

INTEGRATION SOCIALE ET VOISINAGE: LA POSITION DU PUBLIC

Jacques Côté, Lucie Ouellet et Robert Lachance

L'application des politiques d'intégration sociale est actuellement ralentie par certains groupes de citoyens qui s'y opposent. Cette étude s'intéresse aux questions suivantes: 1- Y a-t-il une hiérarchie de préférences pour certains groupes de personnes avec une incapacité; 2- Quelle place y occupent les individus avec une maladie mentale ou une déficience intellectuelle; 3- Quelles caractéristiques des répondants sont en relation significative avec leur position? A partir d'un échantillon aléatoire de 1 400 numéros de téléphone, 663 adultes ont accepté de répondre à un questionnaire de préférences. Les résultats confirment l'existence d'une hiérarchie où les deux groupes ci-haut mentionnés occupent les quatrième et cinquième rangs sur une possibilité de 11. De plus, les deux tiers des répondants ne sont pas défavorables à la présence de ces personnes dans le quartier. Des corrélations significatives sont observées entre l'âge, l'état civil, l'occupation, le revenu familial, le statut de propriétaire ou de locataire, et la position des répondants. Ces résultats sont ensuite reliés à certains moyens de favoriser l'intégration sociale des personnes avec une incapacité.

Pendant des années, les professionnels de la santé mentale ont dit et redit aux citoyens que l'hôpital psychiatrique était le lieu privilégié pour héberger et traiter les personnes ayant une déficience intellectuelle ou une maladie mentale. Depuis une vingtaine d'années, ces mêmes professionnels vantent plutôt les mérites de l'intégration physique et sociale à la communauté pour ces individus. Au fil des ans, cependant, les attitudes des publics d'accueil ont reçu moins d'attention que les préoccupations administratives et organisationnelles. Il ne faut alors pas se surprendre que plusieurs projets de réinsertion créent des remous ou ne voient jamais le jour, et que les citoyens "soient en retard sur le progrès" (Rivard, 1989; Therrien, 1988).

Encore aujourd'hui, le recours exagéré à l'institution, l'insuffisance des services communautaires et l'existence d'attitudes négatives à l'endroit des personnes avec une incapacité constituent des obstacles importants à leur intégration sociale. Ces facteurs contribuent à maintenir les personnes "différentes" dans des rôles de dépendance, d'infériorité, d'impuissance, de "parasites", les réduisant

parfois à l'état d'objet de pitié ou de ridicule (Wolfensberger, 1972).

LE PARI DE L'INTEGRATION

L'application des politiques de santé mentale et d'intégration à la société des personnes avec une maladie mentale ou déficience intellectuelle passe par la tolérance du public. Etre tolérant, c'est accepter chez autrui une manière d'être, de penser, de sentir et d'agir qui puisse parfois être différente de celle que l'on adopte soi-même, sans pour autant croire à la supériorité de l'une sur l'autre. Cette tolérance repose sur la maxime "vivre et laisser vivre" et n'implique pas nécessairement un engagement actif auprès des personnes avec une incapacité.

CONFUSION ENTRE MALADIE MENTALE ET DEFICIENCE MENTALE

Il règne encore beaucoup de confusion dans l'esprit d'une majorité de citoyens quant à ce qui distingue la maladie mentale de la déficience intellectuelle. Cette confusion s'explique en bonne partie par un manque de connaissances et certains malentendus (Antonak & al, 1989; Caruso & Hodapp, 1988; Maclean, 1981). Au Québec, les travaux de Melanson-Ouellet (1980), Fortin

Jacques Côté, Ph.D., Lucie Ouellet, M.Ps., et Robert Lachance, M.Ps., Centre de recherche Université Laval
Robert-Giffard, 2601, de la Canardière, Beauport (Québec),
CIV 2G3.

et Ferrie (1984) et de St-Laurent et Clarkson (1989) nous autorisent à considérer que l'appellation maladie mentale est interchangeable avec celle de déficience intellectuelle pour 2 répondants québécois sur 3. Enfin, au plan pratique, les résultats de plusieurs recherches sur les attitudes de public s'appliquent tant aux personnes avec une maladie mentale qu'à celles qui présentent une déficience intellectuelle.

