

ÉVOLUTION DE L'ÉVALUATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE EN AMÉRIQUE DU NORD

Wilfrid Pilon

L'évolution des instruments d'évaluation utilisés dans le champ de la déficience intellectuelle en Amérique du Nord a été influencée, à partir du début des années 60, par quatre facteurs d'ordre social, politique et professionnel:

- . la modification des politiques sociales;
- . l'application du principe de la normalisation et du concept de valorisation des rôles sociaux dans les services;
- . la communautarisation des services et;
- . l'évolution de la définition de la déficience intellectuelle.

LA MODIFICATION DES POLITIQUES SOCIALES

En effet, de 1960 à aujourd'hui, des études nord-américaines et plus spécifiquement québécoises proposent des réformes du système des hôpitaux psychiatriques (Commission d'études des hôpitaux psychiatriques, 1962) tout en dénonçant les conditions pitoyables des personnes atteintes de maladie mentale. Cette commission recommande la transformation des grands hôpitaux en intégrant ces personnes dans des ressources plus restreintes. Par la suite, il y a eu un réaménagement complet du système de distribution des services socio-sanitaires (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970).

Durant cette même période, l'objectif social de la

désinstitutionnalisation des personnes présentant une déficience intellectuelle, était à son point culminant et fut maintenu durant les deux prochaines décennies. Les mouvements de contestation des droits de la personne et les associations de parents furent les grands instigateurs et promoteurs de cette démarche. Le terme de désinstitutionnalisation était réservé aux efforts consistant à renverser l'habitude de fournir des soins à une clientèle dépendante dans des environnements éloignés des milieux de vie familiaux (Bachrach, 1976). La désinstitutionnalisation est un concept qui présente des points communs avec la normalisation (Wolfensberger, 1970) et le «mainstreaming» (Silverman, 1979) signifiant l'intégration de l'élève au courant régulier scolaire). Cependant les concepts de normalisation et de «mainstreaming» ne sont pas identiques. La désinstitutionnalisation comme le principe «du milieu de vie le moins contraignant possible» sont des applications opératoires de certains éléments de ces concepts, alors que la normalisation et la valorisation des rôles sociaux sont des principes moraux et culturels. La désinstitutionnalisation s'adressait à toute une gamme de clientèles dont celles de la santé mentale et de la déficience intellectuelle.

Les services traditionnels pour celles-ci étaient offerts dans des milieux complètement situés à l'écart de la communauté. Les personnes inscrites dans ces services vivaient des expériences sociales de vie fort différentes de celles vécues par le reste de la société. La désinstitutionnalisation a tenté d'éliminer cette isolation physique et ses pratiques de mise à l'écart inhérentes aux soins institutionnels (Bruininks et Lakins 1985). Les promoteurs de la désinstitutionnalisation s'objectaient à la fois au contenu et à la qualité des soins pratiqués dans les grands établissements publics, voire, isolés et à l'écart de la communauté. Le mouvement de désinstitutionnalisation préconisait donc une

Wilfrid Pilon, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard (Beauport, Québec).

alternative à l'institution, à savoir, un changement du milieu de traitement dans la communauté puisque ces milieux étaient plus humains et éventuellement plus thérapeutiques (Bachrach, 1983). Évidemment, l'intégration de ces clientèles dans la communauté apportait de nouveaux défis et plus particulièrement celui de la mise en place d'une structure globale et complète de services devant conserver la «continuité» et la coordination de soins qui autrefois, se donnaient sur place dans un même milieu physique et qui, maintenant, devaient être donnés dans des milieux plus éparpillés dans la communauté.

