantité d'efforts et de réussites dans une tâche qui présente de réels

défis ou dans la qualité et le rythme de travail fournis.

Dans une perspective développementale, les résultats n'indiquent aucun changement du concept de soi au cours des trois années, et ce, peu importe la formule de scolarisation de l'élève. Ici encore, les résultats ne diffèrent pas des recherches antérieures et suggèrent que les variations que l'on peut observer à propos du concept de soi n'ont pas de lien avec le fait d'être scolarisé à l'intérieur d'une classe ordinaire ou spécialisée.

Concernant les comportements inadéquats, les résultats indiquent que ces derniers ne sont pas différents entre les élèves avec ou sans déficience intellectuelle. Ces résultats diffèrent de Brooks *et al.* (1998) qui notent des proportions plus élevées de comportements inadéquats auprès des élèves vivant avec une déficience intellectuelle comparativement à leurs pairs sans déficience. Par ailleurs, étant donné la relation positive entre le concept de soi et les comportements (Cadieux, 1996a), on peut expliquer ces résultats par le fait que le concept de soi de l'ensemble des élèves n'est pas différent lui non plus. De plus, les catégories de comportements inadéquats mesurées dans cette étude étaient limitées. D'autres types de comportements inadéquats pourraient très bien varier entre les élèves avec ou sans déficience. Enfin, il ne faut pas perdre de vue que la taille de l'échantillon étant relativement petite, il faut interpréter ces résultats avec précaution.

D'un autre côté, les comportements adéquats, comme l'attention à la tâche ou les stratégies de résolution de problèmes, sont moins élevés chez les élèves vivant avec une déficience intellectuelle comparativement aux élèves sans déficience. Ces résultats sont conformes aux études antérieures. Cependant, aucune formule d'intégration n'indique de relation positive ou négative avec les comportements. Ainsi, les résultats ne permettent pas de conclure que l'un ou l'autre des milieux de scolarisation soit lié à de meilleurs comportements. Entre autres, ces résultats vont à l'encontre de la croyance populaire selon laquelle les élèves scolarisés à l'intérieur d'une classe spécialisée

apprennent davantage de stratégies ou possèdent davantage de comportements d'attention à la tâche en raison du faible ratio enseignant/élèves comparativement aux élèves scolarisés à l'intérieur des classes ordinaires.

Cette étude comporte des limites au niveau méthodologique, entre autres, par rapport au nombre de sujets et à leur sélection. En effet, le choix des sujets vivant avec une déficience intellectuelle légère s'est effectué à partir du critère administratif utilisé par les écoles, soit les élèves ayant un code 21. Comme les élèves provenaient de sept commissions scolaires différentes, nous ne pouvons certifier que les critères étaient les mêmes pour l'établissement du diagnostic de déficience intellectuelle légère. De plus, les critères selon lesquels les élèves étaient scolarisés en classe spéciale ou à l'intérieur de la classe ordinaire n'étaient pas précisés. Un enseignant nous indiquait que lorsqu'un élève ne fonctionnait pas en classe ordinaire, il était dirigé vers une classe spéciale. Est-ce dire que les élèves scolarisés à l'intérieur des classes spéciales possèdent des caractéristiques affectives ou sociales différentes des élèves scolarisés dans les classes ordinaires? Bien que le cheminement scolaire des 31 élèves vivant avec une déficience intellectuelle n'ait pas été vérifié plus en profondeur, les résultats suggèrent que les caractéristiques affectives ou sociales des élèves vivant avec une déficience intellectuelle légère qui sont intégrés en classe ordinaire ne sont pas différentes de celles des élèves scolarisés à l'intérieur des classes spéciales. Cependant, comme le faisaient remarquer Heiman & Margalit (1998), si la sélection des sujets implique des profils différenciés au départ, cela suggère qu'une comparaison des caractéristiques sociales ou affectives d'élèves vivant avec une déficience intellectuelle intégrés ou non peut comporter une certaine forme de biais dans ce contexte.

Pour ce qui est des élèves avec une déficience intellectuelle, leur âge chronologique était sensiblement plus élevé que le groupe sans déficience et il variait davantage. Ainsi, il est possible que ces différences d'âges entre les élèves avec ou sans déficience intellectuelle aient introduit d'autres biais par rapport à la comparaison entre les groupes.

SELF-CONCEPT AND CLASSROOM BEHAVIORS OF INTELLECTUALLY CHALLENGE PUPILS : A LONGITUDINAL STUDY

This article presents the results of a longitudinal study aiming to describe the classroom behaviors and the self-concept of intellectually challenge pupil. More precisely, it compares the affective characteristic aforesaid between pupils with different intellectual functioning, then it studies the relation between these and the type of class (mainstream and special class). A review of the literature presents the main findings of the research concerning the development of self-concept and classroom behaviors of the pupils in relation with different school special service organisation. The methodology presents the research plan, the participants, the instruments of measure and the procedures. The results indicate that the self-concept and the classroom behaviors stay relatively the same over a three year period no matter the pupil are mainstreamed or in special class. Besides, the results suggest that the intellectually challenge pupils have a self-concept less realistic and a frequency of adequate behaviors less higher than the pupils with normal intellectual functioning. Some explanatory factors of the results and the limits of the study are discussed.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBLE, J.-P. (1985) Images de soi et destins du « très mauvais élève » dirigé vers une classe de perfectionnement. *Psychologie scolaire*, 54, 33-81.
- BANDURA, A. (1981) Self-referent thought : The development of self-efficacy. In : J. H. Flavell et L. D. Ross (Éds), *Development of social cognition : Frontiers and possible futures* (pp. 1-21). New York : Cambridge Press.
- BATTLE, J. & BLOWERS, T. (1982) A longitudinal comparative study of the self-esteem of students in regular and special education classes. *Journal of learning disabilities*, 15, 100-102.
- BEAR, G. G., CLEVER, A. & PROCTOR, W. A. (1991) Self-perception of handicapped children and children with learning disabilities in integrated classes. *The Journal of Special Education*, 24, 409-426.
- BECK, M. A., ROBLEE, K. & HANSON, J. (1982) Special education / regular education: a comparison of self-concept. *Education*, 102, 277-279.
- BIHM, E. M., SIGELMAN, C. K. & WESTBROOK, J. P. (1997) Social implications of behavioral interventions for persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 567-578.
- BLACKBOURN, J. M. (1988) Varying preschool arrangements and self-concepts of educable mentally retarded children in grade 1. *Perceptual and Motor skills*, 66, 1013-1014.
- BOERSMA, F. J., CHAPMAN, J. W. & BATTLE, J. (1979) Academic self-concept change in special education students: some suggestions for interpreting self-concept scores. *The Journal of special education*, 13, 433-442.
- BROOKS, P. H., MCCAULEY, C. M. & MERRILL, E. M. (1988) Cognition and mental retardation. In : F. J. Menolascino & J. A. Stark (Eds), *Preventive and curative intervention in mental retardation* (pp. 295-318). London : P. H. Brooks.
- BUTLER, R. & MARINOV-GLASSMAN, D. (1994) The effects of educational placement and grade level on the self-perceptions of low achievers aid students with learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 27, 325-334.
- CADIEUX, A. (1989) *La relation entre le concept de soi d'enseignants et le concept de soi d'élèves du primaire*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- CADIEUX, A. (1992a) *La relation entre le concept de soi scolaire et les comportements d'approche et d'évitement des tâches scolaires d'élèves de cinquième année*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval, Québec.
- CADIEUX, A. (1992b) Intégration scolaire et concept de soi d'élèves vivant avec une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 3, 3-10.

- CADIEUX, A. (1992c) Modification et qualités métrologiques d'un questionnaire sur les comportements d'approche et d'évitement des tâches scolaires en classe. *Mesure et évaluation en éducation*, 15, 51-61.
- CADIEUX, A. (1995) Concept de soi d'élèves en difficulté d'adaptation scolaire et sociale: validation d'instruments de mesure. Communication présentée au 63^e Congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Chicoutimi, Québec, Canada.
- CADIEUX, A. (1996a) Relationship between self-concept and classroom behavior among learning and nonlearning disabled students in regular classes. *Perceptual and Motor Skills*, 82, 1043-1050.
- CADIEUX, A. (1996b) Psychometric properties of a pictorial self-concept scale among young learning disabled pupils. *Psychology in the schools*, 33, 221-229.
- CADIEUX, A. (1998) Caractéristiques affectives et comportementales d'élèves à risque. *Revue de l'Université de Moncton*, 31, 142-163.
- CALHOUN, G. & ELLIOTT, R. (1977) Self-concept and academic achievement of educable retarded and emotionally disturbed pupils. *Exceptional children*, 43, 379-380.
- CAPARULO, B. & ZIGLER, E. (1985) The effects of mainstreaming on success expectancy and imitation in mildly retarded children. *Peabody Journal of Education*, 60, 85-98.
- CARROLL, A. (1967) The effects of segregated and partially integrated school programs on self-concepts and academic achievement of educable mental retardates. *Exceptional children*, 34, 93-99.
- CARROLL, J. L., DOUGLAS, F. & HUND, J. (1984) Academic self-concept and teachers' perceptions of normal, mentally retarded, and learning disabled elementary students. *Psychology in the schools*, 21, 343-348.
- CARVAJAL, A. L. (1972) Predictions of four criteria of self concept in EMR adolescents. *Exceptional children*, 39, 239.
- CHIU, L.-H. (1990) Self-esteem of gifted, normal, and mild mentally handicapped children. *Psychology in the schools*, 27, 263-268.
- CHOVAN, W. L. & MORRISON, E. R. (1984) Correlates of self-concept among variant children. *Psychological reports*, 54, 536-538.
- COLEMAN, J. M. (1983) Self-concept and the mildly handicapped: the role of social comparisons. *The journal of special education*, 17, 36-45.
- CROMWELL, R. L. (1959) A methodological approach to personality research in mental retardation. *American Journal on Mental Deficiency*, 65, 333-340.
- FOX, N. E. & YSSELDYKE, J. E. (1997) Implementing inclusion at the middle school level: lessons from a negative example. *Exceptional Children*, 64, 81-98.
- GERKE, R. E. (1975) *The effects of mainstreaming on the self-concept and reading achievement of exceptional children at the elementary level*. Thèse de doctorat inédite, Lehigh University.
- GRESHAM, F. M., LANE, K. L., MACMILLAN, D. L., BOCIAN, K. M. & WARD, S. L. (2000) Effects of positive and negative illusory biases: comparisons across social and academic self-concept domains. *Journal of School Psychology*, 38, 151-175.
- HANSFORD, B. C. & HATTIE, J. A. (1982) The relationship between self and achievement / performance measures. *Review of educational research*, 52, 123-142.
- HARTER, S. (1986) Processes underlying the construction, the maintenance, and enhancement of the self-concept in children. In: J. Suls & A. Greenwald (Eds), *Psychological perspectives on the self: Vol. 3*. (pp. 137-181). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- HARTER, S. & PIKE, R. (1983) *The Pictorial scale of Perceived Competence and social acceptance for Young children*. Denver, CO: University of Denver.
- HEIMAN, T. & MARGALIT, M. (1998) Loneliness, depression, and social Skills Among Students with Mental Retardation in Different Educational Settings. *The Journal of Special Education*, 32, 154-163.
- JONES, C. J. (1985) Analysis of self-concepts of handicapped students. *Remedial and special education*, 6, 32-36.
- KAHN, J. V. & GARRISON, M. Jr (1973) Self-concept measurement and placement of adolescent inner-city EMRs. *Training school bulletin*, 70, 80-83.
- KEITH, L. K. & BRACKEN, B. A. (1996) Self-concept instrumentation: a historical and evaluative review. In: B. A. Bracken (Ed.) *Handbook of self-concept: developmental, social, and clinical considerations* (pp. 91-170). New York: Wiley.

- KENDALL, W. S. (1977) *Reading achievement and self-concept of educable retarded boys in three educational settings*. Paper present at the 55th annual International Convention, The Concil for Exceptional Children, Atlanta.
- KOZUB, F. M. & PORRETTA, D. L. (1999) Internal and external attributions for levels of perceived physical competence in children with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 34, 35-42.
- LEDUC, A. (1984) *Recherches sur le b haviorisme paradigmatique ou social*. Brossard : Behaviora.
- LESSA, F. J. (1976) *General self-esteem and school-related self-esteem of boys maintained in segregated and integrated special education placements*. Thèse de doctorat inédite, Rutgers State university.
- LLOYD, C., WILTON, K. & TOWNSEND, M. (2000) Children at high-risk for mild intellectual disability in regular classrooms: six new Zealand case studies. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 35, 44-54.
- LUFTIG, R. L. (1982) Educational placement of the retarded and self-concept functioning implications for education decision makers. *Education*, 103, 49-55.
- MANSET, G. & SEMMEL, M. I. (1997) Are inclusive programs for students with mild disabilities effective? A comparative review of model programs. *The Journal of Special Education*, 31, 155-180.
- MARGALIT, M. (1993) Social Skills and Classroom Behavior Among Adolescents With Mild Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 685-691.
- MICKLEY, J. (1977) *A comparative study of categorical and non-categorical special education classes*. Thèse de doctorat inédite, Lehigh University.
- MYERS, J. K. (1976) The efficacy of the special day school for EMR pupils. *Mental retardation*, 14, 3-11.
- NASH, B. C. & MCQUISTEN, A. (1977) Self-concepts of senior TMR students at a semi-integrated setting. *Mental retardation*, 15, 16-18.
- PARMENTER, T. R., EINFELD, S. L., TONGE, B. J. & DEMPSTER, J. A. (1998) Behavioral and emotional problems in the classroom of children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23, 71-77.
- PIERREHUMBERT, B., ZANONE, F., KAUR-TCHICALOFF, C. & PLANCHEREL, B. (1987) Image de soi  t  chec scolaire. *Bulletin de psychologie*, 41, 333-345.
- PURKEY, W. W. (1970) *Self-concept and school achievement*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- RENICK, M. J. & HARTER, S. (1988) *Manual for the self-perception profile for learning disabled students*. Denver, CO: University of Denver.
- RIBNER, S. (1978) The effects of special class placement on the self-concept of exceptional children. *Journal of learning disabilities*, 11, 319-323.
- RICHARDSON, G. M., KLINE, F. M. & HUBER, T. (1996) Development of self-management in an individual with mental retardation : a qualitative case study. *The Journal of Special Education*, 30, 278-304.
- RICHMOND, B. (1975) Self-concept of the mentally retarded compared to other pupils of similar age. Cleveland, Miss.: Delta State College (Document ERIC No: ED 111-129).
- SCHURR, K. T., TOWNE, R. C. & JOINER, L. M. (1972) Trends in self-concept of ability over 2 years of special-class placement. *Journal of Special Education*, 6, 161-166.
- SCRUGGS, T. E. & MASTROPIERI, M. A. (1983) Self-esteem differences by sex and ethnicity : native american, handicapped native american, and anglo children. *Journal of Instructional Psychology*, 10, 177-180.
- SHAVELSON, R. J., HUBNER, J. J. & STANTON, G. C. (1976) Self-Concept : Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- SILON, E. L. (1980) Perceive competence, motivational orientation, and anxiety in segregated and mainstreamed educable mentally retarded children. Thèse de doctorat inédite, University of Denver.
- SILON, E. L. & HARTER, S. (1985) Assessment of perceived competence, motivational orientation, and anxiety in segregated and mainstreamed educable mentally retarded children. *Journal of educational psychology*, 77, 217-230.
- STAATS, A. W. (1975) *Social behaviorism*. Homewood, IL: Dorsey Press.

- STAATS, A. W. (1996) *Behavior and personality. Psychological Behaviorism*. New York : Springer Publishing Company.
- STAGER, S. F., CHASSIN, L. & YOUNG, R. D. (1983) Determinants of self-esteem among labeled adolescents. *Social psychology quaterly*, 46, 3-10.
- STAINBACK, S., STAINBACK, W., EAST, K. & SAPON-SHEVIN, M. (1994) A commentary on inclusion and the development of a positive self-identity by people with disabilities. *Exceptional Children*, 60, 486-490.
- WALLACE, T., ANDERSON, A. R., BARTHOLOMAY, T. & HUPP, S. (2002) An ecobehavioral examination of high school classrooms that include students with disabilities. *Exceptional children*, 68, 345-359.

APPLICATIONS DU PRINCIPE DE PREMACK PAR LES PARENTS D'UN ENFANT AUTISTE

Robert Leclerc et Colleen Thurston

Le but de cette étude était d'évaluer, à partir d'un plan de recherche à cas unique, l'efficacité de contingences de renforcement et de punition découlant du Principe de Premack. Dans l'intervention 1, un jeune garçon autiste qui au début refusait de se vêtir à la maison, le fit quoique graduellement lorsque l'accès à des comportements de haute probabilité (CHP), comme des privilèges, devint contingent au comportement de faible probabilité (CFP) d'enfiler un vêtement. Dans l'intervention 2, cet enfant qui au début urinait (CHP) avec ou sans selle par terre, cessa rapidement de le faire lorsque ce CHP était suivi du CFP d'enfiler un pantalon molletonné. Les implications théoriques et pratiques de cette étude sont discutées.

INTRODUCTION

Le Principe de Premack (Premack, 1965) stipule que, dans une situation où il est possible de faire l'une ou l'autre de deux réponses ou activités à un temps donné, celle dont l'apparition est la plus probable pourra renforcer, donc augmenter, l'autre réponse moins probable, mais non l'inverse. Au plan conceptuel, le Principe de Premack a contribué au développement de la définition même du renforçateur jusque là dominée par l'analyse des caractéristiques des stimuli, en y incluant celle de l'analyse des comportements selon leur niveau de probabilités momentanées. Les prédictions faites à partir du Principe de Premack ont été confirmées à la fois dans le contexte d'études expérimentales (Burkhard, Rachlin & Schrader, 1978; Premack, 1962, 1965, 1971; voir Dunham, 1977, pour une

évaluation critique des études expérimentales) et dans le contexte d'études appliquées et cliniques (voir Danaher, 1974, pour une évaluation critique au plan théorique et au plan des études en milieux scolaires et cliniques).

De plus, Premack (1971) a précisé que la notion de probabilité d'une réponse était directement reliée à la notion de la valeur de cette réponse par rapport à celle des autres réponses à un temps spécifique, et que l'organisme montrait une préférence. De fait, Danaher (1974) a noté que, dans les études en milieu scolaire, les préférences d'activités des enfants pour telle ou telle activité pouvaient servir à identifier les réponses ayant une probabilité élevée, et que, dans les études en milieu clinique, les réponses émises fréquemment, par exemple au cours d'une même journée, étaient considérées comme des réponses ayant une probabilité élevée. Dans le contexte d'études plus récentes, on retrouve une équivalence entre la notion de probabilité d'une réponse et celle de sa fréquence spontanée (Charlop, Kurtz & Casey, 1990; Hanley, Iwata, Thompson & Lindberg, 2000), ou encore une équivalence entre le niveau de probabilité d'une réponse et le niveau de préférence pour cette même réponse (Amari, Grace & Fisher, 1995).

Robert Leclerc, Ph.D., École de psychologie, Université d'Ottawa, 145, rue Jean-Jacques Lussier, Ottawa (Ontario), Canada, K1N 6N5, courriel : rleclerc@uottawa.ca; Colleen Thurston, Enfants en Péri, 235, rue Donald, Ottawa (Ontario).

Nous remercions les parents du participant de cette étude pour leur excellente collaboration.