LA DIFFERENCE DERANGE

Règle générale, l'être humain préfère ce qui lui est familier, ce qui lui ressemble. La nouveauté et l'inhabituel suscitent une vague inquiétude, une certaine insécurité bien légitime, conduisant à les éviter. Vis-à-vis une personne ayant une incapacité, l'inconfort devant la différence et l'inconnu se double d'un vague sentiment de culpabilité: quelle chance de ne pas être à sa place! Il y a aussi un sentiment d'incompétence, la personne se persuadant de ne pas savoir comment entrer en communication avec un individu "différent". La perception d'une différence chez un individu se généralise souvent à tout ce qu'il est: il devient une personne totalement différente. Toute différence physique ou intellectuelle est alors perçue comme une limitation globale.

La réaction la plus répandue à cet ensemble de sentiments diffus se traduit par l'établissement et le maintien d'une distance sociale et physique entre le citoyen porteur de préjugé mais sans expérience et divers groupes de personnes avec une différence. L'aboutissement d'un tel processus: l'asile, le ghetto, les quartiers détériorés, la prison, la discrimination.

Le préjugé est une attitude négative faite de croyances et d'attentes stéréotypées accompagnées de sentiments tels que la peur, l'hostilité, la méfiance. Cette attitude constitue une prédisposition à réagir d'une manière systématiquement défavorable aux personnes qui en sont la cible.

Les préjugés réduisent souvent à l'impuissance même les plus motivées des personnes avec une incapacité dans leurs tentatives de s'intégrer à la société. En ce sens, ces individus peuvent être considérés comme membres de groupes minoritaires plus ou moins opprimés. Traitant des préjugés raciaux, Krech et Crutchfield (1948) considèrent qu'ils possèdent deux caractéristiques communes malgré la diversité de ceux qui en sont porteurs: 1- une hiérarchie fixe de préférences raciales et 2- une conception stéréotypée des différents groupes

ethniques. Tringo (1970) suppose qu'une hiérarchie de préférences pour divers groupes de personnes avec une incapacité devrait exister s'il y a aussi un préjugé général à leur endroit. Selon cet auteur, il s'ensuit alors que les groupes rejetés éprouveraient de grandes difficultés à s'intégrer à la communauté, sans égard à leurs capacités physiques et mentales.

Le problème se complique davantage si l'on pense à la variété et à l'étendue des limitations humaines qui peuvent être classées comme étant une incapacité. Nous ne nous en tiendrons ici qu'aux groupes de personnes qui font l'objet de programmes d'intégration sociale dans le domaine du logement.

LA MESURE DES ATTITUDES

Jaffe (1967) souligne que chaque incapacité évoque ses propres attitudes et stéréotypes. Pourtant, plusieurs pionniers de la mesure des attitudes du public face aux personnes ayant une incapacité ont eu tendance à aborder ces individus comme formant un groupe homogène (Voeltz, 1980; Yaker & Block, 1986). D'autres ont consacré leurs efforts à définir les attitudes du public vis-à-vis un groupe ayant une incapacité spécifique, qu'il s'agisse de cécité (Cowen & al, 1958), de surdité (Cowen & al, 1967), d'épilepsie (Antonak & Rankin, 1982), de maladie mentale (Cohen & Struening, 1962; Gilbert & Levinson, 1956) ou de déficience intellectuelle (Efron & Efron, 1967; Fortin & Ferrie, 1984).

Certains chercheurs ont opté pour des études comparatives comportant plusieurs groupes de personnes avec différentes incapacités (Abrams & Kodera, 1979; Janicki, 1970; Melanson-Ouellet, 1980; Strohmmer & al, 1984). Quelques études comparatives ont mis en présence plusieurs types d'incapacités et une échelle de distance sociale (Jones & al, 1966; Schmelkin, 1984; St-Laurent & Clarkson, 1989; Tringo, 1970) et de distance physique dans le cas de détenus en maison de transition (Rothbart, 1973) ou de malades mentaux (Taylor & Dear, 1981). Enfin, une simple mise en rang a été utilisée pour connaître le degré d'acceptation des répondants vis-à-vis diverses incapacités (Antonak, 1979; Kastner & al, 1979; Yaker, 1988) ou les préférences des citoyens pour des voisins "exceptionnels" (Antonak, 1980; Solomon & Davis, 1984).

LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La présente recherche vise les objectifs suivants: 1-

Etablir la présence ou l'absence d'une hiérarchie de préférences du public à l'égard de 11 groupes de personnes avec une incapacité et en voie d'intégration sociale; 2- Situer les personnes avec une déficience intellectuelle ou une maladie mentale dans une telle hiérarchie par rapport aux autres groupes d'individus présentés comme voisins potentiels; 3- Faire ressortir les relations significatives entre la position des citoyens et leurs caractéristiques socio-démographiques.

