



INTERVENTION ET ÉDUCATION PRÉCOCES*

Éric Plaisance**

Résumé – L'intervention précoce est un ensemble d'actions pluridisciplinaires destinées à des enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des signes ou des risques de déficiences diverses, ainsi qu'à leurs parents. C'est dans ce cadre global que se situe l'éducation précoce pour les mêmes catégories d'âge. L'article propose d'abord un bilan critique des définitions et des objectifs de l'intervention précoce, en utilisant les nombreuses publications de langue anglaise aux Etats Unis sur ce sujet et aussi des publications européennes analysant l'aide précoce aux enfants avec difficultés de développement. De manière générale, l'accent est porté sur la nécessité de renforcer les capacités existantes de l'enfant et de ses parents, et non de se centrer sur les manques et les éventuels déficits. Ensuite, sont présentés les programmes d'intervention précoce développés aux Etats-Unis à partir du milieu des années 60, et un bilan de littérature scientifique sur la question des effets de ces programmes à plus ou moins long terme, ce qui a permis de définir quelques orientations dites de « bonnes pratiques ». Enfin, la situation française est examinée sous l'angle des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), services pluridisciplinaires officialisés depuis 1975, qui se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social, et orientent leur action vers l'inclusion de l'enfant dans les institutions éducatives ordinaires (crèches, jardins d'enfants, écoles maternelles...). L'expérience des CAMSP permet de définir des recommandations pour les professionnels de la petite enfance.

Mots-clés: Intervention. Éducation précoce. Enfants avec difficultés de développement. Pratiques professionnelles. Centres d'action médico-sociale précoce.

L'intervention précoce est définie comme un ensemble d'actions pluri disciplinaires destinées à des enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des signes ou des risques de déficiences diverses, ainsi qu'à leurs parents. La notion est plus large que celle d'éducation précoce et présente l'avantage de mettre l'accent sur des pratiques qui ne peuvent pas se concevoir isolées les unes des autres, précisément en fonction des caractéristiques globales du développement du jeune enfant. L'intervention précoce est nécessairement à multiples facettes.

* Ce texte est une version révisée d'un chapitre du rapport d'expertise collective sur les déficiences intellectuelles de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale-INSERM, Paris, 2016.

** Professeur émérite Université Paris Descartes (Sorbonne Paris Cité). Centre de recherches sur les liens sociaux (CERLIS).
E-mail: erplaisance@gmail.com

La notion est élaborée et précisée chez de nombreux auteurs de langue anglaise, particulièrement aux États-Unis où des manuels entiers lui sont consacrés et où des orientations pratiques sont aussi définies. Le vocabulaire le plus courant utilisé en France est moins celui-là que celui d'*action médico-sociale précoce* et c'est ainsi que sont officialisés, depuis la loi de 1975 sur les personnes handicapées, les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) qui concernent les jeunes enfants présentant divers troubles de développement et leurs parents. L'expression omet malheureusement la dimension éducative mais celle-ci est pourtant bien présente dans les pratiques de ces centres et dans les collaborations effectivement mises en œuvre avec les structures ordinaires pour la petite enfance (crèches, jardins d'enfants, écoles maternelles).

Un lieu commun, en grande partie hérité des vulgarisations hâtives de la psychologie du jeune enfant, est aujourd'hui largement diffusé dans les médias du monde entier (télévision, journaux et magazines destinés aux parents). C'est l'idée du "tout se joue avant 6 ans", selon le titre du livre de Fitzhugh Dodson, traduit en français dès 1972, et qui continue à avoir le même impact médiatique. Or, un tel slogan comporte à la fois des erreurs d'analyse et des risques multiples: c'est postuler des impossibilités radicales de développement au-delà d'un certain âge et négliger la nécessaire attention à la continuité du développement individuel. Aux États-Unis, des auteurs ont même mis en doute le sens commun selon lequel "le plus tôt c'est le meilleur!". En fonction des résultats acquis par les enquêtes longitudinales sur des populations de jeunes enfants dits "à risque", ils montrent que des projets d'action qui commencent tôt mais qui ne sont pas ensuite poursuivis n'ont pas nécessairement des effets favorables à long terme (FARRAN, 1990)¹.

L'INTERVENTION PRECOCE: QUELLES DEFINITIONS?

De très nombreuses définitions sont proposées. Leur trait commun est de mettre l'accent sur un ensemble d'actions menées envers les enfants de 0 à 6 ans repérés précocement comme atteints de déficiences diverses ou potentiellement « à risque » et envers leurs familles, pour favoriser le développement optimal des enfants et soutenir les parents dans leurs tâches éducatives.

Des nuances apparaissent toutefois selon les pays ou selon les orientations choisies par les auteurs. Aux États Unis, selon la législation fédérale, "l'intervention précoce" au sens strict est conçue comme limitée aux enfants de 0 à 3 ans², alors que pour les enfants de 3 à 6 ans,

1 - "There is no strong evidence for 'the earlier, the better'. Many of the projects that began in early infancy have not had long term follow-up" (FARRAN, 1990, p. 509).