Par exemple, dans une étude faite auprès d'enfants autistes, Charlop *et al.* (1990) ont démontré que l'accès à des comportements aberrants de haute probabilité pouvait non seulement agir comme renforçateurs mais aussi que leur action en tant que renforçateur était plus efficace que celle de la nourriture. Dans cette étude, les comportements aberrants de haute probabilité étaient des comportements ayant une fréquence spontanée élevée et qui appartenaient à l'une de trois catégories, à savoir soit les comportements stéréotypés (ex. : des mouvements répétés et automatiques des mains), soit l'écholalie avec délai (ex. : la répétition de mots ou contenu verbal non pertinent au contexte), soit les comportements persévérants (ex. : la manipulation répétée d'un même objet). Ainsi, l'étude de Charlop *et al.* (1990) a permis de mettre en évidence le fait que des comportements de prime abord jugés indésirables pouvaient agir en tant que renforçateurs auprès de comportements désirables, en autant que les premiers soient plus probables que les seconds et, bien sûr, en autant que le fait de permettre l'émission de tels comportements indésirables ne suscite pas de préoccupations d'ordre déontologique.

Il faut quand même préciser que les comportements aberrants décrits dans l'étude de Charlop *et al.* (1990) ne constituent qu'une seule des sources de comportements ayant une fréquence élevée. Selon le Principe de Premack, *tout* comportement préféré à d'autres qui seraient disponibles au même moment, peut agir comme renforçateur auprès de comportements non préférés, tant chez les enfants autistes que dans la population en général. Toutefois, la vérification expérimentale de cette prédiction n'a pas été faite auprès d'enfants autistes.

Le Principe de Premack ne se limite pas aux contingences de renforcement en ce sens qu'il s'applique aussi aux contingences de punition (Premack, 1971). Selon Premack (1971), un comportement de haute probabilité (à savoir, préféré ou de valeur élevée) deviendra moins fréquent si son émission amène l'accès, même forcé, à un comportement de faible probabilité (donc, non préféré ou de faible valeur). Le volet « punition » du Principe de Premack a aussi été confirmé expérimentalement chez le rat de laboratoire

(Premack, 1971) et auprès de jeunes enfants ne présentant pas de troubles de comportement (Burkhard *et al.*, 1978). Toutefois, il est surprenant de constater l'absence d'études sur les applications cliniques des contingences de punition découlant du Principe de Premack, du moins à en juger à partir des recensements récents sur la punition auprès d'individus de populations cliniques ayant des troubles de comportement (Crosbie, 1998; Lerman & Vorndran, 2002), et même à partir d'un recensement des écrits couvrant la période entre 1967 et 1987 (Matson & Taras, 1989).

Etant donné que la notion même de la punition est typiquement associée à la présentation d'un stimulus plus ou moins aversif (Harris & Handleman, 1990), peut-être n'est-il pas surprenant de constater que l'étude des contingences punitives de comportements, suggérées par Premack, aient été omises. Toutefois, il serait important d'étudier les contingences punitives dérivées du Principe de Premack, parce qu'elles constituent une source potentielle de stratégies punitives non aversives qui sont clairement préférées aux interventions punitives impliquant un stimulus aversif (Mace & Shea, 1990). De plus, la démonstration de nouvelles applications du Principe de Premack auprès de populations cliniques, ne pourrait que contribuer aux efforts actuels du développement d'une technologie comportementale non seulement efficace, mais aussi facilement accessible et répondant aux besoins des consommateurs (Bailey, 1991).

La présente étude visait à montrer l'application du Principe de Premack, à la fois au niveau des contingences de renforcement et au niveau des contingences de punition. Dans la première intervention, un comportement de faible probabilité, à savoir enfiler un vêtement, était suivi du comportement de haute probabilité correspondant au comportement préféré de l'enfant et identifié à partir de ses demandes spontanées du moment (par exemple, monter sur les épaules de son père ou boire un second verre de jus). Dans la deuxième intervention, un comportement de haute probabilité, à savoir uriner avec ou sans selle sur le tapis, était suivi du comportement de faible probabilité qui correspondait au comportement non préféré de

mettre un pantalon molletonné et de le porter pendant quelques minutes. De plus, le fait que l'intervention a été faite par les parents d'un jeune enfant dans leur milieu familial visait à démontrer la valeur pratique de l'intervention.

INTERVENTION 1 : CONTINGENCE DE RENFORCEMENT

Le but de cette première intervention était de faire en sorte que le participant puisse quotidiennement se vêtir de lui-même et rester complètement vêtu à la maison, à partir du lever le matin, habituellement à 5 h 30, jusqu'au moment du bain, habituellement à 18 h 45.

Méthode

Participant

Le participant de l'étude est un jeune enfant de 4 ans ayant reçu le diagnostic d'autisme à l'âge de 3 ans. Au moment de l'intervention, il avait plusieurs déficits au plan des comportements adaptatifs (ex. : communication et socialisation), était généralement agité, et pouvait faire des crises de colère, même intenses, face aux refus. À cause de ces problèmes, il avait été référé à l'agence « Enfants en Péril » de la région d'Ottawa-Carleton et la présente étude a été faite dans le cadre des services à domicile de cette agence visant à répondre aux besoins éducatifs et rééducatifs des enfants autistes, spécifiquement en travaillant avec les parents.

Procédure

Problème de comportement – Habituellement, dès son lever, l'enfant refusait de s'habiller et restait nu jusqu'au coucher. Par contre, au coucher, il portait volontiers un pyjama et le gardait toute la nuit pour l'enlever aussitôt sorti de son lit le matin. De plus, se dévêtir et rester nu n'apparaissaient que lorsqu'il était chez lui, donc jamais à l'extérieur, chez les voisins ou à la garderie. De fait, il acceptait toujours de se vêtir pour sortir du domicile mais se déshabillait complètement aussitôt entré chez lui. Au

début de cette étude, ce problème existait déjà depuis quelques mois.

Les tentatives antérieures, comme l'utilisation de la nourriture ou de l'approbation sociale en tant que conséquences pour s'habiller et garder au moins une partie de ses vêtements, avaient échoué. De plus, le projet d'intervention consistant à forcer l'enfant à s'habiller avait été abandonné, car, selon les informations recueillies auprès des parents, cette intervention aurait été une source probable de renforcement pour l'enfant qui recherchait généralement auprès de ses parents les situations de jeux avec des contacts physiques.

Il est aussi intéressant de noter que le comportement de se dévêtir serait apparu pour la première fois dans le contexte de l'entraînement à la toilette : lorsqu'invité à baisser son pantalon avant de s'asseoir sur le pot de bébé, l'enfant se serait complètement déshabillé et, par la suite, aurait répété ce comportement de lui-même. Par la suite, le fait de se dévêtir se serait généralisé à tous les autres endroits de la maison et l'enfant refusait obstinément de remettre ses vêtements.

Observation du comportement et mesure

Les sessions ont eu lieu au domicile du participant et ses parents agissaient comme intervenants principaux sous la supervision immédiate de l'intervenante dans le milieu (le deuxième auteur). Quotidiennement, d'une part, les parents estimaient le temps total maximum que l'enfant aurait pu passer complètement vêtu, en soustrayant l'heure du réveil de l'heure du bain, et aussi en soustrayant le temps que l'enfant avait passé à l'extérieur du milieu familial. D'autre part, à l'aide d'un chrono, ils calculaient le temps total *réel* passé à être complètement vêtu, qui correspondait au port d'un sous-vêtement, d'un bas dans chaque pied, d'un pantalon (court ou long) et d'un gilet (t-shirt) : le port de ces cinq vêtements correspondait donc à la définition « d'être complètement vêtu ».

Techniquement, ce n'était qu'à partir du moment où l'enfant avait terminé d'enfiler le dernier vêtement,

que le chrono était mis en marche. La marche du chrono était interrompue lorsque l'enfant enlevait de lui-même un de ces items vestimentaires et ce n'est qu'après avoir remis le ou les items enlevés que le chrono était remis en marche. Au moment du bain, les parents prenaient une lecture du chrono qui indiquait le temps total passé à être complètement vêtu pour la journée. Chaque donnée quotidienne fut ensuite transformée en pourcentage, d'abord, en divisant le temps total réel passé à être vêtu par le temps total estimé que l'enfant aurait pu passer complètement vêtu et, ensuite, en multipliant le quotient par 100.

Plan expérimental

Étape 1 – Niveau de base

Pendant une première période de 25 jours, les parents incitaient leur enfant à s'habiller le matin au lever mais ne l'obligeaient pas à le faire si celui-ci refusait. Ils répétaient régulièrement leur consigne verbale au cours de la journée, mais sans forcer l'enfant à la suivre.

Étape 2 – Intervention

Au réveil, les parents donnaient à leur enfant la consigne verbale de se vêtir, mais ils ne l'obligeaient pas à le faire s'il refusait. Tout au cours de la journée, lorsque l'enfant demandait de lui-même à faire l'une ou l'autre de ses activités préférées (ex. : grimper sur les épaules de papa; sauter sur le lit de ses parents; visionner un vidéo; boire un deuxième verre de jus), ses parents lui donnaient la consigne qu'il devait d'abord mettre sa petite culotte pour y avoir accès. Si l'enfant refusait, il n'avait pas accès à l'activité demandée. S'il acceptait de le faire, l'enfant avait accès immédiatement à l'activité demandée. Les parents procédaient de la même façon à chacune des demandes subséquentes de l'enfant, ses parents répétaient la même démarche, et donc exigeaient que celui-ci enfle d'abord un autre vêtement dans l'ordre suivant : un premier bas et ensuite le deuxième bas, puis le pantalon, et finalement un gilet.

D'une part, lorsque leur enfant était complètement dévêtu, les parents limitaient leurs interactions verbales ou non verbales avec leur enfant. D'autre part, lorsque l'enfant était au moins partiellement vêtu, les parents le récompensaient verbalement régulièrement pour conserver ses vêtements, donc pour ne pas les enlever. Toutefois, si leur enfant enlevait de lui-même un vêtement qu'il portait déjà, la réaction des parents était différente selon que ce dernier était ou non en train de faire une activité préférée. Si leur enfant n'était pas en train de faire une activité préférée, les parents ne réagissaient pas, mais le vêtement enlevé faisait l'objet de l'exigence des parents lors de la prochaine demande d'activité de leur enfant. Si une activité préférée était en cours, cette dernière était immédiatement interrompue et les parents de l'enfant lui donnaient alors la consigne de remettre le vêtement de façon à pouvoir continuer l'activité : Si l'enfant acceptait, l'activité se continuait, mais s'il refusait, aucune autre demande de remettre le vêtement enlevé ne lui était faite et l'activité était terminée.

Le critère de réussite était de 30 jours consécutifs d'observation au cours desquels l'enfant devait être complètement vêtu du lever le matin jusqu'au moment du bain du soir.

Étape 3 – Maintien

Des observations additionnelles ont été prises par les parents au cours des 25 jours qui ont suivi l'obtention du critère de réussite. Au cours de cette période de temps, les contingences de l'étape précédente (intervention) étaient en place mais il n'a pas été nécessaire de les utiliser. Le renforcement de l'absence du comportement d'enlever ses vêtements a été éliminée graduellement et complètement.

Indices de fidélité des observations

Lors de la visite hebdomadaire de l'intervenante (période de 1,5 heure par visite), celle-ci prenait note du temps que l'enfant passait complètement vêtu de façon indépendante du parent présent. Les durées totales étaient alors comparées en produisant le rapport suivant : la plus courte durée sur la plus longue et le résultat était alors multiplié par 100.

Les indices de fidélité ainsi calculés variaient entre 95 et 100 %. Les données qui ont servi à calculer les indices de fidélité ont été celles de 20 des 140 jours d'observations de l'Étape 2, ou 14,2 % du nombre total des périodes d'observation.

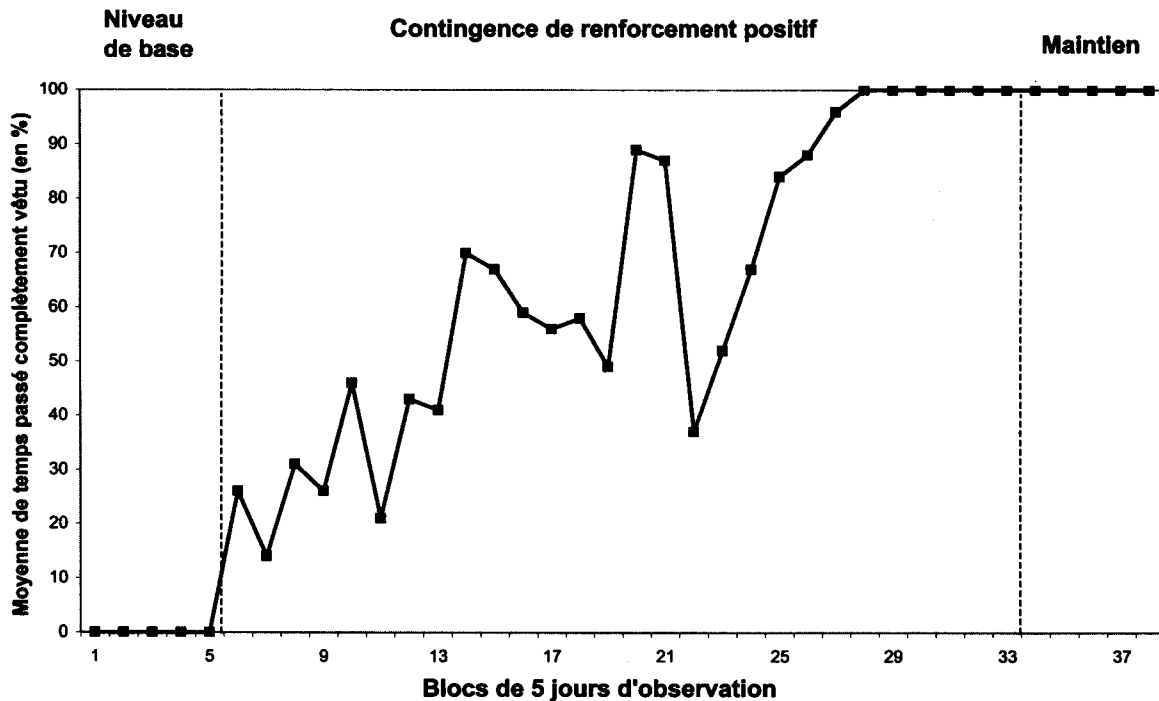
Résultats et discussion

Les résultats sont présentés à la figure 1, qui montre le pourcentage moyen de temps passé à être complètement vêtu par blocs de 3 jours d'observation pour chacune des étapes de cette étude. Ils montrent d'abord que, pendant toute la période du niveau de base (à savoir, l'Étape 1), l'enfant ne passait aucune période de temps

complètement vêtu, et il refusait donc de suivre la consigne de s'habiller qui lui était faite le matin au réveil. Ensuite, dès l'introduction de l'intervention à l'Étape 2, il y a eu une augmentation immédiate du temps passé à être complètement vêtu, comparativement aux données du niveau de base. De plus, tout au cours de l'intervention, le temps passé à être complètement vêtu augmentait progressivement, bien que lentement. De fait, le critère de réussite n'a été atteint qu'après 5 mois d'intervention environ. Finalement, les données recueillies après l'atteinte du critère de réussite à l'Étape 3, montrent que le changement de comportement s'est maintenu 15 jours au-delà de ce critère.

Figure 1

Graphique représentant la moyenne de temps passé complètement vêtu, exprimée en pourcentages, pendant les blocs de 5 jours d'observation à l'intérieur de chacune des 3 Étapes de l'Intervention 1, à savoir le niveau de base, la contingence de renforcement positif et le maintien



Malgré le succès de la présente démarche, les résultats montrent que cet enfant n'abandonne que très graduellement son habitude ou routine de ne porter aucun vêtement à la maison. Comment expliquer cette lenteur du changement de comportement? D'abord, il est possible que, tout au cours de l'intervention, soit le comportement de refuser de se vêtir soit le comportement de se dévêtir ou les deux aient été maintenus par des sources de renforcement non contrôlées, mais celles-ci demeurent non identifiées. De fait, la forte persistance du refus de se vêtir et celle de se dévêtir chez cet enfant autiste n'est pas s'en rappeler la forte résistance au changement de routine souvent associée à l'autisme même (voir Howlin, 1998, pour une discussion des comportements stéréotypés et invariables).

Ensuite, étant donné que, dans la présente procédure, l'identification d'un comportement de haute probabilité était faite à partir de la demande spontanée d'un privilège chez l'enfant, la fréquence d'exposition à la contingence de renforcement était dépendante de la fréquence des demandes de l'enfant; or, celle-ci pouvait varier d'une journée à l'autre. Cette variabilité aurait pu contribuer à produire un nombre variable d'opportunités d'exposition aux contingences de renforcement. Malheureusement, les données sur le nombre de demandes de privilège par jour n'ont pas été recueillies, et il n'a donc pas été possible de mesurer la corrélation entre le nombre de demandes de l'enfant et le temps passé à être vêtu sur une base quotidienne.

Dans une étude subséquente, il serait possible d'accélérer le développement du comportement cible, en créant des situations comportant de nouvelles contingences de renforcement. Par exemple, il serait possible, à plusieurs périodes au cours d'une même journée, de déterminer l'activité préférée du moment, en exposant l'enfant à un certain nombre d'activités pendant une période de 5 minutes et en calculant le temps passé à faire chacune de ces activités : l'activité avec le temps le plus élevé pourrait être présentée à nouveau avec la condition préalable de faire un comportement de faible probabilité, comme celui de la présente étude, à savoir enfiler un vêtement. Il serait aussi possible d'évaluer l'efficacité du comportement renforçateur

« spontané », déterminé par les préférences exprimées par le participant (comme dans la présente procédure), *versus* celle du comportement renforçateur « évalué », déterminé par la valeur relative des comportements (comme dans la procédure décrite plus haut).

La présente stratégie peut être désignée sous le nom de « barrage du renforçateur », puisque la demande d'accès à un comportement préféré n'est acceptée que suite à la performance d'un comportement de faible probabilité. Au plan pratique et au plan théorique, il serait intéressant de comparer l'efficacité de la stratégie de « barrage du renforçateur » à celle d'autres stratégies visant à faciliter l'exécution d'une consigne comme celle du « momentum behavioral » (Ducharme & Worling, 1994), qui consiste à donner plusieurs consignes portant sur la performance de comportements de probabilités élevées, immédiatement avant de donner une consigne qui habituellement n'était pas suivie.

INTERVENTION 2 : CONTINGENCE DE PUNITION

Le but de cette deuxième intervention était de faire en sorte que le participant puisse cesser complètement d'uriner avec ou sans selle sur le tapis devant la chambre de ses parents. La contingence punitive fut introduite 30 jours après le début de l'introduction des contingences de renforcement telles que décrites plus haut (voir Intervention 1).

Méthode

Participant

Le participant de l'étude était le même qu'à l'Intervention 1 décrite plus haut.

Procédure

Problème de comportement – Le lendemain du début de l'Intervention 1, le problème suivant est apparu : régulièrement, l'enfant urinait sans faire de selles ou urinait avec selles sur le tapis à l'entrée de la chambre à coucher de ses parents, malgré le fait

que la routine de faire ses selles et d'uriner dans le bol de toilette avait été bien apprise. Les informations recueillies auprès des parents en vue d'identifier la fonction probable de ce comportement suggéraient que celui-ci eut été maintenu par la réaction immédiate d'attention des parents; toutefois, les parents jugeaient qu'ils ne pouvaient pas simplement ignorer ce comportement.

Observation du comportement et mesure – Les parents notaient séparément chaque apparition de l'une et l'autre composante du comportement cible, à savoir uriner avec selles ou uriner sans selle. Pour les besoins de représentation graphique des résultats, les deux composantes du comportement cible furent combinées et les résultats furent présentés en termes de la présence ou l'absence du comportement cible par jour d'observation.