METHODOLOGIE

Sujets

La population visée par cette étude est l'ensemble des adultes de la région de Québec et sa banlieue. Un échantillon aléatoire de 1 400 numéros de téléphone a permis d'obtenir la collaboration de 663 adultes. Le taux de réponse effectif est de 70,2%. Après pondération statistique conjointe du sexe, du groupe d'âge et du nombre d'adultes éligibles par foyer, ce groupe de répondants est représentatif de la population adulte de la région cible.

Les participants à ce sondage ont été recrutés au moyen d'un maximum de six appels téléphoniques effectués au domicile des ménages sélectionnés du 13 septembre au 4 octobre 1989. Pour chaque ménage, un répondant adulte a été choisi au hasard selon une grille de type Kish, assurant à chaque adulte une chance égale d'être choisi.

Instruments

La hiérarchie des préférences est la première composante d'un instrument pluridimensionnel actuellement en élaboration pour la mesure des attitudes du public face à l'intégration sociale de divers groupes de personnes présentant une incapacité quelconque. La personne interrogée présente sa position face à une éventualité crédible d'avoir comme voisins, sur sa rue, près de chez elle, de deux à six individus avec une différence. Le nombre de groupes en voie d'intégration sociale peut varier; il est ici de 11. La présentation de chaque groupe a été déterminée au préalable de façon aléatoire. La réaction du répondant à l'établissement de membres de chaque groupe est portée sur une échelle Likert en cinq points, allant de fortement défavorable à fortement favorable.

Une étude préliminaire de la stabilité de cette hiérarchie

répétée à un mois d'intervalle montre une corrélation de ,93 entre le test et le retest. Une autre étude préliminaire permet aussi de croire en l'absence de relation significative ($r = ,04$, $p = ,63$) entre cette hiérarchie et une échelle de désirabilité sociale (Crowne & Marlowe, 1960).

Afin d'étudier les relations entre cette hiérarchie et certaines variables socio-démographiques des répondants, les caractéristiques suivantes sont notées: âge, sexe, état civil, occupation, revenus personnel et familial, pratique religieuse, nombre et âge des enfants à la maison, statut de résidence. Des pourcentages sont établis pour les trois positions suivantes: favorables (très favorables et favorables), neutres, défavorables (très défavorables et défavorables) pour chaque groupe en voie d'intégration sociale. Quant aux relations entre les variables socio-démographiques, des chi-carrés sont calculés entre chaque caractéristique et les positions observées au moyen de la hiérarchie des préférences pour le groupe "maladie mentale". Une analyse de comparaison des moyennes a démontré l'inexistence de différence significative entre les préférences des répondants pour les groupes avec une maladie mentale ($M = 2,85$) et avec une déficience intellectuelle ($M = 2,86$), $p > ,05$. Les résultats obtenus pour le groupe avec une maladie mentale peuvent donc servir à l'analyse des relations entre les caractéristiques socio-démographiques et les positions envers les personnes ayant une déficience intellectuelle.

RESULTATS

Hiérarchie des préférences

La première question à laquelle s'intéressait cette étude est la suivante: y a-t-il une hiérarchie de préférences dans le public pour des voisins qui présentent une incapacité et qui désirent non seulement s'intégrer à la société en général, mais aussi habiter sur leur rue? Le tableau I documente l'existence d'un tel classement.

Pour mieux montrer l'existence d'une minorité de citoyens défavorables, nous avons regroupé les personnes neutres et les personnes favorables sous le vocable "non défavorables". Cette majorité de citoyens comprend: des personnes non troublées par l'arrivée de ces nouveaux voisins; des personnes qui leur sont modérément sympathiques de façon passive; des personnes qui leur sont activement favorables.

Tableau 1

Hierarchie des préférences des citoyens face à des voisins qui présentent une différence (N = 663 répondants)

GROUPES / % REPONSES	NON DEFAVORABLES			DEFAVORABLES	AUCUNE REPONSE
	FAVORABLES	NEUTRES	TOTAL		
1. Personnes âgées en perte d'autonomie	57,9	34,1	92,0	6,8	1,2
2. Femmes battues	62,9	25,7	88,6	10,2	1,2
3. Avec paraplégie	53,2	34,2	87,5	11,7	0,8
4. Avec déficience intellectuelle	36,6	33,6	70,2	27,2	2,6
5. Avec maladie mentale *	40,0	27,4	67,4	31,4	1,2
6. Sans domicile fixe	34,6	27,8	62,4	35,1	2,6
7. Avec le S.I.D.A.	31,0	29,3	60,3	38,1	1,6
8. Jeunes avec troubles de comportement	30,4	22,0	52,4	45,8	1,8
9. Avec alcoolisme **	24,3	20,8	45,1	53,0	1,9
10. Avec toxicomanie **	23,9	21,4	45,2	53,7	1,0
11. Détenus **	22,7	18,4	41,2	56,8	2,0

* Personnes qui ont besoin de traitement pour des troubles mentaux, qui peuvent vivre de façon autonome en dehors de l'hôpital et dont le fonctionnement intellectuel est comparable à celui de la majorité des gens.