2 - Selon l'*Académie Américaine de Pédiatrie* en 2001: "Les services d'intervention précoce sont destinés à prendre en charge les besoins de développement des enfants qui, de la naissance à 3 ans, ont des retards de développement dans les domaines physiques,

c'est-à-dire avant l'école primaire, c'est l'éducation spéciale pour la petite enfance qui est requise (FRANKEL; GOLD, 2007). A propos de l'intervention précoce, certains auteurs insistent sur les équipes de professionnels dans des services dédiés pour la petite enfance (LANDESMAN RAMEY; RAMEY; LANZI, 2007), mais d'autres ne considèrent l'intervention précoce que dans la mesure où les parents sont impliqués (DUNST, 2007) ou accordent une position centrale aux interactions parents-enfant (GURALNICK, 2011).

En Europe, l'Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers a consacré des publications spécifiques à l'intervention précoce (1998, 2003). Un groupe de travail associatif, lui aussi européen, Eurlayid (EAECI – European Association on Early Childhood Intervention), réunit des experts, des parents et des chercheurs pour faire progresser les perspectives d'action pour l'aide précoce aux enfants avec difficultés de développement, de leur naissance à leur entrée dans le système scolaire obligatoire (DE MOOR et al., 1993). Les orientations sont convergentes: il s'agit de développer des mesures de toute nature (sociales, médicales, psychologiques et éducatives) auprès des enfants et de leurs familles, dans les cas où les enfants présentent des troubles avérés de développement ou qui sont considérés comme ayant des risques de perturbations de leur développement (d'origine biologique ou psycho sociales).

Dans ce cadre général de l'intervention précoce, centré sur le développement des diverses capacités, on peut définir certains groupes cibles spécifiquement circonscrits, car repérés dès la naissance (le cas des enfants trisomiques étant le plus connu) mais il est souvent difficile de repérer précocement de jeunes enfants qui seront plus tardivement reconnus comme présentant, par exemple, une déficience intellectuelle. De telles difficultés sont bien soulignées dans le rapport français de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (l'INSERM) sur les déficiences et les handicaps d'origine périnatale (2004). Dès le début d'un chapitre consacré au dépistage au cours des premières années, il mentionne que "le dépistage des séquelles neuro-développementales d'origine périnatale est souvent difficile surtout chez le jeune enfant" (INSERM, 2004, p. 135). Les experts ajoutent que si la plupart des études longitudinales portent sur les grands prématurés (naissance à moins de 32 semaines d'aménorrhée) et permettent ainsi un repérage et des actions précoces, "la majorité des handicaps périnatals ne concerne pas cette population, mais celle des enfants nés à terme ou de prématurité dite moyenne". Certes, diverses déficiences peuvent être diagnostiquées précocement, comme celle d'infirmité motrice cérébrale mais, en ce qui concerne la déficience mentale, ce sont le plus souvent des alertes concernant le développement global et, plus particulièrement, le développement psycho moteur qui attirent l'attention, plus que des diagnostics très précocement circonscrits. Concrètement,

cognitifs, affectifs, dans la communication, la socialisation, l'adaptation, ou qui se trouvent dans des conditions de diagnostic qui font craindre, selon une forte probabilité, un retard de développement. Ces derniers sont parfois appelés 'enfants à risque'".

[...] les enfants qui vont avoir une déficience ultérieure présentent dans les deux premières années un décalage harmonieux des acquis, avec souvent une hypotonie globale sans anomalies neurologiques spécifiques. Le retard au-delà d'un an de la préhension des objets peut attirer l'attention, de même qu'une manipulation maladroite et pataude avec préhension globale des objets sans pince fine du pouce (INSERM, 2004, p. 143).

C'est souvent au-delà de l'âge de 2 ans que des difficultés intellectuelles et cognitives peuvent être soit évoquées vers les 3-4 ans, soit confirmées vers 5 ans, éventuellement plus tard. L'avis de pédopsychiatres est tout à fait concordant: "L'appréciation d'un risque d'insuffisance intellectuelle chez des enfants qui ont souffert durant la grossesse ou à l'accouchement n'est ni immédiate, ni évidente" (MISES; PERRON; SALBREUX, 1994, p. 186).

Il est même fréquent que les inquiétudes parentales sur le développement d'un enfant se manifestent seulement lorsque celui-ci est amené à fréquenter une institution collective, comme une crèche, un jardin d'enfants ou une école maternelle, du fait de la comparaison avec le développement des autres enfants. Sont alors soulevées les questions délicates des relations entre les parents et les professionnelles de la petite enfance qui émettent l'hypothèse d'un éventuel retard psycho moteur, voire mental. La "découverte" de la déficience est alors différée au cours du développement, en confrontation avec les caractéristiques de l'enfant typique.