Plan expérimental

Étape 1 – Niveau de base

Au cours des 30 jours du niveau de base, les parents prenaient note du comportement cible tel que décrit plus haut. Lorsque le comportement se produisait, la réaction des parents était la suivante. Ils disaient d'une voix ferme, « Pas de selle (ou d'urine) par terre », et amenaient l'enfant à la salle de bain pour le laver. Ils limitaient alors leurs contacts verbaux et visuels avec l'enfant. Lorsque l'enfant urinait ou faisait une selle dans la cuvette, l'enfant recevait de ses parents des félicitations, une caresse et, de façon intermittente, une bouchée d'un aliment préféré.

Étape 2 – Contingence de punition

À la deuxième étape de la présente démarche, la réaction des parents suite au comportement cible était la même que celle décrite à l'étape précédente et incluait l'ajout suivant : l'enfant devait faire un comportement de faible probabilité, qui était de mettre et porter un pantalon molletonné (« jogging pants »), ce qui correspondait à un comportement non préféré chez lui. De façon à s'assurer que l'enfant n'enlève pas le pantalon de lui-même, celui-ci était enfilé le devant derrière et serré à la taille.

La durée du port du pantalon était de 3 minutes. Si l'enfant réussissait à l'enlever, ses parents le lui mettaient à nouveau pour une nouvelle période de 3 minutes. Pendant la période de 3 minutes, l'enfant était libre de ses actions et les comportements de l'enfant ne recevaient pas d'attention.

Dans le cas où les parents devaient intervenir pour des raisons de sécurité, leurs interactions étaient alors de courte durée et se limitaient à diriger l'enfant vers des activités alternatives appropriées, sans lui parler. Après la période de 3 minutes, ses parents lui enlevaient le pantalon. Il est à noter que le même pantalon molletonné fut utilisé tout au cours de cette intervention et il n'était porté par l'enfant que dans le seul contexte de l'intervention. De plus, comme à l'Étape 1, l'enfant avait droit à des récompenses suite au comportement d'uriner ou de faire une selle dans la cuvette. Le critère de réussite était de 30 jours consécutifs d'observation sans apparition du comportement cible indésirable.

Étape 3 – Maintien

Des observations quotidiennes additionnelles ont été prises par les parents au cours des 4 mois qui ont suivi l'élimination du comportement cible. Les mêmes contingences de renforcement que celles du niveau de base et de l'intervention furent d'abord maintenues et ensuite estompées graduellement en l'absence de la contingence punitive.

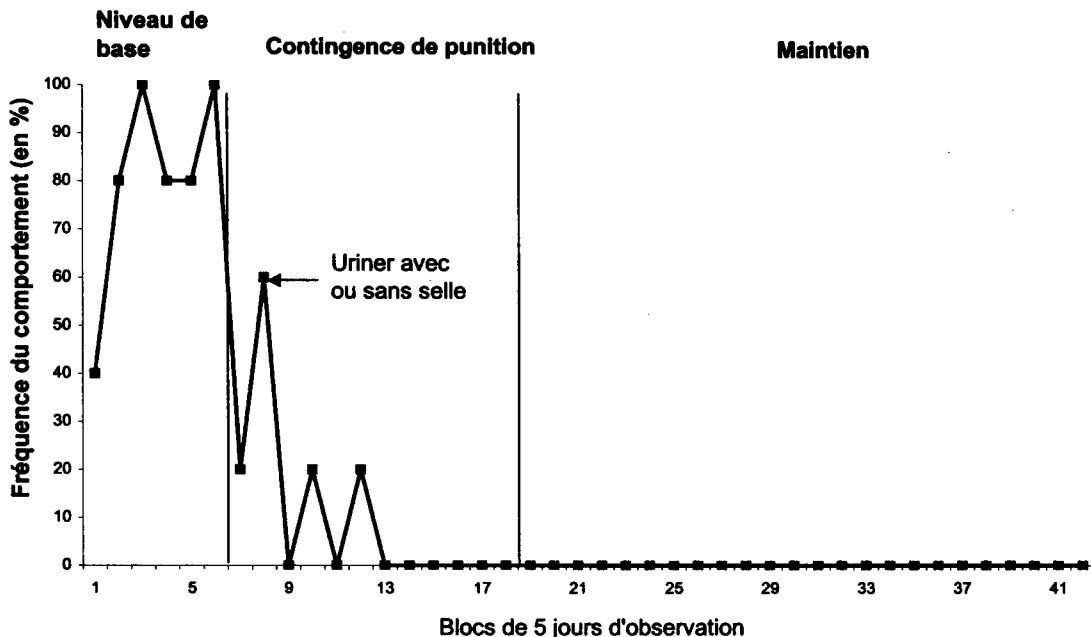
Résultats et discussion

La figure 2 décrit, pour chacune des étapes de l'Intervention 2, le nombre de jours avec au moins une observation du comportement d'uriner avec ou sans selle. Les données sont présentées par bloc de 5 jours et sont exprimées en pourcentage. Les pourcentages ont été calculés en divisant par 5 le nombre total de jours avec au moins une observation du comportement cible, et en multipliant ce quotient par 100.

À l'Étape 1, les résultats de l'ensemble des 6 blocs de 5 jours d'observation montrent une fréquence élevée du comportement cible, particulièrement au

Figure 2

Graphique représentant la fréquence du comportement, exprimée en pourcentages, pendant les blocs de 5 jours d'observation à l'intérieur de chacune des 3 Étapes de l'Intervention 2, à savoir le niveau de base, la contingence de punition et le maintien



cours des 5 blocs précédant l'intervention; de fait, à l'intérieur de chacun de ces 5 blocs, le comportement cible apparaissait soit à chaque jour (donc, un score de 100 %), soit 4 jours sur 5 (donc, un score de 80 %). Une analyse des résultats portant sur chacune des deux composantes du comportement cible prises séparément révèle deux particularités à ces données. D'abord, au cours des 2 premiers blocs, seule la composante « uriner sans selle » a été observée, tandis qu'au cours des 4 blocs suivants, le nombre de jours avec la composante « uriner avec selles » était de 3 à 4 fois supérieur au nombre de jours avec la composante « uriner sans selle ». Un tel changement dans la topographie du comportement cible fut perçue par les parents comme une augmentation de l'intensité du problème de comportement. Quoiqu'il en soit, ces données démontrent que la topographie

du comportement cible a changé, passant de la composante « uriner sans selle » à celle « d'uriner avec selles », et que cette même topographie s'est maintenue au cours des 20 jours qui ont précédé l'intervention.

De plus, une analyse détaillée de la fréquence exacte de chacune des composantes du comportement cible révèle « uriner sans selle » à l'intérieur d'une même journée variait entre 1 et 6, les fréquences les plus élevées (à savoir 3, 5 et 6) étant confinées aux 3 premiers blocs. D'autre part, lorsque la composante « uriner avec selles » était observée, sa fréquence à l'intérieur d'une même journée était généralement d'une seule apparition et, à deux occasions seulement, de deux apparitions. Ces observations montrent une diminution de la fréquence réelle de la

composante « uriner sans selle » au profit d'une augmentation de la présence (mais non de la fréquence) de la composante « uriner avec selles ».

À l'Étape 2, les résultats montrent que, dès l'introduction de la contingence punitive, il y a eu une diminution immédiate et marquée du nombre de jours à l'intérieur desquels le comportement cible a été observé, comme l'indique la comparaison entre le résultat de 100 % du dernier bloc d'observations du niveau de base et le résultat de 20 % du premier bloc d'observations de l'intervention. Globalement, les données subséquentes montrent une élimination rapide du comportement cible.

Une analyse des résultats portant sur chacune des deux composantes du comportement cible prises séparément révèle que seule la composante « uriner avec selles » a été observée aux blocs 7, 8 et 10 : cette observation montre que la topographie du comportement cible au début d'intervention est demeurée la même que celle observée au cours des jours avant l'intervention. De fait, la composante « uriner sans selle » n'a été observée qu'une seule fois au bloc 12, ce qui correspondait à la dernière observation du comportement cible. Il semble donc que l'ordre d'élimination des composantes du comportement cible ait été à l'inverse de leur ordre d'apparition : toutefois, la généralité de cet énoncé pour ce type de comportement reste à être démontrée.

À l'Étape 3, les résultats montrent que le comportement cible n'est pas apparu au cours des 4 mois qui ont suivi le critère de 30 jours consécutifs sans l'observation du comportement cible.

Dans cette étude, la conséquence punitive de l'intervention consistait à faire produire, même de force, le comportement d'enfiler un pantalon molletonné. Cette intervention punitive se voulait non aversive, en ce sens qu'elle n'incluait pas la présentation d'un stimulus aversif, comme du jus de citron (Sajwaj, Libet & Agras, 1974) ou, dans des cas extrêmes, un choc électrique (Tate & Baroff, 1966), ou la présentation d'une condition aversive, comme l'exercice forcé (Luce, Delquadri & Hall, 1980) ou la sur-correction (Foxx & Azrin, 1972). Toutefois, le fait

de forcer l'enfant à mettre un vêtement qu'il refuse de mettre et de l'obliger à le porter même pour une courte période (ici, 3 minutes) pourrait être considéré comme une condition aversive au même titre que l'exercice forcé (Luce *et al.*, 1980) ou même la contention physique brève (Dorsey, Iwata, Reid & Davis, 1982). Une autre étude pourrait tenter d'évaluer de façon indépendante le niveau aversif d'un comportement de faible probabilité qui aurait agi comme l'événement-conséquence dans une contingence de punition; les résultats d'une telle étude seraient importants autant au plan théorique qu'au plan déontologique.

De plus, il est intéressant de noter que le comportement cible indésirable est apparu dans le contexte du début de l'Intervention 1: puisque celui-ci comportait la contrainte de devoir d'abord faire un comportement de faible probabilité avant l'obtention d'un privilège, il est possible que le « barrage du renforçateur » puisse avoir agi comme une opération d'établissement (Michael, 1993) pour le comportement d'uriner ou faire une selle par terre. Cette possibilité n'a pas été vérifiée directement, mais si elle était confirmée, cela signifierait que la stratégie du « barrage du renforçateur » pourrait avoir l'effet de faciliter l'apparition d'un comportement indésirable, et une mise en garde d'une telle conséquence serait nécessaire.

Il est quand même intéressant de noter que, dans la présente étude, le comportement cible indésirable ait été complètement éliminé après un nombre minime d'applications de la contingence punitive, à savoir 8 fois au total. De plus, l'absence de ce comportement a été maintenue plusieurs mois après l'atteinte d'un critère relativement sévère de réussite : un tel maintien des effets bénéfiques de la présente procédure punitive est exceptionnel, étant donné le problème du manque d'effet de suppression durable produit par la très grande majorité des procédures de punition (voir Lerman & Vorndran, 2002, pour une discussion de ce problème).

CONCLUSION

Le but premier de la présente étude, qui était de

mettre en évidence l'application des notions de renforcement et de punition telles que proposées par Premack (1965, 1971), a été atteint. D'une part, la procédure de renforcement, désignée ici sous le nom de « barrage du renforçateur » (Intervention 1), correspondait à une contingence entre le comportement cible désirable de se vêtir et l'accès par l'enfant au comportement préféré du moment. D'autre part, la procédure de punition (Intervention 2) consistait en une contingence entre le comportement cible indésirable d'uriner avec ou sans selle (sur le tapis) et le comportement non préféré de l'enfant, à savoir enfiler et porter un pantalon molletonné. Dans les deux interventions, les résultats montrent des changements de comportement qui vont dans le sens prédit par la nature des contingences soit de renforcement soit de punition découlant du Principe de Premack.

Le second objectif de la présente étude, qui était de démontrer l'aspect pratique des interventions, a aussi été atteint. Par exemple, les démarches d'observation et d'intervention ont pu être intégrées dans le quotidien des parents, ce qui a déjà été reconnu comme un facteur important associé au succès des interventions (Koegel, Koegel, Kellegrew & Mullen, 1996). De plus, le fait que la source des conséquences de renforcement et de punition fut le répertoire comportemental de l'enfant, a facilité le travail d'identification de conséquences pertinentes pour les comportements de l'enfant.

La présente étude comporte un certain nombre de limites. D'abord, l'étude ne compte qu'un participant, ce qui limite la généralisation des résultats. Ensuite, au plan méthodologique, il faut souligner que le schéma expérimental à sujet unique du type AB (où A correspond au niveau opérant, et B à l'intervention) a été utilisé dans l'une et l'autre des interventions de la présente étude clinique. Or, le schéma AB ne permet pas d'établir de façon convaincante le lien de causalité entre l'intervention et les changements de comportement observés, en raison de la possibilité que d'autres facteurs non contrôlés auraient pu avoir un effet sur le

comportement mesuré (Kazdin, 1982). Toutefois, il est intéressant de noter que, pour chacune des interventions, les performances au niveau de base étaient stables et ainsi permettaient de prédire le niveau de performance dans le futur immédiat, si l'intervention n'avait pas été faite. De plus, les changements de comportement qui ont été produits par l'une et l'autre des interventions étaient très marqués et durables, comme le démontrent les données des Étapes 3 (ou Maintien) échelonnées sur plusieurs jours (Intervention 1) et même plusieurs mois (Intervention 2).

De plus, il n'y pas eu d'analyse fonctionnelle détaillée du comportement uriner avec ou sans selle, avant l'élaboration d'une stratégie d'intervention, comme cela est maintenant généralement suggéré (Carr, Levin, McConnachie, Carlson, Kemp & Smith, 2002). Par exemple, les résultats d'une analyse fonctionnelle auraient pu permettre d'identifier la source de renforcement responsable du maintien du comportement cible indésirable, et par la suite l'intervention aurait consisté à enseigner à l'enfant un comportement cible alternatif désirable ayant la même fonction que le comportement indésirable. Ainsi, il aurait peut-être été possible d'éviter l'utilisation d'une stratégie punitive comme celle utilisée ici. Toutefois, d'une façon générale, il semble raisonnable de vouloir mieux comprendre les mécanismes d'action des contingences de punition, de façon à élaborer des stratégies de changement de comportement vraiment efficaces (Lerman & Vorndran, 2002).

En terminant, cette étude suggère que, malgré les limites du Principe de Premack au plan conceptuel, celui-ci peut contribuer à l'élaboration de stratégies d'intervention novatrices. Il serait donc opportun de procéder à l'évaluation expérimentale de telles stratégies et d'établir ainsi une base de données valables, qui pourraient s'avérer particulièrement utiles pour les personnes ayant des défis particuliers, comme c'est souvent le cas chez les personnes montrant les signes d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement.

APPLICATIONS OF THE PREMACK PRINCIPLE BY THE PARENTS OF AN AUTISTIC CHILD

This study assessed the effects of reinforcement and punishment contingencies derived from the Premack Principle, using a single-subject design. In the first intervention, a young autistic boy who at first refused to wear clothes at home, complied although only gradually to that request when access to high probability behaviors (HPB), e.g., privileges, were made contingent upon the low probability behavior (LPB) of putting on pieces of clothing. In the second intervention, an inappropriate HPB, namely urinating on the floor with or without a bowl movement, was rapidly eliminated when it was systematically followed by a LPB, namely, putting jogging pants on. Theoretical and practical implications are discussed.

BIBLIOGRAPHIE

- AMARI, A., GRACE, N. C. & FISHER, W. W. (1995) Achieving and maintaining compliance with the ketogenic diet. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 341-342.
- BAILEY, J. S. (1991) Marketing behavior analysis requires different talk. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 445-448.
- BURKHARD, B., RACHLIN, H. & SCHRADER, S. (1978) Reinforcement and punishment in a closed system. *Learning and Motivation*, 9, 392-410.
- CARR, E. G., LEVIN, L., MCCONNACHIE, G., CARLSON, J. I., KEMP, D. C. & SMITH, C. E. (2002) *Communication-based intervention for problem behavior : a user's guide for producing positive change*. Baltimore, Maryland : Paul H. Brookes Publishing Co.
- CHARLOP, M. H., KURTZ, P. F. & CASEY, F. G. (1990) Using aberrant behaviors as reinforcers for autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 163-181.
- CROSBIE, J. (1998) Negative reinforcement and punishment. In : K. A. Lattal & M. Perone (Eds), *Handbook of research methods in human operant behavior* (pp. 163-189). New York : Plenum.
- DANAHER, B. G. (1974) Theoretical foundations and clinical applications of the Premack principle : Review and critique. *Behavior Therapy*, 5, 307-324.
- DORSEY, M., IWATA, B. A., REID, D. H. & DAVIS, P. A. (1982) Protective equipment : continuous and contingent application in the treatment of self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 217-230.
- DUCHARME, J. M. & WORLING, D.E. (1994) Behavioral momentum and stimulus fading in the acquisition and maintenance of child compliance in the home. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 639-647.
- DUNHAM, P. (1977) The nature of reinforcing stimuli. In : W. K. Honig & J. E. R. Staddon (Eds), *Handbook of operant behavior* (pp. 98-124). Englewood Cliffs. NJ : Prentice-Hall.
- FOXX, R. M. & AZRIN, N. H. (1972) Restitution : a method of eliminating aggressive-disruptive behavior in retarded and brain-damaged patients. *Behavior Research & Therapy*, 10, 15-27.
- HANLEY, G. P., IWATA, B. A., THOMPSON, R. H., LINDBERG, J. S. (2000) A component analysis of « stereotypy as reinforcement » for alternative behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 285-297.
- HARRIS, S. L. & HANDLEMAN, J. S. (1990) Using aversive procedures : An overview of the issues. In : S. L. Harris & J. S. Handleman (Eds), *Aversive and non aversive interventions : controlling life-threatening behavior by the developmentally disabled* (pp. 1-10). NY : Springer Publishing Company.
- HOWLIN, P. (1998) *Children with autism and Asperger syndrome : a guide for practitioners and carers*. Toronto : John Wiley & Sons.

- KAZDIN, A. E. (1982) Single-case research designs. New York : Oxford University Press.
- KOEGEL, L. K., KOEGEL, R. L., KELLEGREW, D. & MULLEN, K. (1996) Parent education for prevention and reduction of severe problem behaviors. In : L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds), *Positive Behavioral Support : including people with difficult behavior in the community* (pp. 3-30). Toronto : Paul H. Brookes Publishing Co.
- LERMAN, D.C. & VORNDRA, C. M. (2002) On the status of knowledge for using punishment : implications for treating behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 431-464.
- LUCE, S. C., DELQUADRI, J. & HALL, R.V. (1980) Contingent exercise : a mild but powerful procedure for suppressing inappropriate verbal and aggressive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 583-594.
- MACE, F. C. & SHEA, M. C. (1990) New directions in behavior analysis for the treatment of severe behavior disorders. In : S. L. Harris & J. S. Handleman (Eds), *Aversive and non aversive interventions : controlling life-threatening behavior by the developmentally disabled* (pp. 57-79). NY : Springer Publishing Company.
- MATSON, J. L. & TARAS, M. E. (1989) A 20 year review of punishment and alternative methods to treat problem behaviors in developmentally delayed persons. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 85-104.
- MICHAEL, J. (1993) Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 191-206.
- PREMACK, D. (1962) Reversibility of the reinforcement relation. *Science*, 136, 235-237
- PREMACK, D. (1965) Reinforcement theory. In : D. Levine (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 13, p. 123-180). Lincoln : University of Nebraska Press.
- PREMACK, D. (1971) Catching up with common sense, or two sides of a generalization : Reinforcement and punishment. In : R. Glaser (Ed.), *The nature of reinforcement* (pp. 121-150). New York : Academic Press.
- SAJWAJ, T., TIBET, J. & AGRAS, S. (1974) Lemon juice therapy : the control of life-threatening rumination in a six-month-old infant. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 557-563.
- TATE, B. G. & BAROFF, G. S. (1966) Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic child. *Behavior Research and Therapy*, 4, 281-287.

