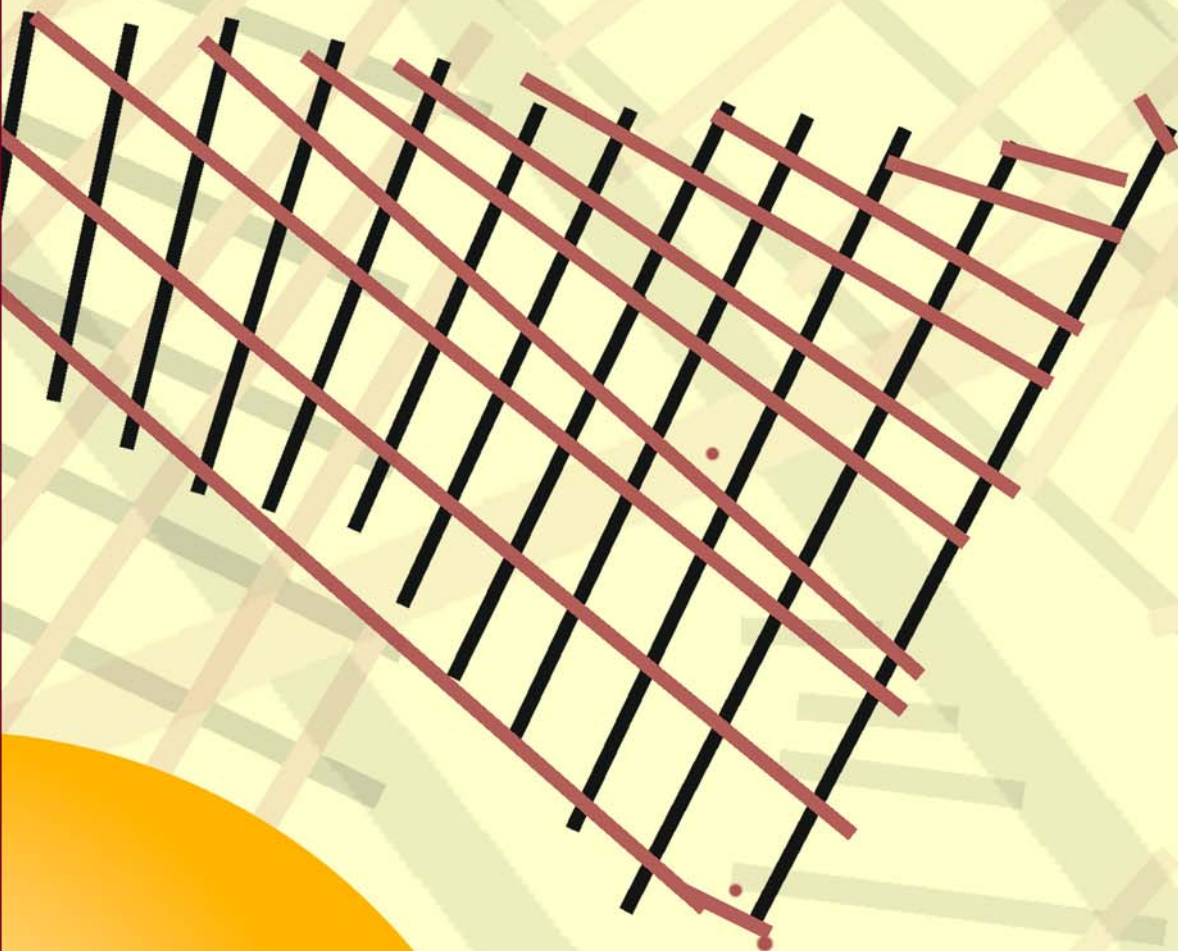




# Intervention précoce : intervention précoce auprès de la petite enfance

Analyse des situations en Europe

Aspects fondamentaux et recommandations





# **Intervention Précoce**

**Intervention précoce auprès de la petite enfance**

**Analyse des situations en Europe**

***Aspects fondamentaux et recommandations***

**Rapport de Synthèse**

**Agence européenne pour le développement de l'éducation  
des personnes ayant des besoins particuliers**



Ce rapport est un résumé de l'étude sur l'Intervention précoce auprès de la petite enfance menée à bien par l'Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers. Il est possible d'utiliser des extraits de ce document à condition d'en indiquer clairement la source.

Le rapport a été préparé par l'Agence grâce aux contributions des Experts Nationaux mandatés dans le domaine de l'Intervention précoce auprès de la petite enfance. Vous trouverez les données permettant de contacter ces personnes dans la partie consacrée à l'Intervention précoce auprès de la petite enfance sur le site de l'agence à l'adresse <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

Une information détaillée, accessible via Internet, traitant des situations nationales ainsi que les coordonnées de contact de tous les experts et des Représentants Nationaux de l'Agence ayant participé au projet figurent également dans la partie consacrée à l'Intervention précoce auprès de la petite enfance sur le site de l'agence à l'adresse <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

Rédacteur en Chef : Victoria Soriano

Image de couverture : « *Palveluvüdakko* » – « La Jungle des Services » - de Marjaana Koskivuori. Ce dessin a été produit par Marjaana, une artiste réputée en Finlande, née en 1988. En raison de son infirmité motrice cérébrale, Marjaana utilise une souris infrarouge pour créer des graphiques sur son ordinateur. Elle explique son dessin dans les termes suivants : « Le point rouge à droite, c'est moi, en dehors de la jungle des services. » Marjaana l'a offert à l'Agence pour la remercier d'avoir pu participer à la rencontre « A l'Ecoute des Jeunes à Besoins Educatifs Particuliers » organisée au Parlement Européen le 3 novembre 2003.

Version électronique  
ISBN : 87-91500-61-3  
EAN : 9788791500619

Version imprimée  
ISBN : 87-91500-43-5  
EAN : 9788791500435

**2005**

**Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers**

Secrétariat :  
Østre Stationsvej 33  
DK – 5000 Odense C - Danemark  
Tél : +45 64 41 00 20  
[secretariat@european-agency.org](mailto:secretariat@european-agency.org)

Bureau de Bruxelles :  
3 Avenue Palmerston  
B-1000 Bruxelles - Belgique  
Tél : +32 2 280 33 59  
[brussels.office@european-agency.org](mailto:brussels.office@european-agency.org)

[www.european-agency.org](http://www.european-agency.org)



## TABLE DES MATIERES

RESUME.....	4
INTRODUCTION .....	7
1. INTERVENTION PRECOCE CHEZ LES ENFANTS : CADRE CONCEPTUEL .....	12
2. ANALYSE DU PROJET D'INTERVENTION PRECOCE CHEZ LES ENFANTS.....	21
2.1 Gamme de services dans les différents pays .....	21
2.2 Aspects fondamentaux.....	26
2.2.1 Groupes cibles.....	26
2.2.2 Travail en équipe .....	28
2.2.3 Formation des professionnels.....	29
2.2.4 Outils de travail .....	31
2.3 Trois exemples spécifiques d'IPE.....	33
2.3.1 Principales caractéristiques .....	34
2.3.2 Similitudes et différences .....	43
3. RECOMMANDATIONS.....	46
3.1 Disponibilité .....	46
3.2 Proximité .....	48
3.3 Accessibilité en termes financiers.....	49
3.4 Travail interdisciplinaire .....	49
3.5 Diversité .....	51
REFERENCES .....	53



## RESUME

L'intervention précoce auprès de la petite enfance (IPE) est une question importante tant en termes politiques que professionnels. Elle touche au droit des très jeunes enfants et de leur famille à bénéficier du soutien qu'ils pourraient requérir. L'IPE cherche à accompagner l'enfant et à impliquer l'enfant, sa famille et les services concernés. Elle participe à la construction d'une société inclusive et homogène consciente des droits des enfants et de leur famille.

Les documents ayant trait à ce domaine, publiés au cours de ces 20 à 30 dernières années, montrent que les idées et les théories ont évolué jusqu'à la naissance d'un nouveau concept de l'IPE dans le cadre duquel la santé, l'éducation et les sciences sociales (en particulier la psychologie) sont directement impliquées. Cette nouvelle conception de l'IPE se centre sur le développement de l'enfant et sur l'impact de l'interaction sociale sur le développement humain de manière générale et sur celui de l'enfant plus spécifiquement. Elle souligne ainsi la transition, passant d'une intervention essentiellement centrée sur l'enfant vers une approche plus large faisant participer l'enfant, la famille et l'environnement ; elle correspond à une évolution à plus grande échelle des idées dans le domaine du handicap, à savoir que l'on assiste ici à un glissement du modèle « médical » vers le modèle « social ».

Divers éléments liés à ce nouveau concept de l'IPE ont été identifiés dans le cadre de l'analyse du projet de l'Agence. Vous en trouverez une description ci-après.

*La disponibilité, la proximité, l'accessibilité en termes financiers et la diversité*, apparaissent comme caractéristiques communes aux services européens d'IPE :

- Un éventail de services et/ou de prestations, disponibles et accessibles, est offert à la demande de la famille.
- Ces services et ces prestations devraient être mis à disposition dès que possible ; être gratuits ou représenter un coût réduit pour les familles et être fournis, dans tous les cas, quand et où ils sont nécessaires, de préférence sur le plan



local. Ils doivent répondre aux besoins des familles et proposer une intervention centrée sur celle-ci.

- La diversité des services dans les différents pays montre qu'il conviendrait de les organiser de manière appropriée, sur la base de la coopération et de la coordination ; il en va de même pour les ressources si nous voulons assurer la qualité des prestations.

- Les services relevant de la santé, des affaires sociales et de l'éducation devraient être impliqués et avoir une responsabilité partagée en cas d'IPE. Telle est la toile de fond théorique de l'IPE, fondée sur différentes disciplines et sur les sciences sociales. S'agissant du développement de l'enfant, la santé, les sciences humaines et sociales évoluent en interrelation ; ce point devrait être pris en compte. Il n'existe pas de modèle unique de référence : diverses théories et différents modèles ont contribué au développement d'une vaste approche de l'IPE centrée sur l'enfant, sur la famille et sur la communauté, passant d'un modèle médical à un modèle social.

*Les groupes cibles, le travail en équipe, la formation des professionnels et les outils de travail* sont les aspects fondamentaux discutés à l'occasion des réunions qui ont eu lieu dans le cadre du projet.

- L'impact des changements au sein de la société sur le groupe cible en matière d'IPE ainsi que le nombre croissant d'enfants présentant des problèmes psychologiques et socio émotionnels ont été considérés comme préoccupants par les experts du projet.

- Différents professionnels représentant diverses disciplines sont chargés du soutien aux enfants et à leur famille. Les professionnels ne peuvent travailler de manière compartimentée ; ils doivent agir ensemble, en équipe interdisciplinaire. Pour que leur travail en équipe soit coopératif, ils doivent pouvoir suivre une sorte de formation commune, ce qui leur permettra d'ajouter un plus aux connaissances acquises pendant leur formation initiale. Cette formation commune peut être dispensée grâce à une formation complémentaire (spécialisée) ou dans le cadre d'une formation continue. Elle assure que les professionnels ont les connaissances nécessaires sur des questions telles que le



développement de l'enfant, les méthodes de travail, la coopération entre les services, le travail en équipe, la gestion de cas, l'acquisition de capacités personnelles et le travail avec les familles. Les professionnels doivent savoir comment faire participer les parents et/ou la famille élargie, comment travailler avec eux et comment respecter leurs besoins et leurs priorités qui peuvent être différents de leur propre perspective.

- Les professionnels utilisent différents outils afin d'assurer un processus de qualité supérieure ne comportant pas de lacunes ; ce processus est mis en route dès qu'un problème est détecté en garantissant une pleine participation et implication des familles. Lorsqu'une intervention est requise, un Programme Individuel – aussi connu sous le nom de Plan Familial ou de Programme Individuel de Service à la Famille selon le pays – est mis au point grâce à la coopération entre la famille et l'équipe. Ce Programme se centre sur les besoins, les points forts, les priorités, les objectifs et les actions à entreprendre et à évaluer. Le fait qu'un tel document existe facilite le transfert de l'information et la continuité du soutien nécessaire lorsqu'un enfant passe d'une forme de prestation à une autre ou lorsqu'une famille déménage.

Tous ces éléments constituent la base de la formulation de diverses recommandations visant à améliorer et à consolider les services et les prestations d'IPE existants. Elles figurent au dernier chapitre du document



## INTRODUCTION

L'objectif de ce document est de résumer les aspects fondamentaux de l'Intervention précoce auprès de la petite enfance (IPE) entrepris dans plusieurs pays européens par l'Agence Européenne pour le développement de l'Education des personnes ayant des besoins particuliers en 2003-2004. Il propose une liste de recommandations s'adressant essentiellement aux professionnels travaillant dans ce domaine et il offre quelques idées pratiques les invitant à une réflexion sur leur pratique et à l'amélioration de celle-ci.