Néanmoins, des signes d'alerte sont repérables assez tôt et permettent d'engager des pratiques qui peuvent favoriser le développement. Peuvent apparaître d'abord "des signes directs ou indirects, d'alarme ou de certitude, conduisant au diagnostic d'insuffisance intellectuelle" et, plus tard, "les premiers troubles relationnels évoquant des anomalies du processus de personnalisation, lesquels pourront comporter un risque ultérieur de structuration déficitaire" (MISES, PERRON, SALBREUX, 1994, p. 186-187). Les indications les plus courantes en référence au développement standard d'un enfant, sont celles qui touchent à: l'axe corporel (tenue de la tête, station assise, station debout, marche), la coordination oculo-manuelle (prise plus ou moins fine des objets, recherche d'effets de manipulation, par exemple sonores, exploration de l'environnement proche), l'acquisition du babillage, soit isolément soit face à autrui, puis du langage, la communication avec les proches et la relation plus générale avec autrui. Au-delà des examens classiques de la motricité du jeune enfant, certains auteurs suggèrent même de créer des situations relationnelles nouvelles entre l'enfant, sa famille et l'examineur, par exemple le médecin (MISES, PERRON, SALBREUX, 1994, p. 190). L'examen permet alors d'apprécier non seulement le degré de dépendance de l'enfant et ses facultés d'auto-apaisement, mais aussi "les craintes des parents et l'existence d'interactions significatives". Le rapport aux parents s'établirait moins sur la base d'une sorte de verdict toujours traumatisant, mais plutôt sur un partage des observations de l'enfant permettant "une confirmation ou une infirmation avertie de leurs doutes" (MISES, PERRON, SALBREUX, 1994, p. 190).

En ce qui concerne plus spécifiquement les enfants trisomiques, l'attention est portée sur leur retard psychomoteur, manifesté précocement par leur hyper laxité et leur hypotonie, qui nécessite un suivi kinésithérapique en liaison avec les parents. L'objectif est de "prévenir les déficits et anomalies de statique", en facilitant les coordinations motrices et les intégrations sensorielles élémentaires, par exemple pour la succion-déglutition avec la prise d'un verre à boire (FREMINVILLE et al., 2007). Les retards de communication sont aussi fréquemment soulignés. Le contact "œil à œil" chez l'enfant trisomique très jeune se manifeste plus tard que chez les autres, la fixation du regard sur autrui est aussi moins longue. Les manifestations émotionnelles sont de plus faible intensité, qu'elles soient positives ou négatives, ce qui conduit souvent à considérer l'enfant trisomique comme trop sage (CELESTE, 1998). De même, les vocalises sont de plus faible intensité et de plus faible progression. Les pratiques professionnelles, tout autant que parentales, doivent alors stimuler l'enfant pour le faire accéder à la communication, pour susciter ses interactions, y compris en interprétant ses vocalises, comme pour tout enfant, afin de permettre, en retour, son inscription dans une chaîne d'interactions significatives avec l'adulte. Dès lors, "accompagner la construction de ce premier circuit relationnel consiste d'abord à souligner son importance déterminante pour la construction ultérieure de la personnes trisomique" (CELESTE, 1998, p. 34).

Les modèles théoriques soutenant les interventions précoces auprès d'enfants avec retard mental sont synthétisés par Nader-Grosbois (2004): des modèles se réfèrent à un principe normatif fondé sur la succession d'acquisitions chez l'enfant typique; d'autres modèles reposent sur des théories développementales qui peuvent appréhender les particularités des patterns de développement cognitif et communicatif chez l'enfant. Selon cette dernière orientation, l'auteur s'intéresse aux séquences de développement des enfants avec retard mental, à leurs structures cognitives et aux hétérochronies de développement. Elle se réfère à des instruments d'objectivation tels que: l'Échelle d'évaluation du développement cognitif précoce (EEDCP), adaptée d'une échelle américaine (NADER-GROSBOIS, 1993), et le "Early Social Communication Scale", dont existe une version française (GUIDETTI; TOURETTE, 1993). L'utilisation de ces instruments par l'auteur dans des enquêtes transversales et longitudinales sur enfants avec retard mental comparés à des enfants tout venant, l'amène aux conclusions principales suivantes: les séquences de développement des enfants sont similaires mais décalées dans le temps pour les enfants avec retard mental; chez ces derniers, les corrélations entre structures cognitives sont moins élevées, les phénomènes d'hétérochronie de développement sont plus manifestes, des stratégies cognitives spécifiques se manifestent par exemple à propos de la permanence de l'objet, avec labilité de l'attention et moindre motivation de l'enfant. De même, des différences spécifiques apparaissent pour les stratégies communicatives des enfants avec retard mental qui recourent plus souvent à des modes moins évolués. Les descriptions très détaillées de l'ensemble de ces caractéristiques aboutissent à des propositions de pratiques, plus précisément à une méthodologie d'intervention

individualisée visant la consolidation de schèmes cognitivo-socio-communicatifs, qui fait l'objet d'étapes susceptibles d'aider l'intervenant. Des tableaux de situations inductrices sont fournis à l'appui de ces propositions et sont utilisables par des professionnels. L'étayage par l'adulte se révèle ici essentiel pour "consolider le répertoire de compétences et induire une plus grande harmonie développementale chez l'enfant" (NADER-GROSBOIS, 2004).

LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION PRECOCE

Les objectifs des services d'intervention précoce sont synthétisés en termes d'impacts possibles, directs et indirects, par deux auteurs américains dans un livre collectif sur l'évaluation des programmes d'intervention précoce (BRICKER et al., 1986).

Tableau 1 Impacts des programmes d'intervention précoce

Impact direct	Impact indirect	Bénéfices sociaux
Favorise le développement de l'enfant et son répertoire comportemental	L'enfant peut être situé dans le cadre d'interventions moins ségréguées	Réduction du coût des services d'intervention
Inhibe ou atténue les incapacités secondaires	L'enfant peut être maintenu dans la famille et dans la communauté	Accroissement de la « productivité humaine »
Soutient et guide la famille de l'enfant		

Source: Bricker et al. (1986).

Dans un rapport français centré sur les "bonnes pratiques professionnelles" pour les Centres d'action médico-sociale précoce-CAMSP, les objectifs sont exprimés en termes d'accompagnement précoce:

[...] l'intérêt d'un accompagnement le plus précoce possible dès la suspicion ou la découverte des troubles fait consensus. Celui-ci a pour objectifs de:

- favoriser le développement physique, psychologique, intellectuel et social de l'enfant;
- prévenir, réduire ou éliminer les effets incapacitants en agissant sur sa trajectoire développementale;
- promouvoir l'inclusion sociale de l'enfant et de sa famille;
- renforcer les compétences propres à la famille (ANESM, 2014, p. 4).

La prévention est au cœur des interventions précoces. Dans le domaine de la santé, il est classique de distinguer différents niveaux de prévention, de la prévention primaire jusqu'à la prévention tertiaire. Dans le domaine de l'intervention précoce, certains auteurs mettent quasi exclusivement l'accent sur le troisième niveau, c'est-à-dire sur une prévention tertiaire qui favorise les conditions de développement de l'enfant et agit contre les renforcements des difficultés: "éviter des sur-handicaps en offrant un environnement facilitateur et des aides orientées vers les capacités spécifiques de l'enfant" (UPSHUR, 1990, p. 238). Pourtant, une telle focalisation ne doit pas non plus exclure des actions préventives aux autres niveaux: la prévention primaire visant à éviter le surgissement possible de déficiences dès la période prénatale, la prévention secondaire permettant de repérer les perturbations du développement, y compris dans des situations complexes où se trouvent mêlées des conditions sociales et culturelles difficiles pour les familles. En pratique, les trois niveaux d'action sont fortement intriqués si l'on veut mettre en place les actions les plus efficaces. Reprenant le vocabulaire spécifiquement français de l'action médico-sociale, Salbreux considère que

[...] prévention et dépistage, d'une part, diagnostic et traitement ou bien découverte et accompagnement, d'autre part, sont indissociablement mêlés dans une démarche qui n'est pas uniquement médicale puisqu'elle a pour objet l'insertion de l'enfant dans sa famille et son plein épanouissement dans la société, dans les limites du possible (SALBREUX apud IONESCU, 1993, p. 356).

Complémentairement, le modèle d'action le plus couramment valorisé n'est pas, ou n'est plus, un modèle linéaire qui définirait seulement une action contre tel facteur isolé du développement mais, au contraire, un modèle à multiples facettes qui a pour avantage de tenir justement compte des divers domaines de développement en interaction chez l'enfant et des conditions de son environnement, eux-mêmes en interaction. Le concept de "risque" doit alors être compris en ce sens: non pas comme centré sur un seul aspect mais selon un modèle transactionnel à multiples facettes (UPSHUR, 1990, p. 646).

LA PLACE DES PARENTS

Un point essentiel de l'intervention et de l'éducation précoces, souligné par de nombreux auteurs en pleine concordance, est l'attention aux capacités existantes de l'enfant et de ses parents, et non aux manques et aux défaillances. Beaucoup d'auteurs, aussi bien américains qu'européens, se réfèrent au cadre théorique de Bronfenbrenner qui a développé un modèle de compréhension du rôle de l'environnement sur les processus de développement humain.

Son approche éco-systémique, qui distingue plusieurs systèmes dans l'environnement (micro, méso, macro), est une clef de repérage de pratiques qui peuvent se situer à ces différents niveaux.

