



# L'autodétermination : une porte d'entrée vers la promotion de la santé des personnes avec déficience intellectuelle

Robin Bastien, Claude Renard, Marie-Claire Haelewyck

## ► To cite this version:

Robin Bastien, Claude Renard, Marie-Claire Haelewyck. L'autodétermination : une porte d'entrée vers la promotion de la santé des personnes avec déficience intellectuelle. Biennale internationale de l'Éducation, de la Formation et des Pratiques professionnelles, Jun 2015, Paris, France. <hal-01186599>

**HAL Id: hal-01186599**

**<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01186599>**

Submitted on 27 Aug 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **L'autodétermination : une porte d'entrée vers la promotion de la santé des personnes avec déficience intellectuelle**

**Bastien Robin\*, Renard Claude\*\* & Haelewyck Marie-Claire\***

\* Service d'Orthopédagogie Clinique, Université de Mons (Belgique)

\*\* Observatoire de la santé du Hainaut, Havré (Belgique)

## **RESUME**

Promouvoir la santé des personnes avec déficience intellectuelle n'est pas une chose aisée. L'enjeu est pourtant majeur, car leur espérance de vie est significativement plus faible que celle de la population générale. Durant une recherche-action, nous avons mené des formations dans les services accueillant ces personnes. L'objectif est de leur apprendre, avec la coopération des accompagnants, à devenir actrices de leur santé par la mise en place de microdéfis qu'elles ont choisis. Ce principe réfère au concept psychoéducatif de l'autodétermination. Nous présenterons ce projet ainsi qu'un outil d'évaluation conçu pour garantir que les comportements adoptés par la personne sont autodéterminés et apprécier et comprendre le rôle du concept dans le maintien des conduites et attitudes des bénéficiaires vis-à-vis de leur santé.

## **ABSTRACT**

Promoting health of people with intellectual disabilities is not easy. The challenge is however important, because their life expectancy is significantly lower than the general population's. In an action research, we conducted trainings in services welcoming these people. With the cooperation of carers, the goal was to teach them to become actors of their health through the establishment of microchallenges they chose themselves. This principle refers to the concept of self-determination. We present this project and an evaluation tool designed to confirm that adopted behaviors are self-determined and to appreciate and understand the role of this theory in the maintenance of behaviors and attitudes of beneficiaries towards their health.

**Mots-clés : Promotion de la santé, déficience intellectuelle, autodétermination, évaluation, éducation inclusive**

## **INTRODUCTION**

La déficience intellectuelle se caractérise par une limitation significative du fonctionnement intellectuel et par une altération du comportement adaptatif impactant les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Ces limitations surviennent avant l'âge de 18 ans (Schalock *et al.*, 2011). L'accompagnement des personnes avec DI est basé sur l'évaluation des besoins particuliers et vise à l'amélioration de l'autonomie, leur participation au sein de la société et au maintien d'une qualité de vie la meilleure qui soit.

Aujourd'hui, la promotion de la santé des personnes avec DI fait de plus en plus l'objet des préoccupations des services répondant à leurs besoins. En effet, un ensemble important de données de la littérature scientifique atteste une disparité concernant leurs accès limités aux soins de santé et à l'absence de promotion efficace de celle-ci (Jobling, 2001 ;

Scheepers et al., 2005; Kahn & Fox, 2014). La difficulté pour les personnes avec DI à se faire comprendre auprès des médecins et de mettre des mots à leurs maux (Tracy & Wallace, 2001) fait partie des facteurs qui expliquent ce constat. De même, les informations de prévention et de promotion de santé restent inadaptées, voire inaccessibles, et ne considèrent pas les capacités de compréhension des personnes avec DI (Jobling, 2001). Enfin, la déficience intellectuelle est parfois considérée comme une maladie à part entière par les études épidémiologiques, ce qui entrave ainsi la prise en compte par les professionnels des risques secondaires pourtant bien présents au sein de cette population (Rimmer, 1999 ; Haverkamp, 2002). Les maladies cardiovasculaires (von de Louw et coll., 2009 ; Morin, 2012) et celles liées à l'hygiène buccale et dentaire (Gizani et coll., 1997) sont parmi les problèmes de santé les plus récurrents. Le taux d'obésité est également élevé (Melville *et al.*, 2008), particulièrement chez les femmes avec DI, chez les personnes ayant le syndrome de Down, et chez les personnes ayant une DI modérée (QI < 55) (Stancliffe, 2011).