Une telle analyse n'aurait pas été possible sans les connaissances et les compétences des experts et des familles qui, directement ou indirectement, ont participé au projet. Ceux-ci ont offert le matériel, les idées et les remarques pertinents traitant de la situation de l'IPE dans leur propre pays et ont aussi fait part de leurs réflexions et de leurs commentaires critiques au cours de toutes les phases du projet.

La **logique** inhérente à ce document vient du besoin d'examiner plus en détail cette question essentielle et de faire progresser le travail déjà réalisé par l'Agence en 1998. Elle va également dans le sens des principaux principes soulignés par des organisations internationales de premier plan telles que les Nations Unies (ONU) et l'UNESCO ; toutes deux ont en effet indiqué très clairement leur position au sujet de la lutte en faveur des droits des enfants et de leur famille :

*La maternité et l'enfance ont le droit à une aide et à une assistance spéciales (ONU 1948, Article 25 §2).*

*L'enfant doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine ; à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats (ONU 1959, Principe 4).*

*Les Etats Parties reconnaissent le droit des enfants handicapés à bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande,*





*aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié (ONU 1989, Article 23 §2).*

*Les États devraient s'efforcer d'organiser des programmes gérés par des équipes pluridisciplinaires de spécialistes ayant pour fonction de dépister, d'évaluer et de traiter les déficiences de bonne heure. On pourrait ainsi prévenir, réduire ou éliminer les effets incapacitants (ONU 1993, Règle 2 §1).*

*Les programmes de santé et d'éducation destinés aux enfants de moins de six ans devraient être développés et/ou réorientés de manière à favoriser le développement physique, intellectuel et social et la préparation à l'école. Ces programmes ont un intérêt économique majeur pour l'individu, pour la famille et pour la société, en empêchant l'aggravation d'états handicapants. (UNESCO, 1994, §53).*

La **méthodologie** utilisée dans le cadre de l'analyse souhaitait correspondre aux principes de base de l'IPE : travailler de manière respectueuse et ouverte au sein d'un environnement interdisciplinaire et de manière interactive, en respectant la diversité des milieux des participants.

Le recueil de l'information à l'échelle nationale ainsi que l'analyse des situations nationales ont servi de base au travail réalisé.

Des experts reconnus issus des milieux de la politique, de la pratique et de la recherche en matière d'IPE et provenant de 19 pays ont été nommés par des représentants de l'Agence. Tous les secteurs professionnels étaient également représentés : enseignement, services sociaux et soins médicaux, les services éducatifs étant plus fortement présents. Les familles ont été directement impliquées dans l'une des réunions de travail de même que lors de la phase de validation du projet (voir page 7).

Au total, cinq réunions ont été organisées dans le cadre du projet : quatre réunions de travail et un séminaire final. Le



principal objectif du travail ainsi réalisé était de procéder à une réflexion et, ensuite, de formuler des propositions concrètes sur les diverses questions identifiées à l'occasion de la première rencontre.

- Le rôle que doivent jouer les services et les professionnels sur le plan de l'organisation de l'Intervention précoce auprès de la petite enfance ;
- La composition de l'équipe et la formation nécessaire pour les professionnels ;
- Les changements liés au groupe cible de l'IPE ;
- Les outils requis pour travailler au mieux avec les enfants et leur famille.

Trois lieux de réunion et de visite de site ont été choisis en tant que bons exemples des divers modes de mise en oeuvre du modèle systémique de l'IPE – une approche théorique et pratique bien reconnue dans ce domaine (veuillez consulter les chapitres suivants pour en savoir plus sur ce modèle). En outre, ces trois lieux se sont révélés avoir un lien direct avec la recherche en cours menée à bien par des universités locales. Ce processus a permis aux experts participant au projet de débattre des principales caractéristiques, des points forts et des possibilités d'amélioration en fonction des situations constatées dans les pays participants et de les identifier.

Dans l'ensemble, l'analyse a suivi quatre phases, chacune d'entre elles ayant contribué à la préparation du rapport de synthèse.

*Phase d'information* : recueil des contributions nationales, conformément à un modèle convenu lors de la première réunion et conçu pour comparer les prestations et les services existants dans les pays concernés. Les experts étaient invités à :

- Transmettre des informations sur les principales caractéristiques des services et/ou prestations en matière d'IPE dans leur pays et



- Présenter un itinéraire général – une sorte de *ligne de vie* – suivi par un enfant et sa famille qui auraient besoin d'une IPE, de la naissance à l'âge de cinq ou six ans. Cette ligne de vie indiquait le nom et le type de soutien offert au travers des prestations existantes en fonction de l'âge de l'enfant, les services responsables de ces prestations et des commentaires.

*Phase d'échange* : échange et discussion sur plusieurs questions préalablement convenues et liées à la problématique de l'IPE sur la base de l'examen de trois exemples pratiques : Munich, en Allemagne, Coimbra, au Portugal et Västerås, en Suède. Ces trois lieux offraient la possibilité d'analyser la façon dont l'IPE est mise en œuvre de diverses manières ainsi que de souligner les similarités et les différences entre les services et les prestations dans les pays couverts par le projet. Les contributions des professionnels et des parents dans les sites ainsi choisis ont sans aucun doute enrichi les débats d'ensemble.

*Phase de discussion* : débat global sur les éléments les plus récents de l'IPE et éclaircissement du contenu généré par les réunions. Un projet de document abordant les principaux résultats des débats organisés au cours des trois réunions a été largement discuté. Cette phase importante a contribué à la production du rapport de synthèse final grâce au débat approfondi mené avec les experts et les représentants de l'Agence Nationale sur tous les aspects couverts dans ce document.

*Phase de validation* : validation des résultats lors du premier séminaire grâce à un débat ouvert sur les principaux éléments obtenus par le groupe d'experts et les instances extérieures. Les parents, les professionnels et les décideurs politiques ainsi que les chercheurs concernés par la question de l'IPE ont été invités à participer à cette dernière phase.

Le terme **Intervention précoce auprès de la petite enfance** est utilisé de manière délibérée tout au long du présent document. Le but est d'éviter tout malentendu ou toute



confusion quant au concept de l'intervention précoce qui se réfère à l'action nécessaire et à l'intervention auxquelles l'on recourt pour donner un soutien à tout enfant ainsi qu'à sa famille, dès que possible et à tout instant dans son itinéraire éducatif.

Il convient de relever sans équivoque que les actions entreprises dans le cadre de l'Intervention précoce auprès de la petite enfance se concentrent sur les enfants ayant des besoins particuliers de la naissance jusqu'à six ans au plus tard.

Le rapport de synthèse suit la structure suivante. Le **Chapitre Un** donne un bref aperçu du cadre conceptuel de la question de l'IPE, cadre s'inspirant des publications pertinentes sur ce sujet ; des définitions ainsi que des objectifs y sont décrits.

Le **Chapitre Deux** présente les résultats de l'analyse menée à bien dans le cadre du projet. Cette analyse a couvert la réalité des prestations et de l'organisation des services en matière d'IPE dans les pays participants. Elle reflète également les débats approfondis traitant des trois exemples nationaux. A la suite de ces discussions, plusieurs aspects fondamentaux à prendre en compte en matière d'IPE ont été mis en exergue. Ils constituent l'élément central de différentes réflexions et de défis posés à la famille et aux professionnels.

Au **Chapitre Trois** figurent diverses recommandations qui s'adressent essentiellement aux professionnels.

Le présent document ne peut être qu'une synthèse des débats et de l'échange d'information et d'expérience réalisé par les experts lors du projet. Les lecteurs souhaitant en savoir plus sur la situation de l'IPE dans les pays participants, sur les coordonnées des personnes à contacter et sur les références relatives aux publications sont invités à consulter la rubrique consacrée à l'IPE sur le site web de l'Agence à l'adresse : <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>



## 1. INTERVENTION PRECOCE CHEZ LES ENFANTS : CADRE CONCEPTUEL

L'Intervention précoce auprès de la petite enfance est considérée comme une problématique cruciale à analyser à l'échelon européen. Elle constituait l'une des questions thématiques du Programme d'Action Communautaire Helios II (1993-1996) ayant donné lieu à une réflexion tant sur l'approche éducative que sur la réhabilitation. Les résultats produits par ces deux secteurs ont également constitué la base du document publié par l'Agence européenne pour le Développement de l'Education des personnes ayant des besoins particuliers (1998) reflétant la situation récente des différents pays. Ces documents, de même que le Manifeste d'Euryaid – l'Association européenne sur l'Intervention Précoce – remontant à 1991 ainsi que d'autres publications, offrent un bon aperçu de l'évolution de cette question que ce soit en termes théoriques, politiques ou pratiques.

Les documents européens et internationaux publiés au cours de ces 20 ou 30 dernières années portant sur les concepts, les principes et les méthodes d'IPE montrent que **les idées et les théories évoluent**. La contribution de divers auteurs sur le plan théorique a permis de faire progresser les concepts et, partant de là, les pratiques. Leur apport est double :

1. Ils ont élaboré un nouveau concept d'IPE dans le cadre duquel la santé, l'éducation et les sciences sociales, en particulier la psychologie, ont directement été prises en compte. De là est née une nouvelle situation car, par le passé, ces secteurs avaient un impact différent qui n'était pas toujours fondé sur leur interaction ;
2. Ils ont souligné le passage d'une intervention essentiellement centrée sur l'enfant à une approche toujours plus large, caractérisée par un accent qui n'était plus uniquement placé sur l'enfant, mais également sur la famille et la communauté (Peterander et al, 1999 ; Blackman, 2003).

Les progrès et l'évolution des sciences médicales et humaines au cours de ces dernières années, s'ajoutant aux changements



sociaux généraux, ont eu une influence directe sur les concepts et les méthodes utilisés aujourd'hui dans le domaine de l'IPE.

Les connaissances plus approfondies sur le développement du cerveau ont mis en exergue l'importance des expériences précoces dans le processus d'influence de la croissance et du développement des structures neuronales (Kotulak, 1996).

Par ailleurs, selon Park & Peterson (2003), les recherches récentes sur le développement du cerveau semblent prouver que des expériences positives et riches pendant la petite enfance peuvent avoir des effets positifs sur le développement du cerveau, permettant aux enfants d'améliorer le langage, d'acquérir des compétences pour résoudre des problèmes, de former des relations saines avec leurs pairs et avec les adultes et d'accumuler diverses capacités qui seront importantes tout au long de la vie. Dès la naissance – et même dès la conception – et jusqu'aux premières années, la manière dont les enfants se développent ne peut nullement être comparée aux étapes ultérieures de la vie (Shonkoff, 2000). Toutefois, comme le relève ce même auteur, le développement peut se voir fortement compromis par les « troubles » sociaux et émotionnels.

Sous différents angles, la recherche et les débats ont traité de l'impact direct et irréversible du développement initial sur l'évolution suivie pendant tout le reste de la vie, sans preuve évidente d'une réelle relation de cause à effet. Toutefois, le fait que ce qui se produit pendant les premiers mois et pendant les premières années de la vie a un effet ultérieur sur les différentes étapes du développement de l'enfant est accepté :

*Ce n'est pas parce que les dommages ayant lieu dans la petite enfance sont irréversibles, parce que les occasions manquées ne se présentent pas deux fois ou encore parce que les premières années de vie laissent une marque indélébile sur l'adulte en devenir que l'intervention précoce est essentielle. En effet, les dommages peuvent être réversibles, certaines occasions peuvent se représenter à nouveau, et le développement adulte ne résulte pas inexorablement de l'expérience vécue dans la petite enfance. Par contre, les*



*premières années de vie sont cruciales parce que les proches dommages ayant lieu dans la petite enfance peuvent compromettre sérieusement les perspectives d'avenir de l'enfant. Ainsi, une intervention importante est souvent nécessaire plus tard, pour compenser les occasions manquées par le tout jeune enfant. Le chemin suivi dans les premières années de vie constitue une base solide ou fragile sur laquelle se construira tout le développement ultérieur de l'enfant. (Shonkoff & Phillips, 2000, p384).*

Plusieurs théories relevant de la psychologie et de l'éducation ont contribué à la consolidation d'une approche de l'IPE selon trois directions : des théories proches du « laisser faire la nature », la perception du développement des enfants comme un processus ouvert et enfin une approche plus déterministe.

Les principales théories traitant du développement de l'enfant et des processus d'apprentissage telles que l'approche de Gesell (1943), le conditionnement instrumental de Skinner (1968) et l'épistémologie génétique de Piaget (1969), ont eu une forte influence sur l'IPE. Un élément implicite en matière de stratégie éducative pour les très jeunes enfants ayant des besoins particuliers met l'accent sur l'enfant et ses limites, envisagé indépendamment de l'environnement dans lequel il vit.

D'autres auteurs ont apporté leur contribution par la suite, insistant plus particulièrement sur :

- a) le rôle de la famille et des professionnels de soins dans le développement de l'enfant – la théorie de l'attachement (Bowlby, 1980 ; Ainsworth et al, 1978) ;
- b) l'impact des interactions sociales – théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977), théorie du développement social (Vygotsky, 1978), modèle transactionnel de communication (Sameroff and Chandler, 1975 ; Sameroff and Fiese, 2000) ;
- c) l'influence des interactions avec autrui et avec l'environnement sur le développement – écologie humaine (Bronfenbrenner, 1979).