** Ces groupes sont en maison de transition.

Plus de 80% des citoyens ne sont pas défavorables à des voisins provenant des trois groupes suivants: personnes âgées, femmes battues et personnes avec une paraplégie. Par contre, une ressource pour des gens ayant présenté des comportements délinquants (alcooliques, toxicomanes, détenus en maison de transition) serait plutôt mal accueillie par une majorité de citoyens.

Fait intéressant à noter, plus de 70% et 67% des citoyens ne sont pas défavorables à l'arrivée sur leur rue, près de chez eux, de 2 à 6 nouveaux voisins avec une déficience intellectuelle ou une maladie mentale. Dans le cas de ces deux groupes, il convient de noter qu'une majorité de citoyens se déclarent favorables soit respectivement 36,6% et 40%, lorsqu'il y a comparaison avec les positions neutre et défavorable.

La position défavorable regroupe, nous l'avons vu, les répondants défavorables et très défavorables. Ces derniers, soit 15 citoyens sur 180, ne représentent que 8,3% des citoyens ayant une position défavorable aux personnes avec une déficience intellectuelle. Dans le cas du groupe ayant une maladie mentale, 35 citoyens sur 208 opposants expriment de très fortes réserves, soit 16,8%.

Un simple examen visuel du tableau 1 permet de constater que les petits groupes de personnes avec une déficience intellectuelle ou une maladie mentale sont acceptés ou tolérés par plus des deux tiers des citoyens. Enfin, ces deux groupes de nouveaux voisins potentiels seraient mieux accueillis que six autres groupes de personnes avec une "différence". Ce constat répond au deuxième objectif visé par notre étude.

Caractéristiques socio-démographiques

Le dernier objectif fixé consistait à faire ressortir les relations significatives entre les positions des citoyens et leurs caractéristiques socio-démographiques. Ces relations sont rapportées au tableau 2.

Nous avons d'abord réparti les répondants pour chaque caractéristique au moyen de la procédure Freq de S.A.S.. La grandeur du lien entre la position des répondants et chaque caractéristique a été évaluée au moyen du chi-carré (X^2). Le seuil critique retenu est de ,01.

Le tableau 2 permet de constater l'existence d'un lien fortement significatif entre la position exprimée et l'âge, $X^2(10, N=653) = 67,45, p < ,001$, l'état civil, $X^2(6, N=650) = 50,83, p < ,001$, l'occupation, $X^2(12, N=633) = 50,28, p < ,001$, la pratique religieuse, X^2

(2, N=620) = 25,08, $p < ,001$, le revenu familial, $X^2(8, N=476) = 21,30, p < ,01$, et le statut de résidence, $X^2(2, N=636) = 27,87, p < ,001$.

Par ailleurs, il n'y a pas de relation entre la position des répondants et les variables suivantes: sexe, revenu personnel, scolarité, fréquence de la pratique religieuse, présence ou absence d'enfants à la maison, âge des enfants présents à la maison.

Age et position

Le groupe des répondants âgés de 18 à 24 ans comprend très peu de jeunes adultes qui sont défavorables à l'arrivée de voisins avec une déficience intellectuelle ou une maladie mentale. La tendance à adopter une position neutre ressort chez les personnes âgées de 18 à 34 ans, puisque le tableau 2 montre des rapports respectifs de 1,48 (18 à 24 ans) et de 1,16 (25 à 34 ans), un taux de 1,00 représentant le rapport attendu pour l'absence de relation entre deux variables. Une tendance est un rapport supérieur ou inférieur à 1 mais qui n'atteint pas le niveau de signification retenu. Le groupe des 35 à 44 ans a tendance à être favorable, présentant un rapport de 1.33. A partir de 45 ans, les répondants sont majoritairement défavorables, particulièrement ceux qui sont âgés de 65 ans et plus.