Envisager la santé est complexe tant les déterminants qui la favorisent sont multiples. D'abord, la pauvreté, largement rencontrée chez les personnes avec DI, constitue une entrave à l'accès aux soins. Ensuite, les habitudes de vie ont également un impact sur le niveau de santé des individus et sont souvent dépendantes des activités saines que procure ou non leur milieu de vie. Taylor et Hodapp (2013) ont ainsi montré, en interrogeant des parents sur les occupations de leurs enfants adultes ayant une DI, que 13% de ces derniers n'ont aucune activité journalière et présentaient en conséquence des problèmes de santé associés à des troubles émotionnels et comportementaux. Enfin, les services accueillant des personnes avec DI rencontrent des difficultés de gestion de comportements à risque tels que les pratiques sexuelles non protégées ou le tabagisme (Rimmer, Braddock, & Marks, 1995). Les déterminants englobent ainsi les facteurs génétiques, les facteurs sociaux, économiques et environnementaux (Scheepers et coll., 2005 ; Krahn & Fox, 2014).

## **INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTE**

L'Organisation mondiale de la Santé (1998)<sup>1</sup> définit la promotion de la santé comme suit :

*[il s'agit d'un] processus amenant les personnes à augmenter leur niveau de prise de contrôle en vue d'améliorer leur santé. La promotion de la santé n'embrasse pas seulement les actions dirigées pour renforcer les compétences et capacités des individus, mais celles orientées vers les changements de conditions sociales, environnementales et économiques afin de réduire leurs impacts sur le public ciblé.*

Selon cette définition, améliorer la santé consiste à agir sur les habitudes de vie des personnes en privilégiant des occasions qui permettent le changement et l'émergence d'attitudes favorables vis-à-vis de la santé. Par rapport à la population générale, les personnes avec DI s'inscrivent dans une moindre mesure dans des activités de promotion à la santé (Webb & Roggers, 1999 ; Rimmer & Braddock, 2002). Beange et collaborateurs (1995) indiquent que seulement 24% des individus sont impliqués dans des activités sportives 3 à 4 fois par semaine, contre 51% dans la population générale. D'après Gizanzi *et al.*, (1997), 22% des individus rapportent ne pas se brosser les dents quotidiennement. Ces résultats s'expliqueraient par une faible connaissance des bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire (Ouellette-Kuntz, 2005). L'adoption des comportements de santé peut cependant être

---

<sup>1</sup> Glossaire de la promotion de la santé, D. Nutbeam, OMS, Genève, 1998

favorisée d'une part, par l'amélioration des compétences individuelles et, d'autre part, par des actions orientées sur l'environnement facilitant l'autonomisation des bénéficiaires comme l'apport d'informations adaptées (Gabre *et al.*, 2001).

La promotion de la santé, telle que le conçoit la Charte d'Ottawa (OMS, 1986<sup>2</sup>), « a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (p.1). Cet énoncé fait écho à la notion d'autodétermination, principe qui transcende le domaine de la santé et qui s'inscrit dans une approche globale de l'éducation. L'autodétermination renvoie à l'ensemble des habiletés et attitudes qui permettent à l'individu d'agir sans influence externe en vue d'améliorer sa qualité de vie (Sands & Wehmeyer, 1996 ; Lachapelle & Boisvert, 1999). Selon cette théorie, quatre composantes sont nécessairement présentes pour qu'une personne manifeste des comportements autodéterminés : 1. l'autonomie (la capacité d'agir seul) ; 2. l'autorégulation (la capacité à résoudre des problèmes en tenant compte des étapes nécessaires et des ressources de l'environnement) ; 3. l'*empowerment* psychologique (avoir le sentiment d'influencer son environnement) ; et 4. l'autoréalisation (connaître ses forces et ses limites). Ces quatre composantes existent à des degrés variables chez tous les individus. L'acquisition de chacune d'entre elles est influencée, d'une part, par le développement de l'individu et ses apprentissages et, d'autre part, par les occasions fournies par son environnement.