EFFETS D'UNE PRISE EN CHARGE SNOEZELLEN SUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT D'ADULTES AUTISTES

Pascal Martin

Cet article présente une partie des résultats d'une recherche clinique longitudinale (Martin, 2003) qui a été menée dans le cadre d'une thèse de doctorat de 3^e cycle, sous la direction du professeur Jean-Louis Adrien, de l'Institut de Psychologie de l'Université René Descartes, Paris 5. L'intérêt majeur de cet article est de proposer un modèle de prise en charge et de soins psychologiques évaluables auprès d'adultes autistes en institution, inspiré de l'approche Snoezelen, qui conduirait à atténuer sensiblement certains troubles du comportement autistique. Cette étude s'est déroulée sur trois années, dans un établissement public pour adultes qui dépend de la fonction publique hospitalière : La Maison d'Accueil Spécialisée de l'Oudon à Segré dans le département du Maine-et-Loire, France.

INTRODUCTION

Les personnes autistes sont reconnues pour leur angoisse excessive et leurs fréquents comportements inadaptés (stéréotypies, auto- et hétéro-agressivité). Il est certain qu'un grand nombre de techniques et de méthodes d'intervention existent déjà dans les domaines éducatif et thérapeutique en faveur de ces personnes. Elles sont surtout employées dans le secteur de l'enfance et de l'adolescence, et pas assez dans le secteur adulte. En outre, les références théoriques qui se rattachent à ces différents modes d'intervention peuvent appartenir à différents modèles, comme l'approche neuropsychobiologique, l'approche cognitivo-comportementale ou le courant psychodynamique.

De notre côté, nous avons choisi de nous inspirer d'un tout autre modèle que nous avons jugé pertinent par rapport à des sujets autistes d'âge adulte, et qui continuent à manifester des troubles du comportement, sans que ceux-ci exigent une intervention psychiatrique.

Il s'agit de l'approche Snoezelen. Le mot Snoezelen est en réalité un néologisme d'origine hollandaise, il résulte de la contraction de deux verbes :

- « *Snuffelen* » qui signifie renifler, flairer, fureter, fouiner.
- et « *Doezelen* » qui veut dire somnoler, se relaxer.

Le terme Snoezelen exprime, en réalité, une notion d'équilibre entre la stimulation sensorielle et la relaxation corporelle (sans oublier l'aspect relationnel qu'il revêt). Le sens originel du verbe « *snuffelen* » a été détourné, il faut le comprendre comme l'expression « *partir à la découverte de quelque chose* » et « *doezelen* » comme « *profiter d'un état de bien-être* ».

Pascal Martin, Docteur en psychopathologie et Psychologue clinicien, Laboratoire de Psychologie Clinique et Psychopathologie, Université René Descartes-Paris 5, 71, avenue Edouard Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt et Maison d'accueil spécialisée de l'Oudon, Rue du Rocher, 49500 Segré, France.

Cette démarche a vu le jour aux Pays-Bas dans les années 1970. Ce sont deux psychologues Jan Hulsegge & Ad Verheul (1989) du Centre De Hartenberg à Ede qui en sont les initiateurs. Snoezelen a été réfléchi à l'origine pour des personnes polyhandicapées. Cette approche s'est peu à peu développée et a traversé les frontières. Le concept de « *Snoezelen* » s'est bien installé en Grande-Bretagne. Concernant son implantation en France, elle date du début des années 1990.

En réalité, les stimulations sensorielles sont depuis longtemps exploitées pour améliorer les déficiences profondes, nous pensons notamment à Jean Itard (1983) au XVIII^e siècle avec l'enfant, Victor. Nous pouvons citer Maria Montessori qui a développé les jardins d'enfants, à l'intérieur desquels elle laissait librement s'exprimer l'intelligence de jeunes par des apprentissages sensoriels.

Plus récemment, Cleland & Clark (1966) ont proposé une méthode qui vise à stimuler les sens. Cette méthode peut se confondre au Snoezelen, elle est appelée par ses auteurs « *caféteria sensorielle* ».

Puis, Fröhlich (Fröhlich, Renard Quix, Martin, Detraux & Cornaz, 199 ; Fröhlich, 1991) a défini le concept de « *stimulation basale* ». Par ses apports, ce dernier a fortement contribué à théoriser la pratique des stimulations sensorielles.

Avec le temps, les études ont fleuri dans les pays comme le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Hollande et la Belgique. Hogg, Cavet, Lambe & Smeddle (2001) ont fait un état de la recherche actuelle sur l'utilisation de Snoezelen comme moyen de stimulations sensorielles pour des personnes atteintes d'incapacités intellectuelles et d'autisme. Ils précisent que des études se sont intéressées à l'utilisation d'environnements « *Snoezelen* » avec des enfants et des adultes handicapés mentaux (Kewin, 1994; Messbauer, 1999; Hutchinson & Hagger, 1994). Dans ces études, les résultats sont globaux, il y est indiqué que chaque sujet a bénéficié positivement des apports de Snoezelen.

Cependant, deux recherches ont concerné des sujets atteints d'autisme (Germeau, 1998; Fagny, 2000).

Toutefois, les objectifs de ces deux études sont sensiblement différents.

En ce qui nous concerne, nous avons voulu savoir si le fait de prodiguer des soins psychologiques dans un environnement d'inspiration Snoezelen, pouvait atténuer certains troubles du comportement dont souffrent les personnes autistes, en exploitant notamment comme support de base des stimuli sensoriels.

HYPOTHÈSE

Une salle sensorielle spécifiquement aménagée avec une disposition structurée des éléments qui sont facilement repérables, crée une dimension immuable à l'environnement. Ce lieu qui ne change pas dégage un climat serein qui sécurise les sujets autistes. Cette impression de « *contenance* » s'enrichit par les accompagnants, en raison de leur disponibilité et de leur comportement prévisible. Avec ce dispositif mis en place, on s'attend alors à ce que les troubles du comportement autistique, comme les stéréotypies et les agressions s'atténuent pendant les séances et quelques temps après, à condition que les ateliers soient suivis de façon régulière.

Nous avons évalué ce phénomène grâce à une grille d'observation que nous avons élaborée à cet effet.

MÉTHODE

Les sujets

Les quatre sujets de notre recherche sont accueillis dans la Maison d'Accueil Spécialisée de l'Oudon qui est implantée sur la commune de Segré (49). Les critères du DSM IV (1994), nous ont permis très distinctement d'évaluer leur état autistique, en l'occurrence l'altération qualitative des interactions sociales, l'altération qualitative de la communication, le caractère restreint et stéréotypé des comportements. Puis, d'après les dossiers administratifs et le témoignage de leur famille, le retard ou le caractère anormal du fonctionnement a débuté avant l'âge de trois ans.

De plus, l'échelle d'Evaluation des Comportements Autistiques-Révisée (ECA-R, Lelord & Barthélémy, 1989) a révélé chez ces personnes différents symptômes autistiques correspondant à des troubles du comportement, comme la recherche de l'isolement, l'intolérance au changement, des signes d'anxiété, des troubles de l'humeur, des auto- et hétéro-agressions importantes – le tableau 1 présente les caractéristiques de l'échantillon.

Procédure expérimentale

Le protocole expérimental de la recherche s'est

centré sur l'observation clinique. Nous avons au préalable affiné nos observations lors d'une période d'observation exploratoire de plusieurs semaines pour obtenir une grille d'évaluation que nous nommons : « Évaluation des troubles du comportement ». Cette grille bénéficie de cinq critères et chaque critère bénéficie de cinq degrés spécifiques. Il s'agit d'observer si les sujets autistes ont des comportements différents durant les séances sensorielles et en dehors – le tableau 2 présente le contenu détaillé de la grille.

Tableau 1

Les caractéristiques de l'échantillon

SUJETS	1	2	3	4	N=4
SEXE	F	M	M	M	1F/3M
ÂGE	25	29	39	24	X=29.25

Tableau 2

Évaluation des troubles du comportement

CRITERES	DEGRES
Critère 1 (C1) : Manifestations d'anxiété ou d'anxiété	Degré 1 : Accepte la situation dès le départ et ne marque aucune manifestation d'anxiété ou d'anxiété apparente; Comportement épanoui, serein, apaisé. Degré 2 : Intolérant au départ, mais finit progressivement par accepter la situation et les changements. Degré 3 : Indifférent, neutre, ne laisse rien passer.

Tableau 2 (suite)

Évaluation des troubles du comportement

CRITÈRES	DEGRÉS
Critère 1 (C1) : Manifestations d'angoisse ou d'anxiété	Degré 4 : Pleurs, tremble, manifeste de l'inquiétude, besoin d'être réassuré, d'être en confiance. Degré 5 : Cris, agressions envers les objets, agressions verbales, auto-agressivité et ou hétéro-agressivité physique.
Critère 2 (C2) : Stéréotypies et ou rituels	Degré 1 : Aucun stéréotype et ou rituel à observer. Degré 2 : Peut se défaire de ses stéréotypies et ou de ses rituels seul(e) et à la demande de l'accompagnant. Degré 3 : Comportements stéréotypés et ou ritualisés observés dans certaines activités d'explorations par intermittence. Degré 4 : S'adonne à des stéréotypies de façon fréquente : se balance, tourne sur lui-même, à des battements d'ailes, agite ses mains devant ses yeux. Degré 5 : Pas de possibilité de maîtrise; Stéréotypes et ou rituels permanents.
Critère 3 (C3) : Troubles dans les relations avec l'accompagnant, les autres résidents	Degré 1 : Provoque des interactions, a des demandes et le fait savoir par des gestes, des mimiques, des sons, des mots, des phrases. Degré 2 : La relation s'interrompt avec l'accompagnant de sa propre initiative. De temps à autre, il revient vers l'accompagnant ou les autres résidents. Degré 3 : Maintient la relation privilégiée avec l'accompagnant, apprécie le contact de ou des autres résidents, des signes affectifs sont apparents. Degré 4 : Fuit, s'écarte, se met en retrait, préfère s'isoler, reste peu à côté de l'autre. Degré 5 : Relation inexistante.

Tableau 2 (suite)

Évaluation des troubles du comportement

CRITÈRES	DEGRÉS
Critère 4 (C4) : Troubles dans les émotions, les expressions et la communication	Degré 1 : Le comportement émotionnel est en harmonie avec les situations vécues. Rit, sourit, manifeste son contentement ou son mécontentement, est capable de fournir des expressions riches et diversifiées. Se donne les moyens de communiquer pour se faire comprendre. Degré 2 : Certaines émotions sont maîtrisées. Certains comportements expressifs sont significatifs. Pas d'initiatives pour communiquer, mais s'intéresse à la communication des autres, aux actions, aux contacts. Degré 3 : Variété dans les émotions, passage d'un sourire à un rire voire à des éclats de rire, mais parfois sans maîtrise. Des moyens d'expression sont exploités à travers des sons, des gestes, des postures. La communication peut s'établir à condition que l'accompagnant fasse la démarche. Comprend ce qu'on lui demande. Degré 4 : Des comportements émotionnels existent, mais ils ne sont pas forcément en lien avec la réalité : (Ex. : Cris persistants, gémissements, lamentations). Les expressions observées sont dysharmonieuses (Ex. : Jeter les objets avec violence). Les moyens de communiquer sont difficiles à percevoir. Degré 5 : Pas ou peu d'émotions dévoilées. Les expressions sont pauvres, voire inexistantes. Sur le plan de la communication, aucun signe communicatif.
Critère 5 (C5) : Troubles dans les réactions à l'environnement	Degré 1 : Est à l'aise et épanoui, participe même au changement de l'environnement. Degré 2 : Certain intérêt pour une partie de l'environnement, s'approprie un espace particulier sans pour autant le modifier.

Tableau 2 (suite)

Évaluation des troubles du comportement

CRITÈRES	DEGRÉS
Critère 5 (C5) : Troubles dans les réactions à l'environnement	Degré 3 : Évolue peu à peu et réagit de façon positive. Degré 4 : Se fige, se fixe à un endroit comme tétanisé, les effets de l'environnement sont ressentis comme indésirables. Degré 5 : Ne reste pas; veut fuir l'endroit immédiatement.

Les observateurs cochaient dans les cases correspondantes le degré de comportement observé pour chaque critère de référence.

Déroulement des différents temps d'observation

Afin de vérifier l'hypothèse, il était nécessaire de placer différents temps d'observation pendant et en dehors des séances sensorielles. Les cinq critères de la dimension ont été ainsi évalués sur des moments différents avec la technique « *Time Sampling* », c'est-à-dire que les comportements ont été observés à des intervalles de temps d'une minute pendant une durée totale de quinze minutes. Nous avons choisi trois temps d'observation différents :

1. Le premier temps d'observation se déroulait pendant les séances, vingt minutes après leur début (une séance durait en moyenne 1 heure 15 minutes, l'un des examinateurs se situait dans une salle annexe dotée d'une glace sans tain). Nous l'avons nommé « Temps 1 : Pendant les séances ».
2. Le deuxième temps d'observation s'est effectué dans les heures qui suivaient les séances sensorielles. Nous l'avons appelé « Temps 2 : Heures qui suivent ». À ce moment les sujets se

situaient sur leur unité de vie, en temps libre. Ils étaient donc avec les autres résidents qui composaient le groupe de vie et avec les éducateurs qui les encadraient.

3. Enfin, le troisième temps d'observation se situait un jour dans la semaine, de façon aléatoire, mais les sujets se trouvaient toujours en temps libre sur leur unité de vie respective. Ce troisième temps d'observation a été nommé « Temps 3 : Dans la semaine ».

Pour remplir les exigences de cette dimension, chacun des sujets a toujours été observé en aveugle par deux examinateurs sur une période de quatre mois. Nous précisons que pour ne pas perturber le rythme naturel de l'unité de vie, les observateurs ont été invités à partager une fois dans la semaine un déjeuner afin que l'ensemble du groupe se familiarise à leur présence.

Description des lieux d'observation

La salle sensorielle

Elle était d'une superficie de 50 mètres carrés. La salle a été aménagée avec du matériel d'une société spécialisée dans les conceptions d'environnement

Snoezelen. Cinq ateliers sensoriels ont été installés pour la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat et le goût. Les professionnels qui encadraient ont reçu une formation spécifique.

L'unité de vie

C'était la résidence principale des sujets de notre expérience, ils y passaient la plupart de leur temps libre. Ce lieu de vie était composé de salles communes (réfectoire, salon, sanitaire) et de leur chambre individuelle.

Fiabilité inter-cotateurs

Les résultats des cotations réalisées par les deux cotateurs qui observaient, de façon indépendante, mais dans le même temps les quatre adultes de l'expérience ont été traités par une étude de fidélité. Le coefficient de corrélation est de [0.94] ce qui confirme la fiabilité inter-cotateurs. Le score obtenu à la corrélation a aussi permis de reconnaître la cohérence de construction du référentiel.

RÉSULTATS PAR SUJETS

Les résultats des évaluations des troubles comportementaux que nous avons obtenus pour nos quatre sujets de l'expérience confirment notre hypothèse. Nous présentons ici deux graphiques (Figures 1 et 2) qui reprennent la moyenne de nos quatre sujets, afin de mieux visualiser les effets thérapeutiques des soins. Nous pensons expliquer en partie nos résultats par le protocole rigoureux du dispositif qui s'est toujours maintenu sous les mêmes conditions, la régularité des séances et la présence des accompagnants qui n'ont jamais changé depuis vingt mois.

Nous remarquons à travers la Figure 1 une nette atténuation de certains troubles du comportement spécifiques à l'autisme. En effet, les sujets de l'expérience ont manifesté beaucoup moins de comportements d'anxiété ou d'anxiété (C1) durant les séances sensorielles. Les sujets se sentaient à leur aise, ils se repéraient facilement pour s'installer confortablement et sans crainte. Nous avons assisté à peu de tentatives de fuite de leur part. Parfois, au

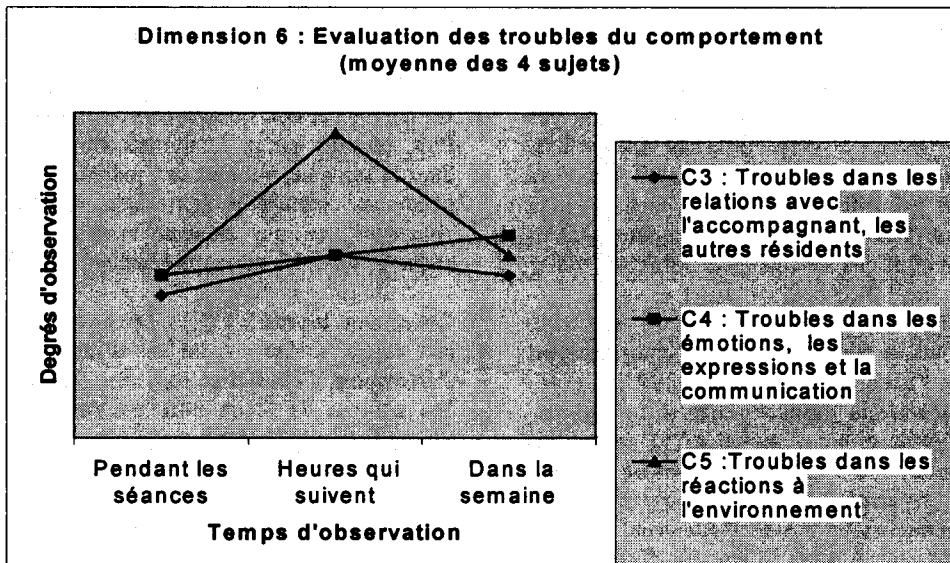
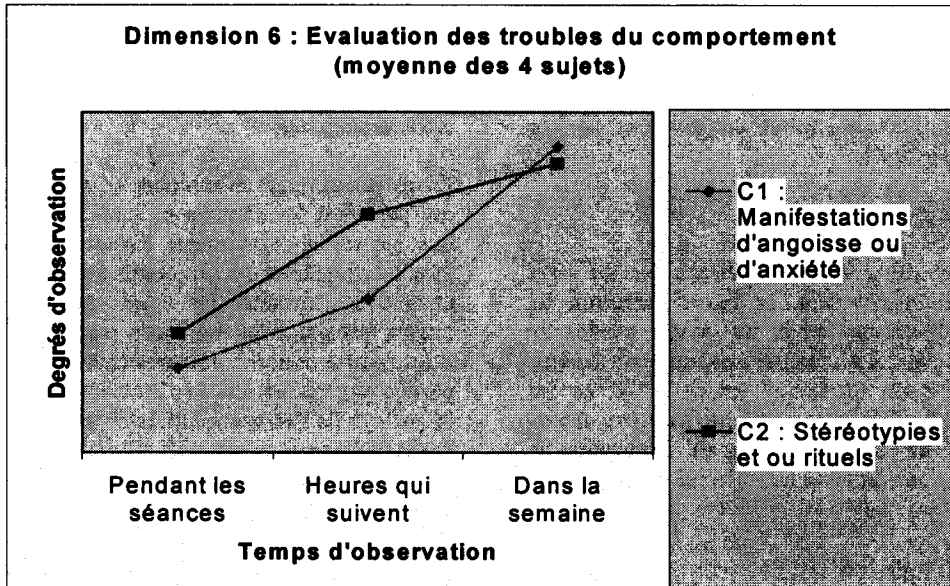
commencement des séances un des sujets en particulier se dirigeait vers la porte en manifestant un comportement plaintif, il exprimait le besoin de se rendre à l'infirmerie. Notre rôle était alors de le rediriger vers le centre de la pièce pour lui proposer de l'écouter calmement. Puis, peu à peu le sujet en question se tranquillisait et acceptait la situation en participant concrètement aux ateliers et en adoptant un tout autre comportement que nous pouvions qualifier de doux et serein, en harmonie avec les situations vécues.

