

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE ET DE PLANIFICATION DU SOUTIEN À OFFRIR : VALIDATION FINALE

Anne Brault-Labbé et Lucien Labbé

Plusieurs perspectives récentes en recherche suggèrent qu'une meilleure qualité de vie (QDV) pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) constitue un but souhaitable, réaliste et atteignable. Le présent article vise à faire état des résultats obtenus dans le cadre de la recherche ayant permis de compléter la validation de la version la plus récente d'un questionnaire d'évaluation de la QDV. Les résultats des analyses psychométriques effectuées de même que l'analyse des données recueillies à l'aide d'un questionnaire adressé aux intervenants l'ayant utilisé confèrent à ce questionnaire une validité qui justifie son utilisation en contexte de pratique clinique.

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS POURSUIVIS

Au Québec, les services dispensés aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle (DI) se sont transformés de manière remarquable durant les trente dernières années (Boutet, 1990; Fraser et Labbé, 1993; Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, 2006, 2007-2008; Tassé et Morin, 2003). Désormais, ces personnes vivent principalement dans leur famille naturelle, en ressource intermédiaire (RI), en ressource de type familial (RTF) ou partagent une ressource à assistance continue (RAC). De plus, elles bénéficient de services socioprofessionnels (centre d'activités de jour, atelier, stage et plateau de travail, intégration à l'emploi). Elles ont accès aux services généraux et spécifiques (première ligne), aux services spécialisés (deuxième ligne) et à la plupart des services de la communauté.

Anne Brault-Labbé, Ph.D., Professeure au département de psychologie, Université de Sherbrooke, Adresse électronique : anne.brault-labbe@usherbrooke.ca; Lucien Labbé, M. Ps.-Éd., Agent de recherche, CRDITED le Centre du Florès, Adresse électronique : lucienlabbe@live.ca

En parallèle à cette réalité contemporaine, plusieurs perspectives récentes en recherche suggèrent qu'une meilleure qualité de vie (QDV) pour les personnes présentant une DI constitue un but souhaitable, réaliste et atteignable (Cummins, 1997; Schalock, 2004; Verdugo, Schalock, Keith et Stancliffe, 2005). La présente recherche s'inscrit directement dans l'esprit de cette notion de QDV et de l'approche d'intervention qui en définit les paramètres. Il s'agit, en l'occurrence, de *l'approche positive* développée par Fraser et Labbé (1993), puis renouvelée par Labbé (2003). Selon cette approche, l'évaluation de la QDV assure deux fonctions essentielles en contexte d'évaluation et d'intervention. D'abord, elle exerce une fonction préventive en incitant l'intervenant à se questionner sur la réalité globale de la personne, dans l'optique de maintenir ou d'améliorer ses conditions de vie, son bien-être. En second lieu, chez des personnes qui présentent des comportements problématiques, l'évaluation de la QDV permet d'obtenir des informations précieuses sur ce qui peut être à la source de tels comportements. Une telle perspective s'accorde avec

Les auteurs tiennent à remercier la Fondation québécoise de la déficience intellectuelle (FQDI) pour son soutien financier dans le cadre de ce projet de recherche.

l'approche biopsychosociale (multimodale) de Gardner, Dosen, Griffiths et King (2006), qui considèrent que les services devraient être dispensés dans le but de promouvoir le bien-être et la QDV plutôt que de viser uniquement à réduire ou à éliminer le trouble grave de comportement.

En lien avec l'élaboration de cette approche d'intervention, Fraser et Labbé (1993) ont proposé un premier questionnaire d'évaluation de la QDV, modifié dix ans plus tard afin d'en obtenir une version adaptée à l'évolution des connaissances en ce domaine (Labbé et Proulx, 2003). Cette démarche a donné naissance au *Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir*. Une première validation empirique de cet instrument a permis de démontrer de bonnes qualités psychométriques pour les échelles de mesure qui le composent (Brault-Labbé, 2007; Labbé et Brault-Labbé, 2008). Par ailleurs, suite aux résultats obtenus lors de cette validation préliminaire, certaines modifications ont été apportées à l'instrument. On compte parmi les plus importantes le raccourcissement des échelles de mesure incluses dans le questionnaire, l'ajout d'une section visant à soutenir la personne dans l'élaboration d'un projet personnel ou projet de vie significatif pour elle, ainsi que l'ajout de trois échelles évaluant les ressources personnelles et environnementales (autonomie, compétences et soutien social) dont dispose la personne pour exercer une plus grande *autodétermination* sur sa vie. Ce concept d'autodétermination s'avère fondamental lorsqu'il est question de traiter de bien-être, de satisfaction de vie et de fonctionnement optimal chez toute personne (Deci et Ryan, 2000; Lachapelle et Wehmeyer, 2003; Laguardia et Ryan, 2000; Shogren, Wehmeyer, Buchanan et Lopez, 2006).