Les études visant à améliorer l'autodétermination des personnes avec DI ont surtout été menées dans le domaine de l'éducation (Schaffer & Marks, 2008), de la participation et de l'inclusion sociale (Soresi, Nota, & Wehmeyer, 2011), et de l'insertion professionnelle (McDermott & Edward, 2012). De manière générale, les données indiquent que l'autodétermination des personnes avec DI est moindre que celle de la population tout venant, ceci étant particulièrement vrai lorsque la déficience intellectuelle est sévère (Lachapelle et coll., 2005 ; Nota et coll., 2007). Bien que peu de recherches allient l'autodétermination avec le domaine de la santé, un consensus a cependant été trouvé par un groupe d'experts internationaux concernant des pratiques à adopter dans le but de diminuer la disparité sanitaire des personnes avec DI. Ce groupe recommande aux professionnels d'impliquer les individus de manière inclusive en promouvant et en améliorant leur éducation en termes de prises de décision vis-à-vis de leur santé (Scheepers *et al.*, 2005).

Récemment, Hubbard et son équipe (2014) ont décrit une méthode de promotion à la santé dans un service pour enfants avec DI. Ils montrent cette nécessité d'inclure l'autodétermination dans un processus collectif dans lequel tant les jeunes que les professionnels s'investissent. Le programme vise à répondre aux besoins des participants, de maximiser leur inclusion par l'utilisation de supports adaptés, d'augmenter leur niveau de santé tout en améliorant leur autonomie et leurs prises de décision. Un autre programme, « *Yes We Can* » (Pett *et al.*, 2013), a quant à lui été initialement élaboré pour de jeunes adultes en surpoids présentant une DI. Ce programme allie de l'aérobic avec d'autres activités physiques en vue d'acquérir de l'endurance, d'augmenter leur force musculaire et leur flexibilité. Ces activités se font en partenariat avec les parents, se déroulent en deux séances de 1h30 par semaine et sont adaptées aux capacités sportives des individus. Le projet met l'accent sur le changement des comportements de santé par l'introduction de modifications de l'environnement, par des changements d'attitudes et par l'amélioration des compétences. Le programme est d'une efficacité certaine, étant donné que les résultats montrent après 12 semaines, et ce, en comparaison avec un groupe n'ayant pas suivi l'intervention, une

---

2 Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. WHO/HPR/HEP/95.1. OMS, Genève, 1986

diminution du poids et de l'indice de masse corporelle, ainsi qu'une réduction des pressions sanguines systolique et diastolique des participants.

L'objectif de notre communication est de présenter une méthode de promotion à la santé pour des adultes ayant une déficience intellectuelle. Durant une recherche-action, nous avons mené des formations auprès de services accueillant cette population. L'objectif est d'apprendre aux individus, avec la collaboration des accompagnants, à devenir acteurs de la gestion de leur santé par la mise en place de microdéfis qu'ils ont délibérément choisis. Ce principe réfère au concept psychoéducatif de l'autodétermination. Nous présenterons ce projet ainsi qu'un outil d'évaluation élaboré pour assurer que les comportements adoptés par la personne soient autodéterminés et de comprendre le rôle du concept dans le maintien des conduites et attitudes des bénéficiaires vis-à-vis de leur santé.

## **PRESENTATION DU PROJET ET METHODOLOGIE**

### **PROGRAMME DE PROMOTION A LA SANTE**

Le fil conducteur du programme est de proposer à une personne en situation de handicap de choisir un microdéfi qui lui permettra *in fine* d'améliorer sa santé. L'utilisation de microdéfis s'explique par le fait qu'ils répondent directement aux besoins et intérêts de la personne concernée et qu'il entraînerait une motivation à être résolu. Chaque microdéfi a cependant été évalué par un accompagnant afin de déterminer son caractère réalisable et de s'assurer qu'il ne mène pas la personne à l'échec.