En revanche, nous avons observé durant les heures qui suivaient les séances et aussi dans la semaine que les sujets exprimaient beaucoup plus de mal être. Ils adoptaient des comportements auto-agressifs comme se dépiauter les doigts ou s'arracher les ongles des doigts et des pieds jusqu'à saigner. Un sujet nous a donné à voir des tentatives répétées et parfois réussies de sorties d'établissement en sautant le grillage de l'institution. Les objets de sa chambre et ses vêtements personnels se retrouvaient respectivement cassés et déchirés. Cette personne émettait aussi des gémissements plaintifs, se frappait la tête avec ses mains ou contre les murs, elle se mordait, se griffait, se pinçait, s'arrachait les cheveux, frappait du poing, se laissait tomber à terre avec violence. Des phénomènes d'hétéro-agressivités comme pousser légèrement ou bousculer avec force les autres résidents et parfois les accompagnants ont été constatés. Les accompagnants intervenaient systématiquement pour leur venir en aide dans l'espoir de surmonter cet état de grande souffrance psychique. Puis, certains autres comportements ont été relevés dans la semaine, comme de l'indifférence totale aux personnes connues et des évitements aux contacts physiques, ce qui pouvait révéler une certaine angoisse vis-à-vis du rapprochement d'autrui.

Concernant le critère 2 (C2), nous avons observé que les sujets étaient capables d'interrompre leurs stéréotypies. Celles-ci se sont manifestées en dehors des séances de façon plus prononcée comme de l'hypertonie, des battements d'ailes, des roulements de tête, l'agitation des doigts devant les yeux, le maintien du buste penché en avant. Les sujets pouvaient aussi se balancer sur le sol ou debout et tourner sur eux-mêmes, sautiller, émettre des

Figures 1 et 2

Moyenne des évaluations des troubles du comportement des quatre sujets



bruits avec leur bouche ou leur gorge, grincer des dents, ou se frotter les lèvres. Nous avons aussi remarqué des mouvements faciaux bizarres, des grimaces. Puis, ils empruntaient souvent les mêmes trajectoires pour se déplacer sur leur unité de vie.

Au niveau du critère 3 (C3 de la Figure 2), les sujets ont toujours manifesté leurs demandes en se rapprochant de nous et en nous prenant la main. Même si nous savions qu'ils pouvaient nous exploiter pour satisfaire leur besoin du moment, nous nous laissions faire et nous essayions de comprendre ce qu'ils voulaient, ce qui les obligeait à communiquer. Nous avons aussi observé des signes affectifs entre eux. Certains acceptaient en effet de recevoir des baisers sur la joue ou sur les cheveux venant de la part de certains autres. Nous avons retrouvé ces mêmes comportements en dehors des séances, mais indépendamment des crises d'angoisse où leur comportement relationnel se transformait littéralement. Sinon, il était plus facile pour nous d'établir un contact visuel lors des séances qu'en dehors. Les sujets paraissaient aussi plus attentifs aux autres pendant les séances. De plus, ils interagissaient davantage pendant les séances lorsqu'on s'adressait à eux.

Quant au critère 4 (C4), nous avons remarqué que les sujets exprimaient des émotions en harmonie avec les situations vécues lors des séances. Ils souriaient, riaient et de la joie éclairait leur visage. Nous avons retrouvé ces mêmes émotions en dehors des séances, excepté lors des moments d'angoisse. Nous pensons que les séances sensorielles leur ont permis de libérer à plusieurs reprises de profondes émotions, notamment lorsqu'ils écoutaient leurs morceaux de musique préférés. Ils dévoilaient un visage extrêmement expressif avec une forte sensibilité à certaines paroles et instruments.

Enfin, les sujets se sont tous appropriés un espace particulier dans l'environnement sensoriel (C5). Ils se posaient confortablement. Aucun n'a cherché à dégrader l'environnement, ils respectaient le lieu. Mais, nous avons observé une évolution « en pic » de ce même critère 5 (C5) juste après la sortie de la salle sensorielle. Nous avons essayé d'y remédier en préparant davantage les sujets à mieux vivre cette

étape pour qu'elle ne soit pas vécue comme une rupture brutale. Nous avons tenté pour cela de ritualiser les entrées et sorties des séances sensorielles en utilisant des gestes conventionnels pour leur dire « bonjour » et « au revoir ». Mais aussi, nous nous sommes efforcés à ce que chacun se déchausse à l'entrée de la salle avant les séances. Puis, en fin de séance chacun était prévenu, quelques minutes avant, que nous allions ouvrir le store pour obtenir de la lumière extérieure, et progressivement le volume sonore de la musique baissait, les lumières des colonnes à bulles et des autres appareils s'éteignaient. Nous leur précisions alors ce qui allait se passer pour eux. Puis, nous leur refixions rendez-vous pour la semaine suivante. Systématiquement l'un de nous les accompagnait sur leur unité de vie. C'est ainsi que nous obtenions de meilleures réactions de leur part.

DISCUSSION

Nous avons pu constater à travers les analyses descriptives qu'un tel environnement produisait des effets soignants. Nous avons effectivement observé une franche atténuation de certains troubles du comportement, ce qui confirme notre hypothèse préalable. Cet environnement a sans aucun doute permis aux sujets de s'y installer confortablement et en toute confiance. La présence des accompagnements a fortement contribué au climat serein.

De leur côté, Cunningham, Hutchinson & Kewin (1991) indiquent que l'endroit n'invite pas uniquement au simple repos des personnes, mais suscite chez elles un sentiment de restauration et de rafraîchissement avant que celles-ci ne s'engagent dans des activités stimulantes exemptes de pression. Ils précisent que ces activités sont appréciées pour leur propre intérêt.

En ce qui nous concerne, nous n'avons pas cherché à dénaturer les origines d'une telle démarche comme Hulsege & Verheul (1989) ont pu la développer. Mais, il paraît nécessaire de pouvoir évaluer l'impact d'une telle prise en charge sur l'individu au comportement autistique. Il s'avère en effet important de cerner les raisons des évolutions positives de

certains troubles du comportement. Nous pensons que la structuration du lieu et les accompagnants ont joué un rôle fondamental dans l'amélioration des comportements. Même si nous ne commandions pas les sujets, certaines directives étaient toutefois données pour les suivre, afin de leur faciliter les explorations sensorielles dans cet espace facilement identifiable. Ceci n'était pas forcément le cas sur d'autres temps libres (sur leur unité de vie par exemple). Les résidents pouvaient parfois trop librement évoluer dans des environnements qui ne les stimulaient pas, même si l'entourage professionnel ne manquait pas de bonnes intentions.

C'est pourquoi nous pensons que l'apport d'une gamme d'activités sensorielles aussi riche et diversifiée que possible dans un environnement comme celui-ci, a permis aux sujets autistes de l'expérience, de ressentir et d'exprimer certaines émotions fortes que nous croyons nécessaires à chaque être humain. Cet environnement leur a donné aussi la possibilité d'assouvir un besoin primaire de stimulation, même si certaines de leurs incapacités ont fait qu'ils répondaient d'une manière souvent inappropriée. Nous n'avons pas cherché à ce qu'ils consomment à tout prix et de façon exagérée des stimulations multisensorielles. Notre but était de créer et de proposer de multiples situations de découvertes sensorielles.

D'autre part, le fait d'installer une ambiance chaleureuse et conviviale, et la disponibilité dont nous avons fait preuve, ont pleinement favorisé le partage d'expériences entre accompagnants et résidents. En effet, il nous paraissait important de nous conduire parfois comme un simple utilisateur de la salle sensorielle et de son équipement. Nous participions aux ateliers et nous montrions l'exemple, en nous asseyant ou en nous allongeant sur le matelas à eau pour que les usagers puissent nous imiter. Nous ne recherchions pas dans ces moments-là à atteindre des objectifs thérapeutiques à tout prix. Nous adoptions un comportement ludique auprès d'eux, ce qui a fortement enrichi nos échanges et interactions sociales, et abaisser par voie de conséquence les scènes d'agressions.

À travers cette forme de relation dyadique libre et ludique, et par nos sollicitations verbales et non

verbales, nous leur évitions ainsi un grand nombre de comportements stéréotypés et des activités autonomes centrées sur eux. Nous pouvions plus facilement établir le contact et rentrer en communication avec eux, pour les diriger ensuite vers des explorations sensorielles simples. Nous confirmons donc la nécessité pour l'accompagnant d'adopter un comportement social imitatif, ludique et adapté aux personnes autistes même d'âge adulte, afin d'obtenir en retour quelques compétences imitatives et sociales. Lacaze & Rogé (1999) ont par ailleurs mis en évidence une approche comportementale relationnelle facilitant l'expression de compétences sociales et coopératives d'enfants autistes, en position dyadique. Ces auteurs spécifiaient, entre autres, un lien possible entre le style comportemental des adultes et leur niveau d'intégration psychologique.

Nous pensons aussi que si les sujets de l'expérience ont fourni en moindre quantité des mécanismes compensatoires comme les stéréotypies (Nadel & Pezé, 1992), c'est parce que le rythme dans cet environnement était volontairement plus lent. Les situations ont du être décodées et pleinement vécues.

Par ailleurs, le fait de limiter le nombre de participants nous a semblé indispensable afin de conserver une qualité à la fois pour la prise en charge, pour les interactions sociales et pour l'observation. Un nombre trop important d'utilisateurs aurait certainement provoqué des réactions de crainte et d'insécurité.

Enfin, d'après nos résultats il apparaît que des études plus approfondies sur de plus longues périodes d'observation avec des publics au même profil autistique doivent être menées, car elles font défaut aujourd'hui en France et en Europe, alors que l'équipement est bien présent dans de nombreux établissements publics ou privés à caractère médico-social. De plus, nous avons vu dans nos résultats que les effets de séances sensorielles sont légèrement maintenus dans le temps. De son côté, Fagny (2000) mentionne une période de cinq minutes après l'activité mais pas au-delà. En somme, si les stimulations sensorielles agissent sur le système nerveux central ses effets paraissent se limiter à la situation spécifique. Nous pouvons alors formuler une nouvelle hypothèse qui serait de dire que les

environnements sensoriels peuvent offrir des effets sur de plus longues périodes, à condition d'aménager d'autres endroits institutionnels. Il serait pertinent dans une recherche à venir de comparer deux mêmes types d'établissements, doté pour l'un d'une seule

salle sensorielle, et pour l'autre d'un équipement réparti dans l'ensemble de l'institution (comme la salle de restauration, les chambres, les couloirs, les salles d'eau), afin d'observer les effets produits sur le comportement des personnes autistes.

EFFECTS OF SNOEZELLEN ON THE BEHAVIORAL PROBLEMS OF ADULTS WITH AUTISM

This article presents part of the results of a longitudinal clinic research (Martin, 2003) which was undertaken within the framework of a thesis of doctorate of 3rd cycle, under the direction of professor Jean-Louis Adrien, the Institute of Psychology of the University Rene Descartes, Paris 5. The major interest of this article is to propose a model of assumption of responsibility and appraisable psychological care near adults autists in institution, inspired of the Snoezelen approach, which would result in attenuating some appreciably behavioral problem autistic. This study proceeded over three years, in a publicly-owned establishment for adults who depends on the hospital public office: The House of Reception Specialized in Oudon with Segré in the department of the Maine-and-Loire, France.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM IV*, 4th ed. Washington D.C. : American Psychiatric Association.

CLELAND, C. C. & CLARK, C. M. (1966) Sensory deprivation and aberrant behavior among idiots. *American Journal of Mental Deficiency*, 71.

CUNNINGHAM, C. C., HUCHINSON, R. & KEVIN, J. (1991) Recreation for people with profound and severe learning difficulties: the Whittington Hall Snoezelen project. In : R., Hutchinson (Ed.), *The Whittington Hall Snoezelen Project : a report from inception to the end of the first twelve months*. Chesterfield : North Derbyshire Health Authority.

FAGNY, M. (2000) L'Impact de la technique du « Snoezelen » sur les comportements indiquant l'apaisement chez les adultes autistes. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 11 (2), 105-115.

FRÖHLICH, A. (1991) *La stimulation basale*. Lucerne : S.Z.H./S.P.C.

GERMEAU, I. (1998) *Une approche particulière dans la relation personne autiste/éducateur en milieu institutionnel : Le Snoezelen*. Liège : Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Université de Liège.

HOGG, J., CAVET, J., LAMBE, L. & SMEDDLE, M. (2001) The use of snoezelen as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities : a review of the research. *Research In Developmental Disabilities*, 22 (5), 353-372.

HULSEGGE, V. & VERHEUL, A. (1989) (traduction et adaptation par Elisabeth Renard). *Snoezelen, un autre monde*. Namur : Editions Erasme.

HUTCHINSON, R. & HAGGER, L. (1994) The development and evaluation of a Snoezelen leisure resource for people with severe multiple disability. In : R. Hutchinson et J. Kewin (Eds), *Sensations & Disability : Sensory Environments for Leisure, Snoezelen, Education & Therapy*, pp. 18-55. Chesterfield : ROMPA.

ITARD, J. (1983) Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron. In : L. Malson, *Les enfants sauvages*. Paris : Christian Bourgois Editeur, 1990.

- KANNER, L. (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2, 217-250.
- KEWIN, J. (1994) Snoezelen : the reason and the method. In : R. Hutchinson et J. Kewin (Eds), *Sensations & Disability: Sensory Environments for Leisure, Snoezelen, Education & Therapy*, pp. 6-17. Chesterfield : ROMPA.
- LACAZE, M. & ROGÉ, B. (1999) Les relations dyadiques entre adultes dépendants et indépendants du champ et enfants avec autisme en situation sociale libre. *Le Bulletin scientifique de l'Arapi*, 4, 31-36.
- LELORD, G. & BARTHELEMY, C. (1989) *Echelle d'évaluation des comportements autistiques (ECA)*. Issy les moulineaux : Editions d'Applications Psychotechniques.
- MARTIN, P. (2003) Un modèle de soins psychologiques et d'évaluation, inspiré de l'approche Snoezelen pour des adultes atteints d'autisme. Thèse de Doctorat de 3^e cycle en Psychologie Clinique et Psychopathologie, Institut de Psychologie, Université René Descartes, Paris 5.
- MESSBAUER, L. (1999) *Adults with mental health problems and challenging behaviors*. Paper presented at the Third World Snoezelen Congress, Toronto.
- NADEL, J. & PEZE, A. (1992) Communication productive et communication en écho : un an d'évolution chez un enfant autiste. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 40, 553-558.

ÉLABORATION D'UN INVENTAIRE D'ATTITUDES ENVERS LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (IAPDI) À PARTIR DU MENTAL RETARDATION ATTITUDE INVENTORY

Daniel Holdrinet, Jean-Pierre Portelance, Paul Maurice, Claudia P. Flowers et Richard F. Antonak

Un Inventaire d'attitudes envers les personnes ayant une déficience intellectuelle est élaboré à partir de la traduction du Mental Retardation Attitude Inventory de Harth (1974). Le questionnaire initial comportant 50 items répartis en cinq facteurs est ramené à un questionnaire de 16 items répartis en deux facteurs après avoir été administré à un échantillon de 506 répondants québécois. Un facteur Intégration scolaire regroupe quatre items et un facteur Intégration sociale regroupe 12 items. Les propriétés psychométriques de ce questionnaire sont jugées satisfaisantes au plan des items, de la fiabilité et de l'homogénéité de l'inventaire, de la fiabilité, de l'homogénéité et de l'indépendance des deux facteurs identifiés. Une bonne corrélation entre la familiarité des répondants avec les personnes ayant une déficience intellectuelle et le niveau favorable de leurs attitudes suggère une piste de validité pour l'instrument. Par ailleurs, les résultats ont permis d'entrevoir que les attitudes de la population à l'égard des personnes ayant une déficience intellectuelle est plutôt positive contrairement à une opinion souvent formulée dans les écrits professionnels. Les biais et les limites de la mesure sont discutés. Cet inventaire peut servir notamment pour la mesure des attitudes dans les recherches auprès de la population francophone québécoise.

Les recherches récentes sur les attitudes des gens à l'égard des personnes ayant une déficience intellectuelle révèlent que ces attitudes sont pour la plupart négatives. Elles sont souvent associées à des attentes et des actions qui ont pour conséquence de limiter l'autonomie et l'intégration à la société des personnes ayant une déficience intellectuelle (Antonak &

Livneh, 1991; Antonak, Mulick, Kobe & Fiedler, 1995).

Pour construire et évaluer des stratégies en vue de changer les attitudes du public et de réduire les barrières à l'intégration, il est important de disposer d'un instrument de mesure psychométriquement valide (Antonak & Livneh, 1988). Ainsi, il serait intéressant de mieux connaître les attitudes des professionnels comme les enseignants, les médecins et les employeurs qui peuvent jouer un rôle important dans l'intégration des personnes avec une déficience (Geskie & Salasek, 1988; Gottlieb, Corman & Curci, 1984; Jones & Guskin, 1984; Yaker, 1988).

Daniel Holdrinet et Jean-Pierre Portelance, Centre de réadaptation Lisette-Dupras, Montréal (Québec), Canada ; Paul Maurice, Université du Québec à Montréal ; Claudia P. Flowers et Richard F. Antonak, Université de Caroline du Nord à Charlotte.

Toute correspondance peut être adressée à : Paul Maurice, D.Ps, Professeur, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), H3C 3P8. Tél. : 514-987-4830 - Téléc. : 514-987-4249. Courriel : maurice.paul@uqam.ca

La méthode la plus connue et la plus utilisée pour la mesure des attitudes est basée sur l'échelle de Likert (1932), développée il y a plus de 70 ans. Il s'agit d'une méthode qui consiste à demander à un

répondant de formuler son degré d'accord ou de désaccord avec une série d'énoncés positifs et négatifs qui caractérisent les divers aspects de l'objet visé. À ces degrés d'accord sont associés un indice numérique qui est plus élevé pour l'accord le plus grand. Additionnés, ces indices constituent des scores pour chacun des aspects et éventuellement pour l'échelle dans son ensemble.

La construction d'un tel instrument de mesure des attitudes implique la formulation d'une série expérimentale d'énoncés positifs et négatifs qui caractérisent l'objet visé. Par la suite, les énoncés sont soumis à l'essai auprès d'un échantillon. Une analyse d'items, de consistance interne et des analyses factorielles permettent d'éliminer dans un processus itératif les énoncés qui ne discriminent pas l'attitude visée. Des études de validité permettent éventuellement de confirmer que la somme des items de l'échelle devient un indice de l'attitude d'une personne vis-à-vis l'objet qui nous intéresse.

À la suite d'une recension des écrits des cinquante dernières années, Antonak et Livneh (1988) ont identifié une seule échelle valide de type Likert pour mesurer les attitudes à l'égard de la déficience intellectuelle, soit le Mental Retardation Attitude Inventory (MRAI) de Harth (1974). Le MRAI a été révisé empiriquement sept ans plus tard (Harth, 1981). De leur côté, Antonak & Harth (1994) en ont proposé une révision allégée, le MRAI-R, qu'ils ont mise à la disposition des chercheurs. Une recension des écrits francophones n'a pas permis d'identifier une telle échelle.