Le présent article vise ainsi à faire état des résultats obtenus dans le cadre de la recherche ayant permis de compléter la validation de la version la plus récente de cet instrument. De façon plus spécifique, deux objectifs prioritaires étaient poursuivis :

1. Procéder à une nouvelle évaluation psychométrique des échelles qui constituent le questionnaire, et ce, auprès de clientèles issues de plus d'un centre de réadaptation (confirmer et généraliser les résultats obtenus lors de la validation préliminaire);

2. Évaluer la valeur appliquée du questionnaire sur la base des commentaires des intervenants l'ayant utilisé. Plus spécifiquement, recueillir leurs impressions sur sa clarté, son utilité et sa pertinence dans le contexte de leur travail clinique.

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Échantillons

L'échantillon clinique est constitué de 295 usagers recrutés dans trois centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Environ la moitié des participants provient du premier centre (50,2%), alors que l'autre moitié est répartie entre les deux autres centres (28,1% et 21,7% respectivement). L'échantillon inclut un nombre légèrement plus élevé d'hommes (160) que de femmes (134), avec un participant dont le sexe n'est pas précisé. L'âge moyen des participants est de 37,70 ans ($ET = 19,54$). En lien avec le deuxième objectif de recherche, un échantillon de 26 intervenants, répartis parmi les trois centres partenaires du projet ($N = 9, 7$ et 10 respectivement), ont répondu à un questionnaire de type sondage de façon à recueillir leurs impressions sur la forme, le contenu et l'utilisation du questionnaire dans leur travail clinique.

Procédure

Pour chaque participant faisant partie de l'échantillon clinique, l'évaluation de la QDV a été réalisée par l'intervenant responsable de son accompagnement et de son suivi, après que le participant lui-même ou son représentant ait fourni son consentement éclairé pour prendre part à l'étude¹. L'évaluation s'est fondée sur les observations directes et les informations verbales rapportées par la personne elle-même, par ses proches, par les collègues intervenants et par les partenaires, s'il y a lieu. Les intervenants ont été formés à l'utilisation du questionnaire par le chercheur principal assisté de la personne

¹ Les considérations éthiques relatives à ce projet ont été approuvées par le *Comité d'éthique* du Centre du Florès et le *Comité d'éthique de la recherche conjoint* approuvé par le MSSS, 2007.

responsable dans chaque centre. Ils ont entre autres été sensibilisés à l'importance d'éviter d'imposer leur point de vue sur les dimensions évaluées. Ces intervenants ont ensuite été sollicités afin de répondre par écrit au sondage portant sur l'utilisation du questionnaire dans leur pratique clinique.

Instruments

Le Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir comporte trois sections. La première vise à recueillir des informations générales sur la personne (données sociodémographiques, types de déficience, soutien et services reçus, médication). La deuxième section vise à évaluer neuf dimensions de la QDV, ainsi que trois ressources favorisant l'autodétermination (listées au Tableau 1). Chaque dimension est évaluée par des énoncés pour lesquels l'intervenant donne son degré d'accord concernant la situation de la personne, sur une échelle comportant six options de réponse : 1 (*jamais*), 2 (*rarement*), 3 (*souvent*), 4 (*très souvent*), 5 (*toujours*), *ne s'applique pas*. Pour chaque dimension de la QDV, l'intervenant doit aussi préciser son appréciation générale de la situation de la personne en fonction de trois options de réponse (pas de problème, problème, problème majeur). S'il y a problème, il est appelé à décrire celui-ci et à indiquer quelles sont selon lui les actions à mettre en place pour améliorer la situation. Enfin, la dernière section consiste en deux grilles synthèses. La première résume les dimensions de la QDV et les objectifs à cibler pour orienter l'intervention, l'échéancier prévu ainsi que les personnes responsables de soutenir la poursuite de ces objectifs. La seconde grille vise à soutenir l'élaboration d'un projet personnel ou projet de vie significatif pour la personne en tenant compte de ses intérêts, ses rêves, ses désirs, ses talents et habiletés ainsi que du soutien dont elle dispose dans son environnement.