L'APPLICATION DU PRINCIPE DE LA NORMALISATION ET DU CONCEPT DE VALORISATION DES RÔLES SOCIAUX DANS LES SERVICES

Au cours des deux dernières décennies le principe de la normalisation et de la valorisation des rôles sociaux (VRS) ont incommensurablement influencé les services résidentiels et autres services s'adressant à la clientèle déficiente intellectuelle et servent de pierre angulaire aux modifications apportées dans le réseau de dispensation de soins et des services aux États-Unis et au Canada (Bruininks et Lakin, 1985). Le concept de la normalisation importé des pays scandinaves dans les années 60 avait davantage un sens d'équité et fut progressivement modifié pour prendre un sens plus pragmatique et de développement d'habiletés dans les services des personnes présentant des incapacités du développement. Wolfensberger, l'auteur et l'instigateur du mouvement aux États-Unis et au Canada, n'a jamais prêté au concept, le sens de rendre les personnes «normales» ou que les dispensateurs des services ignorent les comportements anormaux des personnes (Wolfensberger, 1980). Le sens réel de ce concept s'appuie essentiellement sur les valeurs humaines de la société reconnaissant le droit de ces personnes au respect comme individu et comme membre d'une culture qui leur est propre dans la communauté. Initialement, la normalisation ne s'adressait pas comme tel aux services fournis ou aux programmes de développement d'habiletés de la clientèle, bien que cet objectif, soit naturellement issu du concept. La normalisation définissait essentiellement les objectifs, les «standards» d'intervention et les processus d'intégration pour les

clientèles historiquement dévalorisées contre lesquels la qualité des services donnés peut être appréciée. Les standards stipulent tout simplement que le traitement donné à ces individus doit refléter leur acceptation à part entière comme membre d'une culture ayant droit à une participation aussi grande que son handicap lui permet. La normalisation comme philosophie et plus tard, la valorisation des rôles sociaux comme guide aux pratiques professionnelles a servi de contrepois important aux attitudes et aux pratiques qui ont longtemps influencé le traitement de ces personnes en milieux ségrégués.

Tout le monde n'a pas nécessairement reconnu le droit des personnes à des services normalisés. Trois raisons majeures ont cependant contribué à la reconstruction des services à long terme appuyé par le principe de la normalisation. En premier lieu, un consensus croissant du sens fondamental de la normalisation voulant valoriser la vie, les droits et la dignité des personnes présentant des incapacités; deuxièmement, le droit au développement d'habiletés dans les services communautaires ou sujettes à soulager les effets des incapacités (promotion de l'autonomie, les soins personnels et une participation sociale) sont mieux pratiquées dans les milieux où elles seront appliquées; et finalement la mise en question, autant pour des raisons économiques, politiques et personnelles de la nécessité de poursuivre l'institutionnalisation auprès de cette clientèle. Ces concepts idéologiques dont la valorisation des rôles sociaux, la normalisation ou les services alternatifs les moins contraignants ont permis de préciser les moyens pour améliorer l'adaptation de ces personnes à un environnement communautaire normalisant.

LA COMMUNAUTARISATION DES SERVICES

En général le droit au développement d'habiletés reste vrai, même pour les personnes présentant des incapacités intellectuelles sévères. C'est le droit à l'opportunité de se développer au-delà de son statut actuel et peut-être même, au-delà de ce que les autres pensent être leur potentiel. Donc un programme de développement d'habiletés efficace ne peut être que celui qui maximise la probabilité de réussite du traitement. Pour s'assurer de la réussite du traitement

à cette clientèle, deux aspects de la formation sont considérés comme importants soit le contenu de la formation (aspect technologique et curriculum) et le contexte du milieu dans lequel cette formation est donnée. Avant les années 70, nous assumions que n'importe quel milieu, qu'il soit résidentiel, scolaire, travail, etc., pouvait servir de contexte à la formation de ces personnes. Les politiques et les pratiques publiques ont préconisé une intégration maximale de ces personnes dans des milieux communautaires naturels. Cette orientation s'est reflétée dans les pratiques du «mainstreaming» en éducation et de la désinstitutionnalisation dans les différents milieux de vie. Les concepts idéologiques sont sous-jacents aux services dispensés et ont aidé à préciser les moyens pour améliorer l'adaptation des personnes à un environnement normalisant (voir le tableau 1 pour une liste d'instruments utilisés pour évaluer des variables propres à ces valeurs).

L'ÉVOLUTION DE LA DÉFINITION DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Depuis sa fondation en 1876, l'Association américaine pour la déficience intellectuelle (A.A.M.R.) s'est toujours préoccupée de comprendre, de définir et de classer les comportements propres à la déficience intellectuelle.