De manière générale, il est capital de renforcer les compétences de l'enfant lui-même mais aussi de favoriser les pratiques des adultes proches qui aident à développer, à renforcer, voire à construire des capacités (ODOM et al., 2007, p.162). Dans ce cadre d'action, les professionnels sont amenés à promouvoir et à renforcer les compétences des parents envers l'enfant. On se centre alors sur les forces plutôt que sur les faiblesses à la fois des enfants et des personnes de l'environnement. L'accent est porté sur les capacités d'agir (*empowerment*) et l'acquisition de l'autonomie (DUNST, 2000), sur les capacités des parents pour "faire face" et pour adopter des routines adéquates envers leur enfant (DE MOOR et al., 1993). L'intervention table alors sur la « résilience » des personnes, c'est-à-dire sur leur capacité à "se ressaisir", à "se redresser" face à des difficultés, non pas isolément, mais grâce des stratégies d'aide qui les soutiennent: c'est une "résilience assistée" (IONESCU, 2011). Le concept de résilience, envisagé dans une perspective développementale, permet de résumer cette capacité souvent insoupçonnée ou minimisée des personnes à "utiliser les ressources aussi bien internes qu'externes pour réaliser une adaptation positive malgré l'adversité" (IONESCU, 2000, p. 35).

La question de l'annonce du handicap de l'enfant a suscité plusieurs analyses qui ouvrent à des propositions d'améliorations. Beaucoup de témoignages dénotent la rudesse de l'annonce et le désarroi qui s'empare des parents. Choc traumatique, univers qui bascule, épreuve qui désorganise les repères, déstabilise la fonction parentale et engendre une blessure narcissique du fait du contraste entre l'enfant espéré, souvent idéalisé, et l'enfant réel (KORFF-SAUSSÉ, 1996; HERROU; KORFF-SAUSSÉ, 1999; MISES; PERRON; SALBREUX, 1994).

Des étapes ont été distinguées pour rendre compte de ce processus particulier de parentalité (voir par exemple TISSIER et al., 2000; HERROU; KORFF-SAUSSÉ, 1999):

- Une phase de douleur intense, de "sidération", où les parents sont avant tout centrés sur le diagnostic et moins sur l'enfant.
- Une phase d'espoir qui est celle où l'enfant "reprend du terrain", est valorisé dans ce qu'il parvient à faire, à l'image des autres enfants.
- Une phase où les parties "clivées" sont remises ensemble, où l'enfant et son handicap sont à la fois pris en considération dans sa différence et sa singularité.

Les perspectives d'action sont congruentes avec l'objectif formulé plus haut de revaloriser les parents dans leur rôle par "une attitude respectueuse, positive et valorisante" qui peut aussi caractériser un lieu ordinaire d'accueil de la petite enfance (HERROU; KORFF-SAUSSÉ, 1999). C'est même dès les premiers stades de révélation du handicap que des démarches de

partage sont préconisées. Elles permettent aux parents de sortir de l'isolement, de mettre en mots leur souffrance, de les mettre en position d'assumer leur rôle parental, et même de concevoir leur enfant comme enfant en développement et pas seulement comme enfant handicapé (KORFF-SAUSSE, 1996). Les parents peuvent ainsi "exprimer et partager très tôt, avec un professionnel disponible, leurs inquiétudes pour la vie de l'enfant, les craintes pour son avenir, dans une relation contenant, d'établir des liens durables et donc, finalement, un transfert global" (MISES; PERRON; SALBREUX, 1994, p. 195). Pour Salbreux qui restitue son expérience de médecin dans un CAMSP, une co-construction au cours du travail d'annonce de la déficience aux parents est possible et "end l'annonce moins traumatique et la représentation du handicap moins détestable" (SALBREUX apud SCELLES et al., 2013, p. 91). Des mesures pratiques d'accompagnement à destination des parents peuvent aussi être proposées: des *cellules d'accueil* mises en place par certaines associations (par exemple, les associations Trisomie 21); des *groupes de parole de parents*, proposés par des Services de soins et d'éducation spécialisée ou les CAMSP; des *groupes fratrie* (FREMENVILLE et al., 2007)³.

LES PROGRAMMES D'INTERVENTION PRECOCE AUX ÉTATS UNIS: PRATIQUES ET EFFETS

L'intervention et l'éducation précoces selon les orientations politiques dites "compensatoires" sont relativement anciennes aux États-Unis. De plus, la question est bien documentée à la fois sous l'angle descriptif et sous l'angle de l'évaluation de l'efficacité relative des programmes. Le développement de ces politiques a été soutenu au niveau fédéral au milieu des années 60 et a visé des enfants "désavantagés" socialement et des enfants avec retards de développement. Le programme qui, en 1965, a été à l'origine de tout un ensemble d'actions a été appelé *Head Start* qui, comme son nom l'indique, cherchait à fournir un bon départ à des enfants généralement issus de milieux sociaux pauvres pour lesquels on voulait "compenser" des déficits attribués aux effets de l'environnement (MARQUER; CARLIER; ROUBERTOUX, 1975). On estime qu'environ 13 % des enfants qui ont été inscrit dans *Head Start* présentait des handicaps (OCDE, 2001). De nombreuses critiques ont été énoncées à l'égard de ce programme global: extrême diversité des "centres de développement" et des publics visés, quasi absence de validation et surtout de mesure rigoureuse des efficacités qui étaient souvent mesurées en termes de QI et ne se maintenaient pas à long terme.