Le sondage utilisé auprès des intervenants incluait 10 questions pour lesquelles les répondants devaient donner leur degré d'accord sur une échelle de Likert à quatre niveaux de réponse, soit « *Tout à fait en désaccord* », « *Plutôt en désaccord* », « *Plutôt*

d'accord » et « *Tout à fait d'accord* ». Les questions étaient les suivantes :

1. Les directives à suivre pour remplir le questionnaire sont claires et faciles à comprendre.
2. Les items inclus dans les différentes échelles de mesure du questionnaire sont clairement formulés et faciles à comprendre.
3. Les dimensions de la qualité de vie qui sont abordées « font le tour » de ce qu'il est important de cibler pour évaluer la situation de la vie de la personne.
4. Les énoncés inclus dans le questionnaire sont adaptés à la réalité des personnes à évaluer.
5. Je serais à l'aise de soumettre ces questions à un (des) proche(s) de la personne.
6. Le questionnaire permet de cibler des éléments importants à considérer pour améliorer la qualité de vie de la personne.
7. Le questionnaire permet de cibler des éléments qui permettent d'aider la personne à orienter un projet de vie qui répond à ses besoins, à ses préférences et à ses intérêts.
8. Je comprends l'approche positive de la personne qui sous-tend l'utilisation de ce questionnaire.
9. Je considère avoir reçu la formation et/ou l'encadrement nécessaires pour pouvoir utiliser adéquatement ce questionnaire.
10. Je considère que ce questionnaire est pertinent et utile pour appuyer le travail clinique des intervenants.

De plus, six questions ouvertes permettaient de recueillir des commentaires, des préoccupations ou des questionnements plus détaillés et personnalisés auprès des intervenants. Ces questions couvraient les thèmes suivants : aspects du questionnaire les plus appréciés dans le travail d'évaluation et de planification du soutien à offrir; aspects du questionnaire plus difficiles à intégrer dans ce même travail; dimensions de la qualité de vie ou items spécifiques qui semblent plus difficiles à évaluer; modifications ou ajouts à suggérer pour le questionnaire; tout autre commentaire ou suggestion concernant le questionnaire.

RÉSULTATS

Qualités psychométriques des échelles mesurant les dimensions de la QDV

En lien avec le premier objectif de la recherche, et tel que cela avait été fait dans le cadre de la validation préliminaire de l'instrument, chacune des échelles mesurant les dimensions de la QDV a été soumise au calcul de coefficients de consistance interne (alpha de Cronbach) ainsi qu'à des analyses factorielles exploratoires (extraction par axes principaux, rotation oblique). Au départ, trois bases de données distinctes devaient être créées à partir des informations recueillies respectivement dans les trois centres, afin de mener ces analyses séparément pour chacun d'entre eux et de comparer les résultats obtenus. Par ailleurs, pour des motifs se rapportant notamment au contexte de surcharge dans lequel se trouvaient les professionnels qui ont contribué à la collecte de données, le recrutement a été difficile et le nombre de participants moins élevé que prévu dans les trois établissements. Bien que la taille de l'échantillon provenant du premier centre se soit avérée adéquate pour mener les analyses ($N = 148$), la taille d'échantillon des deux autres centres ($N = 83$ et $N = 64$) était souvent trop petite pour que les analyses puissent être considérées comme étant statistiquement valides, particulièrement lors des analyses factorielles. Pour cette raison, une quatrième base de données incluant l'ensemble des données recueillies dans les trois établissements a été créée afin de mener les analyses sur un échantillon plus substantiel, soit l'échantillon global ($N = 295$).