Le concept de déficience intellectuelle a évolué d'une perspective strictement médicale ou physique à une définition plus fonctionnelle de l'incapacité. Cette première définition présume une condition physique inhérente à la personne et ce, indépendamment que cette condition, soit ou non, clairement identifiée (Summers, 1986). Elle visait essentiellement un impératif de diagnostic ou de classification établie à partir d'examen ou de tests d'intelligence.

La définition prise dans une perspective plus sociale stipule que l'individu vit dans un système social et que l'incapacité est la résultante de l'interaction entre la personne et son environnement (Mercer, 1976). L'association américaine pour la déficience intellectuelle a introduit le concept de «comportements adaptatifs» pour définir la maturation de toute une gamme d'habiletés d'apprentissage sociales, personnelles et professionnelles acquises à des

moments critiques du développement. Les comportements adaptatifs traduisent le plus fréquemment «l'efficacité ou le degré avec lequel la personne répond aux exigences d'autonomie personnelle et de responsabilités sociales de son groupe d'âge et de son milieu culturel» (Grossman, 1983).

L'association américaine pour la déficience intellectuelle considère qu'un diagnostic de déficience intellectuelle comprend trois éléments :

- un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne;
- un déficit concomitant ou une altération du comportement adaptatif (communication, soins personnels, habiletés domestiques, sociales, utilisation des services dans la communauté, maîtrise, santé et sécurité, académiques, loisirs, travail);
- la manifestation de la condition avant l'âge de 18 ans ou au cours de la période du développement.

Initialement l'évaluation visait essentiellement l'appréciation du fonctionnement intellectuel au moyen d'un instrument d'intelligence standardisé. En dépit de l'introduction du concept de comportement adaptatif dans la définition de la déficience intellectuelle, le test d'intelligence a été la méthode la plus utilisée dans le diagnostic de ces personnes (Roszkowski et Spreat, 1981). Les raisons pour le maintien de cette pratique est sans doute l'ambiguïté longtemps associée au concept de «comportements adaptatifs» ; les difficultés à définir les dimensions critiques et pertinentes et l'absence du développement d'échelles basées sur la recherche. D'ailleurs il y a eu à un moment donné une prolifération d'échelles construites sans se préoccuper des propriétés psychométriques habituelles.

Tenant compte des réformes socio-politiques dans la dispensation des services, des idéologies plus humanisantes et de l'orientation des services dans la communauté, le concept de comportements adaptatifs prend une plus grande importance et se précise quant aux domaines de la vie à développer. La dernière

Tableau 1

Instruments de mesure utilisés en Amérique du Nord pour évaluer certains domaines spécifiques

L'intégration sociale

1. Social Behavior Assessment Schedule (S.B.A.S.) (Platt, Weyman, Hirsch, 1978).
2. P.A.S.S.-3 : Program analysis of service system (Wolfensberger, Glenn, 1975).
3. P.A.S.S.I.N.G. : Programme d'analyse des systèmes de services. Application des buts de la valorisation des rôles sociaux. (Wolfensberger, Thomas, 1988).
4. Vers une option d'intégration systémique (V.O.I.S.) traduit de «Valued of Outcome Information System», Université de l'Oregon, 1988.

Les milieux, l'environnement

Différentes échelles réalisées par l'équipe de R. Moos portent sur l'évaluation de différents milieux.

1. L'échelle d'évaluation du milieu psychosocial
2. Milieu institutionnel
3. Milieu communautaire
4. Milieu familial
5. Milieu universitaire
6. Milieu carcéral
7. Milieu de travail

La qualité de vie

1. The Lifestyle Satisfaction Scale (Heal, Harner, 1993)
2. Quality of Life Inventory (Frisch, 1992)
3. L'index de qualité de vie : Instrument d'appréciation multidimensionnelle et individuelle de la qualité de vie (Portelance, 1987)
4. Index de qualité de vie (Harvey, Martin-Laval, 1991)
5. Quality of Life Interview Schedule (Ouellette-Kuntz, 1990)

Le réseau social

1. Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) (Barrera, Sandler, Ramsay, 1981)

Comportements de mésadaptation

1. Aberrant Behavior Checklist (ABC)
2. Emotional Disorders Rating Scale for Developmental Disabilities (EDRS-DD)
3. Inventory for Client Agency Planning (ICAP)
4. Comportements de mésadaptation (partie 2, ABS Nihira *et al.*, 1974)
5. The Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (PIMRA)
6. The Reiss Screen Test (Reiss, 1988)

version de la définition de la déficience intellectuelle définit 10 dimensions de comportements adaptatifs critiques au diagnostic (Luckasson *et al.*, 1992).