Néanmoins, dans les années 70, des programmes d'intervention précoce mieux construits du point de vue méthodologique ont été lancés, comportant des groupes-contrôle. Ils sont

3 - Les travaux de Régine Scelles (1998) ont fréquemment porté sur cette dimension, trop peu souvent évoquée, de la fratrie.

synthétisés par Landesman Ramey, Ramey et Lanzi (2007) qui en repèrent cinq dans cette période avec ces critères d'inclusion: des programmes qui fournissent des services intensifs, continus, systématiques, pour des enfants à risque de retards de développement. Ils citent: *The Abecedarian Project* (portant sur 111 familles de milieu économique et culturel défavorisé); *Project CARE* (portant sur 63 enfants de milieu pauvre); *The Infant Health and Development Program* (portant sur 985 enfants prématurés); *The Milwaukee Project* (ciblant des mères avec un QI inférieur à 75 et de milieu défavorisé). Un de ces programmes, sans doute le plus connu du fait des études longitudinales auquel il a donné lieu, est le *Perry Preschool Project*. Il portait sur des enfants de 3 et 4 ans avec "retard de développement" dans un groupe expérimental (N = 58) et dans un groupe témoin (N = 65). Le groupe expérimental bénéficiait de préscolarisation, à raison de 12 heures et demie par semaine sur 2 ans avec des professeurs formés, et de visites à domicile pour promouvoir des capacités parentales. Les résultats ont montré, selon des mesures de QI, des avantages au groupe expérimental à l'âge de 5 ans mais des scores équivalents pour les deux groupes à l'âge de 15 ans. Cependant, d'autres critères à plus long terme révélaient des avantages pour le groupe expérimental: meilleure réussite scolaire, avec moindre abandon, meilleures compétences en lecture – écriture à 19 ans, moindre chômage, et plus généralement, meilleure insertion sociale, grâce à un suivi jusqu'à l'âge de 27 ans.

Finalement, les auteurs tirent de ce bilan des éléments conclusifs qui sont largement partagés. Cinq principes opératoires seraient nécessaires pour rendre compte de programmes d'intervention précoces efficaces et contrôlables du point de vue scientifique. Ils doivent être:

- multidisciplinaires;
- intergénérationnels;
- individualisés pour les enfants et leurs familles;
- enracinés dans des services locaux;
- scientifiquement construits, c'est-à-dire organisés autour de concepts clés permettant des épreuves de contrôle (LANDESMAN RAMEY; RAMEY; LANZI, 2007, p. 454).

D'autres méta-analyses posent la question des effets en termes scientifiques, voire de l'efficacité en termes sociaux (du fait des budgets engagés!). Elles ont été produites sur la base de très nombreuses expérimentations portant sur des jeunes enfants au développement perturbé ou en risque de retard: Dunst (1986) sur 57 recherches; Casto et Mastropieri (1986) sur 74 programmes; Shonkoff et Hauser-Cram (1987) sur 31 programmes; Farran (1990) sur 32 publications, puis sur 42 projets etc. Certains de ces programmes ont porté spécifiquement sur des enfants avec syndrome de Down repérés dès la naissance. La méta-analyse de Farran (1990) sur 42 projets publiés de 1977 à 1986 retient 13 projets sur enfants avec syndrome de Down. Les effets positifs notés concernent l'amélioration cogni-

tive, une meilleure adaptabilité, une amélioration de la motricité fine et de l'autonomie (INSERM, 2004, p. 202-203)⁴.

Des auteurs ont réexaminé de manière critique les analyses précédentes pour en tirer des principes d'action et définir de "bonnes pratiques": par exemple, Frankel et Gold (2007), Landesman Ramey, Ramey et Lanzi (2007), Guralnick (2011), Ionescu (2011).

Plusieurs éléments essentiels sont dégagés:

- les failles méthodologiques dans les études menées ne permettent pas toujours de démontrer rigoureusement des effets, qu'ils soient positifs ou négatifs ou neutres, (contrôle des variables, groupe témoin, validité des critères choisis);
- les effets constatés à court terme peuvent s'estomper à long terme si les actions menées ne sont pas l'objet de continuité. D'où la nécessité de poursuivre des modalités d'action, éventuellement différentes, au-delà de la petite enfance;
- les collaborations interprofessionnelles et le travail en réseaux ont montré une meilleure efficacité que les actions menées séparément;
- les actions menées avec la participation de parents ou centrées sur les parents eux-mêmes, ont démontré un meilleur impact sur le développement des enfants que les actions seulement menées dans des centres spécialisés. Dans tous ces cas d'implication des parents à divers degrés, c'est leur capacité d'agir (*empowerment*) et leurs interactions positives avec l'enfant qui sont renforcées;
- les effets positifs contrôlés de certaines actions menées dans un environnement dit "naturel", impliquant les structures ordinaires de la petite enfance (crèche, jardin d'enfants), plaident pour la généralisation de mesures inclusives pour les enfants en difficultés de développement. D'où la nécessité de promouvoir des environnements éducatifs de qualité (dont la définition continue d'être travaillée au niveau européen) pour la diversité des enfants accueillis⁵.