L'objet de cet article est de décrire les étapes de construction d'un Inventaire d'attitudes à l'égard des personnes ayant une déficience intellectuelle à partir de la traduction, l'adaptation et la validation de contenu du MRAI. Cet inventaire pourra s'avérer utile pour mesurer la variable « attitudes » dans des échantillons constitués de francophones ainsi que l'étude des liens entre ces attitudes et les politiques et pratiques auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Cet article présente donc les diverses étapes du processus de traduction et d'adaptation. Dans un

premier temps l'instrument original de Harth 1974, et sa version révisée sont décrits. On expose ensuite la traduction et l'adaptation des énoncés en français, puis l'analyse d'items auprès d'un échantillon, l'analyse factorielle menant à l'épuration de l'Inventaire, et finalement, la version définitive de l'Inventaire.

DESCRIPTION DU MENTAL RETARDATION ATTITUDE INVENTORY

Pour la version originale du Mental Retardation Attitude Inventory (MRAI), Harth (1974) a repris les construits d'attitudes envers les personnes faisant partie de minorités raciales aux États-Unis. Spécifiquement, cinq des dix échelles de l'Inventaire de Woodmansee et Cook (1967) pour mesurer les attitudes envers les personnes noires, ont été sélectionnées. Chacun des dix items de chaque sous-échelle a été modifié en remplaçant le concept « negro » par « retarded ». De la même manière d'autres changements ont été apportés à certains énoncés pour mieux représenter des situations qui s'appliquent à des personnes ayant une déficience intellectuelle. Par la suite six experts en éducation ont fourni une évaluation de la qualité de chaque item, sa pertinence à l'échelle, ce qui apportait des changements mineurs dans la formulation de plusieurs items.

Le MRAI original comporte donc les cinq échelles suivantes: « Intégration-Ségrégation », qui réfère à la vision du répondant de l'intégration d'enfants dans les classes ordinaires; « Surestimation » qui réfère à des caractéristiques évaluées comme supérieures aux autres; « Distance sociale », exprimant la volonté de reconnaître, de côtoyer ou d'être associé à des personnes présentant une déficience intellectuelle; « Droits privés », exprimant le point de vue selon lequel des personnes, comme les propriétaires ou des organisateurs communautaires, détiennent un droit privé d'exclure les personnes avec une déficience intellectuelle de la communauté ou du marché du travail; et « Croyances désobligeantes subtiles », référant à une vision dégradante du caractère moral et du comportement social des personnes avec une déficience intellectuelle.

Les répondants doivent évaluer chaque énoncé sur un continuum en quatre points soit : Accord complet; Accord; Désaccord et Désaccord complet. Afin de prévenir la tendance à un possible pattern de réponse, la moitié des énoncés est formulée de telle sorte qu'une réponse d'accord représente une attitude favorable alors que pour l'autre moitié c'est une réponse de désaccord. L'échelle de «Croyances désobligeantes subtiles» constitue une exception où tous les énoncés sont formulés de manière négative.

Chaque échelle comporte dix énoncés et la somme des scores d'attitude favorable donne la mesure de l'attitude des répondants à chacune des cinq échelles qui varie de 10 à 40. Une somme globale variant de 50 à 200 mesure les attitudes à l'égard des personnes avec une déficience intellectuelle.

Antonak & Livneh (1988) passent en revue les études utilisant l'Inventaire (Feldman, Jay, Kinnison & Harth, 1984; Harth, 1974; Harth, 1981; Kennon & Sandoval, 1978; Reis, 1988) et constatent que :

- les estimés de la fidélité vont de 0,55 pour Croyances désobligeantes subtiles à 0,99 pour Distance sociale et Intégration-Ségrégation, avec $M = 0,76$;
- les corrélations item-test vont de 0,44 pour Surestimation à 0,76 pour la Distance sociale avec une $M = 0,63$;
- l'intercorrélation des échelles va de $-0,15$ pour Droits privés et Surestimation à 0,46 pour Droits privés et Distance sociale.

Trois études soutiennent, du moins partiellement, la validité de construit par des prédictions de groupes connus (Feldman *et al.*, 1984; Harth, 1981; Kennon & Sandoval, 1978). Notamment, les scores des échelles Distance sociale et Droits privés et le score total discriminent des étudiants en éducation et en éducation spécialisée selon la direction prédite.

En 1994, Antonak & Harth révisent le MRAI. Plusieurs énoncés sont reformulés pour les rendre conformes à l'évolution sociale ou aux changements législatifs. Les analyses psychométriques des items

et des facteurs mènent à l'élimination de l'échelle Surestimation (10 items) car, bien que cette échelle ait une certaine consistance interne, elle ne corrèle pas avec les autres échelles ou avec le score total de l'inventaire. Par la suite 11 autres énoncés sont éliminés en raison de caractéristiques psychométriques insuffisantes comme une faible corrélation avec l'échelle, une trop forte corrélation avec d'autres échelles, une faible corrélation avec l'échelle d'ensemble, l'absence de saturation sur un facteur ou de la saturation sur plusieurs facteurs. Les analyses psychométriques montrent que les 29 items restants se répartissent en quatre échelles homogènes, fiables, consistantes et spécifiques avec des propriétés adéquates.

L'échelle résultante, le Mental Retardation Attitude Inventory – Revised (MRAI-R), comporte donc 29 énoncés regroupés en quatre facteurs correspondants aux facteurs originaux restants soit : Intégration-Ségrégation, Distance sociale, Droits privés et Croyances désobligeantes subtiles. Des analyses subséquentes ont mis en évidence que ces échelles et l'inventaire fournissaient des scores en accord avec les prédictions pour des groupes ciblés (enseignant du secteur général et enseignant spécialisé) assurant ainsi une certaine validité à l'instrument.

TRADUCTION ET ADAPTATION DE L'INSTRUMENT

Les 50 items d'origine du MRAI (Harth, 1974) sont traduits en français par les deux auteurs du Centre de réadaptation Lisette-Dupras. Le but est d'obtenir une bonne traduction en français, facile à lire et à comprendre, mais demeurant très proche du texte anglais, à l'usage de répondants francophones. Le contenu de chaque item est donc examiné et révisé attentivement. La révision vise à s'assurer que chaque item reflète :

- la culture francophone, notamment québécoise;
- les pratiques éducatives, professionnelles et sociales (notamment en usage au Québec);
- la terminologie francophone appropriée, notam-

ment au Québec, pour les personnes auxquelles les attitudes réfèrent (soit « personnes qui ont de la déficience intellectuelle »);

- la législation canadienne et québécoise interdisant la discrimination au travail et dans la communauté;
- les pratiques d'intégration scolaire à tous les niveaux (du préscolaire à l'école secondaire) et dans tous les types de milieux (tels que garderie privée, école maternelle, milieu de garde après l'école);
- les pratiques d'intégration sociale dans la communauté et dans le voisinage;
- les pratiques d'intégration en milieu de travail, ainsi que l'acceptation par les travailleurs des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Plusieurs exemples de révision d'items particuliers illustrent la complexité du processus de traduction. L'item # 4 du MRAI original se lisait comme suit : « A Sunday school teacher ought to have the right to decide whether to let a child with mental retardation enter his or her class »; ou littéralement : « Une personne qui enseigne à l'école du dimanche devrait avoir le droit d'accepter ou non dans sa classe un enfant ayant une déficience intellectuelle ». Or, il y avait peu « d'écoles du dimanche » au Québec; étant donné que les écoles étaient alors confessionnelles, la religion faisait partie du programme. En conséquence, « une personne qui enseigne à l'école du dimanche » a été remplacé par « un professeur d'enseignement religieux » et l'item # 4 devenait comme suit : « un professeur d'enseignement religieux devrait avoir le droit de décider lui même s'il accepte ou non qu'un enfant qui présentent une déficience intellectuelle puisse assister à son cours ».

L'item # 14 du MRAI original se lisait comme suit : « A person should not be permitted to run a day care center if he or she will not serve children who are mentally retarded » ou littéralement : « Une personne ne devrait pas être autorisée à opérer un centre de services de jour si elle ne veut pas desservir les enfants avec de la déficience intellectuelle ». Au

Québec les organismes qui prennent soin durant le jour des enfants qui sont trop jeunes pour aller à l'école s'appellent des « garderies ». Elles peuvent être publiques ou privées et leur objet principal est d'assurer du répit aux parents ou de leur permettre d'aller travailler. La plupart offrent des programmes éducatifs en plus des soins de base. Les écoles du Québec offrent des programmes préscolaires à l'âge de cinq ans (classes maternelles) et à l'âge de quatre ans (classes prématernelles). Ce sont des centres de services spécialisés (centres de réadaptation) qui assurent l'entraînement et le soutien à l'intégration des enfants qui présentent des handicaps dans les services de ces organismes. Pour l'item # 14, les traducteurs ont décidé de remplacer l'expression « Centre de services de jour » par le terme de « garderie » pour indiquer le programme général de service destiné aux enfants qui ne vont pas encore à l'école. L'item révisé devenait « On ne devrait pas autoriser une personne à opérer une garderie si elle n'accepte pas les personnes qui présentent une déficience intellectuelle ».

Échantillon

Les données sont collectées auprès d'échantillons variés dans divers milieux professionnels et communautaires au Québec sur une période d'environ deux ans. Le questionnaire est administré par exemple à 23 gestionnaires de programme d'un établissement de réadaptation, à un groupe de 57 investisseurs qui participaient à un séminaire, à dix directeurs d'établissements du réseau de la santé et de services sociaux, à 29 étudiants en service social, à 67 parents de personnes ayant une déficience intellectuelle, etc.

L'échantillon total est composé de 506 personnes (225 femmes, 274 hommes et 7 non spécifié) dont l'âge moyen est de 37,9 ans (Écart type de 14,1) avec une étendue de 13 à 80 ans. Parmi les 484 répondants ayant rapporté leur niveau d'étude on retrouve 9 primaire, 200 secondaire, 57 collégial général (2 ans), 87 collégial professionnel (3 ans), 90 baccalauréat universitaire, 39 maîtrise et 4 doctorat. Quatre catégories de professions se dégagent :

- des dispensateurs de services réguliers, tels

qu'enseignant et gestionnaire dans des milieux d'éducation régulier (n=36) ;

- des dispensateurs de services spécialisés, tels qu'éducateurs spécialisés et gestionnaires (n=57) ;
- des dispensateurs de services plus particuliers, tels que orthophonistes, infirmiers, conseillers, travailleurs sociaux, psychologues (n=42) ;
- des gens ne dispensant pas de services aux personnes ayant de la déficience intellectuelle, tel que constructeur de maisons, travailleurs de services alimentaires, personnel de la vente au détail, banquiers, journaliste, ingénieur, etc. (n=370).

Les répondants indiquent qu'ils sont célibataires (198), mariés (200), séparés (29), divorcés (39) ou veufs (20) ou sans réponse (n= 20).

Procédure

Les items traduits et révisés sont imprimés sur un dépliant de quatre pages. La page couverture intitulée «Inventaire d'opinions», présente les consignes traduites du MRAI, soulignant que d'une part, l'inventaire n'est pas un test mais un questionnaire d'opinion auquel il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses, et que, d'autre part, les réponses sont traitées de manière anonyme. On demande aux répondants d'indiquer sur une feuille de réponse séparée leur degré d'approbation de chaque énoncé en utilisant une échelle à quatre niveaux (D.C. : désaccord complet, D : désaccord, A : Accord et AC : Accord complet). Les trois pages suivantes présentent les 50 items avec en haut de chaque page la consigne « Veuillez répondre à chaque énoncé » accompagnée d'un rappel du code des réponses.

Il n'y a pas de limite de temps mais les répondants complètent l'inventaire en moins de 20 minutes. Au verso de la feuille de réponse, on demande au répondant de fournir les renseignements suivants : son âge au dernier anniversaire, son sexe, son état civil, le plus haut niveau de scolarité complété et ses emplois récents. On demandait aussi aux répondants

« connaissez-vous une ou plusieurs personnes qui présentent une déficience intellectuelle? ». Si oui, ils doivent indiquer quel type de relation ils ont avec elle. Ces réponses sont réparties en cinq catégories :

- relation intime, comme conjoint, enfant;
- proche, comme frère, sœur, parenté;
- occasionnelle, comme client, patient, élève, employé, collègue;
- connaissance, comme voisin;
- aucune.

Les répondants sont classés dans la catégorie de relation la plus élevée dès qu'ils signalent plus d'un type de relation. On demande aux répondants d'indiquer, sur des échelles à six niveaux, la fréquence de leur contacts avec des personnes ayant une déficience intellectuelle, la profondeur de leurs rapports avec des personnes ayant une déficience intellectuelle, indépendamment de la fréquence de leur contacts, et leur connaissance générale de la vie des personnes ayant une déficience intellectuelle ainsi que de leur situation.

LES RÉSULTATS

Analyses d'items et factorielles

Les mêmes procédures statistiques et psychométriques utilisées pour analyser les données recueillies lors de la dernière révision de la version anglaise du MRAI (Antonak & Harth, 1994) sont utilisées pour les analyses préliminaires des données recueillies dans le cadre de cet effort de produire une version francophone de l'Inventaire d'attitudes envers les personnes ayant une déficience intellectuelle (IAPDI). Dans cette première phase, des analyses itératives des items et des facteurs de l'Inventaire sont effectuées à partir des réponses des 506 participants pour déterminer la sélection des items à retenir dans l'Inventaire.

Tout d'abord l'échelle « A priori favorable » est

éliminée, car la corrélation, moyenne item-test, corrigée pour redondance (en retirant l'item du score total), s'établit pour les 10 items à 0,05 (étendue de -0,17 à 0,17) et la corrélation moyenne des items les uns par rapport aux autres s'établit à -0,04 (étendue de -0,32 à 0,12). De plus, la corrélation du score total de cette échelle avec le score global est de -0,12 et la moyenne des corrélations de cette échelle avec les autres échelles, paire par paire, est de -0,09 (étendue de -0,15 à 0,00). Le coefficient de fidélité de Spearman-Brown est de 0,72 et le coefficient alpha d'homogénéité est de 0,72. Huit des dix items de l'échelle « A priori favorable »aturent sur un seul facteur avec des valeurs supérieures à 0,40. Dans l'ensemble ces résultats nous amènent à conclure que cette échelle mesure un construit homogène mais que ce construit n'est pas une composante de l'attitude à l'égard des personnes ayant une déficience intellectuelle. Ces dix items sont donc retirés des analyses subséquentes, laissant 40 items.

Par la suite, chacun des 40 items fait l'objet d'une vérification de la normalité de sa distribution et de sa multicolinéarité qui confirme que leurs propriétés se situent à l'intérieur d'une gamme acceptable et ils sont retenus pour des analyses subséquentes. Une analyse factorielle confirmatoire avec rotation oblique est alors effectuée. Les résultats ne confirment pas l'existence de quatre facteurs. L'examen au test des éboulis suggère la présence de deux ou trois facteurs (i.e., avec des valeurs Eigen supérieures à 2) avec un premier facteur expliquant la plus grande partie de la variance. De plus, plusieurs des items ne saturaient pas sur un seul facteur donnant une matrice factorielle complexe. Une approche d'analyse factorielle exploratoire s'impose alors.

Afin de se prémunir contre une trop grande dépendance à l'égard d'un critère statistique arbitraire dans l'identification des facteurs de l'IAPDI, une procédure de contre-validation conservatrice est utilisée. Les 506 répondants initiaux sont tout d'abord répartis au hasard en deux sous-échantillons. Le premier (n=223) sert à une analyse factorielle exploratoire de facteurs sous-jacents valides alors que le second (n=283) tente de confirmer les résultats de l'analyse exploratoire. Pour l'analyse

exploratoire, la version 8 du LISREL (Joreskog & Sorbom, 1993) est utilisée sur des matrices de corrélation de rang de Spearman pour tester l'existence de solutions à quatre, trois ou deux facteurs. Au départ, tous les liens entre les items et les facteurs du MRAI original sont libérés mais en conservant les autres paramètres fixes. Après l'analyse initiale, les indices de modification sont utilisés pour fixer ou libérer les paramètres jusqu'à ce qu'une solution satisfaisante soit trouvée. Les liens entre un item et un facteur qui n'avaient pas fait l'objet d'une hypothèse sont restés fixes. Seulement les liens pour la composante d'erreur sont laissés libres.

Dans la solution à quatre facteurs, aucun modèle n'explique les données de manière satisfaisante tout comme dans les résultats d'analyses factorielles confirmatoires antérieures. À l'examen des saturations et des coefficients d'erreur, les dix items de l'échelle « Croyance désobligeantes subtiles » sont éliminés en raison d'un niveau d'erreur élevé et de l'absence de relation significative avec un facteur unique. Il reste donc les données de 30 items pour la suite des analyses et une solution à trois facteurs est examinée. On trouve alors un modèle qui explique les données, mais trop de liens d'erreur corrélées sont libérées. Mais, plus important encore, on constate une corrélation trop forte entre les items des échelles Distance Sociale et Droits privés ($r = 0,85$). Ces résultats statistiques sont interprétés comme signifiant que ces deux facteurs ne sont pas indépendants et spécifiques, mais plutôt qu'ils mesurent un seul construit de la variable attitude.

Une solution à deux facteurs est alors explorée en libérant les liens pour les items mesurant la Distance sociale et Droits privés sur un seul facteur et en maintenant les items de l'échelle Intégration-Ségrégation. La solution à deux facteurs dégage un modèle explicatif des données. Les items des deux échelles du MRAI original, Distance sociale et Droits privés, sont combinés en un seul facteur et les items de l'échelle Intégration-Ségrégation sont laissés tels quels.

Les indices de modification sont examinés pour fixer et libérer les liens. Un groupe supplémentaire de 14

items est alors rejeté pour des raisons statistiques (par exemple des saturations non significatives sur un facteur ou des saturations sur plusieurs facteurs). Les items quiaturent sur chaque facteur, soit quatre items de l'échelle Intégration-Ségrégation (Facteur 1) et une combinaison de douze items des échelles Distance sociale et Droits privés (Facteur 2), sont ensuite examinés par un expert de la déficience intellectuelle pour déterminer la logique des facteurs et pour confirmer la décision de rejeter les 14 items. Après avoir confirmé que les facteurs sont théoriquement fondés, des analyses sont entreprises pour valider auprès du second échantillon les liens entre les 16 items restants et les deux facteurs dérivés statistiquement.

Les résultats de la seconde analyse factorielle confirment le modèle développé dans l'analyse factorielle exploratoire et sont présentés à la Figure 1. Tous les liens sont significatifs au niveau 0,05. La valeur du χ^2 ($df=95$) de 117, 69 n'est pas significative au niveau 0,05. Les résultats de ce test indiquent que le modèle théorique à deux facteurs des seize items ne diffère pas de manière significative du modèle empirique dégagé. Le « Goodness of fit » est de 0,94 et le « Goodness of fit » ajusté est de 0,91, ce qui est au dessus de 0,90, seuil généralement accepté de bon niveau de support pour le modèle obtenu.

Parmi les dix items de l'échelle Intégration-Ségrégation, quatre items seulement contribuent de manière significative au premier facteur. Chacun de ces quatre items réfère à l'intégration ou à la ségrégation d'élèves ayant une déficience intellectuelle dans les classes régulières. En conséquence cette échelle est rebaptisée « Intégration scolaire ». Un total de 12 items parmi les 20 items originaux des échelles Distance sociale et Droits privés sont combinés pour ne former qu'un seul facteur. L'examen du contenu de ces douze items justifie de nommer ce deuxième facteur « Intégration sociale ».