Etat civil et position

Les célibataires sont très nombreux à adopter une position favorable et très peu nombreux à opter pour une position défavorable. Au contraire, les gens mariés sont plus nombreux à être défavorables à l'intégration sociale. Les veufs et les veuves ont plutôt tendance à être neutres ou défavorables, tandis que les autres (union de fait, séparés, divorcés) tendent à être favorables.

Occupation et position

Les étudiants, les chômeurs et les assistés sociaux sont très peu nombreux à opter pour une position défavorable. Chez eux, la tendance va nettement de neutre à favorable, comme pour les employés non spécialisés. Les ménagères ont plutôt tendance à la neutralité. Au contraire, les personnes retraitées, les professionnels, comme les gens exerçant un métier spécialisé ont tendance à être défavorables.

Pratique religieuse et position

Les personnes qui pratiquent une religion sont plus nombreuses à être défavorables à l'intégration sociale.

Tableau 2
Caractéristiques socio-démographiques associées
à la réaction des citoyens (fo/ft) (N = 663 (1))

CARACTERISTIQUES	TOTAL X ²	FAVORABLE	NEUTRE	DEFAVORABLE
AGE	67,45 ***			
18 - 24 ans	105	1,15	1,49	0,38 **
25 - 34 ans	164	1,04	1,16	0,81
35 - 44 ans	141	1,33	0,73	0,81
45 - 54 ans	87	0,79	0,82	1,43
55 - 64 ans	76	0,83	0,74	1,45
65 ans et plus	80	0,53	0,95	1,65 *
ETAT CIVIL	50,83 ***			
Célibataires	159	1,51 **	0,94	0,46 *
Marié(e)s	332	0,75	0,98	1,39 **
Veuf(ve)s	51	0,55	1,16	1,23
Autres	105	1,24	1,09	0,46
OCCUPATION	50,28 ***			
Professionnel	112	0,94	0,86	1,20
Travail de bureau	88	1,10	0,68	1,14
Spécialisé	90	0,99	0,84	1,15
Non spécialisé	59	1,15	1,18	0,64
Ménagère	98	0,85	1,17	1,04
Retraité(e)s	91	0,63	1,02	1,46
Autres	95	1,39	1,31	0,22 **
PRATIQUE RELIGIEUSE	25,08 ***			
Oui	370	0,84	0,95	1,23 *
Non	250	1,23	1,07	0,66 **
REVENU FAMILIAL				
Moins de 15 000 \$	79	1,23	1,14	0,54
15 - 19 000 \$	46	1,18	1,02	0,71
20 - 29 000 \$	112	0,92	0,94	1,17
30 - 49 000 \$	131	1,03	1,11	0,85
50 000 \$ et plus	108	0,80	0,81	1,46
STATUT DE RESIDENCE	27,87 ***			
Locataire	283	1,10	1,23	0,66 **
Propriétaire	353	0,92	0,81	1,27

Niveaux de signification: * = p < ,05; ** = p < ,01; *** = p < ,001

(1) Cette fréquence n'est pas atteinte pour toutes les variables, certains répondants ayant refusé de répondre à ces questions.

Les non-pratiquants, significativement peu nombreux à être défavorables, adoptent majoritairement une position favorable.

Revenu familial et position

Les répondants qui ont des revenus familiaux annuels inférieurs à 20 000 dollars canadiens sont de tendance favorable. Ceux qui gagnent entre 20 000 et 29 000 \$, comme le groupe ayant des revenus supérieurs à 50 000 \$ présentent une position plutôt défavorable.

Statut de résidence et position

Les locataires sont très significativement moins nombreux à présenter une position défavorable. Ils ont plutôt tendance à être neutres ou même favorables. Les propriétaires sont nettement défavorables.

DISCUSSION

Le premier objectif de la présente recherche visait à vérifier l'existence d'une hiérarchie des préférences des citoyens à l'égard de onze groupes différents de voisins potentiels. Cette hiérarchie existe et permet de constater que les citoyens de la région de Québec adoptent des positions vis-à-vis les groupes d'intégration sociale qui sont presque similaires à celles des répondants d'une étude américaine comparable (Solomon & Davis, 1984). L'ordre des préférences, le deuxième objectif, montre que dans les deux études, la tolérance est la plus grande pour les personnes âgées et que, en ordre croissant, les jeunes mésadaptés sociaux-affectifs, les alcooliques et les toxicomanes attirent le plus de désapprobation. Enfin, les personnes avec une déficience intellectuelle ou une maladie mentale occupent les quatrième et cinquième positions dans les deux études. S'agit-il d'un hasard ou sommes-nous en présence d'un ensemble d'attitudes façonnées par la culture et les médias d'information nord-américains à l'égard de l'intégration sociale des personnes différentes? D'autres études doivent être réalisées afin de vérifier si l'ordre des préférences tient et si la force des positions vis-à-vis chaque groupe demeure stable ou varie selon les régions.