PERSPECTIVES EUROPEENNES

Un bilan européen récent porte sur la question générale de la qualité de l'attention précoce et de l'éducation à l'égard de la petite enfance (ASSESSING CHILDCARE SERVICES, 2014). Des

4 - Le cas des enfants prématurés du point de vue de l'intervention précoce a été analysé spécifiquement dans le même rapport Inserm de 2004.

5 - Un outil opératoire est susceptible d'aider à la définition de programmes d'intervention précoce, en adoptant des critères précis. Une échelle d'évaluation, élaborée au niveau international, présente une liste d'items répartis en secteurs qui répondent à des valeurs considérées comme essentielles. Elle est conçue pour optimiser les services (MITCHELL, 1990; CLOUTIER; MITCHELL, 1993).

développements précis du rapport final s'appuient sur des études de cas dans différents pays européens et concernent directement les enfants en situation de handicap ou de vulnérabilité. À nouveau, on relève des points aussi essentiels que l'implication des parents dans les mesures d'aide et pour leur perception des "petites étapes" gagnées par leur enfant (le cas des enfants trisomiques est alors cité), les actions coopératives, une certaine flexibilité des pratiques. Les mesures inclusives dans les centres ordinaires de la petite enfance sont préconisées mais il est bien souligné que cela implique la volonté des équipes professionnelles de s'engager dans un tel processus, et sans doute de développer des formations complémentaires⁶.

Cette perspective de l'inclusion dès la petite enfance a été l'objet d'une enquête spécifique dans plusieurs pays (Allemagne, Suède, Hongrie, Portugal, France), publiée dans plusieurs langues dont le français (KRON; PLAISANCE, 2012). Il s'agissait de fournir des matériaux de réflexion sur la pratique éducative à des professionnels de la petite enfance, afin de permettre la participation la plus large possible d'enfants différents au processus éducatif. La question posée était résumée ainsi: quels sont les principes et les pratiques pédagogiques qui facilitent la coéducation et l'inclusion d'enfants qui présentent des "besoins particuliers", dont certains avec de graves difficultés? La définition de l'inclusion était alors la suivante: un processus qui permet de créer un environnement approprié pour tous. Sous le titre significatif "Grandir ensemble" (KRON; PLAISANCE, 2012), le rapport final fait état de conditions favorables aux pratiques inclusives dans les institutions pour la petite enfance, à partir des résultats des enquêtes de terrain dans les différents pays:

- le travail en équipe, permettant à la fois une responsabilité collective vis à vis d'enfants en difficultés et une flexibilité des actions des professionnels, en fonction des besoins présentés;
- l'appui du cadre institutionnel global, y compris de la hiérarchie officielle;
- le rôle de l'espace, des salles disponibles, offrant des possibilités de diverses d'activités à la fois pour les interactions entre enfants en groupes et pour les actions individualisées;
- les réseaux de coopération avec les parents, la communauté environnante et les services spécialisés offrant des aides aux enfants avec besoins particuliers⁷.

6 - Ajoutons que la fondation Bernard Van Leer, basée aux Pays-Bas, subventionne des projets de recherche et d'action concernant la petite enfance dans le monde entier.

7 - Un chapitre de l'ouvrage en français est spécialement dédié au partenariat avec les parents. Il aborde deux pistes de travail jugées essentielles: les moments d'accueil des parents, leur participation aux activités éducatives "L'inscription de la collaboration avec les parents dans le projet d'établissement instaure une responsabilité collective de l'accueil de tous les enfants, y compris les enfants ayant des besoins particuliers" (KRON; PLAISANCE, 2012, p. 82). Cependant la qualité de vie des familles en dehors des rapports avec les institutions pour la petite enfance n'a pas pu être spécifiquement abordée.

EN FRANCE: LE ROLE DES CENTRES D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE – CAMSP

En France, l'expression la plus répandue pour désigner les services et les pratiques visant les jeunes enfants en situation de handicap est généralement l'action médico-sociale précoce. Celle-ci a pour caractéristiques de se dérouler sur une période relativement courte (de 0 à 6 ans), d'être mise en œuvre par une pluralité de lieux et de professionnels, en visant à la fois les parents et les enfants: "entourer, soutenir l'enfant et ses parents, protéger l'installation des interactions précoces, le tissage des premiers liens entre eux et proposer des aides techniques préventives" (TISSIER et al., 2000). Mais ces services et ces professionnels spécialisés ne peuvent agir efficacement que s'ils sont en connexion étroite avec des lieux et des professionnels "ordinaires" de la petite enfance, c'est à dire les crèches, les jardins d'enfants, les écoles maternelles, institutions avec lesquelles des coopérations sont clairement établies.

Nous ne disposons pas sur la situation française d'enquêtes aussi nombreuses et aussi approfondies qu'aux États-Unis, qui porteraient sur les pratiques mises en œuvre et sur leur validation. Nous avons affaire à des bilans descriptifs, à des monographies de services, qui décrivent des manières de faire qui peuvent être fondées sur des assises théoriques, mais qui ne suffisent généralement pas à établir le lien entre les besoins d'accueil et d'éducation et les offres effectives de services. De telles lacunes sont mentionnées dans plusieurs publications qui plaident pour des analyses plus systématiques sur les populations concernées (INSERM, 2004; PLAISANCE et al., 2005; PLAISANCE; BOUVE; SCHNEIDER, 2006).