Analyses de validité

Les variables démographiques collectées en même temps que les réponses aux attitudes, notamment les questions associées à la familiarité (intimité, fréquence des contacts, intensité des contacts et

connaissance générale) ont été regroupés dans une composante expliquant 80 % de la variance. Cette composante de familiarité a donné un coefficient type de 0,32 de prédiction du score total, alors que la scolarité (0,16), le sexe (0,10) et l'âge (-0,13) prédisent dans une moindre proportion.

Résultats descriptifs

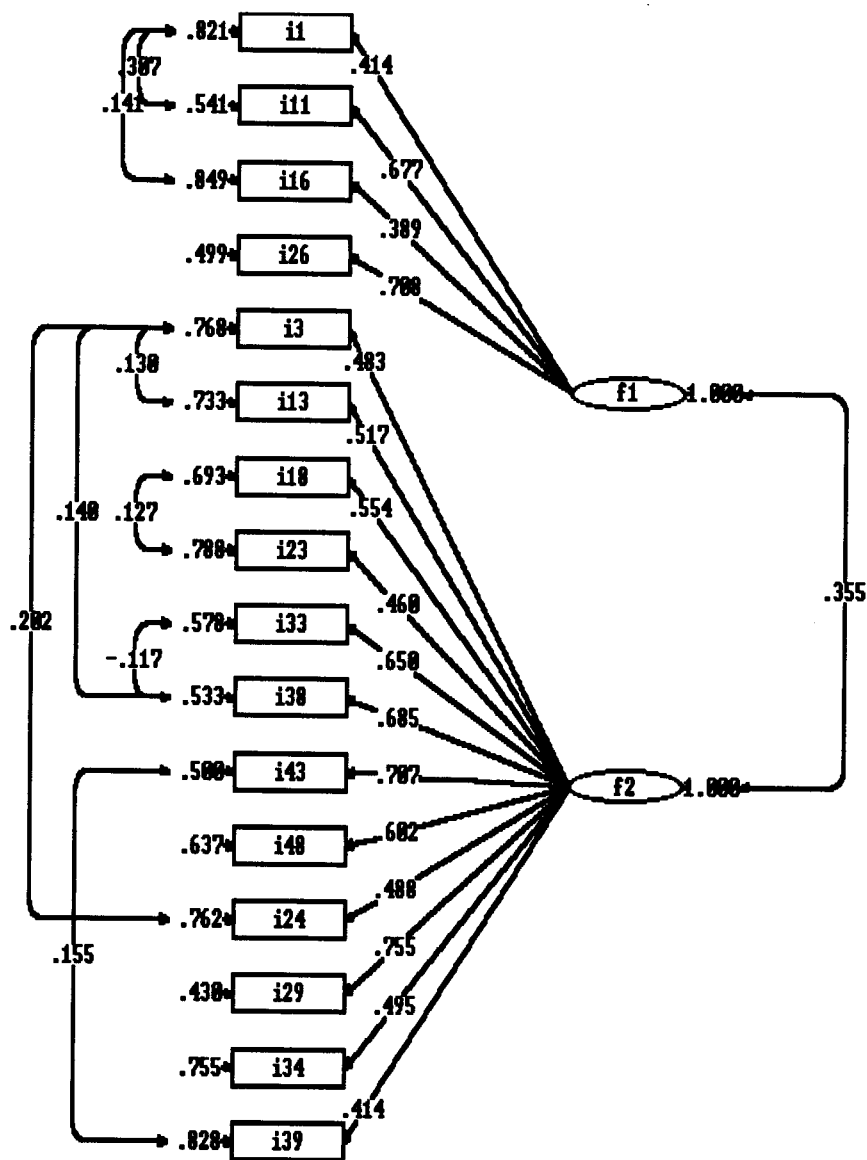
Ayant établi l'échelle finale composée de 16 items (voir tableau 1) se répartissant en deux facteurs, il est possible d'examiner les scores de l'échantillon ayant servi à l'analyse. Ces données ne constituent pas des normes représentatives de la population étant donné la manière dont l'échantillon a été recruté, mais permettent de situer la variation de score avec les items retenus. Ainsi, le score maximal total est donc de 64 points (soit 16 items x 4pts pour l'accord maximal ou le désaccord maximal selon la nature de l'item) et le score minimum est de 16 points (16 items x 1 pt). L'échantillon a obtenu une moyenne de 51 points, ce qui correspond à 80 % du maximum. L'écart type est de 6,58 et l'écart pour les individus en score brut va de 29 points à 64 points.

DISCUSSION

Le premier constat général de la comparaison du résultat des analyses psychométriques des cinquante énoncés de départ du MRAI avec la révision qu'en ont fait Antonak & Harth (1994) dans le cadre du MRAI-R est que nous avons affaire à deux instruments passablement différents. Tout d'abord, la différence du nombre de facteurs dérivés par l'analyse factorielle : quatre dans l'étude américaine alors que l'étude québécoise donne une solution à deux facteurs. Le nombre d'items est à l'avenant ; on retrouve 29 items dans la version américaine (dont 12 d'accord et 17 de désaccord) alors qu'il y en a 16 dans la version québécoise (dont 8 d'accord et 8 de désaccord). L'examen des échantillons d'analyse fait ressortir un plus petit échantillon (230 répondants) pour l'étude américaine, alors que la présente étude en comporte 506. Une autre différence est reliée à la composition de l'échantillon. Alors que dans l'échantillon américain 43 participants sur 230 (19 %) ne sont pas impliqués dans les

Figure 1

Diagramme des intercorrélations entre les items et les facteurs



Le numéro de l'item (i) correspond à celui de la première version de 50 items dont on trouve la correspondance avec la version finale de 16 items au Tableau 1. Le facteur f1 correspond au facteur Intégration scolaire et le facteur f2 au facteur Intégration sociale.

Tableau 1

Liste des items de la version finale avec numéro de la version originale

Je suis d'accord pour aller au cinéma ou au théâtre en compagnie de personnes qui présentent une déficience intellectuelle. (33)

Si j'étais propriétaire d'un salon de beauté, je serais irrité d'apprendre que je dois recevoir des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. (29)

Les enfants qui présentent une déficience intellectuelle devraient être intégrés dans les classes régulières à l'école. (1)

Je permettrais à mon enfant d'accepter une invitation pour célébrer l'anniversaire de naissance d'un enfant qui présente une déficience intellectuelle. (3)

Si j'étais propriétaire je choiserais mes locataires, même si cela m'amenait à ne louer qu'à des personnes qui ne présentent pas de déficience intellectuelle. (39)

Je suis d'accord pour que mon enfant ait comme amis intimes des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. (18)

Les agents d'immeuble ne devraient pas avoir l'obligation de montrer toutes leurs maisons aux familles dont l'un des enfants présente une déficience intellectuelle, même si les propriétaires n'en ont pas envie. (34)

Au secondaire, intégrer les élèves qui présentent une déficience intellectuelle dans les mêmes classes que les autres soulève plus de difficultés que cela n'en vaut la peine. (16)

Un dentiste ne devrait pas refuser de recevoir parmi ses clients une famille même si un des enfants présente une déficience intellectuelle. (24)

À la maternelle, l'intégration dans une même classe des enfants qui présentent une déficience intellectuelle avec ceux qui n'en présentent pas ne devrait pas se faire, car cela causerait un chambardement complet. (26)

J'accepterais d'aller chez un coiffeur compétent qui présente une déficience intellectuelle. (23)

Si mon enfant était invité à une excursion de fin de semaine avec un groupe d'enfants parmi lesquels certains présentent une déficience intellectuelle, je ne le laisserais probablement pas y aller. (38)

Les autorités scolaires devraient mettre dans les mêmes classes les enfants qui présentent une déficience intellectuelle et ceux qui n'en présentent pas. (11)

Je préférerais qu'aucune personne qui présente une déficience intellectuelle ne nage dans la même piscine que moi. (13)

Tableau 1 (suite)

Liste des items de la version finale avec numéro de la version originale

	Je préférerais que ne vivent pas dans le même immeuble que moi des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. (43)
	J'accepterais d'introduire un personne qui présente une déficience intellectuelle auprès d'amis et de voisins dans ma ville. (48)

A = Item d'accord D = Item de désaccord (Chiffre) = N° d'item de la version expérimentale (Harth, 1974)

services en sciences humaines, l'échantillon québécois comporte 370/506 (73 %) qui ne sont pas dans le domaine de la prestation de services éducatifs ou psychosociaux. On pourrait argumenter que des personnes spécialisées ont une vision plus nuancée dans leurs attitudes, augmentant ainsi la variance dans les résultats et contribuant à mettre en évidence des facteurs qui n'apparaîtraient pas chez une population générale qui a une vision plus globale, menant à moins de facteurs car ayant un pattern de réponse moins différencié (plus homogène). Ces caractéristiques des échantillons pourraient contribuer à expliquer pourquoi dans l'étude québécoise on n'obtient que deux facteurs.

Par ailleurs, Antonak & Livneh (1991) affirment que le public a des attitudes plutôt négatives vis-à-vis les personnes avec une déficience intellectuelle. Pour faire cette affirmation ceux-ci citent des sources qui remontent aux années 1975 à 1984. Or, Antonak & Harth n'ont pas relevé cette apparente contradiction alors que leurs résultats présentent un score pondéré de 80 % ce qui situe la moyenne des opinions entre un Accord ou un Accord complet avec des énoncés qui sont considérés comme reflétant une attitude favorable et un Désaccord ou un Désaccord complet avec des énoncés qui sont considérés comme reflétant une attitude défavorable. Nos résultats montrent un niveau aussi favorable d'attitude avec un score pondéré de 80 %, même si le nombre d'items et le nombre de facteurs est différent.

Une première hypothèse serait qu'effectivement en près de trois décennies les efforts faits par les associations de défense des droits et des intérêts de ces personnes, les politiques et les efforts des professionnels des services ont porté fruit et que leur intégration plus grande à la communauté a effectivement modifié pour le mieux les attitudes du public.

Un constat rassurant de nos résultats est qu'on observe le même niveau d'attitude favorable que dans l'échantillon américain même notre échantillon comporte presque quatre fois plus de personnes qui ne sont pas dans les services éducatifs ou psychosociaux. Cela suggère que ce niveau d'attitude favorable est partagé par la population en général.

Évidemment, ces échantillons, bien que diversifiés, ne sont pas des échantillons en vue d'une normalisation et doivent donc être interprétés avec une grande prudence. Cependant on ne voit pas dans ces résultats une confirmation de l'affirmation que l'attitude des gens à l'égard des personnes ayant une déficience intellectuelle sont pour la plupart négatives. La collecte de données normatives permettrait aux chercheurs d'avoir un instrument plus puissant pour mesurer les effets de leurs interventions ou pouvoir baliser leurs observations.

Par ailleurs, ces mêmes efforts d'intégration ont peut-être contribué à créer une pression sociale qui ferait en sorte qu'il n'est plus acceptable d'exprimer des attitudes négatives à l'égard des personnes ayant

une déficience intellectuelle et que les répondants en sont plus ou moins conscients et modulent leurs réponses en fonction de cette pression, réelle ou imaginée.

Le langage des questionnaires a probablement évolué au cours des décennies. Ainsi les premiers inventaires américains utilisaient le terme « Retarded » alors que maintenant nous utilisons le terme « Personnes qui présentent une déficience intellectuelle ». Le langage même, comme l'argumentent les défenseurs des personnes handicapées, peut porter et induire des attitudes. L'utilisation unique d'un tel langage centré sur la personne induit peut-être la norme sociale souhaitée, réduisant d'autant plus la variance des attitudes observées. Les méthodes pour contrer de tels effets, s'ils existent, consisteraient à introduire des items qui visent à mesurer et à contrôler l'hétéroduperie et l'auto-duperie et à pondérer les effets possibles de la pression sociale. L'observation naturaliste du langage utilisé par le public dans des contextes où des attentes ne sont pas perceptibles et son introduction dans un tel questionnaire d'attitude permettrait d'augmenter la gamme d'attitudes observées.

CONCLUSION

L'Inventaire d'attitudes envers les personnes ayant une déficience intellectuelle (IAPDI) présente des propriétés psychométriques préliminaires satisfaisantes. Les deux facteurs identifiés, Intégration scolaire (4 items) et Intégration sociale (12 items), bénéficient d'une homogénéité et d'une indépendance satisfaisante. Les 16 items saturent adéquatement sur leur facteurs respectifs. Les coefficients d'homogénéité sont satisfaisants. Bien que des questions soient soulevées quant à la capacité de l'instrument de discriminer suffisamment les attitudes dans la population, l'analyse des corrélations entre la familiarité et le niveau des attitudes chez les répondants montrent des éléments de validation encourageants.

Ce type de mesure des attitudes présente un intérêt dans les recherches qui utilisent cette variable, soit comme contrôle, soit comme variable indépendante ou dépendante. Les chercheurs œuvrant auprès des populations francophones pourront bénéficier de ces travaux. À la suite des analyses effectuées, des ajouts d'items et éventuellement des normes augmenteraient la validité et l'intérêt pour cet inventaire d'attitude.

THE CONSTRUCTION OF AN ATTITUDE INVENTORY FOR THE MENTALLY RETARDED FROM THE ATTITUDE OF MENTALLY RETARDATION INVENTORY

A scale to measure attitudes toward persons with mental retardation is elaborated from the translation of the Mental Retardation Attitude Inventory (Harth, 1974). The initial 50 items are scaled down to 16 items saturating on two factors after analysis of a 506 Quebec French speaking sample. A School Integration factor is constituted by four items and a Social Integration factor regroup 12 items. Psychometric properties are judged to be satisfying at the item level, reliability and homogeneity of the scale and independence of the factors. A good correlation between familiarity level of respondents and favorable attitudes is interpreted as a validity indication for the inventory. Results though show that attitudes of the general population towards persons with mental retardation are rather positive, contrary to the opinion that are found in professional literature. Bias and limits of the measure are discussed. This « Inventaire d'Attitudes envers les Personnes ayant une Déficience Intellectuelle » could be useful in research on attitudes in French speaking Québec.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONAK, R. F. & HARTH, R. (1994) Psychometric analysis and revision of the Mental Retardation Attitude Inventory. *Mental Retardation*, 32, pp. 272-280.
- ANTONAK, R. F. & LIVNEH, H. (1988) *The measurement of attitudes toward people with disabilities : Methods, psychometrics, and scales*. Springfield, IL : Thomas.
- ANTONAK, R. F. & LIVNEH, H. (1991) Survey research on attitudes. In : J.L. Matson & J.A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation* (2nd ed., pp. 552-568). New York : Pergamon Press.
- ANTONAK, R. F., MULICK, J. A., KOBE, F. H. & FEIDLER, 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*. Vol. 39 (4), 316-325.
- FELDMAN, D., JAY, R., KINNISON, L. & HARTH, R. (1984) Attitudes toward minority learning handicapped students as a function of differential labeling. *Education and Training in Mental Retardation*, 19, 141-149.
- GESKIE, M. A. & SALASEK, J.L. (1988) Attitudes of health care personnel toward persons with disabilities. In : H. E. Yuker (Ed.), *Attitudes toward persons with disabilities* (pp. 187-200). New York : Springer-Verlag.
- GOTTLIEB, J., CORMAN, L. & CURCI, R. (1984) Attitudes toward mentally retarded children. In : R. L. Jones (Ed.), *Attitude and attitude change in special education : Theory and practice* (pp. 143-156). Reston, VA : Council for Exceptional Children.
- HARTH, R. (1974) Attitudes toward minority groups as a construct in assessing attitudes toward the mentally retarded. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 6, 142-147.
- HARTH, R. (1981) Personally relevant and personally irrelevant attitude differences toward educable and trainable retarded children. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 16, 213-216.
- JONES, R.L. & GUSKIN, S. L. (1984) Attitudes and attitude change in special education. In : R. L. Jones (Ed.), *Attitude and attitude change in special education : Theory and practice* (pp. 1-20). Reston, VA : Council for Exceptional Children.
- JORESKOG, K. G. & SORBOM, D. (1993) *LISREL 8 : Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language*. Chigago, IL : Scientific Software International.
- KENON, A. F. & SANDOVAL, J. (1978) Teacher attitudes toward the educable mentally retarded. *Education and Training in Mental Retardation*, 13, 139-145.
- LIKERT, R. (1932) A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, No. 140.
- REIS, E. M. (1988) Improving attitudes of nonretarded fourth graders toward people who are mildly mentally retarded : Implications for mainstreaming. *Education and Training in Mental Retardation*, 23, 85-91.
- WOODMANSEE, J. J. & COOK, S. W. (1967) Dimensions of verbal racial attitudes : Their identification and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 848-860.
- YUKER, H. E. (1988) *Attitudes toward persons with disabilities*. New York : Springer-Verlag.

LA RECHERCHE-INTERVENTION POUR RECONNAÎTRE ET STIMULER UNE PRATIQUE SOCIALE INNOVANTE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Suzanne Carrier et Daniel Fortin

Tant pour reconnaître que pour stimuler l'innovation sociale dans les milieux de pratique, la recherche-intervention permet une rencontre avantageuse de la recherche et de l'intervention — traditionnellement représentées comme deux mondes différents. Elle fait du chercheur un agent de changement au sein d'un établissement de services. Cet article présente et distingue d'abord la recherche-intervention stratégique et la recherche-intervention tactique, selon visées respectives au regard de l'avancement de la pratique. Il est ensuite question de l'apport respectif du chercheur et du milieu de pratique dans la recherche-intervention ainsi que des conditions qui facilitent la participation du personnel des établissements. Une dernière section traite du transfert des connaissances et des retombées de la recherche-intervention. Elle met en relief différents éléments susceptibles d'optimiser l'impact de la recherche-intervention pour le milieu de pratique. En vue d'optimiser les bénéfices découlant de la recherche, il devient pertinent de s'intéresser à ce rôle d'agent de changement que la recherche-intervention confère au chercheur, rôle qui devient un élément clé du processus de recherche.

La recherche et l'intervention sont traditionnellement présentées comme deux univers distincts découlant d'une division entre le théoricien et le praticien, entre le chercheur et l'homme d'action (Mayer et Ouellet, 1991). Toutefois, essentiellement préoccupés d'offrir des services aux personnes présentant une déficience intellectuelle, les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) réalisent actuellement l'intérêt de s'engager dans des activités de recherche susceptibles de contribuer à l'enrichissement de la pratique. Inversement, pour les chercheurs, la mise en place de projets conjoints avec les milieux de pratique promet une amélioration de la pertinence et des retombées de leurs travaux. Ce rapprochement des milieux de recherche

et de pratique se justifie également par une préoccupation pour le transfert, dans les établissements, des connaissances produites par la recherche. Dans ce contexte, le chercheur est appelé à devenir un agent de changement au sein du milieu de pratique avec lequel il réalise des projets.

Basée sur un tel partenariat et susceptible d'avoir une incidence sur le milieu de pratique, la recherche devient recherche-intervention. Cependant, si les retombées de la recherche sont davantage garanties lorsque les milieux utilisateurs sont eux-mêmes associés, dès la conception, à la réalisation des projets (CQRS, 2000), il n'en demeure pas moins que cette condition ne s'avère pas suffisante pour assurer une utilisation subséquente des produits de la recherche-intervention par les intéressés. Cet article discute de l'appropriation et de l'utilisation des connaissances issues de la recherche-intervention. Auparavant, deux ordres de recherche-intervention sont présentés, le premier stratégique et le second,

Suzanne Carrier, Ph.D., Professeure associée, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal et Chercheure boursière, Les CRDI de Montréal; Daniel Fortin, Ph.D., Professeur, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal.

tactique. Par la suite, l'apport du chercheur et des acteurs du milieu de pratique, de même que certaines conditions de réalisation des projets qui facilitent l'engagement du personnel de l'établissement sont abordés. Enfin, au-delà de la participation du milieu de pratique, l'article fait état d'un ensemble d'éléments susceptibles d'optimiser l'utilisation des résultats de la recherche-intervention.