Les citoyens défavorables représentent respectivement 27,2% et 31,4% des répondants, selon qu'ils s'opposent à de nouveaux voisins avec une déficience intellectuelle ou avec une maladie mentale. Comme plus des deux tiers des citoyens sont neutres ou favorables, il convient de se demander si les stratégies d'implantation doivent continuer à accorder autant d'importance aux citoyens

défavorables.

Weber (1978) suggère l'adoption d'une approche discrète prenant appui sur des outils législatifs solides et qui ne fait pas appel à un programme préalable d'information de la communauté. Seltzer (1984) a en effet montré que des tentatives d'éducation peuvent susciter une plus vive opposition. Les gens ont en général tendance à baisser pavillon devant des faits accomplis (Westie, 1965). Solomon et Davis (1984) font remarquer que les citoyens déjà établis dans un quartier n'ont pas à connaître l'histoire personnelle de leurs nouveaux voisins. Ces derniers, une fois établis dans le quartier, auront ainsi des occasions quotidiennes de se faire connaître en tant qu'individus plutôt que comme membres d'une minorité dite "visible".

Le dernier objectif visait la mise à jour de relations significatives entre la position des citoyens et certaines de leurs caractéristiques socio-démographiques. Les quelques liens identifiés, s'ils se confirmaient à nouveau ailleurs, pourraient conduire à l'ébauche de profils du citoyen favorable, neutre ou défavorable à l'arrivée sur sa rue, près de chez lui et pour y demeurer, de quelques nouveaux voisins avec une incapacité.

Les jeunes adultes de 18 à 24 ans, les célibataires, les locataires, les non-pratiquants, les chômeurs, les étudiants et les bénéficiaires de l'aide sociale sont des sous-groupes de citoyens qui sont significativement peu nombreux à être défavorables. Par contre, les gens âgés de 65 ans et plus, les pratiquants, les personnes mariées et les propriétaires sont significativement plus nombreux à être défavorables.

Les relations évoquées ci-haut viennent confirmer en partie ce que d'autres auteurs ont trouvé avec d'autres mesures des attitudes du public face aux personnes avec une incapacité. Ainsi, comme Clarkson (1988), Melanson-Ouellet (1980) et Taylor et Dear (1981), nous constatons qu'avec l'âge, les gens deviennent moins favorables à l'intégration sociale des groupes avec une différence. Dans notre étude, c'est à 45 ans que nos répondants passent d'une position favorable à une position défavorable.

Nos résultats confirment que les gens mariés expriment des attitudes plus négatives que les célibataires (Taylor & Dear, 1981). Les personnes séparées, divorcées ou vivant en union de fait ont tendance à être favorables sans que cette position atteigne un seuil significatif comme dans l'étude ci-haut mentionnée. Quant aux veufs

et veuves, nous n'observons qu'une tendance à être défavorables alors que cette défaveur atteint un seuil significatif dans l'étude précitée.

Contrairement à Clarkson (1988), nous n'observons pas d'attitude négative significative de la part des cols bleus et des ménagères. Ces deux groupes ont plutôt tendance à être neutres ou favorables (cols bleus). Par ailleurs, nous constatons une relation importante entre le revenu familial et la position adoptée par les répondants, sans lien significatif avec une tranche de revenu en particulier. Tout au plus, pouvons-nous parler de tendance des gens ayant un revenu familial de moins de 20 000 \$ canadiens à être favorables et de plus de 50 000 \$ à être défavorables. Sur ce dernier point, les résultats de deux autres études sont contradictoires puisque dans un cas (Taylor & Dear, 1981), les familles riches sont moins défavorables alors que dans l'autre (Trute & Loewen, 1978), ces familles rejettent davantage les malades mentaux.

Les répondants de notre échantillon qui pratiquent une religion se montrent significativement défavorables, ce qui rejoint l'étude de Taylor & Dear (1981). Contrairement à ces auteurs, nos répondants qui ont des enfants à la maison ne sont pas plus défavorables que ceux qui n'en ont pas.

Enfin, notre étude confirme que les propriétaires sont significativement plus défavorables à des voisins avec une maladie mentale ou une déficience intellectuelle (Taylor & Dear, 1981; Trute & Loewen, 1978).