Le programme a nécessité pendant 6 mois la collaboration de chercheurs, de professionnels experts dans le domaine et de personnes avec déficience intellectuelle. Il est constitué de six séances de formation de 8 heures chacune décrivant les objectifs de santé, les enjeux et les pratiques en lien avec l'autodétermination des individus.

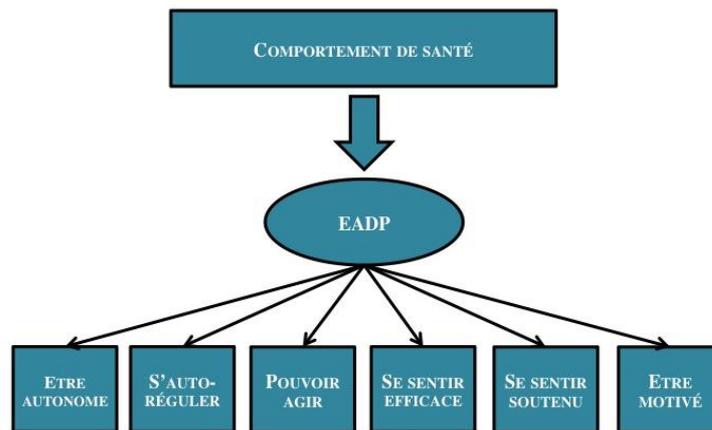
Le recrutement des participants a été fait par courriels auprès des services localisés dans la province du Hainaut (Belgique). Douze services ont montré leur intérêt vis-à-vis de ce projet. Chaque service volontaire a participé à l'évaluation des leviers et des freins à la mise en place d'un tel programme dans le but de fournir ensemble des recommandations et des outils adaptés. Au besoin, un chercheur se rendait au sein des services pour analyser l'environnement et guider un comité de pilotage spécialement mis en place pour le projet dans chaque service composé de deux accompagnants présents lors des formations.

### **ÉLABORATION DE LA GRILLE**

Une personne autodéterminée influence ou détermine ce qui se produit dans sa propre vie. Elle agit volontairement en fonction de ses préférences, de ses choix et de ses champs d'intérêt au lieu d'être contrainte ou forcée d'agir d'une certaine façon par d'autres personnes ou circonstances. En vue de promouvoir l'autodétermination, les interventions doivent cibler tant l'augmentation des compétences personnelles que les occasions et les aménagements de l'environnement.

Afin d'être en accord avec les principes susmentionnés, nous avons procédé à une revue de la littérature pour déterminer les indicateurs à prendre en compte en vue de créer une grille relative aux comportements de santé autodéterminés. Cette revue était constituée d'articles centrés sur l'autodétermination des personnes avec déficience intellectuelle, mais

également des échelles d'évaluation existantes. Nous avons élargi le cadre théorique en y amenant les notions de sentiment d'efficacité personnelle et le soutien social. En effet, ces deux approches complémentaires apportent un éclairage pertinent quant à l'adoption, au maintien ou au changement d'un comportement de santé. À la suite d'un travail de lecture, d'analyse et de sélection, plusieurs indicateurs (N=41) et 6 dimensions ont été retenus pour la création de la première ébauche de la grille (voir figure 1). Chaque indicateur a été coté sur le plan de la fréquence (0 – Jamais ; 1 – Rarement ; 2 – Souvent ; 3 – Toujours) et de la satisfaction (0 – Pas du tout satisfait ; 1 – Peu satisfait ; 2 – Satisfait ; 3 – Très satisfait). Des pictogrammes représentant les différents niveaux de fréquence et de satisfaction étaient disponibles pour favoriser l'exactitude des réponses des bénéficiaires. La grille a fait l'objet d'une première vérification de la compréhension des items par les accompagnants (N= 13) des personnes en situation de handicap. Des corrections ont été apportées en fonction d'un consensus émergeant des commentaires proposés. La grille a ensuite été administrée auprès des bénéficiaires (N=9) par un accompagnant tandis qu'un chercheur observait les



**Figure 1.** Dimensions retenues pour la création de l'Echelle d'Autodétermination en lien avec les Défis Personnels (EADP ; Bastien, Renard & Haelewyck, 2014).