LA RECHERCHE-INTERVENTION

La recherche-intervention peut se définir comme une collecte et une analyse systématiques d'information concernant une réalité particulière de la pratique, en vue de reconnaître ou de stimuler l'innovation sociale à l'intérieur des établissements où elle se réalise. C'est donc une recherche concernant la pratique et pour la pratique, réalisée avec l'apport d'intervenants et de gestionnaires des CRDI. Elle peut être d'ordre stratégique ou tactique en regard de l'avancement de la pratique. Dans le premier cas, elle est essentiellement préoccupée de fournir une compréhension accrue des innovations issues de la pratique. Dans le second cas, elle est axée sur une planification d'actions à court ou moyen terme, en vue de bonifier la pratique ou ses conditions de réalisation. Les deux types de recherche-intervention peuvent, à certains moments, s'influencer mutuellement ou se recouper. Par exemple, une recherche-intervention stratégique peut viser la construction d'un modèle théorique à partir d'une pratique introduite par une recherche-intervention tactique. Par ailleurs, une recherche-intervention tactique peut viser la détermination d'actions sur le terrain, à partir d'un cadre théorique découlant d'une recherche-intervention stratégique. Il en est question à la suite.

La recherche-intervention stratégique

Conséquemment à la désinstitutionnalisation, puis à la préoccupation d'intégrer socialement les personnes qui présentent une déficience intellectuelle, les CRDI deviennent un lieu de renouvellement de la pratique sociale, désormais orientée vers une participation de l'entourage de ces personnes dans leur adaptation sociale. Dans ce

contexte, la recherche-intervention stratégique devient particulièrement pertinente car elle est axée sur la conceptualisation ou la modélisation d'une pratique novatrice pour mieux en comprendre les mécanismes et les exigences, de même que pour repenser, si nécessaire, son instrumentation.

La recherche-intervention stratégique sert l'action à long terme puisque, contrairement à plusieurs politiques ou philosophies d'intervention définies de façon abstraite, elle offre une compréhension théorique de la pratique à partir de données empiriques. Examinant globalement des phénomènes majeurs et peu documentés de l'intervention novatrice, la recherche-intervention stratégique donne lieu à un recadrage des conceptions courantes de la pratique. Ainsi, par exemple, à partir de données empiriques issues de l'étude des interventions de réadaptation réalisées sur le terrain, une recherche-intervention procède à une analyse critique de la documentation répertoriée sur le concept clé de *réadaptation*. La recherche-intervention stratégique peut aussi consister en une analyse critique des écrits concernant une méthode ou un instrument dont l'usage est répandu — tel le plan d'intervention individualisé — de manière à en proposer une *reconception* mieux ajustée aux exigences nouvelles du terrain. Une recherche-intervention stratégique peut également donner lieu au développement d'un modèle empiriquement fondé concernant un volet de la pratique, comme par exemple l'intégration sociale en milieu de travail. Inspirée de la méthode inductive d'élaboration de théorie (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990), la modélisation de la pratique permet de comprendre les processus propres à celle-ci en considérant globalement les différents éléments qui la constituent. Dès lors, à partir de tels travaux, il devient possible pour ces établissements de formuler des orientations qui s'appuient sur des concepts originaux, émergents d'une compréhension de la pratique en cours. Ajustée à cette dernière, de telles orientations offrent une re/connaissance de la pratique et encouragent son amélioration.

La recherche-intervention tactique

La recherche-intervention tactique est davantage

orientée vers la réalisation d'actions concrètes à court ou moyen terme. Aussi a-t-elle un impact direct sur la pratique, moins diffus que celui de la recherche-intervention stratégique laquelle se situe davantage au plan théorique et à plus long terme. La recherche-intervention tactique consiste souvent en une démarche de planification de l'action et qui s'inspire de la recherche-action de type enquête feed-back (Goyette & Lessard-Hébert, 1987). Orchestré par le chercheur à la demande d'un établissement, cet effort de planification est souvent axé sur le développement d'une facette spécifique de l'intervention sur le terrain. Par exemple, il peut s'agir d'une démarche participative visant, au sein d'une équipe d'intervenants, l'élaboration d'un plan d'action pour un rapprochement avec des partenaires locaux dans le développement d'une approche communautaire d'intervention.

Par ailleurs, en regard d'un changement de pratique, les besoins de formation du personnel peuvent être l'objet d'une recherche-intervention tactique par laquelle, des besoins sont identifiés et mis en ordre de priorité, par les acteurs concernés, dans la préparation d'un plan de formation. La recherche-intervention tactique s'inscrit alors dans une volonté de réorganiser la pratique à la lumière d'une orientation choisie par le milieu ou à partir d'un modèle d'intervention émergeant d'une recherche-intervention stratégique.

La recherche-intervention tactique peut également permettre la planification d'actions pour solutionner un problème organisationnel rencontré par l'établissement dans le développement de la pratique. Ainsi, par exemple, les intervenants et les gestionnaires concernés peuvent s'engager conjointement dans une recherche-intervention tactique visant à identifier les problèmes vécus par les éducateurs en plateau de travail et à formuler des solutions pour prévenir l'épuisement professionnel chez ce groupe d'intervenants.

En résumé, compte tenu de la nature spécifique et concrète des problèmes auxquels elle tente de répondre, la recherche-intervention tactique prend souvent la forme d'une démarche participative de planification d'action.

L'APPORT DU CHERCHEUR ET DU MILIEU DE PRATIQUE DANS LA RECHERCHE-INTERVENTION

Basée sur une dialectique entre la recherche et l'intervention, la recherche-intervention consiste en une mise en commun, par le chercheur et le milieu de pratique, d'intérêts, de compétences et de ressources. Sur ce plan, certaines conditions sont propices à une participation du personnel de l'établissement, même si l'apport de chacun varie quelque peu selon qu'il s'agit d'une recherche-intervention stratégique ou tactique. Cette section traite de ces aspects de la recherche-intervention.

La participation à une recherche-intervention stratégique

Lorsque le chercheur contribue à une recherche-intervention stratégique, il est sollicité pour son expertise tant sur le plan des méthodes de recherche que sur le plan du contenu de la recherche, c'est-à-dire de la pratique étudiée. Bien qu'elle puisse comporter des stratégies participatives telles la cartographie de concepts (Trochim, 1989), il n'est pas rare que la recherche-intervention stratégique requiert une contribution moins intense, quoique essentielle, du milieu de pratique au cours de sa réalisation. Toutefois, compte tenu de son expertise en matière d'intervention, le personnel est appelé à s'engager pour le choix de la problématique, la collecte des données ou l'interprétation des résultats.

La participation à une recherche-intervention tactique

Parce qu'elle répond habituellement à une préoccupation concrète du milieu de pratique, la recherche-intervention tactique requiert souvent une participation intense du personnel de l'établissement, en tant qu'expert de l'intervention. Sans exclure la possibilité que le chercheur puisse être lui-même reconnu par le milieu de pratique pour son expertise sur ce plan, c'est surtout en tant qu'expert des méthodes de recherche que ses services deviennent indispensables dans une recherche-intervention tactique. Le chercheur privilégie des méthodes participatives pour amener les intervenants à

déterminer des actions à entreprendre et à identifier les effets attendus de celles-ci, comme par exemple, l'utilisation de techniques pour le développement d'idées en groupe (Moore, 1986). Le choix des participants par le milieu de pratique, de même que l'intensité de leur participation, varie selon les objectifs de la recherche, les attentes et les ressources du milieu.

Des conditions de réalisation de la recherche-intervention propices à une implication du personnel des établissements

L'apport indispensable des intervenants dans une recherche-intervention exige certaines précautions de la part du chercheur. Une première chose à vérifier est la correspondance entre la problématique qui retient l'attention du chercheur et un intérêt ressenti, non seulement par un gestionnaire, mais par l'ensemble des participants. Une sensibilité et une ouverture du chercheur aux préoccupations du milieu de pratique est propice à cette convergence d'intérêt, laquelle s'avère particulièrement incontournable lorsque la recherche exige un apport important des intervenants. Aussi, avant une élaboration détaillée de la démarche, l'adhésion des participants demeure à vérifier, quitte à modifier préalablement le devis pour en faire un projet réellement mobilisateur.

S'assurer de la disponibilité des participants à s'engager dans la recherche-intervention est une autre condition avantageuse. Cette disponibilité se situe non seulement en termes de temps à l'agenda, mais aussi d'ouverture. Quoique a priori intéressante pour le personnel, une recherche risque d'être vécue comme une surcharge si elle est réalisée dans un contexte de changements majeurs au sein de l'établissement ou de projets concurrents qui drainent, par ailleurs, l'énergie des participants. Cela devient particulièrement critique dans une organisation où, la recherche peut sembler accessoire en l'absence d'une tradition en ce sens. Souvent désireux de faire avancer les choses, un gestionnaire peut initier un projet de recherche sans trop se soucier du contexte plus général de son implantation au sein du personnel. Il revient au chercheur de s'assurer, auprès du gestionnaire,

que le moment est propice à la réalisation de la recherche et que celle-ci prend un sens pour les participants.

Le chercheur prend soin également, au début de la démarche, d'informer les participants de l'importance de se conformer à la méthode qu'il propose et cela, pour maintenir une rigueur nécessaire à la fiabilité des conclusions. Le respect de la méthode fait en sorte que, tout en étant *intervention*, la recherche demeure *recherche*. Cette mise au point devient particulièrement importante dans le cas d'une recherche-intervention tactique puisque les participants peuvent percevoir une contradiction entre d'une part, la directivité du chercheur quant au respect de la méthode et, d'autre part, les principes d'appropriation et de démocratie caractéristiques d'une démarche participative. Cette perception d'incongruité menace alors la crédibilité du chercheur face aux participants et peut s'avérer démotivante.

Enfin, une fois qu'une entente explicite est établie par les participants autour de l'objet de recherche, de ses objectifs et des méthodes utilisées, le chercheur porte attention à la clarté de ses communications. Au fur et à mesure que l'avancement des travaux requiert une contribution du personnel, il veille à ce que les informations soient comprises et traitées par l'ensemble.

En résumé, l'apport du milieu de pratique est souvent moins exigeant au cours de la réalisation d'une recherche-intervention stratégique qu'au cours d'une recherche-intervention tactique. Néanmoins, un ensemble de conditions auxquelles le chercheur porte attention favorisent l'engagement du personnel de l'établissement dans la démarche.

LE TRANSFERT, DANS LE MILIEU DE PRATIQUE, DES CONNAISSANCES ISSUES DE LA RECHERCHE-INTERVENTION

L'appropriation et l'utilisation des résultats ou des produits de la recherche est un aspect névralgique de la recherche-intervention. Dans cette section, il est question d'éléments susceptibles d'optimiser les

retombées de la recherche-intervention au sein du milieu de pratique.

Des éléments susceptibles d'optimiser les retombées de la recherche-intervention dans le milieu de pratique

Bien qu'elle y soit propice, la participation du personnel n'est pas l'aspect le plus déterminant dans le transfert des connaissances et l'utilisation subséquente des résultats de la recherche. En effet, l'intérêt du milieu de pratique face aux résultats de la recherche-intervention apparaît beaucoup plus critique que l'intensité de sa participation au processus de recherche. Cet intérêt tient à l'adéquation des réponses fournies par la recherche-intervention aux besoins — d'ordre tactique ou stratégique — ressentis par les intervenants et les gestionnaires. Sur ce plan, une certaine stabilité du besoin, depuis l'élaboration du devis à la réalisation complète de la recherche, peut faire la différence. En effet, le *danger du court terme* menace particulièrement la recherche-intervention tactique qui s'inscrit en réponse à un besoin concret et immédiat. La réponse fournie par la recherche peut s'avérer bien tardive dans un contexte où les décideurs et les intervenants, souvent contraints d'éteindre des feux, voient parfois certaines de leurs préoccupations reléguées au second plan.

Un autre élément affecte favorablement, d'une façon non négligeable, le transfert des savoirs produits par la recherche-intervention concernant les interventions novatrices. Il tient à la perméabilité des procédés de recherche à l'intervention innovante et à son contexte, c'est-à-dire à la capacité des méthodes d'épouser la réalité de cette pratique — plutôt que d'y importer leurs propres construits et opérationnalisations.

La perméabilité des procédés de recherche à l'intervention et à son contexte s'observe d'abord dans la façon de poser l'objet de la recherche-intervention. En intervention, la frontière entre *processus* et *résultat* est souvent difficile à établir. De plus, dans une pratique sans cesse ajustée aux conditions particulières où elle s'exerce, les procédés de recherche-intervention qui permettent

de considérer globalement l'intervention dans son contexte fournissent des résultats souvent plus aisés à transférer. En effet, il en résulte des conclusions qui simultanément collent à la réalité du terrain et s'en distancient — par la compréhension qu'elles en apportent.

Par ailleurs, lorsque la recherche-intervention étudie les actions, les perceptions et le vécu des acteurs en situation d'intervention, les résultats à transférer risquent d'être davantage *parlants* pour le milieu de pratique que s'ils s'organisent autour de construits abstraits, préalablement définis et opérationnalisés d'une manière fragmentaire et souvent réductrice.

À titre d'exemple, un chercheur peut mesurer, avec des instruments standardisés, l'estime de soi et les stratégies de *coping* chez les personnes présentant un degré variable de déficience intellectuelle et vivant en appartement. Dans ce cas, la recherche identifie et mesure de manière isolée quelques variables et fournit des conclusions basées sur leur mise en relation statistique. Par contre, une recherche-intervention peut se préoccuper de comprendre comment la personne, ses proches et l'intervenant transigent avec les imprévus qui déstabilisent l'adaptation de la personne au plan sociorésidentiel. Ici, la recherche identifie, à partir du point de vue des acteurs quels sont les imprévus, les manifestations d'instabilité occasionnées, les efforts déployés par les différents acteurs pour composer avec la situation. En s'attardant aux actions et aux perceptions des acteurs, cette recherche traite du processus d'intervention dans son contexte. Elle risque ainsi d'être ajustée à la réalité du terrain et dès lors, de fournir des résultats plus aisément transférables. Toutefois, en dépit de la richesse des informations qu'elle permet d'obtenir, il relève de la *sensibilité théorique* du chercheur (Glaser, 1978), de cerner, de nommer, de conceptualiser et d'organiser les aspects clés propres à la pratique étudiée.

Le transfert de connaissances issues de la recherche-intervention stratégique

Les effets de la recherche-intervention stratégique au sein du milieu de pratique se situent à long terme et sont subséquents à sa réalisation. Elle modifie les

conceptions courantes de la pratique et ainsi, le cadre théorique habituellement proposé pour son orientation. De même, elle fournit une vision organisée de la pratique novatrice et contribue aussi à son enseignement.

Outre les éléments déjà mentionnés susceptibles d'optimiser les retombées de la recherche-intervention, le transfert des connaissances découlant d'une recherche stratégique requiert la mise en place d'occasions de dialogue entre le chercheur et le milieu de pratique, une fois la recherche terminée. À cet égard, il convient de sélectionner des contenus et des stratégies de communication pour rejoindre les différents groupes susceptibles d'être intéressés par les résultats de la recherche-intervention.

De plus, suscitant un renouveau de la pratique au plan conceptuel, une recherche-intervention stratégique peut subséquemment servir de point de départ à la tenue d'une recherche-intervention tactique visant la planification d'actions pour bonifier la pratique ou ses conditions de réalisation. Dès lors, la réalisation d'une recherche-intervention tactique devient, pour le milieu de pratique et le chercheur, une occasion privilégiée de dialogue propice au transfert de connaissances à l'intérieur d'actions sur le terrain.

Les retombées de la recherche-intervention tactique

Les retombées de la recherche-intervention tactique peuvent être à la fois concomitantes et subséquentes à sa réalisation, celle-ci faisant souvent appel à une participation importante du personnel de l'établissement. Ainsi, certaines retombées sont immédiates car elles découlent du processus de recherche en tant que tel. Sur ce plan, à l'intérieur d'organisations souvent fragmentées et bureaucratiques, il n'est pas rare que des participants apprécient que la réalisation de la recherche réunisse des acteurs de niveaux hiérarchiques différents dans un effort concerté pour solutionner une préoccupation partagée par l'ensemble. Une autre retombée tient au développement d'une perspective commune chez les participants par les tâches et les réflexions réalisées au cours de la recherche. Enfin, plusieurs font état d'appren-

tissages, notamment par le feed-back sur leur pratique inhérent au processus de recherche.

D'autres retombées de la recherche-intervention tactique se situent à moyen terme dans le milieu de pratique. Elles tiennent à l'utilisation du plan d'action ou de formation produit au cours de la recherche. Pour maximiser ces retombées, il peut s'avérer avantageux de désigner, au sein de l'établissement, un acteur responsable de la coordination ou du monitoring de l'implantation, puisqu'il n'est pas rare que le chercheur se retire une fois le processus de recherche-intervention tactique terminé. De plus, un consensus du personnel autour du plan produit, de même que la souplesse de l'organisation face à l'implantation des actions planifiées augmentent l'impact potentiel de la recherche.

CONCLUSION

La recherche-intervention s'intéresse à la reconnaissance et au développement de pratiques d'intervention innovantes. Elle peut être stratégique, notamment en fournissant une compréhension critique ou une modélisation d'une pratique novatrice. Elle questionne alors les conceptions courantes de l'intervention et fournit des éléments empiriques pour *penser autrement* la pratique. Également, la recherche-intervention peut être tactique, c'est-à-dire axée sur la planification d'actions pour enrichir la pratique en cours ou bonifier ses conditions de réalisation.

Intéressée par l'innovation, la recherche-intervention n'est pas dénuée de pertinence dans le contexte des pratiques novatrices d'adaptation-intégration sociale qui sont développées par les CRDI, suite à la désinstitutionnalisation. Qu'elle soit tactique ou stratégique, sa réalisation répond à un intérêt partagé par le chercheur, les gestionnaires et les intervenants. Elle place le chercheur en tant qu'agent de changement au sein d'un établissement. Aussi, dans une société préoccupée du transfert des connaissances issues de la recherche, il devient primordial de s'intéresser à ce nouveau rôle que la recherche-intervention confère au chercheur — et qui tend à

devenir une partie intégrante du processus de recherche. À cet égard, une connaissance accrue des éléments qui optimisent l'appropriation et l'utilisation des savoirs produits par la recherche-intervention devient précieuse, tant pour un

établissement continuellement appelé à s'ajuster aux exigences sans cesse nouvelles du terrain, que pour le chercheur soucieux de la pertinence et de l'impact de ces travaux.

BIBLIOGRAPHIE

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE
(2000) Pour de meilleures conditions à l'innovation sociale. *Innovation sociale, Le bulletin du Conseil québécois de la recherche sociale*, 7 (2), 5-6.

GLASER, B. (1978) *Theoretical Sensitivity*. Mill Valley, CA, Socioly Press.

GLASER B. & STRAUSS, A.L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Aldine.

GOYETTE, G. & LESSARD-HÉBERT, M. (1987) *La recherche-action, ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*. Sillery, Presses de l'Université du Québec.

MAYER, R. & OUELLET, F. (1991) *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.

MOORE, C.M. (1986) *Group Techniques for Idea Building*. Newbury Park, Sage.

STRAUSS, A. & CORBIN, J. (1990) *Basics of Qualitative Research*. Newbury Park, Sage Publications.

TROCHIM, W.M.K. (1989) An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12, 1-16.