Limitations

Le domaine d'étude des attitudes du public à l'égard des personnes ayant une incapacité se développe depuis environ 50 ans (Antonak, 1979). Les résultats des travaux effectués sont très difficiles à synthétiser puisque les études diffèrent quant au nombre et aux types d'incapacités, quant à la formulation et au contenu des questions, quant aux mesures utilisées, quant à la nature et la grandeur des échantillons et quant à la qualité du schéma de recherche utilisé (Yuker, 1988). Plutôt que d'ajouter de nouvelles variantes, il conviendrait peut-être

d'avantage de reprendre les meilleures études et les instruments de qualité pour en vérifier les résultats et amorcer ainsi une consolidation du domaine d'étude. La présente recherche se veut une contribution en ce sens.

Au-delà de la quantification des différentes positions des citoyens, il importe également de connaître les impacts qu'ils appréhendent sur leur quartier, le danger personnel qu'ils craignent, le degré et le type de relations qu'ils acceptent d'établir avec leurs nouveaux voisins, leur autoritarisme, leur bienveillance, leur besoin de contrôle social, leur idéologie de santé mentale communautaire, leurs intentions d'agir qu'ils soient favorables ou défavorables, leur ouverture à un changement de position, et enfin, leur expérience des personnes avec une maladie mentale ou une déficience intellectuelle. Voilà des sujets d'étude essentiels au succès des politiques d'intégration sociale des personnes avec une différence.

CONCLUSION

Le fait qu'une majorité de citoyens ne soient pas défavorables à l'intégration sociale des individus ayant une maladie mentale ou une déficience intellectuelle est encourageant. Ces citoyens ont résolu leur ambivalence face aux personnes avec une incapacité. Maintenant, il faut oeuvrer à personnaliser le contexte dans lequel s'appliquent les politiques d'intégration sociale (Gibbons & al, 1980). Une campagne d'information doit être amorcée conjointement avec une multiplication des contacts entre les nouveaux voisins et les résidents du quartier d'accueil. Ces interactions provoquées ou imprévues, directes ou indirectes, devraient faire passer au premier plan les caractéristiques individuelles de ces nouveaux arrivants tout en reléguant à l'arrière l'étiquette d'infirme ou d'incapable. Nous croyons que ces informations et ces contacts objectivants ont plus de chances d'être constructifs s'ils sont surtout dirigés vers les gens de 45 ans et moins. Enfin, cette approche doit s'appliquer à des contextes importants pour les groupes concernés: acceptation générale, logement, travail, loisirs, consommation, accès aux édifices et services. C'est là tout un défi à relever.

BIBLIOGRAPHIE

- ABROMS, K. I., & KODERA, T. L. (1979) Acceptance Hierarchy of Handicaps: Validation of Kirk's Statement, "Special Education Often Begins Where Medicine Stops". *Journal of Learning Disabilities*, 12, 15-20.
- ANTONAK, R. F. (1979) An ordering-Theoretic Analysis of Attitudes Toward Disabled Persons. *Rehabilitation Psychology*, 26 (3), 136-144.
- ANTONAK, R. F. (1980) A Hierarchy of Attitudes Toward Exceptionality. *Journal of Special Education*, 14, 231-241.
- ANTONAK, R. F., FIEDLER, C. R., & Mulick, J. A. (1989) Misconceptions Relating to Mental Retardation. *Mental Retardation*, 27 (2), 91-97.
- ANTONAK, R. F., & RANKIN, P. R. (1982) Measurement and analysis of knowledge and attitudes about epilepsy and persons with epilepsy. *Social Science and Medicine*, 16, 1591-1593.
- CARUSO, D. R., & HODAPP, R. M. (1988) Perceptions of Mental Retardation and Mental Illness. *American Journal on Mental Retardation*, 93 (2), 118-124.
- CLARKSON, M. (1988) *Sondage sur la perception de la population du Québec à l'égard de la santé mentale: Les faits saillants*. Document de travail, Gouvernement du Québec: Services des études socio-sanitaires (MSSS), 22 septembre.
- COHEN, J. S., & STRUENING, E. L. (1962) Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 349-360.
- COWEN, E. L., BOBROVE, P. H., ROCKWAY, A. M., & STEVENSON, J. (1967) Development and evaluation of an attitude to deafness scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 183-191.
- COWEN, E. L., UNDERBERG, R. P., & VERRILLO, R. T. (1958) The development and testing of an attitude to blindness scale. *The Journal of Social Psychology*, 48, 297-304.
- CROWNE, D. P., & MARLOWE, D. (1960) A New Scale of Social Desirability Independent of Psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- EFRON, R. E., & EFRON, H. Y. (1967) Measurement of attitudes toward the retarded and an application with educators. *American Journal of Mental Deficiency*, 72, 100-106.
- FORTIN, D., & FERRIE, G. (1984) *L'état de la tolérance à la déficience mentale dans les régions de Drummondville, Victoriaville et Plessisville/Princeville*. Multi-Reso Inc.
- GIBBONS, F. X., STEPHAN, W. G., STEPHENSON, B., & PETTY, C. R. (1980) Reactions to Stigmatized Others: Response Amplification vs Sympathy. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 591-605.
- GILBERT, D. C., & LEVINSON, D. J. (1956) Ideology, personality, and institutional policy in the mental hospital. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 263-271.
- JAFFE, J. (1967) What's in a name - Attitudes toward disabled persons. *Personnel and Guidance Journal*, 45 (6), 557-560.
- JANICKI, M. P. (1970) Attitudes of Health Professionals toward Twelve Disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 30, 77-78.
- JONES, R. L., GOTTFRIED, N. W., & OWENS, A. (1966) The Social Distance of the Exceptional: A Study at the High School Level. *Exceptional Children*, 32, 551-556.
- KASTNER, L. S., REPPUCCI, N. D., & PEZZOLI, J. (1979) Assessing Community attitudes toward mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 137-144.
- KRECH, D., & CRUTCHFIELD, R. S. (1948) *Theory and problems of social psychology*. New York: McGraw-Hill.