Actuellement, l'évaluation des comportements adaptatifs se fait dans un but de mesurer les comportements adaptatifs associés à l'autonomie personnelle et à la compétence sociale de la personne. Les échelles de comportements adaptatifs tentent de décrire les habiletés fonctionnelles de l'individu dans son milieu de vie, dans ses activités de jour, dans son milieu de travail et dans la communauté. L'évaluation des comportements adaptatifs se fait essentiellement pour répondre à quatre grands objectifs.

Le diagnostic et le placement de la personne

Il est généralement reconnu que l'évaluation des comportements adaptatifs se fait conjointement avec l'évaluation des capacités intellectuelles (Q.I.) pour définir la présence d'une déficience intellectuelle (Grossman, 1983). Cependant, certains puristes à cause de l'absence d'une définition validée du concept de comportement adaptatif et de moyens fiables de mesure, prétendent que l'handicap intellectuel, doit être défini au moyen de mesures standardisées de l'intelligence (Clausen, 1972). Ceci était sans doute vrai jusqu'à très récemment où les échelles de comportements adaptatifs sont mieux définies, conçues, élaborées et appuyées sur des données de recherche.

La planification des services

Un autre objectif énoncé pour l'utilisation de ces échelles est celui d'identifier les besoins de la personne (Coulter et Morrow, 1978). Les échelles développées dans ce but apportent une information sur le niveau actuel du fonctionnement de la personne et des habiletés nécessitant une formation additionnelle. Une limite s'impose cependant à une telle affirmation. Les échelles de comportements adaptatifs, peu importe l'échelle, ne peuvent incorporer dans leur contenu toutes les habiletés nécessitant de la formation. Toute forme d'évaluation doit être réalisée dans un temps raisonnable et pour cette raison, les concepteurs sélectionnaient des items qu'ils jugeaient représentatifs des domaines les plus généraux. Avec la nouvelle

définition, les domaines sont maintenant définis.

L'évaluation de programmes et de gestion

Ces échelles peuvent être utilisées dans deux types de procédures d'évaluation, soit l'appréciation de l'évolution de la personne ou soit l'appréciation de l'efficacité du programme de formation.

Le fonctionnement actuel de la personne peut être comparé à une performance antérieure permettant d'apprécier son évolution dans le temps. Par surcroît, si nous possédons des normes sur l'instrument, la performance de la personne peut être également comparée à d'autres individus ou des groupes.

En plus, des critères d'admission ou d'une libération de la personne de certains programmes ou de classes peuvent être définis en rapport avec son niveau fonctionnel aux comportements adaptatifs.

La description de la population cible et la recherche

Les résultats obtenus aux échelles d'évaluation de comportements adaptatifs peuvent être utilisés par les législateurs ou ceux qui sont appelés à définir les politiques associées aux services, les administrateurs de services et les chercheurs pour définir le niveau fonctionnel des groupes cibles (par exemple, l'éligibilité à des services basés sur des limites substantielles du fonctionnement).

Le concept de comportement adaptatif intimement relié à la définition de la déficience intellectuelle, constitue un volet important à évaluer. Cinq échelles de comportements adaptatifs ont été retenues en fonction de leur utilisation au Québec et en Amérique du nord. Ces instruments ayant été développés antérieurement à la nouvelle définition, les comportements adaptatifs ciblés dans chacune des échelles ne correspondent pas nécessairement à ceux spécifiés dans la définition. Même si dans le temps, ces échelles n'étaient pas utilisées pour établir le diagnostic mais davantage une analyse de besoins, celles-ci devront éventuellement être modifiées pour tenir compte des comportements adaptatifs précisés dans la définition.