Avant de procéder aux analyses à partir de cet échantillon global, des analyses distinctes ont néanmoins été effectuées à partir des données séparées des trois centres, à titre exploratoire. Bien que la prudence s'impose quant à l'interprétation des résultats obtenus, pour chacun des trois établissements, les résultats indiquaient toujours des coefficients de consistance interne se situant à l'intérieur des balises attendues ($> 0,50$), et ce, pour toutes les échelles. À quelques exceptions près, les

structures factorielles observées d'un échantillon à l'autre pour une même échelle étaient plutôt stables, en plus d'être souvent similaires à celles observées lors de la validation préliminaire. Ces résultats, obtenus malgré les limites statistiques évoquées, laissent croire à une validité appréciable de l'outil.

Concernant les analyses effectuées à partir de l'échantillon global, le Tableau 1 présente un portrait récapitulatif des qualités psychométriques obtenues pour chacune des échelles. Dans l'ensemble, les résultats indiquent de très bonnes qualités psychométriques. Toutefois, deux échelles (*bien-être matériel* et *QDV du milieu résidentiel substitut*) pourraient bénéficier d'analyses additionnelles à partir de nouveaux échantillons dans le cadre de recherches futures, afin de vérifier comment se comportent certains énoncés qui ont posé problème dans les analyses factorielles (saturation sur plus d'un facteur dans un cas et faible qualité de représentation dans l'autre cas). Nous croyons toutefois que cela ne justifie pas de modifier ces échelles à l'heure actuelle, puisque leur consistance interne n'est pas mise en doute. En outre, les énoncés s'étant avérés problématiques dans les analyses factorielles de la présente étude ne l'étaient pas lors des analyses issues de la recherche préliminaire. De plus, leur présence dans leur échelle respective ne diminue pas la valeur du coefficient de consistance interne.

Suivi auprès des intervenants

L'analyse des données recueillies auprès des intervenants s'est faite au moyen d'un traitement mixte (quantitatif et qualitatif) des données. D'abord, des statistiques descriptives ont permis de calculer la fréquence des réponses fournies à chacune des 10 questions complétées au moyen de l'échelle de Likert. Les résultats sont synthétisés au Tableau 2. Pour chacune des questions, on remarque une forte majorité d'appréciations positives, tel qu'en témoignent les colonnes ombragées dans le tableau. D'emblée, ces données confèrent au questionnaire une valeur clinique appréciable.

Tableau 1

Qualités psychométriques des échelles de mesure de la QDV

Dimensions QDV	Nb énoncés inclus dans l'échelle	Adéquation Keiser-Meyer-Olkin (KMO) de la solution factorielle (valeur recherchée > .60)	Alpha Cronbach (consistance interne : valeur recherchée > .50)
Bien-être physique	8	.73	.71
Bien-être psychologique	8	.79	.76
Vie relationnelle	6	.71	.76
Jeux, loisirs, activités sportives	5	.77	.82
Occupations de jour (adultes)	5	.69	.78
Occupations de jour (jeunes)	5	.79	.80
Bien-être matériel	7	--	.81
Appartenance sociale et vie communautaire	6	.75	.78
Autodétermination (exercice)	7	.91	.93
Autodétermination (développement)	5	.83	.89
QDV des membres de la famille	6	.84	.88
QDV du milieu résidentiel substitut	6	--	.78
Ressources favorisant l'autodétermination			
Autonomie/initiative personnelle	7	.87	.87
Compétences/habiletés personnelles	6	.87	.90
Soutien	6	.86	.91

Tableau 2

Résumé des réponses aux 10 questions portant sur l'appréciation du questionnaire

	Tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		Plutôt en désaccord		Tout à fait désaccord		Réponses manquantes	TOTAL Réponses Positives	TOTAL Réponses négatives
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%			
Question 1	5	19.2	21	80.8	0	0	0	0	0	100	0
Question 2	11	42.3	13	50	2	7.7	0	0	0	92.3	7.7
Question 3	11	42.3	14	53.8	0	0	0	0	1	96.2	0
Question 4	5	19.2	17	65.4	4	15.4	0	0	0	80.7	15.4
Question 5	10	38.5	9	34.6	7	26.9	0	0	0	73.1	26.9
Question 6	12	46.2	14	53.8	0	0	0	0	0	100	0
Question 7	2	7.7	22	84.6	0	0	2	7.7	0	92.3	7.7
Question 8	11	42.3	14	53.8	1	3.8	0	0	0	96.2	3.8
Question 9	2	7.7	15	57.7	7	26.9	2	7.7	0	65.4	34.6
Question 10	4	15.4	18	69.2	4	15.4	0	0	0	84.6	15.4