Une nouvelle perspective – bien qu'elle soit étroitement liée aux théories mentionnées ci-dessus – se trouve au centre de l'approche écologique systémique. Porter (2002) définit cette dernière comme percevant le développement des enfants de diverses manières, à savoir :

*De manière holistique* : tous les plans du développement – cognitif, linguistique, physique, social et émotionnel – sont liés ;

*De manière dynamique* : il s'agit ici du principe (« goodness fit ») qui établit que *pour rester favorable, l'environnement doit pouvoir se modifier pour répondre aux besoins individuels en mutation* (Horowitz, 1987, cité par Porter, 2002, p9) ;

*De manière transactionnelle* : selon le modèle de Sameroff et de Chandler (1975), le développement se voit facilité par une interaction bidirectionnelle, réciproque entre l'enfant et son environnement. Le produit de la croissance est perçu comme le résultat d'une interaction dynamique continue entre le comportement de l'enfant, les réponses du dispensateur de soins face à ce comportement et les variables liées à l'environnement qui peuvent influencer tant l'enfant que le professionnel de soins ;

*De manière singulière* : la connaissance ou le développement sont des concepts singuliers – les individus construisent leurs propres perspectives uniques.

L'approche écologique systémique offre une procédure systématique d'analyse, de compréhension et d'enregistrement de ce qui arrive aux enfants et aux jeunes vis-à-vis de leur famille ainsi que dans le contexte plus large dans lequel ils vivent (Horwath, 2000). Elle a, par ailleurs, un impact sur la mise au point des modèles de programmes éducatifs pour la petite enfance :

*L'accent éducatif passe de la situation dans laquelle l'on dit aux enfants ce qu'ils devraient savoir à celle où on les écoute et où l'on répond à la richesse de leur vie présente* (Porter, 2002, p9).

Actuellement, l'approche écologique systémique est largement répandue et peut être considérée comme un modèle de référence pour l'IPE. Elle se traduit par une modification de l'objectif d'intervention car, en tant que processus complexe,





cette intervention ne peut se centrer uniquement sur l'enfant, mais doit également englober son environnement immédiat.

L'influence de ce modèle apparaît aussi clairement dans le Programme Head Start des Etats-Unis ciblé sur les jeunes enfants de milieux à bas revenus entre la naissance et l'âge de cinq ans et leur famille. Ce programme cherche à préparer les jeunes enfants désavantagés suffisamment tôt pour qu'ils puissent réussir à l'école. Il est financé par le Département Fédéral des Services Humains et de Santé et couvre tant les cycles de formation ordinaires que spécialisés, le secteur de la santé, les services sociaux et les parents.

Ci-dessous nous indiquons des **définitions de l'IPE** qui ont été choisies afin de présenter les divers aspects repris au centre de l'approche écologique systémique.

Guralnick (2001) définit l'IPE comme un système conçu pour soutenir les schémas parentaux d'interaction qui favorisent le plus le développement de l'enfant. Pour Guralnick, l'accent est placé sur les transactions parent-enfant, sur les expériences de l'enfant orchestrées par la famille et sur l'aide dispensée par les parents afin d'optimiser la santé et la sécurité de leur enfant.

Pour Shonkoff & Meisels (2000), l'IPE consiste en services multidisciplinaires offerts aux enfants de la naissance à l'âge de cinq ans. Les principaux objectifs sont : la promotion de la santé et du bien-être de l'enfant ; le renforcement des compétences naissantes ; l'atténuation des retards de développement ; la remédiation pour les handicaps existants ou émergents ; la prévention de la détérioration fonctionnelle ; l'encouragement de l'adaptation du rôle parental et du fonctionnement global de la famille.

Blackman (2003) considère que « *l'objectif de l'intervention précoce [chez les enfants] est de prévenir ou de minimiser les limitations physiques, cognitives, émotionnelles ainsi que celles relatives aux ressources de jeunes enfants caractérisés par des facteurs de risque environnemental ou biologique* » (p2). Cet auteur souligne le rôle clé des familles en tant que facteur de réussite de l'intervention.



Dunst (1985) définit l'IPE en tant que « *soutien (et ressources) aux familles de jeunes enfants offert(s) par les membres des réseaux formels et informels de soutien social qui a (ont) un impact direct et indirect sur la manière dont fonctionnent les parents, la famille et l'enfant* » (p179).

Trivette, Dunst & Deal (1997) développent l'idée de l'IPE en tant qu'approche fondée sur les ressources :

*Les pratiques contemporaines d'intervention précoce [chez les jeunes enfants] sont, essentiellement et dans une large mesure, conçues sur la base de la notion de service en lien avec les besoins de l'enfant et de sa famille. Cela signifie que les programmes d'intervention précoce [chez les jeunes enfants] définissent généralement leurs relations avec les enfants et leur famille en termes de services particuliers que peut offrir le programme et qui, quelquefois, sont assurés par d'autres programmes humains (d'où la coordination entre agences). Une telle conceptualisation des pratiques d'intervention précoce [chez les jeunes enfants] est à la fois limitée et limitante car elle omet de prendre en compte explicitement la valeur des sources de soutien autres que les services professionnels formels. Par contre, une approche fondée sur les ressources pour répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille est à la fois expansible et extensible car elle se centre sur la mobilisation de tout un éventail de soutiens communautaires (p73).*

Dans le contexte de l'analyse entreprise par l'Agence, la définition opérationnelle de l'IPE ci-dessous a été proposée par le groupe d'experts :

*L'IPE est une combinaison de services/de prestations pour les très jeunes enfants et leur famille, fournis à leur demande, à un certain moment de la vie de l'enfant, et couvrant toute action entreprise lorsqu'un enfant a besoin d'un soutien spécial pour :*

- Assurer et renforcer son développement personnel,*
- Renforcer les compétences propres à la famille et*
- Promouvoir l'inclusion sociale de la famille et de l'enfant.*

*Ces actions doivent se réaliser dans l'environnement naturel de l'enfant, de préférence à l'échelon local, avec une approche*



*centrée sur la famille et une caractéristique de travail d'équipe multidimensionnelle.*

Un élément important qui apparaît dans plusieurs définitions, c'est l'idée de la **prévention** en tant que partie du travail d'intervention. Simeonsson (1994) indique trois niveaux de prévention et d'intervention tenant compte du *moment* où doit avoir lieu l'action préventive :

*Le premier degré de prévention* cherche à réduire le nombre de nouveaux cas d'une condition ou d'un problème décelé au sein de la population (incidence). Par exemple, le but sera de réduire les nouveaux cas en identifiant les enfants à risque. Ce premier degré comprend des mesures relatives à la prévention de troubles ou de circonstances pouvant conduire au handicap (OMS, 1980). Selon Mrazek et Haggerty (1994), ce type de prévention se réfère aux « interventions qui se produisent avant le déclenchement d'un trouble » (p23). Ces actions peuvent être : a) *universelles*, comme les mesures de santé pour tous les enfants et toutes les familles, entre autres les programmes de vaccination pour toute la population ; b) *sélectives* : celles qui s'adressent à une population déterminée, notamment aux groupes à haut risque ; c) *spécifiques* à une population, à savoir destinées aux individus exposés à un risque identifié.

*Le deuxième degré de prévention* tend à réduire le nombre de cas existants en relation avec un problème identifié en agissant après l'émergence du problème, mais avant qu'il ne soit pleinement évolutif (prévalence).

*Le troisième degré de prévention* vise à réduire les complications associées à un problème ou à une condition identifié(e), à limiter ou à atténuer les effets d'un trouble ou d'un handicap en agissant alors que celui-ci est déjà présent.

Ces trois niveaux peuvent être identifiés dans un contexte plus large, en prenant en compte le modèle de fonctionnement et de handicap « bio-psycho-social » publié par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, CIF, 2001). Selon cette approche, la prévention en matière d'IPE ne peut tenir compte que de la seule condition de santé d'une personne ; elle doit également englober son environnement social :



... le fonctionnement d'une personne dans un domaine particulier est déterminé par l'interaction ou une relation complexe entre le problème de santé de la personne et les facteurs contextuels (c'est-à-dire les facteurs environnementaux et personnels). Il y a interaction dynamique entre ces entités : des interventions sur l'une d'elles peuvent modifier une ou plusieurs autres (p.19).

Compte tenu de toutes les caractéristiques et de tous les principes à la base de l'IPE en termes conceptuels, deux traits apparaissent et donnent un accent spécifique au travail à entreprendre dans le domaine en comparaison avec d'autres phases de l'éducation de l'enfant, à savoir le fait que l'enfant soit en *bas âge* et la nature *complexe et composite* de la tâche.

La combinaison de ces deux facteurs requiert :

- Un effort conjoint des différents domaines professionnels concernés ;
- Une interaction entre les différents acteurs intervenant ;
- Une collaboration de tous les services devant entrer en jeu ;
- L'implication et la participation directes des parents (et des autres membres de la famille).

Seule une combinaison efficace d'actions et d'interventions assurera de bons résultats pour toute intervention s'adressant aux jeunes enfants.

Cet aspect attire clairement l'attention sur l'**impact** de l'IPE. Certains auteurs se réfèrent à la question de l'IPE comme étant l'approche avec un grand « A » offrant un moyen efficace de lutter contre une plus grande exclusion sociale et/ou éducative (Nicaise, 2000). Guralnick (1997) argumente que la recherche menée à bien dans les années 1970 « a démontré l'efficacité générale et la faisabilité des programmes d'intervention précoce [chez les jeunes enfants] pour les enfants nés en situation de risque ainsi que pour ceux souffrant de handicaps établis » (pxv). Selon ce même auteur, il faudra poursuivre les recherches pour déterminer « *quelles interventions fonctionnent le mieux, pour qui, dans quelles conditions et à quelle fin* » (Guralnick, 1997, pxvi).



Les débats soutenus dans le cadre des réunions du projet sur l'IPE ont révélé que pour mesurer l'impact – l'efficacité – de l'IPE, tous les acteurs concernés par l'intervention doivent être pris en compte :

- *L'enfant* : les progrès réalisés et la perception que l'enfant a de lui-même/d'elle-même, chaque fois que possible ;
- *La famille* : le degré de satisfaction de la famille
- *Les professionnels* : leur degré de satisfaction et leur niveau de compétence ;
- *La communauté* : le degré de satisfaction, les avantages, la rentabilité de l'investissement, etc.

Tous ces différents niveaux doivent être évalués afin d'identifier les indicateurs qualitatifs du succès. Très souvent, les évaluations externes sont trop standardisées, requièrent trop de temps, sont trop onéreuses et se centrent trop sur les indicateurs quantitatifs.

Ce cadre conceptuel a constitué la base des réflexions et des débats lors de la phase d'analyse du projet. Le chapitre suivant présente la manière dont les services et les prestations en matière d'IPE sont organisés dans plusieurs pays européens ainsi que les questions relatives à leurs principales caractéristiques et les défis apparents dans ces pays.



## 2. ANALYSE DU PROJET D'INTERVENTION PRECOCE CHEZ LES ENFANTS

### 2.1 Gamme de services dans les différents pays

Nous donnons dans ce chapitre un aperçu de l'organisation, des principales caractéristiques et des différences de la gamme de services dans les différents pays ainsi que des défis auxquels ils sont confrontés.

L'**organisation** de l'IPE n'est pas homogène dans les différents pays européens ayant participé à l'analyse. Néanmoins, tous offrent des services/des prestations et un soutien aux très jeunes enfants (à partir de la naissance) et à leur famille. Dans certains pays nordiques par exemple, une infirmière des services de santé rend visite à tous les enfants à domicile, régulièrement, pendant une période maximale d'un an. Elle donne des conseils et apporte un soutien aux parents au sujet de leurs nouvelles tâches. Ce genre de suivi peut être continué jusqu'à deux ans et demi dans les cas où des problèmes précoces sont identifiés. Dans d'autres pays, le suivi assuré par les infirmières à domicile est également disponible, mais uniquement dans une phase secondaire, une fois qu'un facteur de risque a été détecté chez un nouveau-né.

Après la détection précoce, il existe un nombre significatif de possibilités diverses. Dans certains cas, l'IPE peut se réaliser en milieu hospitalier, avec une équipe spécialisée, mais, en général, c'est à ce moment-là que les services sociaux et éducatifs peuvent s'impliquer pleinement.

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de résumer la complexité de l'organisation des services et des prestations dans les différents pays sans omettre des informations pertinentes. Les personnes intéressées par les situations nationales trouveront des détails, en ligne, sur le site web, à la rubrique consacrée à l'IPE via l'adresse de l'Agence:

<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>



Malgré l'hétérogénéité des services, certaines **caractéristiques communes** intéressantes peuvent être soulignées :

*Disponibilité* : Un objectif commun à l'IPE est d'arriver à établir un contact avec tous les enfants et toutes les familles ayant besoin d'un soutien dès que possible. Il s'agit d'un but véritablement prioritaire dans les pays où la population est disséminée ou dans ceux comptant des zones rurales isolées. Dans tous les pays, c'est là une priorité générale, le propos étant de compenser les différences entre zones urbaines et rurales quant à la disponibilité des ressources et de garantir que les enfants et les familles demandant un soutien puissent bénéficier de services de même qualité.