- . l'Échelle de comportements adaptatifs ABS (Nihira, Foster, Shelhaas, Leland, 1974);
- . les Échelles de comportements adaptatifs de Vineland (Sparrow, Balla, Cicchetti, 1984);
- . l'Échelle québécoise de comportements adaptatifs (EQCA) (Maurice, Morin, Tassé, 1993);
- . l'Échelle Minnesota des comportements adaptatifs (L'EMCA) (Bock et Weatherman, 1979);
- . l'Échelle d'apprentissage fonctionnelle de l'indépendance (Adaptive Functioning Index) (AFI) (Marlett, 1977).

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION (1992) *Mental Retardation : Definition, Classification and Systems of Supports, 9th edition*. American Association Mental Retardation, Washington : D.C.
- BACHRACH, L. (1976) *Deinstitutionalization : An Analytical Review and Sociological Perspective*. Rockville, M.D. National Institute of Mental Health.
- BARRERA, M., SANDLER, I.N., RAMSAY, T.B. (1981) Preliminary Development of a scale of Social Support. Studies on College Students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- BOCK, W.H., WEATHERMAN, R.E. (1979) *The Assessment of Behavioral competence of Developmentally Disabled Individuals: The Minnesota Developmental Programming System Minneapolis*. University of Minnesota.
- BRUININKS, R.H., LAKIN, C.K. (1985) *Living and Learning in the Least Restrictive environment*. Paul H. Brookes Publishers, Baltimore.
- BRYANT, B.R., TAYLOR R.L., PEDRATTY RIVERA, D., (1996) *Assessment of Adaptive Areas. A method for obtaining scores that correspond to the American Association on Mental Retardation's Adaptive Areas*. Examiner's manual Pro-ed, Austin, Texas.
- CLAUSEN, J. (1972) The Continuing Problem of Defining Mental Deficiency. *Journal of Special Education* 6 (1), 97-106.
- COMMISSION D'ÉTUDES DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES (1962) *Rapport de la commission d'études des hôpitaux psychiatriques*. Québec, Gouvernement du Québec.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL (1970) *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Tome 1, Le développement*. Québec, Gouvernement du Québec.
- COULTER, W.A., MORROW, H.W. (1978) A Collection of Adaptive Behavioral Measures. In : W.A. Coulter & H.W. Morrow, (eds), *Adaptive behavior : concepts and measurement*. New York : Grune & Stratton.
- DOLL, E.A. (1935-1965) *Vineland Social Maturity Scale*. Circles Pines, MN : American Guidance Service.
- FOGELMAN, C.J. (1975) (eds) *AAMD Adaptive Behavior Scale: Manual*. Washington, D.C.: American Association on Mental Deficiency.
- FRISCH, M.B. (1993) *Test manual and Treatment Guide for the Quality Life Inventory*. Baylor University, Waco, Texas.
- GROSSMAN, H.J. (1983) (eds) *Classification in mental retardation*. Washington, D.C. : American Association on Mental Deficiency.
- HARVEY, M., MARTIN-LAVAL, H. (1991) *Index de qualité de vie*. Centre Butters Inc. et Institut des Érables, Debescos Inc., Grandby.
- HEAL, L.W., HARNEY, C.J. (1993) *The life Style Satisfaction Scale Manuel*. IDS Publishing Corporation, Worthington, O.H.
- HEAL, R.A. (1961) *A manual of terminology and classification in mental retardation* (eds). American Journal of Mental Deficiency (monograph supplement).