Deux questions présentent par ailleurs une fréquence plus élevée de réponses négatives (en gras dans le tableau) et méritent un examen plus attentif. La première s'intéresse à l'aisance des intervenants à utiliser le questionnaire auprès des proches des personnes évaluées (question 5). Des précisions quant aux malaises éprouvés par certains intervenants à cet égard ont été recueillies dans la portion qualitative du sondage et seront évoquées plus loin. La deuxième évalue jusqu'à quel point les intervenants ont l'impression d'avoir reçu la formation nécessaire pour utiliser le questionnaire (question 9). L'importance de ce thème prend toute sa signification lorsque l'on considère les nombreuses questions et préoccupations exprimées dans la section qualitative du sondage, ce qui sera maintenant abordé.

Une analyse thématique a été menée pour chacune des questions ouvertes soumises aux intervenants. Ce type d'analyse vise à prendre connaissance de l'ensemble des réponses fournies pour ensuite, par étapes successives de codification, arriver à en extraire des thèmes généraux, eux-mêmes divisés en catégories et en sous-catégories qui permettent d'organiser et de synthétiser l'information, de façon à en dégager un portrait global. Ce type d'analyse permet également de calculer la fréquence des différents thèmes abordés par les répondants et ainsi d'en mesurer le poids relatif lorsque l'on tente d'interpréter les données.

Au niveau des aspects les plus appréciés du questionnaire, plusieurs remarques se rapportent aux changements qui y ont été apportés depuis les versions antérieures (certains intervenants avaient déjà pris part à la collecte de données pour la validation préliminaire). Or, un bon nombre de modifications ayant conduit à la version révisée de l'instrument avaient justement été effectuées dans l'optique d'en faciliter l'utilisation : le fait que des commentaires soient formulés à ce sujet confirme la pertinence de cette démarche. Toujours au niveau des aspects les plus appréciés, les réponses indiquent une grande variété de points de vue quant aux sections du questionnaire et aux dimensions de la QDV jugées particulièrement utiles aux yeux des intervenants. Cela met en évidence la présence de besoins nombreux et variés de soutien à la collecte d'information en contexte d'évaluation clinique, ce à

quoi le questionnaire semble être susceptible de répondre.

En contrepartie, les réponses mettent en lumière une variété également importante de préoccupations qui se posent dans le cadre de l'utilisation du questionnaire. Par ailleurs, aucun commentaire spécifique n'apparaît à fréquence élevée et ne semble donc être le reflet d'un problème récurrent se posant aux yeux d'une majorité d'intervenants (fréquence maximale d'une réponse = 5). Peu importe sa forme et son contenu, tout outil clinique peut susciter une variété de réactions et de questionnements. Cela reflète à notre avis l'importance de maintenir une ouverture aux rétroactions des utilisateurs et garder le souci de bonifier l'instrument au besoin, à la lumière de l'utilisation qui en est faite à moyen et long terme.

Parmi les difficultés mentionnées plus souvent par les intervenants, on note que l'outil semble être plus difficile à utiliser avec certaines clientèles (personnes ayant du mal à s'exprimer verbalement et personnes présentant un trouble envahissant du développement [TED]). La difficulté d'obtenir la pleine collaboration des acteurs impliqués auprès de la personne pour compléter le questionnaire et le malaise d'aborder certaines questions avec les proches (risque de commettre des indiscretions ou de ne pas obtenir toute l'information) constitue également un thème plus fréquent. Finalement, la difficulté à utiliser l'outil dans le contexte professionnel où se trouvent les intervenants (ex. : surcharge) est mentionnée à quelques reprises.

En résumé, l'évaluation du questionnaire effectuée par les intervenants laisse croire à une appréciation plutôt positive de sa forme, de son contenu ainsi que de sa pertinence clinique. Par ailleurs, des rétroactions constructives gagneront à être utilisées afin d'orienter l'encadrement et le soutien à offrir aux intervenants qui en feront usage dans leurs activités professionnelles et qui semblent considérer importante la formation reçue à cet effet.