interactions accompagnant-personne en situation de handicap. Cela lui a permis d'estimer le niveau de compréhension des questions et d'évaluer les biais de réponses éventuels telles la désirabilité sociale et les tendances à l'acquiescement (Finlay & Lyons, 2001). À la suite de ces observations, un second travail de modification a été fourni. Il s'agit essentiellement d'un travail de simplification de l'ensemble des items et des cotations. La version finale de la grille – intitulée « Echelle d'Autodétermination des Défis Personnels (EADP) – comporte ainsi 39 items et une échelle Likert à 3 niveaux évaluant la fréquence d'apparition des comportements autodéterminés (1 – Jamais, 2 – Parfois, 3 – Toujours). Une cotation 'non applicable' est aussi disponible en fonction de la diversité des microdéfis possible et de l'impossibilité de répondre en conséquence à un item particulier.

## RESULTATS ET DISCUSSION

Nous amènerons des éléments de résultats du projet par un témoignage apporté par C., accompagnante de deux personnes en situation de handicap ayant participé au projet. La première personne 'J.' (45 ans, DI sévère) a des problèmes bucco-dentaires et a choisi le microdéfi de se brosser les dents matin et soir. La seconde, 'A' (32 ans, DI légère), a des

angoisses récurrentes qui la conduisent à ronger ses doigts à sang. Son microdéfi consiste à lui apprendre à faire des soins aux moments nécessaires.

Le rôle joué par les intervenants des comités de pilotage a une place centrale dans l'implantation du programme. Durant cette recherche-action, l'accent est mis tant sur la collaboration intraservice que interservice. Les jours de formation sont l'occasion pour chacun d'échanger sur les histoires de réussite et d'échec. Ces échanges se centrent sur les moyens constructifs à apporter aux difficultés éprouvées par les intervenants, qu'elles soient de l'ordre de l'accompagnement des personnes ou de l'adaptation des milieux de vie. Également, les comités avaient pour but de faire un état de la problématique sanitaire jugé préoccupant, comme expliquer par C : *Q1. **Combien de personnes ont en ce moment un microdéfi?** – C. « Pour le moment, nous l'avons tenté chez deux personnes. C'était pour tester ce programme. Maintenant, nous allons travailler sur les budgets alimentaires. Parce que ces personnes sont à risque de développer de l'obésité si elles ont l'occasion d'acheter seules leurs aliments ».*

L'instauration d'un microdéfi santé amène la personne avec déficience intellectuelle à se projeter, étant donné qu'un objectif à court voire à moyen terme est connu. De même, le fait de proposer à l'individu de choisir délibérément un microdéfi l'amène à devenir acteur dans la gestion de sa santé, développant à son tour chez lui une motivation intrinsèque. Des progrès sont dès lors observables en très peu de temps : *Q2. **Y a-t-il eu des progrès ?** C. - Oui, carrément ! Pour tout le monde ! L. fait ses soins sans problème. Pour J., on n'est passé de rien à souvent. Nous continuerons, car cela fonctionne. Allant à l'expression spontanée de la personne sur son défi : C. - Il sait. Il dit « tu viens ? On fait le microdéfi ? » Je crois qu'il commence à y prendre goût.*

L'amélioration de l'autodétermination d'une personne, qu'elle ait une DI ou non, nécessite une remise en question des attitudes et des certitudes de chacun. À l'instar du modèle écologique de Bonfenbrenner (1992), la mise en place d'un programme de promotion à la santé implique la collaboration et l'interrelation des différents systèmes (micro-, méso-, macro-) dont le centre d'intérêt n'est autre que la personne en situation de handicap. Pour un service accueillant cette population, la direction joue un rôle important de ralliement et de motivation des équipes professionnelles au sein d'un projet commun : *Q3. **Y a-t-il eu des difficultés à implémenter le programme ?** C. - Non, pas vraiment. Nous sommes un centre assez 'ouvert' et l'on ne doit pas se battre pour avoir des accords et mettre des choses en place. Les équipes et la direction ne sont pas fermées.*

Une autre dimension importante du projet était de fournir aux accompagnants un outil d'évaluation afin qu'ils apprécient l'adéquation de leurs pratiques avec le cadre théorique de l'autodétermination, du sentiment d'efficacité personnelle et du soutien social. Cette grille peut faire l'objet de trois administrations consécutives, séparées chacune d'entre elles de plusieurs mois, et doit être complétée en présence de la personne en situation de handicap répondant aux questions de son accompagnant.