- HOLMAN, J.G., BRUININKS, R.H. (1985) Assessing and Training Adaptive Behaviors. In: C.K. Lakin et Robert H. Bruininks (eds), *Strategies for Achieving Community Integration of Developmentally Disabled Citizens*. Paul H. Brookes Publishers, Baltimore.
- LAKIN, C.K., BRUININKS, R.H. (eds) (1985) *Strategies for Achieving Community Integration of Developmentally Disabled Citizens*. Paul H. Brookes Publishers, Baltimore.
- LAMBERT, N.M. (1978) The Adaptive Behavior Scale. Public school version : An overview in : W.A. Coulter & H.W. Morrow (eds). *Adaptive Behavior : Concepts and measurement*. New York. Grune & Stratton.
- MARLETTE, N.J. (1977) *Acquisition des facilités d'intégration: 1- Test d'éducation sociale; 2- Formation au travail ; 3- Résidence*. Montréal. Institut québécois pour la déficience mentale.
- MAURICE, P., MORIN, D., TASSÉ, M.J. (1993) *Manuel Technique: Échelle québécoise de comportements adaptatifs*. Département de psychologie : Université du Québec à Montréal.
- MERCER, J.R. (1976) Theoretical constructs of adaptive behavior : Movement from medical to a social ecological perspective. In: W.A., Coulter & H.W., Morrow (eds), *Adaptive Behavior : Concepts and measurements*. New York : Grune & Stratton.
- MOOS, R. (1971) *Revision of the Ward Atmosphere Scale (WAS)*. Palo Alto, CA : Stanford University, Department of Psychiatry Social Ecology Laboratory.
- MOOS, R., OTTO, J. (1972) The community-oriented programs environment scales : A methodology for the facilitation and evaluation of social change. *Community Mental Health Journal*, 8 (1), 28-37.
- MOOS, R., HOUTS, P. (1968) Assessment of the Social Atmosphere of Psychiatric Wards. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 595-604.
- MOOS, R. (1972) Assessment of the Psychosocial Environment of Community Oriented Psychiatric Treatment Programs. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 9-18.
- NIHIRA, K., FOSTER, R., SHELHAAS M., LELAND, H. (1974) *AAMD Adaptive Behavior Scale*. Washington, D.C. : American Association on Mental Deficiency.
- NIHIRA, K., LELAND, H., LAMBERT, N. (1993) *Adaptive Behavior Scale - Residential and Community*. Examiner's Manual. Pro-ed, Austin, Texas.
- OUELLETTE-KUNTZ, H. (1990) A Pilot Study in the Use of the Quality of Life Interview Schedule. *Social Indicators Research*, 23, 283-298.
- PILON, W., LACHANCE, R., CÔTÉ, J. (1989) *La fidélité et la validité de plusieurs instruments d'observation des bénéficiaires et des milieux de vie en intégration sociale*. Module de recherche psychosociale, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, Québec.
- PLATT, S., WEYMAN, A., HIRSCH, S. (1978) *Social Behavior Assessment Schedule (SBAS)*. Training Manual and Rating Guide.
- PORTELANCE, J.P. (1987) *L'index de qualité de vie: Instrument d'appréciation multidimensionnelle et individuelle de la qualité de vie*. Centre d'accueil Jean Olivier Chenier, Montréal.
- ROY, S. (1986) Évaluation et programmation dans l'approche behaviorale. In: Serban Ionescu (ed.), *L'intégration en déficience mentale, vol. 1, problèmes généraux. Méthodes médicales et psychologiques*. Pierre Mardaga, Bruxelles.
- SILVERMAN, W.P., JOHNSON, H., SILVER, E., LUBIN, R.A., SERSEN, E.A. (1983) Structure of Minnesota Developmental Programming System Behavioral Scales, Alternate Form C. *American Journal of Mental Deficiency*, 88(2), 170-178.
- SPARROW, S.S., BALLA, D.A., CICCHETTI, D.V. (1984) *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, M.N.: American Guidance Service.
- SUMMERS, J.A. (1986) *The Right to Grow Up. An Introduction to Adults with Developmental Disabilities*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishers.
- THORNDIKE, R.M. (1987) *Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation*, P.H. Brookes Publishers, Baltimore.
- UNIVERSITÉ DE L'ORÉGON (1989) *Manuel d'utilisation vers une option d'intégration systémique*. Traduction Valued Outcome Information System par l'Université de l'Oregon, Institut québécois de la déficience mentale, Montréal.
- WOLFENBERGER, W., (1970) The Principle of normalization and its implication to Psychiatric Services. *American Journal of Psychiatry*, 127, 291-297.
- WOLFENBERGER, W., GLENN, L. (1975) *Pass 3: Program Analysis of Service System. A method for the quantitative evaluation of human services*. National Institution Mental Retardation, Toronto.

WOLFENSBERGER, W. (1980) *A brief overview of the principle of normalization, social integration and community services*. Baltimore: University Park Press.

WOLFENSBERGER, W., THOMAS, S. (1983) *Passing: Programme d'analyse des systèmes de services. Application des buts de la valorisation des rôles sociaux*. Les communications Opell Inc., & Institut G. Allan Rocher Gatineau. Québec.