CONCLUSION

Le présent article avait pour objectif de présenter les résultats du projet de recherche ayant été mené dans l'optique de compléter la validation du Question-

naire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir. Plus spécifiquement, les qualités psychométriques des échelles incluses dans la version révisée du questionnaire ont été évaluées en se basant sur un échantillon provenant de trois établissements offrant des services auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement. De plus, un suivi auprès d'intervenants ayant utilisé le questionnaire a été effectué afin d'évaluer leur appréciation de son contenu, de sa forme et de sa valeur clinique.

En somme, bien que quelques éléments soulèvent l'importance d'assurer une bonification continue de l'instrument en tenant compte de l'usage qui en est

fait, nous croyons que les résultats confèrent à ce questionnaire une validité qui justifie son utilisation en contexte de pratique clinique. Par ailleurs, plusieurs commentaires d'intervenants ont mis en lumière la complexité d'utilisation de cet outil et le besoin de formation, d'encadrement et de soutien pour l'intégrer aux pratiques professionnelles. Ce résultat ressort à notre avis comme l'élément central se dégageant du suivi effectué auprès des intervenants. De plus, il apparaît pertinent d'envisager des recherches futures qui permettraient d'évaluer, dans une perspective longitudinale, l'impact de l'utilisation de l'instrument sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes et sur la réalisation de leur projet de vie.

QUESTIONNAIRE ON THE EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE AND PLANNING THE SUPPORT TO BE OFFERED : FINAL VALIDATION

Many recent research perspectives suggest that a better quality of life (QOL) for persons with disabilities is a desirable, realistic and attainable objective. This article aims to present the results of the completion of validation research in respect of the most recent version of a QOL evaluation questionnaire. The results of the psychometric analyses conducted, as well as the analysis of the data collected with the help of a questionnaire targeted at professionals having used it, grant this questionnaire a validity that justifies its use in the context of clinical practice.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUTET, M. (1990). De l'évolution des droits et des services. Dans D. Boisvert, *Le plan de services individualisé*. Montréal : Éditions Agence d'Arc.
- BRAULT-LABBÉ, A. (2007). *Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et du soutien à offrir : validation préliminaire*. Rapport de recherche, Centre du Florès, St-Jérôme, Québec.
- CUMMINS. (1997). Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability : A review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, 199-216.
- DECI, E. L., RYAN, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuit: Human needs and the self-determined of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT. (2006). *Offre de service*. Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT. (2007-2008). *Les indicateurs de gestion 2007-2008*. Montréal : Édition avril 2009.

- FRASER, D., LABBÉ, L. (1993). *L'approche positive de la personne...Une conception globale de l'intervention*. Laval : Édition Agence d'Arc et les Éditions de la Collectivité.
- GARDNER, I.W., DOSEN, A., GRIFFITHS, D.M., KING, R. (2006). *Practice Guidelines: For Diagnostic, Treatment and Related Support Services for Persons with Developmental Disabilities and Serious Behavioral Problems*. Kingston: NADD Press.
- LABBÉ, L. (2003). L'approche positive : un modèle global et intégratif d'intervention. Dans M. J. Tassé et D. Morin. *Déficiência Intellectuelle*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- LABBÉ, L., BRAULT-LABBÉ, A. (2008). Élaboration du Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir. *Revue francophone de la déficiência intellectuelle*, 19, 21-36.
- LABBÉ, L., PROULX, R. (2003). *Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir*. St-Jérôme : Document inédit.
- LACHAPELLE, Y., WEHMEYER, M. L. (2003). L'autodétermination. Dans M. J. Tassé et D. Morin. *Déficiência Intellectuelle*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- LAGUARDIA, J. G., RYAN, R.M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 281-304.
- SCHALOCK, R. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216
- SHOGREN, K. A., WEHMEYER, M. L., BUCHANAN, C. L., LOPEZ, S. H. (2006). The Application of Positive Psychology and Self-Determination to Research in Intellectual Disability: A Content Analysis of 30 Years of Literature. *Research and Practice for persons with Severe Disabilities*, 31(4), 338-345.
- TASSÉ, M. J., MORIN, D. (2003). *La déficiência intellectuelle*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- VERDUGO, M. A., SCHALOCK, R. L., KEITH, K. D., STANCLIFFE, R. J. (2005). Quality of Life and its measurement : important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707-717.