Cette grille donne du sens sur les raisons du maintien ou de l'abandon du comportement de santé et permet aux accompagnants de s'interroger sur les actions à mener. En effet, chaque dimension retenue est susceptible d'atteindre un score élevé. Un score faible permet aux personnes en situation de handicap et aux accompagnants de cibler leurs actions sur les compétences individuelles ou l'aménagement de l'environnement qui pourrait augmenter les résultats. La grille motive également les personnes en situation de handicap

comme l'explique C. : *Q4. Que pouvez-vous dire au sujet de l'outil d'évaluation ? C.* – « J. était réticent au départ. Ensuite, il s'est pris dans le jeu. Il a senti qu'il y avait un suivi derrière, cela l'a donc motivé, il me semble. Pour moi, cela a un intérêt. J. sait qu'on va le réévaluer et cela le motive à faire des efforts ».

Par ailleurs, l'évaluation d'un phénomène, par un individu avec déficience intellectuelle, est documentée dans la littérature comme étant susceptible d'amener des biais d'interprétation. L'utilisation de 3 niveaux de cotation est souvent décriée comme amenant une tendance à l'acquiescement ou à la sélection de la réponse centrale (dans notre cas : 'parfois') (Finlay & Lyons, 2001 ; Petit-Pierre & Martini-Willemin, 2014). Par l'utilisation de 3 niveaux, nous n'avons néanmoins pas observé ces biais. Au contraire, les réponses étaient plus proches de la réalité que lors de l'utilisation de 4 niveaux (fréquence et satisfaction) pour lesquels la nuance entre deux niveaux proches était souvent mal comprise par les bénéficiaires.

En guise de conclusion, l'implantation d'un programme de promotion à la santé par microdéfis est profitable à des personnes avec déficience intellectuelle au sein de ce premier essai. Cette approche nécessite la collaboration de tous les partenaires. Les microdéfis répondent aux cadres théoriques de notre recherche-action, à savoir l'autodétermination, le sentiment d'efficacité personnelle, le soutien social, et le développement tant des compétences des individus, que leur motivation. Concernant l'EADP, elle se veut utilisable pour des populations variées comme les aînés, les personnes présentant des troubles mentaux ou en perte d'autonomie, ou encore pour des enfants pour d'autres contextes d'apprentissage en dehors de ceux liés à la santé. Nous envisageons dès lors de tester son applicabilité à ces populations et de la soumettre à une validation scientifique auprès d'un échantillon plus large.

## RÉFÉRENCES

Beange H., McElduff A. & Baker W. (1995). Medical disorders of adults with mental retardation: a population study, *American Journal on Mental Retardation*, 99, 595–604.

Bronfenbrenner, U. (1992). *Ecological systems theory*. Jessica Kingsley Publishers.

Finlay, W. M., & Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological assessment*, 13(3), 319-335.

Gabre P., Martinsson T. & Gahnberg L. (2001). Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *European Journal of Oral Sciences*, 109, 20–26.

Gizani H., Declerck D., Vinckier F., Martens L., Marks L. & Goffin G. (1997). Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 25, 352–357.

Havercamp S. M. (2002). *Health Indicators 2001–2002: A Part of the North Carolina Core Indicators Project*. University of North Carolina Center for Development and Learning, Chapel Hill, NC.

Hubbard, K. L., Bandini, L. G., Folta, S. C., Wansink, B., & Must, A. (2014). The Adaptation of a School-based Health Promotion Programme for Youth with Intellectual and Developmental Disabilities: A Community-Engaged Research Process. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 576-590.

Jobling, A. (2001). Beyond sex and cooking: Health education for individuals with intellectual disability. *Mental Retardation*, 39, 310–321.

Lachapelle, Y., & Boisvert, D. (1999). Développer l'autodétermination des adolescents présentant des difficultés d'apprentissage ou une déficience intellectuelle en milieu scolaire. *Revue canadienne psychoéducation*, 28(2), 163-170.