*Proximité*<sup>1</sup> : cet aspect touche avant tout au fait qu'il faut assurer que la population véritablement concernée est atteinte ; de nombreux efforts ont été consacrés à la décentralisation des services ou des prestations. Le soutien est disponible dans un lieu aussi proche que possible des familles sur le plan local. Au cours de ces 10 – 20 dernières années, l'aide fournie aux familles afin de leur éviter les voyages nécessaires pour utiliser des services souvent très éloignés de leur domicile et celle fournie aux services pour qu'ils puissent plutôt satisfaire les familles à domicile ou localement s'est améliorée. En deuxième lieu, la proximité se réfère à l'idée de services ciblés sur la famille. Toute action se centre sur une compréhension claire des besoins de la famille et sur le respect de ceux-ci.

*Accessibilité en termes financiers* : les services sont gratuits ou facturés à un coût réduit aux familles dans tous les pays<sup>2</sup>. Ils sont offerts grâce à des fonds publics émanant des autorités responsables de la santé, des affaires sociales ou de l'éducation ou par des compagnies d'assurance et des associations sans but lucratif. De telles options peuvent co-exister et d'autres encore sont aussi possibles. En outre, dans

---

<sup>1</sup> Le mot *proximité* a dans ce texte une signification double : près d'un lieu et près d'une personne.

<sup>2</sup> Sont compris ici tant les services publics que privés financés à l'aide de fonds publics.



quelques rares pays, des services privés – non soutenus par un quelconque financement public et entièrement payés par les familles – existent également.

*Travail interdisciplinaire* : les professionnels responsables du soutien direct aux jeunes enfants et à leur famille relèvent de différentes disciplines (professions) et ont, par conséquent, diverses formations en fonction du service auquel ils appartiennent. Le travail interdisciplinaire facilite l'échange d'information entre les membres d'une équipe.

*Diversité des services* : cette caractéristique est étroitement liée à la diversité des disciplines couvertes par l'IPE. La participation de trois services, à savoir ceux de la santé, ceux des services sociaux et ceux de l'éducation, est un fait assez commun dans plusieurs pays, mais ils interviennent différemment selon les pays. Une classification des niveaux de prévention en matière de santé publique serait l'indicateur le plus complet du rôle joué par les services. Le chapitre Un en donne une description (par exemple, Mrazek & Haggerty, 1994 ; Simeonsson, 1994). Le premier degré de prévention couvre toutes les actions visant à réduire les troubles ou les problèmes existant au sein de la population. Le deuxième degré vise à réduire le nombre de cas existants d'un problème identifié. Le troisième degré se concentre sur l'atténuation des complications résultant d'un problème ou d'un trouble identifié. La prévention du premier degré est habituellement assurée par les services de santé ainsi que par ceux des affaires sociales et de l'éducation dans tous les pays. Dans certains cas, elle est mise en œuvre au travers d'un suivi médical et social régulier des femmes enceintes ou au travers d'un dépistage des troubles du développement des très jeunes enfants dans les hôpitaux ou dans les centres de santé et d'éducation à l'échelon local. Tous ces services sont chargés du premier dépistage général qui est suivi d'une évaluation des besoins, essentiellement pour la catégorie de population comportant des facteurs de risque biologique ou social. C'est là la première étape avant l'orientation vers d'autres services ou vers les professionnels du secteur de la santé au cas où un besoin est identifié.





Les **différences et les défis** dans les pays semblent liés à la prestation de services d'IPE. Nous donnons un résumé des éléments-clés ci-dessous, regroupés autour de quatre questions :

### *1. Quand se réalise l'IPE ?*

Cette question se réfère directement à la détection précoce, à l'évaluation et à l'orientation. Comme mentionné auparavant, dans tous les pays participant au projet, les services de santé représentent le principal organe responsable de ces trois étapes qui forment la prévention du premier degré, mais les services chargés des affaires sociales et de l'éducation sont aussi impliqués. Tous les pays conviennent de l'importance d'une « action » aussi rapide que possible et de la garantie de la continuité du processus. Des difficultés se posent lorsqu'un fossé significatif apparaît entre la détection précoce, l'évaluation et l'orientation. De nombreuses raisons interviennent : détection tardive en cas de problèmes sociaux ou psychologiques ; difficulté éventuelle à détecter certains problèmes au travers d'un suivi médical ; manque de coordination entre les services et/ou les équipes disponibles. Même si de grands progrès ont été réalisés, il existe encore une tendance à appliquer la politique du « qui vivra verra » aux problèmes les moins visibles – essentiellement ceux de nature sociale et psychologique – qui peuvent avoir des conséquences par la suite.

### *2. Quelle est la durée de l'IPE ?*

Contrairement aux Etats-Unis où l'IPE se déroule de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans, la durée de l'intervention est variable dans les pays européens. En principe, le soutien est apporté à un enfant et à sa famille jusqu'à l'intégration dans le système scolaire, moment où il tombe sous la pleine responsabilité des services de soutien éducatif. Dans certains pays, cela équivaut au début de l'enseignement obligatoire. Il semble néanmoins qu'il n'existe pas de stratégie claire pour cette phase de transition et les professionnels des équipes d'IPE ressentent le besoin d'aller au-delà de leur devoir habituel pour compenser le manque de coordination ou de disponibilité des ressources.



### *3. Qui est responsable ?*

Un nombre significatif de prestations et d'établissements existe dans différents pays européens. La diversité peut être perçue comme un avantage en terme d'offre : plus les options pour la famille seront nombreuses, meilleurs seront leurs choix et meilleures les décisions qu'ils pourront prendre. Toutefois, cela ne semble pas correspondre à la réalité : souvent, les familles identifient difficilement la voie à suivre pour leur enfant ; une information claire à l'attention des parents couvrant les diverses perspectives n'est pas toujours disponible. Il semble que le nombre élevé de types de prestations soit la preuve d'une réponse aux demandes immédiates plutôt que le résultat d'une politique planifiée.

Dans tous les pays participant au projet, l'on trouve des centres d'IPE, bien que certaines différences puissent être relevées. L'exception nous vient des pays nordiques où les services de santé, les services sociaux et éducatifs partagent le processus d'IPE au niveau local.

Une tendance commune soulignée par plusieurs pays, est le besoin d'adapter les tâches professionnelles et la planification du travail en fonction des besoins et des souhaits de la famille partout où les services et les prestations sont situés. Les professionnels travaillent avec et dans la famille autant que nécessaire et avec son accord. Néanmoins, le cas échéant, les services fonctionnent aussi dans des établissements éducatifs que peut fréquenter l'enfant (centres de jour, jardin d'enfants, etc.) ou dans un centre spécial, un service/centre d'IPE ou une autre forme d'établissement.

### *4. Quelles sont les tâches à réaliser ?*

Le chapitre suivant détaille ce point. Toutefois, notons le fait qu'une dichotomie entre l'approche sociale et médicale en matière d'intervention envers les très jeunes enfants existe encore dans différents pays européens.



## 2.2 Aspects fondamentaux

Les réunions de travail organisées dans le cadre du projet ont permis de discuter de plusieurs aspects pertinents dans le domaine de l'IPE :

*Groupes cibles* : le type de population orienté vers les équipes et/ou les services d'IPE, les changements évidents au cours de ces dernières années quant à l'âge et aux caractéristiques des enfants et quant aux conditions dans lesquelles l'IPE est réalisée et reçue ;

*Le travail en équipe* : les professionnels participant à l'IPE, leur rôle et leurs responsabilités ainsi que la participation particulière des services éducatifs ;

*Formation des Professionnels* : formation initiale et complémentaire suivie par les professionnels de l'IPE ;

*Les outils de travail* : mise au point d'un programme de soutien individuel familial ou d'un document équivalent et de son suivi.

Il convient de noter qu'aucun élément ne se centre séparément sur la participation parentale car l'argument avancé est que la participation active des parents constitue une condition essentielle intégrée dans tout aspect-clé du processus d'IPE. Les parents doivent agir en tant que co-partenaires avec les professionnels afin de renforcer, chaque fois que cela est nécessaire, leur compétence et leur autonomie et c'est avec eux qu'ils répondront aux besoins de l'enfant. Même si l'accent est principalement placé sur les parents, le rôle crucial et le soutien apporté par les autres membres de la famille ne doit pas être négligé.

C'est avec cette idée à l'esprit que nous présentons ci-dessous les principaux résultats des débats qui se sont déroulés dans le cadre du projet.

### 2.2.1 Groupes cibles

Les débats ont porté sur le type de population orientée vers les équipes ou les services d'IPE : des enfants présentant des facteurs de risque biologique ou social et leur famille. Les principaux points soulevés par les experts sont :



Un nombre croissant d'enfants présentent des problèmes psychologiques et socio émotionnels, sans qu'il soit possible de dire si cela est dû à une plus grande proportion de problèmes de ce type au sein de la population ou s'il s'est produit un changement au niveau de la prise de conscience des parents.

Certains parents sont peut-être plus inquiets, mieux informés et plus sensibles au sujet du développement de leur enfant que par le passé et sont, par conséquent, plus disposés à demander aide et soutien.

*La population « à risque »*, dans son sens le plus large, est de plus en plus prise en compte en tant que sujet de l'IPE. Dans la plupart des pays participant au projet, le problème d'un enfant doit avoir fait l'objet d'une évaluation pour que l'IPE soit dispensée. Etre perçu comme étant « à risque » n'est pas suffisant pour garantir le bénéfice de l'IPE. L'action préventive s'adressant à la population « à risque » est la tâche principale d'autres services qui doivent soit assurer un suivi et un contrôle systématiques de l'enfant (essentiellement en cas de facteurs de risque biologique) ou s'occuper activement de la famille (principalement en raison de facteurs de risque social). Dans de nombreux cas, l'aide psychosociale aux parents rendra toute intervention ultérieure superflue. Les facteurs de risque en tant que tels ne sont pas une condition pour l'IPE si des mesures de protection sont activées en faveur de l'enfant et de la famille.

Le rôle difficile que doivent jouer les services de prévention doit être souligné : leur mission est de réussir à prévenir des difficultés ultérieures (ce qui n'est pas aisé) et d'être conscients des risques liés à des attitudes du type « qui vivra verra ».

Dans certains pays, le fait que la demande et l'accord des parents soient indispensables et qu'ils constituent un préalable absolu à toute intervention est source de préoccupation. Le respect de la décision des parents pourrait représenter un risque d'exclusion de certains enfants en situation de besoin ou retarder le lancement d'une intervention en raison d'un manque ou d'une mauvaise coordination des phases de prévention, d'information et d'orientation.



### 2.2.2 Travail en équipe

Le point de départ des débats du projet IPE s'est concentré sur la participation accrue des services d'éducation à la problématique de l'IPE quant à la composition et à l'organisation de l'équipe.

S'agissant de l'organisation des services – comme indiqué dans la première partie de ce chapitre – la situation varie beaucoup selon les pays, mais l'on retrouve toujours une approche interdisciplinaire tant au sein des modèles médicaux que sociaux de l'IPE. Les services et les prestations vont d'une simple « juxtaposition » de professionnels jusqu'à un véritable travail d'équipe tel qu'il apparaît dans les approches écologiques systémiques de l'IPE.

Ce n'est pas chose facile que de construire un véritable travail d'équipe. Cela requiert deux composantes principales : le travail interdisciplinaire et la coopération. Selon la définition de Golin & Ducanis (1981), une équipe multidisciplinaire partage et coordonne l'information. Les tâches s'accomplissent individuellement en fonction des compétences des membres de l'équipe. L'information est partagée et utilisée afin de compléter la tâche de chaque membre (Golin & Ducanis, op cit). Les décisions sont prises par l'ensemble de l'équipe en tenant compte des opinions individuelles. Le nombre de professionnels au sein d'une équipe n'est pas crucial ; il devrait dépendre des besoins de l'enfant et de la famille.

La coopération signifie avant tout de travailler avec la famille comme partenaire essentiel pleinement impliqué dans l'ensemble du processus. Cela veut dire aussi coopérer avec les autres membres de l'équipe et avec d'autres services ou réseaux des services de santé, de l'éducation et des affaires sociales par exemple. Cela implique par ailleurs le partage de concepts et de références théoriques ainsi que l'adoption d'une attitude ouverte et respectueuse envers les familles et les collègues.

Il faut du temps pour arriver à mettre ces deux composantes en place. Les membres de l'équipe doivent partager leurs



principes et leurs objectifs pour assurer la coordination au sein de l'équipe ainsi qu'avec les services extérieurs. Il semble que deux éléments favorisent ce processus de construction d'équipe : la nomination d'une personne-clé agissant comme « responsable du dossier » et la formation continue comme décrit ci-dessous.