- MACLEAN, T. (1981) Distinction entre maladie mentale et déficience mentale. *Santé mentale au Canada*, 29 (4), 32-34.
- MELANSON-OUELLET, A. (1980) *Etude sur la connaissance et les perceptions des services psychiatriques au Québec*. Québec: Ministère des Affaires sociales.
- RIVARD, J. C. (1989) La cour jugera si de jeunes déficientes peuvent habiter la villa de l'Essor. *Le Soleil*, 28 février.
- ROTHBART, M. (1973) Perceiving Social Injustice: Observation on the Relationship Between Liberal Attitudes and Proximity to Social Problems. *Journal of Applied Social Psychology*, 3, 291-302.
- SCHMELKIN, L. P. (1984) Hierarchy of Preferences Toward Disabled Groups: A Reanalysis. *Perceptual and Motor Skills*, 59, 151-157.
- SELTZER, M. M. (1984) Correlates of Community Opposition to Community Residences for Mentally Retarded Persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 89 (1), 1-8.
- SOLOMON, P., & DAVIS, J. (1984) Community Attitudes Toward Residential Facilities for Psychiatric Patients. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8, 38-41.
- ST-LAURENT, D., & CLARKSON, M. (1989) Integration: les barrières s'estompent. *Santé Société*, 11 (2), 23-25.
- STROHMER, D. C., GRAND, S. A., & PURCELL, M. J. (1984) Attitudes toward Persons with a Disability: An Examination of Demographic Factors, Social Context, and Specific Disability. *Rehabilitation Psychology*, 29 (3), 131-145.
- TAYLOR, S. M., & DEAR, M. J. (1981) Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7 (2), 226-240.
- THERRIEN, Y. (1988). Un beau projet mais ailleurs S.V.P. 2- La peur a fait avorter bien des projets. *Le Soleil*, 20 novembre.
- TRINGO, J. (1970) The Hierarchy of Preferences Toward Disability Groups. *The Journal of Special Education*, 4 (3), 295-306.
- TRUTE, B., & LOEWEN, A. (1978) Public Attitude Toward the Mentally Ill as a Function of Prior Personal Attitudes. *Social Psychiatry*, 13, 79-84.
- VOELTZ, L. M. (1980) Children's attitudes toward handicapped peers. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 455-464.
- WEBER, D. (1978) Neighborhood Entry in Group Home Development. *Child Welfare*, LVII (10), 628-642.
- WESTIE, F. R. (1965) The American dilemma: an empirical test. *American Sociological Review*, 30, 527-538.
- WOLFENSBERGER, W. (1972) *The principle of normalization in human services*. Toronto, Canada: National Institute on Mental Retardation.
- YUKER, H. E. (1988) Perceptions of Severely and Multiply Disabled Persons. *Journal of the Multihandicapped Person*, 1 (1), 5-16.
- YUKER, H. E. & BLOCK, J. R. (1986) *Research with the Attitude Toward Disabled Persons Scales (ATDP): 1960-1985*. Hempstead, New York: Center for the Study of Attitudes Toward Persons with Disabilities, Hofstra University.