Lachapelle, Y., Wehmeyer, M. L., Haelewyck, M. C., Courbois, Y., Keith, K. D., Schalock, R., & Walsh, P. N. (2005). The relationship between quality of life and self-determination: an international study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 740-744.

McDermott, S., & Edwards, R. (2012). Enabling Self-determination for Older Workers with Intellectual Disabilities in Supported Employment in Australia. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(5), 423-432.

Melville, C. A., Hamilton, S., Hankey, C. R., Miller, S., & Boyle, S. (2007). The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. *Obesity Reviews*, 8(3), 223-230.

Morin, D., Mérineau-Côté, J., Ouellette-Kuntz, H., Tassé, M. J., & Kerr, M. (2012). A comparison of the prevalence of chronic disease among people with and without intellectual disability. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 117(6), 455-463.

Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., & Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 850-865.

Ouellette-Kuntz, H. (2005). Understanding health disparities and inequities faced by individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(2), 113-121.

Petitpierre, Geneviève & Martini-Willemin, Britt-Marie (Éds). (2014). Méthodes de recherche dans le champ de la déficience intellectuelle. Nouvelles postures et nouvelles modalités. Editions: Peter Lang Publishing Group.

Pett, M., Clark, L., Eldredge, A., Cardell, B., Jordan, K., Chambless, C., & Burley, J. (2013). Effecting Healthy Lifestyle Changes in Overweight and Obese Young Adults With Intellectual Disability. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 118(3), 224-243.

Rimmer J. (1999). Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disease prevention to prevention of secondary conditions. *Physical Therapy*, 79, 595–602.

Rimmer J. H. & Braddock D. (2002). Health promotion for people with physical, cognitive and sensory disabilities: an emerging national priority. *American Journal of Health Promotion* 16, 220–224.

Rimmer JH, Braddock D, Marks B. (1995). Health characteristics and behaviours of adults with mental retardation residing in three living arrangements. *Res Dev Disabil*, 6, 489–99.

Sands, D. J., & Wehmeyer, M. L. (1996). Self-determination across the life span: Independence and choice for people with disabilities. Brookes Publishing Company.

Schaffer, J., & Marks, S. U. (2008). Promoting Self-Determination through a Movie Project. TEACHING. *Exceptional Children Plus*, 4(6).

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. J., Buntinx, W. E. M., Coulter, D.L., Craig, E. M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L., Yeager, M. H. (2011). Déficience intellectuelle : définition, classification et systèmes de soutien (11e éd.) [trad. sous la direction : D. Morin]. Trois-Rivières, Québec : Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (Ouvrage original publié en 2010)

Scheepers, M., Kerr, M., O'Hara, D., Bainbridge, D., Cooper, S.-A., Davis, R., Fujiura, G., Heller, T., Holland, A., Krhan, G., Lennox, N., Meaney, J. & Wehmeyer, M. (2005). Reducing Health Disparity in People with Intellectual Disabilities: A Report from Health Issues Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities<sup>1</sup>. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2(3-4), 249–255. doi:10.1111/j.1741-1130.2005.00037.x

Soresi, S., Nota, L. & Wehmeyer, M.L. (2011). Community involvement in promoting inclusion, participation and selfdetermination. *International Journal of Inclusive Education*, 15(1), 15-28

Stancliffe, R. J., Lakin, K. C., Larson, S., Engler, J., Bershady, J., Taub, S., & Ticha, R. (2011). Overweight and obesity among adults with intellectual disabilities who use intellectual disability/developmental disability services in 20 US States. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 116(6), 401-418.

Taylor, J. L., & Hodapp, R. M. (2012). Doing nothing: Adults with disabilities with no daily activities and their siblings. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 67-79.

Tracy, J. M., & Wallace, R. (2001). Presentations of physical illness in people with developmental disability: The example of gastro-oesophageal reflux. *Medical Journal of Australia*, 175, 109–111.

van de Louw, J., Vorstenbosch, R., Vinck, L., Penning, C., & Evenhuis, H. (2009). Prevalence of hypertension in adults with intellectual disability in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 78–84.