### *2.2.3 Formation des professionnels*

Les professionnels participant à l'IPE proviennent de secteurs différents. Ils n'ont peut-être jamais travaillé ensemble auparavant, il est essentiel de définir le type de formation qu'ils devront suivre pour être à même de coopérer. Les différentes options de formation offertes aux professionnels devraient être examinées avec une attention particulière sous plusieurs angles, comme le soulignent les débats.

*Formation initiale* : Les différents professionnels de l'IPE ayant suivi diverses formations, il faudrait tendre à définir une compréhension partagée de concepts communs afin qu'ils puissent compléter leurs connaissances mutuelles. Une formation portant sur des aspects tels que le travail avec les familles, le travail en équipe et le développement de l'enfant devrait être reprise dans les matières couvertes par la formation initiale des futurs professionnels de la santé, des affaires sociales et de l'éducation. Le préalable est que les professionnels suivent une bonne formation initiale dans leur domaine respectif. Bien que certaines connaissances spécialisées sur l'IPE soient toujours un avantage, cela est rarement le cas dans les pays ayant participé au projet. Les exceptions sont les Pays-Bas, l'Allemagne et le Luxembourg où des sessions spéciales traitant de l'IPE sont incluses dans la formation initiale à l'attention des éducateurs spéciaux et sociaux, des pédagogues et des psychologues.

*Formation complémentaire* : même si les tâches liées à l'IPE sont assez complexes, il n'existe pas de besoin apparent de créer un nouveau type de professionnel afin de respecter le profil requis pour travailler dans ce domaine. Cela irait à l'encontre des principes-clés de l'IPE tels que l'adoption d'une approche interdisciplinaire et le travail d'équipe. Néanmoins, les



professionnels travaillant dans le secteur de l'IPE doivent suivre une certaine forme de formation ultérieure afin d'acquérir une expérience de base partagée. Cela peut se faire au travers de formations supérieures – comme les maîtrises – ou d'une formation spécialisée dispensée par le biais des différents programmes offerts par les universités ou les instituts d'enseignement supérieur. Une autre possibilité existe : les cours de formation spéciale organisés par les universités à la demande des équipes d'IPE.

Tenant compte du travail attendu de la part des professionnels, les besoins en formation complémentaire devront couvrir les questions suivantes :

- Connaissance fondamentale du développement des très jeunes enfants, qu'ils aient ou non des besoins particuliers, ainsi que connaissance des questions portant sur l'intervention dans les familles et l'information théorique connexe ;
- Connaissance spécialisée de la recherche récente dans le domaine de l'IPE, de l'évaluation, des méthodes de travail, etc. ;
- Compétences personnelles pour tous les aspects liés au travail avec et dans les familles, au travail en équipe, à la coopération entre les services ainsi qu'au développement de capacités personnelles telles que l'auto réflexion, la communication et les stratégies de résolution de problèmes.

*Formation continue* : La formation continue est cruciale dans ce domaine car elle permet de combler les lacunes de la formation initiale et satisfait les besoins des professionnels concernés. Elle est organisée par et dans les équipes, dans le cadre de réunions hebdomadaires permettant aux professionnels :

- D'organiser des discussions sur des « dossiers » ;
- De partager des connaissances et des stratégies de travail ;
- D'acquérir des connaissances spécifiques apportées par des professionnels externes ;
- De discuter de questions de gestion sur le plan interne ou avec des experts extérieurs ;



- D'assurer la supervision externe ;
- De développer des compétences personnelles.

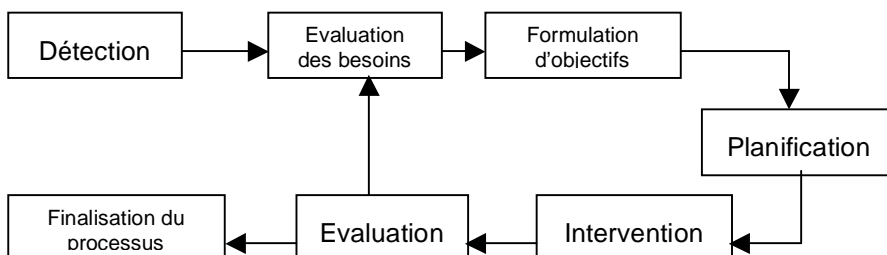
Tous ces éléments visent à améliorer le travail de l'équipe et la qualité des services. Même si cette FC « informelle » satisfait les besoins immédiats des professionnels -prouvant ainsi sa valeur-, elle représente également certains désavantages. Souvent, elle n'est pas reconnue par les autorités concernées en termes de temps et de valeur de travail car elle se centre essentiellement sur des problèmes pratiques, quotidiens et moins sur de grandes réflexions relatives aux objectifs, aux stratégies et aux méthodes d'IPE. Il peut en résulter une situation où la responsabilité d'initiatives de formation continue revient uniquement aux équipes individuelles.

Pour plus d'information sur la formation initiale et les cours de formation supérieure dans les différents pays, consultez la rubrique IPE du site web en ligne à l'adresse : <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

#### 2.2.4 Outils de travail

S'agissant des outils de travail, deux questions ont été débattues : l'évaluation et la préparation d'un programme individuel.

**L'évaluation** doit être orientée sur le processus. Elle se réalise dès que le problème est détecté et détermine le type d'intervention nécessaire de manière dynamique, avec la famille, sur la base du schéma suivant :



Le diagnostic fait partie de ce processus d'évaluation et se réalise principalement au début du processus d'IPE.





L'évaluation se penche sur la situation de l'enfant et de la famille à *un moment spécifique* afin de découvrir leurs besoins et leurs points forts. Comme cette situation peut évoluer, l'évaluation doit faire l'objet d'une révision continue. Les résultats de l'évaluation ne doivent pas être perçus comme statiques ou permanents – cela peut affecter les attentes et les perceptions des professionnels et des familles. Ils contribuent à la formulation d'objectifs, à la planification et à la détermination du type d'intervention requise qui doit faire l'objet d'une évaluation ultérieure. Les résultats de l'évaluation soit concluront le processus soit conduiront à une nouvelle phase d'évaluation des besoins. Il convient de souligner ici que la participation des familles est fondamentale car ces dernières jouent un rôle actif pendant l'ensemble du processus.

Il est également important de s'assurer que toutes les étapes du processus sont réalisées sans comporter de lacunes. Guralnick (2001) identifie l'évaluation – *une évaluation complète, interdisciplinaire* – comme étant une composante vitale du modèle du système de développement qui permettra aux professionnels d'obtenir des informations essentielles sur les enfants ayant des problèmes établis ou dont on soupçonne l'existence et qui facilitera la formulation de plans et de recommandations dans une phase ultérieure. Guralnick conseille aux professionnels, si besoin en est, de procéder immédiatement à l'IPE préliminaire même avant l'obtention de toute l'information résultant de l'évaluation.

L'évaluation est une phase essentielle permettant de renforcer la coordination établie entre les parents et les professionnels dans le cadre de la mise au point de programmes individuels ou d'un **Programme Individuel de Service à la Famille (PISF)**.

Il existe toute une variété de plans dans les pays concernés par le projet et ils peuvent avoir des dénominations différentes. Dans certains cas, le plan familial est conçu avec la famille sous la forme d'une sorte de « contrat reconnu » couvrant ce qui doit être fait et, plus tard, ce qui doit être évalué. Dans d'autres cas, plusieurs plans sont préparés avec la famille en fonction des services concernés. Dans d'autres scénarios



encore, il n'existe pas de programme formel, mais les familles sont informées en permanence par l'équipe de professionnels. Dans certains établissements, le programme porte essentiellement sur l'enfant plutôt que sur la famille.

Quel que soit son nom, un plan s'adressant à la famille et qui a été mis au point avec elle constitue une garantie cruciale de sa participation, de son autonomisation et du respect de ses besoins, de ses priorités et de ses attentes.

Le fait que dans bon nombre de pays européens l'IPE soit différente, et que sa durée varie, apparaît comme un aspect positif assurant la souplesse dans la préparation d'un tel document. Le plan n'est pas toujours soumis à des limitations d'ordre légal et suppose des ajustements, en fonction de chaque situation spécifique ainsi que des services apportant leur soutien à l'enfant et à la famille, même si cette dernière doit être considérée comme étant la propriétaire d'un tel document. De la sorte, la confidentialité de l'information est garantie, les répétitions inutiles de documents similaires produits par différents services sont évitées et beaucoup de temps est épargné pour les familles et les enfants.

Ce genre de document facilite également la transition d'une forme de prestation à une autre, essentiellement entre établissements scolaires. Lorsqu'un enfant rentre dans le système scolaire, un Programme Familial est suivi d'un Programme Educatif Individuel centré sur l'enfant et sur ses besoins éducatifs.

Tous les éléments présentés jusqu'ici dans ce chapitre sont maintenant illustrés grâce à trois situations d'IPE résumées ci-dessous.

### **2.3 Trois exemples spécifiques d'IPE**

Ce chapitre reprend trois exemples d'IPE à **Munich, à Coimbra et à Västerås**. Les visites réalisées en ces trois endroits, l'échange d'informations et les débats ouverts avec les



professionnels locaux ainsi qu'avec une mère à Västerås ont représenté une opportunité d'enrichissement des discussions générales et ont permis de voir comment les principes théoriques sont mis en œuvre dans la pratique.

La raison pour laquelle nous faisons figurer de courts résumés de ces exemples est qu'ils peuvent être intéressants pour d'autres professionnels auxquels ils permettront d'effectuer une comparaison avec leur propre pratique et, nous l'espérons, susciteront leur réflexion. Les résumés ne doivent en aucune manière être perçus comme une sorte d'évaluation ou de jugement de bonne pratique – cela irait à l'encontre du but de ce document.

Vous trouverez ci-dessous un bref aperçu des systèmes d'IPE dans les pays d'accueil des visites – à savoir l'Allemagne, le Portugal et la Suède – suivi de descriptions des principales caractéristiques d'intervention en ces trois sites. Un certain nombre de similitudes et de différences est identifié en fin de chapitre.

### *2.3.1 Principales caractéristiques*

L'information présentée dans les paragraphes ci-dessous résulte du travail des principaux chercheurs de chacun des pays. Le texte en italique reprend des citations directes extraites du travail publié tandis que le reste doit être lu comme un résumé du travail de ces chercheurs.

L'information portant sur Munich, en Allemagne, a été fournie par Franz Peterander (2003) ; pour Coimbra, au Portugal, par Bairrão, Felgueiras et Chaves de Almeida (1999) ainsi que par Felgueiras et Breia (2004) ; pour Västerås, en Suède, par Björk-Akesson et Granlund (2003).

#### **Munich (Allemagne)**

En Allemagne, plus de 1000 institutions offrent l'IPE aux enfants souffrant d'un handicap. Ces centres sont en majorité dirigés par des organismes de charité nationaux tels que Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband et Lebenshilfe. Le système d'Intervention précoce auprès de la



petite enfance varie d'un état fédéral à l'autre. Les structures, les modes de financement et les installations diffèrent. On retrouve des centres interdisciplinaires d'IPE, des centres socio pédiatriques, des jardins d'enfants spécialisés, des centres qualifiés de « pédagogie curative » et des centres d'aide psychologique en matière éducative et familiale. En 1973, le rapport sur l'Identification et l'Intervention Précoces chez les enfants souffrant de handicaps produit par Otto Speck à la demande du Conseil Allemand pour l'Education, fournissait la base pour l'établissement d'un vaste système d'intervention précoce interdisciplinaire, en premier lieu en Bavière. Il défendait l'idée de centres d'intervention précoce pour la petite enfance qui fonctionnent à l'échelon régional, qui soient orientés sur la famille et qui soient interdisciplinaires.

En Bavière, 4% des enfants de moins de 3 ans requièrent une intervention. En 2002, 123 centres régionaux d'IPE offraient un réseau bien établi d'assistance précoce, à la portée de tous. Aucun centre n'est situé à plus de 10 km, pour quelque famille que ce soit.

25.000 bébés et jeunes enfants bénéficient de traitements ; 50% dans des centres de consultation et 50% à domicile grâce à des équipes mobiles. Les enfants ayant accès aux services d'IPE souffrent de divers handicaps. Un tiers d'entre eux ont des handicaps physiques ou cognitifs sévères. La moyenne d'âge est de 3-4 ans. Environ 14% (plus de 25% dans les zones urbaines) sont des immigrants.

Le traitement, fondé sur les besoins individuels, comprend une à deux sessions par semaine pendant deux ans. En moyenne, 11 thérapeutes de différents secteurs travaillent constamment ensemble au sein d'une équipe d'IPE. Le personnel reste en général de 5 à 7 ans dans un centre, ce qui signifie que des équipes compétentes peuvent se former. Le travail en équipe est essentiel pour assurer le succès de l'Intervention précoce auprès de la petite enfance. Tous les professionnels sont complémentaires. Une telle coopération entre experts requiert un échange d'opinions et d'idées sur chaque cas individuel, un accord sur des questions conceptuelles de base, sur les



valeurs, les objectifs, les domaines spécialisés et les aspects d'organisation.

*L'intervention précoce [pour les jeunes enfants] est gratuite et est accessible à tous. Les centres reçoivent un financement permettant de couvrir le besoin habituel hebdomadaire d'une ou deux sessions d'intervention, la coopération avec les parents, le travail en équipe interdisciplinaire et la collaboration avec des partenaires extérieurs au centre. L'intervention précoce [pour les jeunes enfants] est financée au travers de divers organes : les autorités municipales, l'assurance en matière de santé, le Ministère de l'Education de Bavière et celui des Affaires Sociales ...*

*... Le diagnostic et l'intervention portent uniquement sur les besoins individuels et l'environnement de l'enfant. En raison du passage paradigmatique d'une approche centrée sur le déficit de l'enfant à une intervention précoce [pour les jeunes enfants] holistique orientée sur la famille, il n'existe pas de programme généralement accepté. Le changement sur le plan des concepts théoriques se voit également reflété dans les principes inhérents à la pratique de l'intervention précoce pour la petite enfance en Allemagne. Les spécialistes fondent leur traitement sur une combinaison de ces principes et des indicateurs d'intervention précoce [chez les jeunes enfants] qui se sont révélés être une réussite ainsi que sur des idées théoriques et conceptuelles (l'approche holistique, l'orientation vers la famille, l'intervention précoce régionale mobile, le travail en équipe interdisciplinaire, les réseaux, l'inclusion sociale)...*

*... En Bavière et dans quelques autres Länders, les praticiens de l'intervention précoce peuvent se tourner vers « l'Arbeitsstelle Frühförderung' pour obtenir de l'aide et consulter sur des questions spécifiques. La Bavière a été le premier Etat à établir ce genre d' Arbeitsstelle en 1975 ; il comprenait un département pédagogique et un département médical. Chacun comptait un personnel représentant diverses professions et fonctionnant en étroite coopération. L'objectif commun est : d'étoffer les connaissances sur l'intervention précoce ; de contribuer au développement du travail pratique ;*



de promouvoir l'échange et les discussions entre les différents centres d'intervention précoces ; d'améliorer la qualité du travail et le caractère interdisciplinaire. A cette fin, l'Arbeitsstelle offre, entre autres choses, un large éventail de formations variées ainsi que des services de conseil individuels pour les centres d'intervention précoce de Bavière (Peterander, 2003b, p302).

### **Coimbra (Portugal)**

Jusqu'à la fin des années 1980, au Portugal, les enfants ayant des besoins particuliers et qui n'avaient pas encore atteint l'âge de l'obligation scolaire étaient pris en charge essentiellement par les services de sécurité sociale et de santé. La participation du Ministère de l'Education était limitée.

Malgré la reconnaissance croissante du besoin de mettre en oeuvre des services pour les enfants ayant des besoins éducatifs particuliers plus tôt, le niveau de soins dispensés était très bas. Les rares initiatives existantes se concentraient essentiellement sur le diagnostic de l'enfant et sur les thérapies, de manière similaire à ce qui prévalait alors comme modèle médical pour les enfants en âge d'obligation scolaire. Les familles recevaient surtout un soutien financier ou de l'aide des services de santé mentale.

A la fin des années 1980 et au début 1990 commença une nouvelle étape dans l'Intervention précoce auprès de la petite enfance (IPE) au Portugal. Certaines expériences novatrices de prise en charge des enfants souffrant de handicap ou d'enfants à risque pendant les premières années de la vie apparurent. Le *Projet d'Intervention Précoce (PIP) de Coimbra* basé sur la collaboration entre les services de sécurité sociale, de santé et de l'éducation et celui d' *Intervention Précoce de Portage* pratiqué à Lisbonne sont considérés comme ayant une influence favorable sur le développement de l'IPE dans l'ensemble du pays. Ces projets ont joué un rôle important par la formation continue en IPE offerte aux différents professionnels.

Pendant cette phase, le « Modèle de Portage pour les Parents constituait un point de repère important et avait une influence



positive. Ce modèle introduisait certaines caractéristiques novatrices, par la diffusion d'un modèle centré sur l'intervention à domicile en partenariat avec les parents ; la planification d'objectifs et les stratégies d'intervention individualisées ; un système d'organisation des ressources existantes (une pyramide des ressources) ; la collaboration interdisciplinaire entre les services et un modèle de formation continue et de supervision des visites à domicile.

Le développement de l'IPE au Portugal peut être qualifié de processus « du bas vers le haut » qui a conduit à une prise de conscience progressive des décideurs politiques par rapport à cette question. En effet, l'action entreprise par les professionnels du terrain sur le plan local a joué un rôle capital dans l'évolution de l'IPE. La collaboration entre les services et des financements de programmes communautaires de l'époque ont dégagé des ressources, certes insuffisantes. Celles-ci ont permis à des initiatives connues sous le nom de Projets Intégrés pour l'IPE d'apparaître dans l'ensemble du pays.

Parallèlement, le Ministère de l'Education commençait progressivement à participer à la mise en œuvre de mesures de soutien pour les enfants souffrant de handicaps de la naissance à l'âge de 6 ans. Plus spécifiquement, ce Ministère établissait en 1997 les mécanismes grâce auxquels les ressources et le soutien financier des projets locaux d'IPE étaient octroyés, sur la base de la collaboration entre les services de soutien éducatif et les institutions privées d'enseignement spécial.

Au Portugal, la formation continue dispensée par diverses organisations non académiques a joué – et joue encore – un rôle essentiel pour les qualifications des professionnels de l'IPE. En général, les différentes modalités de formation sont orientées en fonction de perspectives théoriques et pratiques influencées par le modèle nord-américain et une législation propre à l'IPE. Certaines questions capitales relatives à l'IPE sont envisagées afin d'aider les professionnels à passer d'une pratique traditionnelle à une pratique plus efficace fondée sur les résultats cliniques. Il s'agit de passer :



- Des modèles centrés sur l'enfant et orientés sur les déficits à une intervention intégrative se réalisant *dans le contexte naturel de l'enfant* ;
- D'une intervention parallèle, fragmentée et unidisciplinaire (thérapies isolées) au travers de différents professionnels à un *travail d'équipe interdisciplinaire et une collaboration et participation entre services* ;
- Des modèles « d'assistance » à un *modèle d'autonomisation* et à une *pratique centrée sur la famille* où cette dernière est considérée comme une unité d'intervention.

L'influence du modèle écologique (Bronfenbrenner ; 1979, 1998) et du modèle transactionnel de développement (Sameroff & Chandler 1975 ; Sameroff & Fiese, 1990) a mené l'organisation de l'IPE vers un système de collaboration entre services visant l'adoption de programmes plus globaux où la participation efficace de la famille et de la communauté joue un rôle clef.

En 1999, des dispositions légales consacrées exclusivement à l'IPE étaient adoptées (Règlement Exécutif Conjoint N° 891/99). Elles établissaient les « *Directives réglementant l'intervention précoce [chez les jeunes enfants] pour les enfants souffrant de handicaps ou les enfants en risque de retard grave de développement et Directives pour leur famille* ». Il s'agissait là d'un pas important vers la reconnaissance et l'identité de l'IPE.

Cette législation définit l'IPE comme mesure de soutien intégrée, centrée sur l'enfant et la famille, mise en oeuvre au moyen d'actions préventives et de réhabilitation, notamment dans le cadre de l'éducation, de la santé et du bien-être social, le but étant :

- a) D'assurer l'établissement de conditions favorisant le développement des enfants souffrant d'un handicap ou en risque de retard sévère de développement ;
- b) D'accroître le potentiel d'amélioration d'interactions familiales ;





- c) De renforcer les compétences de la famille et l'évolution progressive de leur capacité et de leur autonomie pour faire face aux problèmes de handicaps qui apparaissent.

Pour la première fois, un engagement politique et gouvernemental était déclaré au sujet de la prestation de services pour l'IPE. L'organisation des ressources et d'un système de financement, la coordination entre les secteurs et une collaboration entre l'état et les entités privées étaient établies. L'éducation, la santé et la sécurité sociale partageaient une responsabilité conjointe quant à l'établissement d'*équipes d'intervention directes* sur le plan national, d'*équipes de coordination au niveau des districts* et d'*un groupe interdépartemental national*.

Même si de grands progrès ont ainsi été accomplis au cours de ces dernières années au Portugal, les dispositions relatives à l'IPE sont encore confrontées à des défis importants qui requièrent des efforts conjoints afin :

- d'augmenter la couverture, à savoir essentiellement pour les 0-2 ans ;
- d'améliorer la détection précoce et l'orientation ;
- de rendre la pratique interdisciplinaire et celle centrée sur la famille plus cohérentes ;
- d'améliorer la qualité et les opportunités de formation professionnelle ;
- de sensibiliser les décideurs politiques, les professionnels et la communauté à plus grande échelle au sujet de la valeur de l'IPE et de sa durabilité.

Les qualifications professionnelles, les résultats de la recherche et l'évaluation des processus pour les enfants et leur famille sont des questions capitales pour l'évolution et la qualité de l'IPE au Portugal.

### **Västerås (Suède)**

La philosophie suédoise relative aux enfants considère cette période de développement comme étant unique dans la vie des êtres humains. L'enfance a ses propres valeurs et n'est pas simplement perçue comme une période de préparation à la vie



adulte. Un rôle important pour l'éducateur de la petite enfance sera dès lors de créer les possibilités nécessaires pour que les enfants puissent jouer.

Les municipalités (289 au total) sont responsables des services de base pour tous, y compris des structures d'accueil pour les enfants en âge préscolaire, de l'école et des services sociaux. La Suède est divisée en régions et compte 20 comtés régis par des conseils de comté qui sont responsables de la santé et des soins dentaires gratuits pour tous les enfants et les jeunes.

L'Intervention précoce auprès de la petite enfance peut être définie comme une pratique d'intervention envers des enfants ayant besoin d'un soutien spécial de la naissance jusqu'au début de la scolarité vers 6 ou 7 ans. Les services d'Intervention précoce auprès de la petite enfance s'adressent à l'enfant au sein d'une famille/d'un contexte d'environnement proche. Tant les communes que les conseils de comtés sont responsables de l'Intervention précoce auprès de la petite enfance avec différents objectifs et envers les différents groupes concernés.

Au premier degré de prévention, la communauté a la responsabilité initiale du bien-être de tous les enfants et des familles et elle doit assurer l'existence de conditions de vie acceptables pour tout un chacun. Au deuxième degré, elle est responsable de l'intervention dans le cycle préscolaire et dans les programmes d'accueil des enfants en bas âge. Au troisième degré, elle est responsable de la création d'un environnement sain pour les enfants et les familles. Le conseil du comté doit apporter les services liés à la santé et aux soins médicaux au premier degré de prévention pour tous les enfants et les familles au travers des Services de Santé pour l'Enfance (SSE). Avec l'évolution des conditions de vie, l'accent du SSE s'est déplacé allant d'un simple suivi et de programmes de vaccination vers l'inclusion d'actions portant sur les problèmes psychosomatiques et socio émotionnels, le changement du rôle parental et le soutien aux familles de migrants. Les groupes de parents et l'éducation de ces derniers sont organisés dans ce cadre.



Une perspective centrée sur la famille implique que l'intervention se réalise dans des situations de vie quotidienne. De ce fait, l'Intervention précoce auprès de la petite enfance en Suède est essentiellement entreprise dans l'un des contextes naturels des jeunes enfants, à savoir la famille et/ou l'école maternelle ou les structures d'accueil de la communauté. Tant les communautés que les conseils de comté contribuent à la mise à disposition de tels services. La responsabilité de la communauté comprend une intervention spécifique à l'école maternelle ou dans la structure familiale de garde de l'enfant, un assistant personnel et des soins supplétifs pour les enfants identifiés comme ayant besoin d'un soutien spécial ainsi que pour leur famille. Le conseil du Comté a la responsabilité de procurer des services pour les enfants identifiés comme souffrant d'un handicap au travers des « Centres d'Habilitation de l'Enfance » (CHC).

La philosophie officielle de la Suède au sujet du soutien pour les enfants souffrant d'un handicap se fonde sur une perspective relevant de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (OMS, 2001). Dans la CIF, les aspects de santé individuelle et les facteurs liés à la santé sont classés sur la base de dimensions touchant les fonctions organiques, les structures anatomiques, les activités, la participation et les facteurs liés à l'environnement.

La CIF peut être utilisée pour décrire la structure d'organisation des services mis à la disposition des jeunes enfants ayant besoin d'un soutien en Suède. Les services offerts par les Conseils de Comté se centrent essentiellement sur les fonctions organiques (SSE) et sur la réalisation d'activités (CHC). Si un enfant est identifié comme ayant des problèmes sur le plan des fonctions organiques, il/elle est orienté(e) vers des services médicaux pour les enfants au travers du SSE. L'enfant et sa famille y rencontreront des professionnels au sein d'une organisation fondée sur le modèle médical et se concentrant sur les fonctions organiques, entre autres services de consultation ophtalmologique, médecine interne, clinique orthopédique. Si un enfant est identifié comme ne se développant pas de manière optimale, comme ne réalisant pas



les activités de la manière attendue, il/elle est orienté(e) vers un CHC. Les services de réhabilitation s'adressent aux enfants souffrant de handicaps et à leur famille et fonctionnent sur la base d'un « dialogue vivant » entre les usagers des services et les professionnels.

Dans un CHC, une équipe interdisciplinaire représentée par le secteur médical, l'éducation, la psychologie et les affaires sociales travaille en collaboration avec l'enfant et la famille. Des experts de la communauté sont souvent appelés en fonction du rôle qu'ils peuvent jouer ou du système qu'ils sont censés soutenir, à savoir pour intervenir comme soutien familial, comme consultant pour l'accueil préscolaire.

Après la phase d'identification, de nombreux experts provenant de diverses organisations contribuent à la prestation de services pour les enfants ayant besoin d'un soutien spécial. Un élément clé dans la collaboration organisée autour de ces enfants est de savoir comment travailler avec des experts ayant différentes perspectives sur l'Intervention précoce auprès de la petite enfance et fonctionnant dans différents systèmes et coordonner leurs recommandations et services.

### *2.3.2 Similitudes et différences*

L'information générale fournie par les experts nationaux, brièvement résumée ci-dessus, ainsi que les débats avec des professionnels sur les trois sites, ont mis en lumière certaines similitudes et différences entre ces trois exemples.

*Le même modèle théorique* : ces trois exemples fondent leur pratique sur les principes du modèle écologique systémique et partagent certaines caractéristiques communes :

- Les mêmes principes s'appliquent à l'approche centrée sur la famille, aux concepts orientés vers les aspects sociaux, aux prestations effectuées en fonction de la proximité par rapport à la situation de la famille et au travail en équipe ;
- Les services sont offerts gratuitement aux familles ;



- Une forte priorité est accordée à la formation professionnelle et, de ce fait, divers types de formation continue sont suivis par tous les membres des équipes ;
- Le niveau d'engagement est élevé et les professionnels font preuve de compétences ; le travail en équipe est perçu positivement ;
- Le climat est positif et le partage d'objectifs communs prévaut.

*Une mise en oeuvre différente* : le modèle écologique est mis en œuvre selon différentes modalités en fonction des caractéristiques nationales. Les différences décrites ci-dessous se manifestent de diverses manières, en fonction du lieu où s'illustre l'exemple.

Un centre d'IPE *expérimenté et bien établi* à Munich, représentant un réseau consolidé de centres d'IPE en Bavière. Ce système de prestations pour l'IPE au travers de « centres spécialisés » se fonde sur l'établissement d'un groupe stable de professionnels hautement qualifiés autour des centres d'IPE situés près du lieu de résidence des familles. Il existe bon nombre de centres différents, financés par divers services et départements.

Les services bénéficient d'une variété de financements ; ceci peut être perçu comme un défi car il est nécessaire de s'assurer que les professionnels disposent des connaissances suffisantes dans toutes les ressources existantes. Il est aussi important de garantir une collaboration productive entre eux afin de soutenir les familles et de leur offrir les ressources nécessaires, conformément aux principes inhérents au modèle écologique.

A Coimbra, un *projet d'équipe hautement qualifiée, offrant l'IPE au travers d'un « système inter agence »*. Ce système se fonde sur un accord et une coopération entre les différents départements locaux et régionaux – la santé, les services sociaux et l'éducation – qui sont responsables du financement des services au travers de l'apport des professionnels requis.



Ce système assure une rationalisation efficace et l'utilisation des ressources existantes en accordant une forte priorité aux familles socialement désavantagées.

La bonne coordination des différentes « agences » intervenant à tous les niveaux (local, régional et national) constitue un défi significatif - si l'un d'entre eux fait défaut, la prestation devient vulnérable en termes financiers et professionnels. La stabilité des équipes est un autre défi pour ce type de disposition au Portugal.

*Différents professionnels au Centre de Ressources Communautaires de Västerås* donnent un soutien aux enfants en âge préscolaire (à partir de l'âge d'un an) et à leurs parents. Ce type de prestation 'locale et décentralisée' se fonde sur un système social solide apportant aux familles des avantages sociaux considérables.

Ce système semble fonctionner et se base très clairement sur la compétence des professionnels et sur la santé de l'économie nationale.

Il convient de prendre en compte certains défis, essentiellement liés au besoin de coordination et de coopération entre les services et les professionnels concernés sur le plan local et national ainsi qu'au besoin de formation globale sur le développement des jeunes enfants pour les différents professionnels concernés.

Le dernier point concernant les trois exemples est que tous soulèvent la question de l'impact accru de l'immigration sur la mise à disposition de l'IPE. Il s'agit d'un signe positif de la sensibilisation des professionnels aux changements sociaux se produisant au sein de la société européenne qui influencent leur propre pratique.



### 3. RECOMMANDATIONS

Les recommandations ci-dessous se fondent sur le principe suivant : l'Intervention précoce auprès de la petite enfance est un *droit* pour tous les enfants et les familles ayant besoin d'un soutien. Tenant compte des résultats de l'analyse présentés dans les chapitres précédents, diverses caractéristiques sont à relever et doivent, dès lors, être correctement mises en œuvre. Les recommandations visent ici à aider les professionnels à prendre conscience des stratégies appropriées pour appliquer ces caractéristiques et à éviter les barrières existantes – tout cela au bénéfice des enfants et des familles. Par ailleurs, les recommandations résultant des débats qui se sont tenus dans le cadre du projet doivent revêtir un intérêt pour les décideurs politiques même si elles s'adressent essentiellement aux professionnels travaillant ou prévoyant de travailler dans ce domaine.

Les cinq caractéristiques principales reprises au chapitre Deux figurent ci-dessous et sont accompagnées d'une liste non exhaustive de recommandations visant à assurer leur mise en œuvre correcte.

#### 3.1 Disponibilité

Afin d'assurer que l'IPE touche tous les enfants et les familles en situation de besoin dès que possible, nous formulons les recommandations suivantes :

**Existence de mesures politiques en matière d'IPE :** sur le plan local, régional et national, des mesures politiques devraient garantir l'IPE en tant que droit pour les enfants et les familles en situation de besoin. Les politiques en matière d'IPE devraient renforcer le travail que les professionnels entreprennent conjointement avec les familles, en définissant des critères de qualité et d'évaluation pour l'IPE. Tenant compte de la situation dans les différents pays, trois questions requièrent une attention particulière :



1. Les familles et les professionnels ont besoin de mesures politiques qui soient soigneusement coordonnées en termes de stratégies pour assurer leur mise en œuvre ainsi que d'objectifs, de moyens et de résultats ;
2. Les mesures politiques devraient tendre à soutenir la coordination des services d'éducation, des services sociaux et des services de santé concernés et à les garantir. Les mesures qui se chevaucheraient ou seraient contradictoires au sein des services et entre ceux-ci devraient être évitées ;
3. Les mesures politiques pourraient inclure des centres de soutien à l'IPE sur le plan régional et national, qui serviraient de lien entre la politique, les professionnels et les usagers (famille).

**Disponibilité de l'information** : dès que le besoin s'en fait ressentir, des informations claires, précises et détaillées sur les services/prestations d'IPE devraient être transmises aux familles et aux professionnels de tous les services, à l'échelon local, régional et national. Une attention particulière devrait être accordée à l'utilisation d'un langage précis, mais aussi accessible. Lorsque les familles proviennent d'un milieu culturel différent, il conviendra d'utiliser la langue qu'ils préfèrent afin d'éviter de les exclure de l'accès à toute information pertinente.

**Définition claire des groupes cibles** : les décideurs politiques forment le groupe qui détermine les critères d'éligibilité à l'IPE, mais les professionnels devraient coopérer avec un rôle consultatif. Les centres d'IPE, les services, les équipes et les professionnels devraient s'attacher à la définition de groupes cibles conformément aux priorités établies sur le plan local, régional et/ou national. Les contradictions entre les différents niveaux peuvent provoquer des distorsions et, par conséquent, les enfants et les familles risquent de ne pas recevoir le soutien ou de ne pas être capables d'accéder aux ressources adéquates.





### 3.2 Proximité <sup>3</sup>

Afin d'assurer que les services et les prestations d'IPE soient disponibles et soient aussi proches que possible des familles en termes géographiques en même temps qu'ils se centrent sur l'unité familiale, il est important de prendre en compte les points suivants :

**Décentralisation des services/prestations** : Les services/les prestations en matière d'IPE devraient être situés en un lieu aussi proche que possible des familles de sorte à :

- Favoriser une meilleure connaissance des conditions relatives à l'environnement social des familles ;
- Assurer une qualité de service identique malgré des différences sur le plan géographique (par exemple zones rurales ou éparpillées) ;
- Eviter les chevauchements, les itinéraires non pertinents ou trompeurs.

**Satisfaction des besoins des familles et des enfants** :

Les services et les prestations devraient faire les efforts nécessaires afin d'atteindre les familles et les enfants et satisfaire leurs besoins. Ceci implique que :

- Les familles aient le droit d'être bien informées dès le moment où le besoin est identifié ;
- Les familles aient le droit de décider, avec les professionnels, des étapes à suivre ;
- L'IPE ne puisse être imposée aux familles, mais qu'elle doive garantir le droit de l'enfant à être protégé. Les droits des enfants et des familles doivent converger ;
- Les familles et les professionnels partagent une compréhension identique de la signification et des avantages du type d'intervention recommandé aux familles et à l'enfant ;
- Un document écrit (Programme Individuel, Plan Individuel de Service à la Famille ou autre équivalent)

---

<sup>3</sup> La proximité est considérée comme ayant une double signification dans le présent document : proche d'un endroit et proche d'une personne.



préparé par les professionnels avec les familles favorise la transparence et un accord commun au sujet du processus d'IPE : planification de l'intervention, formulation d'objectifs et de responsabilités, évaluation des résultats ;

- Les familles doivent bénéficier d'une formation à leur demande de sorte à les aider à acquérir les compétences et les connaissances requises ce qui facilitera leur interaction avec les professionnels et avec leur enfant.

### **3.3 Accessibilité en termes financiers**

Afin d'assurer que les services et les prestations d'IPE atteignent toutes les familles et tous les jeunes enfants ayant besoin d'un soutien malgré un contexte socio-économique différent, il est nécessaire de garantir qu'**ils soient accessibles aux familles à titre gratuit**. Cela implique que des fonds publics doivent couvrir tous les coûts liés à l'IPE au travers des services publics, des compagnies d'assurance, des organisations sans but lucratif, etc. tout en respectant les normes de qualité établies par les législations nationales respectives en matière d'IPE. Lorsque l'IPE résulte de prestations privées - le coût étant entièrement payé par la famille - qui existent aux côtés de services financés par le secteur public, les normes de qualité définies par la législation nationale en matière d'IPE doivent être appliquées.

### **3.4 Travail interdisciplinaire**

Les services/prestations d'intervention précoce impliquent des professionnels de différentes disciplines et de divers milieux. Afin d'assurer la qualité du travail en équipe, nous suggérons les recommandations suivantes :

**Coopération avec les familles<sup>4</sup>** : ces dernières étant les

---

<sup>4</sup> Le mot coopération est utilisé dans ce texte dans le sens du travail conjoint des familles et des professionnels, chaque niveau apportant ses propres connaissances et combinant les efforts et les responsabilités.



principaux partenaires des professionnels, la coopération devrait être assurée en prenant en compte le fait que :

- Les professionnels doivent être les initiateurs de la coopération et doivent adopter une attitude ouverte et respectueuse envers la famille afin de comprendre ses besoins et ses attentes pour éviter tout conflit résultant d'une divergence des perspectives quant aux besoins et aux priorités, tout ceci sans imposer leur point de vue ;
- Les professionnels devraient organiser des réunions afin de discuter des différents points de vue avec les parents et rédiger, avec eux, un document écrit fondé sur leur accord, qui portera le nom de Programme individuel ou un autre de ce genre ;
- Un Programme Individuel (PISF ou équivalent) devrait reprendre un plan défini d'un commun accord indiquant l'intervention à réaliser ainsi que les objectifs, les stratégies, les responsabilités et les procédures d'évaluation. Le plan écrit ainsi convenu devrait faire l'objet d'une évaluation régulière de la part des familles et des professionnels.

**Approche de la formation de l'équipe** : malgré une formation différente, relevant de leur discipline, les équipes/les professionnels d'IPE devraient travailler sur une base interdisciplinaire avant et pendant la mise en œuvre des actions convenues. Ils doivent partager des principes, des objectifs et des stratégies de travail. Les différentes approches doivent être intégrées et coordonnées, renforçant ainsi une approche globale et holistique plutôt qu'une approche compartimentée. Une attention particulière devrait être accordée aux points suivants :

- L'information doit être partagée afin que les membres de l'équipe puissent être complémentaires en fonction de leurs capacités et de leurs compétences individuelles ;
- Les décisions devraient être prises par l'équipe/les professionnels à la suite d'une discussion et d'un accord ;
- Une personne de contact devrait être nommée pour coordonner toutes les actions nécessaires, pour assurer



un contact permanent avec la famille et pour éviter les nombreux contacts unilatéraux superflus entre les services et la famille. Cette personne devrait être la personne de référence pour la famille et pour l'équipe professionnelle. Elle devrait être nommée en fonction des compétences requises pour chaque situation spécifique ;

- Les professionnels des différentes disciplines doivent savoir comment travailler ensemble. Une formation complémentaire ou continue commune devrait être organisée pour les professionnels afin qu'ils partagent une connaissance de base commune au sujet du développement de l'enfant ; des connaissances spécialisées sur les méthodes de travail, l'évaluation, etc. et des compétences personnelles sur la manière de travailler avec les familles, en équipe, avec d'autres services et sur la méthode de développement des capacités personnelles.

**Stabilité des membres de l'équipe** : les équipes devraient être aussi stables que possible afin de faciliter un processus de construction d'équipe et, en fin de compte, d'obtenir des résultats de qualité. Des changements fréquents et injustifiés des professionnels pourraient affecter la qualité du soutien fourni ainsi que le travail d'équipe et la formation.

### 3.5 Diversité

Afin d'assurer que les secteurs de la santé, de l'éducation et des affaires sociales impliqués dans les services et les prestations en matière d'IPE partagent les responsabilités, nous suggérons les recommandations suivantes :

**Coordination suffisante des secteurs** : la variété des secteurs concernés devrait garantir le respect des objectifs de tous les niveaux de prévention au travers de mesures opérationnelles appropriées et coordonnées. Ceci implique que :



- Les services de santé, d'éducation et des affaires sociales devraient participer à la détection précoce et à l'orientation afin d'éviter des lacunes ou des retards significatifs qui pourraient affecter une intervention par la suite ou conduire à des listes d'attente lorsque les services ou les équipes sont surchargés ;
- Les procédures de dépistage liées au développement sont là pour tous les enfants. Elles doivent être bien connues et être mises en œuvre systématiquement ;
- Des procédures de contrôle cohérent, d'avis et de suivi doivent être offertes à toutes les femmes enceintes.

**Adéquation des ressources** : une bonne coordination est nécessaire afin de garantir le meilleur usage possible des ressources des collectivités. Une bonne coordination signifie que :

- Les services devraient assurer la continuité du soutien requis lorsque les enfants passent d'une forme de prestation à une autre. Les familles et les enfants devraient être pleinement impliqués et soutenus ;
- Les établissements d'accueil préscolaire devraient assurer une place libre pour les enfants provenant de services/de prestations en matière d'IPE.

Comme mentionné ci-dessus, ces recommandations s'adressent essentiellement aux professionnels travaillant ou prévoyant de travailler dans ce domaine, mais elles concernent également les décideurs politiques. Pour cette raison, il conviendrait de mener à bien, régulièrement, une évaluation de l'impact des politiques appliquées à l'IPE et d'en communiquer les résultats afin de favoriser les débats et de stimuler la recherche en la matière. Il faudrait prendre en compte le fait que les politiques sur l'Intervention précoce auprès de la petite enfance sont la responsabilité commune des familles, des professionnels et des décideurs politiques sur le plan local, régional et national.



## REFERENCES

- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters E., Wall S.** (1978) *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Arnkil, T.E.** (2003) *Early Intervention – Anticipation Dialogues in the Grey Zone of Worry*. Reykjavik (Iceland): Nordiska barnavårdskongressen Reykjavik.
- Bairrão, J., Felgueiras, I., Chaves De Almeida, I.** (1999) Early Intervention in Portugal. In *Symposium on Excellence in Early Childhood Intervention*, Västerås (Sweden): Mälardalens Högskola.
- Bairrão, J., Chaves De Almeida, I.** (2002) Contributos para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal. In *Collecção Apoios Educativos*, Nr. 6, Ministerio da Educação, Departamento da Educação Básica.
- Bandura, A.** (1977) *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Björck-Akesson, E., Carlhed, C., Granlund, M.** (1999) *The Impact of Early Intervention on the Family System. Perspectives on Process and Outcome*. Madrid: GENYSI (Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención).
- Björck-Akesson, E., Granlund, M.** (2003) Creating a Team Around The Child Through Professional's Continuing Education. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Blackman, J.A.** (2003) Early Intervention: An Overview. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Boavida, J., Espe-Sherwindt, M., Borges, L.** (1999) Community-Based Early Intervention: The Coimbra Project (Portugal). In *Child: Care, Health and Development*, vol. 26:5, Blackwell Publishing.



**Bowlby, J.** (1969) *Attachment and Loss*, vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books/Tavistock Institute of Human Relations.

**Bowlby, J.** (1980) *Attachment and Loss*, vol. 3: *Loss*. New York: Basic Books.

**Bronfenbrenner, U.** (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge MA: Harvard University Press.

**Bronfenbrenner, U., Morris, P.A.** (1998) The Ecology of Developmental Process. In Damon W. (ed). *Handbook of Child Psychology*, 5<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley & Sons.

**Bruder, M.B.** (2000) The Individual Family Service Plan. In *ERIC-Digest*, Nr. E605, Educational Resource Editors Information Centre: Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.

**Cameron, S., White, M.** (1996) *The Portage Early Intervention Model: Making the Difference for Families across the World*. In *Conference Proceedings 1996*, National and International Portage Association.

**Detraux, J.J.** (1998) *Synthèse du 4ème Symposium Européen sur « Egalité des chances et qualité de vie pour familles avec un jeune enfant handicapé »*. European Association on Early Intervention (Eurllyaid).

**Dunst, C.J.** (1985) Rethinking Early Intervention. In *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, Vol. 5.

**Dunst, C.J.** (2000) Revisiting « Rethinking Early Intervention ». In *Topics in Early Childhood Special Education*, Nr. 20 (2).

**Eurllyaid**(1991) *Manifesto of the Eurllyaid working party with a view to future EC policy: Early Intervention for Children with Developmental Disabilities*, Elsenborn: Eurllyaid.

**European Agency for Development in Special Needs Education** (1998) *Early Intervention in Europe. Trends in 17 European Countries*. Middelfart: EADSNE.

**European Agency for Development in Special Needs Education** (2003) *Special Needs Education in Europe*. Middelfart: EADSNE.



**Felgueiras, I., Breia, G.** (2004) *Early Childhood Intervention in Portugal* (Un-Published).

**Gallagher, J., Clifford, R.** (2000) The Missing Support Infrastructure in Early Childhood. In *Early Childhood Research and Practice*, Vol.2: 1.

**GAT, Grupo de Atención Temprana** (2000) *Libro Blanco de Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

**GENYSI, Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención** (1999) *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid ; Situación Actual y Documentos del Grupo PADI*. Madrid: GENYSI.

**Gesell, A., Ilg F. L., Ames, L.B.** (1943) *Infant and Child in the Culture of Today: the Guidance of Development in Home and Nursery School*. New York: Harper.

**Golin, A.K, Ducanis, A.J.** (1981) *The Interdisciplinary Team, a Handbook for the Education of Exceptional Children*. Rockville, MD: Aspen.

**Guralnick, M.J.** (1997) *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Brookes Publishing.

**Guralnick, M.J.** (2001) A Developmental Systems' Model for Early Intervention. In *Infant and Young Children*, Vol. 14:2. Aspen Publishers, ISEI.

**Hains, A.** (1999) *A Comparison of Select Provisions of Individuals with Disabilities Education Act (IDEA Part B, Part C) and Head Start*. Milwaukee: University of Wisconsin Milwaukee.

**Helios II** (1996a) *Early Intervention: Information, Orientation and Guidance of Families*. Brussels: European Commission.

**Helios II** (1996b) *Prevention, Early Detection, Assessment, Intervention and Integration: An Holistic View for Children with Disabilities*. Brussels: European Commission.

**Horowitz, F.D.** (1987) A Developmental View of Giftedness. In *Gifted Child Quarterly*, Vol 31: 4. American National Association for Gifted Children.





**Horwath, J.** (2000) *The Child's World. Assessing Children in Need*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC)/Jessica Kingsley Publishing.

**Houston, S.** (2002) Re-Thinking a Systemic Approach to Child Welfare: a Critical Response to the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. In *European Journal of Social Work*, Vol. 5: 3. Oxford University Press.

**Kotulak, R.** (1996) *Inside the Brain: Revolutionary Discoveries of How the Mind Works*. Kansas City MO: Andrews & McMeel.

**Ministry of Education of New Zealand** (1996) *Te Whāriki; Early Childhood Curriculum*. Wellington: Ministry of Education of New Zealand and Learning Media Wellington.

**Mrazek, P.J., Haggerty R.J.** (1994) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC: National Academy Press.

**Nicaise, I.** (2000) *The Right to Learn; Educational Strategies for Socially Excluded Youth in Europe*. Bristol: The Policy Press.

**Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S.** (2003) *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.

**Park, N., Peterson, C.** (2003). Early Intervention from the Perspective of Positive Psychology. In *Prevention and Treatment*, Vol. 6, article 35, American Psychological Association.

**Peterander, F., Speck, O., Pithon, G., Terrisse, B.** (1999) *Les tendances actuelles de l'intervention précoce en Europe*. Sprimont: Mardaga Publishing House.

**Peterander, F.** (2003a) La formation du personnel à l'intervention précoce en milieu familial en Allemagne: de nouvelles compétences pour une nouvelle profession. In *La revue internationale de l'intervention familiale*, vol.7: 1.

**Peterander, F.** (2003b) Supporting The Early Intervention Team. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S.



*Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.

**Piaget, J.** (1970) *The Science of Education and the Psychology of the Child*. New York: Grossman.

**Piaget, J., Inhelder, B.** (1969) *The Psychology of the Child*. New York: Grossman.

**Pretis, M.** (2001) *Planning, Practising and Evaluating Early Intervention*. Munich: Reinhardt.

**Ponte, J., Cardama, J., Arlanzón, J.L., Belda, J.C., Gonzalez, T., Vived, E.** (2004) *Early Intervention Standards Guide*. Vigo: Asociación Galega de Atención Temprá/IMSERNO

**Porter, L.** (2002) *Educating Young Children with Special Needs*. London: Paul Chapman Publishing

**Ramey, C. T., Landesman-Ramey, S.** (1998) Early Intervention and Early Experience. In *American Psychologist*, Vol. 53:2.

**Sameroff, A.J., Chandler, M.J.** (1975) Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Causality. In *Review of Child Development Research*, Vol. 4, Chicago: University of Chicago Press.

**Sameroff, A.J., Fiese B.H.** (2000) Transactional Regulation: the Developmental Ecology of Early Intervention. In Shonkoff, J. P., Meisels, S.J., *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Shonkoff, J. P., Meisels, S.J.** (2000) *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Shonkoff, J. P., Phillips, D.A.** (2000) *From Neurons to Neighbourhood. The Science of Early Childhood Development*. Washington: National Academy Press.

**Simeonsson, R. J.** (1994) *Risk, Resilience, and Prevention. Promoting the Well-Being of All Children*. Baltimore: Brookes Publishing.



**Skinner, B. F.** (1968) *The Technology of Teaching*. New York: Appleton-Century-Crofts.

**Trivette, C.M., Dunst C.J., Deal, A.G.** (1997) Resource-Based Approach To Early Intervention. In Thurman, S.K., Cornwekk, J.R., Gottwald, S.R. *Contexts of early intervention: systems and settings*, Baltimore: Brookes Publishing.

**UNESCO** (1994) *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education*. Paris: UNESCO.

**UNESCO** (1997) *International Consultation on Early Childhood Education and Special Educational Needs*. Paris: UNESCO.

**United Nations Organisation** (1948) *Universal Declaration of Human Rights*. New York: UN.

**United Nations Organisation** (1959) *Declaration of the Rights of the Child*, New York: UN.

**United Nations Organisation** (1989) *Convention on the Rights of the Child*. New York: UN.

**United Nations Organisation** (1993) *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. New York: UN.

**Vygotsky, L.S.** (1978) *Mind in Society*. Cambridge MA: Harvard University Press.

**World Health Organisation** (1980) *Prevention in Childhood of Health Problems in Adult Life*. Geneva: WHO.

**World Health Organisation** (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.

L'intervention précoce auprès de la petite enfance (IPE) est une question importante tant en termes politiques que professionnels. Elle touche au droit des très jeunes enfants et de leur famille à bénéficier du soutien qu'ils pourraient requérir. L'IPE cherche à accompagner l'enfant et à impliquer l'enfant, sa famille et les services concernés. Elle participe à la construction d'une société inclusive et homogène consciente des droits des enfants et de leur famille.

L'objectif de ce document est de résumer l'analyse des aspects fondamentaux de l'Intervention précoce auprès de la petite enfance entreprise dans 19 pays européens par l'Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers en 2003-2004. Il propose une liste de recommandations s'adressant essentiellement aux professionnels travaillant dans ce domaine et il offre quelques idées pratiques les invitant à une réflexion sur leur pratique et à l'amélioration de celle-ci.