Un rapide inventaire des lieux et des services de l'action médicosociale précoce montre que certains sont spécialisés sur telle ou telle déficience (par exemple, des Services de soins et d'éducation spécialisée (SESSAD) pour jeunes enfants avec Infirmité Motrice Cérébrale, polyhandicapés, ou encore avec déficiences sensorielles), alors que d'autres accueillent une grande diversité d'enfants en situation de handicap (voir les CAMSP ci-après). Dans le cas de certains jardins d'enfants associatifs, on constate même l'adoption du principe d'accueil d'un tiers d'enfants en situation de handicap pour deux tiers d'autres enfants: c'est l'accueil de tous les enfants, y compris d'enfants avec déficiences diverses qui n'ont pas été acceptés ailleurs (HERROU; KORFF-SAUSSE, 1999). De manière générale, les enfants avec diverses déficiences intellectuelles sont rarement l'objet de services qui leur sont spécifiquement dédiés. Ils sont accueillis dans des structures spécialisées polyvalentes et dans des institutions éducatives destinées à tous.

Dans cet ensemble très hétérogène de services et de lieux d'accueil, les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) occupent une place particulièrement importante⁸. Ils sont

8 - Répétons que les CAMSP ne sont pas les seules structures d'intervention précoce: services hospitaliers et Service de soins et d'éducation spécialisés à domicile-SESSAD, ces derniers pouvant agir pour les âges de 0 à 20 ans. Les CAMSP sont reconnus

considérés comme des structures "pivot" dans la mesure où ils se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social, tout en orientant leur action vers l'intégration de l'enfant dans les structures ordinaires (crèches, écoles maternelles). Ils ont été lancés sur le modèle d'un centre expérimental qui s'intitulait en 1971 à Paris "Centre d'assistance éducative du tout petit" (LEVY, 1991) et qui tablait sur l'éveil de l'enfant et la collaboration avec les parents. Les CAMSP ont été officialisés par la loi de 1975 "en faveur des personnes handicapées" et par un décret spécifique de 1976. Ils comportent trois volets d'action envers les enfants âgés de 0 à 6 ans: la prévention, le dépistage, la prise en charge précoce. Dans leur position "charnière", ils se situent entre des structures en amont et des structures en aval, dont rend compte le schéma ci-contre (INSERM, 2004, p. 325). Une des orientations essentielles des CAMSP, présente dès le début de leur mise en place, a donc été de travailler en réseau et de promouvoir l'accueil des enfants dans les structures ordinaires de la petite enfance:

Une des interventions des CAMSP est de rechercher, en liaison avec les familles, les modalités d'adaptation des conditions éducatives du jeune enfant handicapé qui permettront son maintien dans son milieu naturel. L'équipe favorisera l'intégration des enfants dans des structures d'accueil de la petite enfance, puis [...] à l'école maternelle (INSERM, 2004, p. 274).

Un bilan statistique sur l'offre de CAMSP en 2008 permet de rendre compte de plusieurs éléments (CNSA, 2008):

- au nombre de 306, ils sont présents dans tous les départements, mais les disparités régionales restent fortes, malgré un objectif de généralisation atteint en 2007;
- ils confirment leur vocation de polyvalence pour 73,5% d'entre eux; mais certains CAMSP sont spécialisés: 3,6% pour enfants avec déficience intellectuelle dont des avec troubles dits "associés"; 8,2% pour déficiences auditives; 4,9% pour déficiences motrices; 2,3% pour déficiences visuelles; 1% pour autisme.

Une enquête quantitative complémentaire sur un nombre plus réduit de CAMSP (N = 220) recense plus de 40.000 enfants concernés (exactement 42.279) et un nombre relativement important d'enfants avec déficience intellectuelle, soit 17% (selon la déficience principale), ce qui signifie que des CAMSP polyvalents suivent effectivement ce type d'enfants, sans se déclarer spécialisés. Le plus souvent, ce sont les troubles des apprentissages et de la communication qui sont recensés, dans la proportion de 27%. On note aussi que les orientations

dans leur originalité de médiation structurelle pour les enfants de 0 à 6 ans.

dominantes vers les CAMSP proviennent à 46%, du secteur médical (hospitalier ou libéral) d'autres orientations proviennent à 13% des structures ordinaires de la petite enfance (crèche, école maternelle) et à 12% des services de Protection Maternelle et Infantile.

Dans le prolongement de ces bilans statistiques sur l'offre et sur l'activité réelle des CAMSP, les rapporteurs soulèvent des questions qui mériteraient des enquêtes complémentaires, parmi lesquelles: la pertinence de la précocité d'intervention (Pour quels types de déficiences ou de problématiques?); la spécificité de l'apport du CAMSP; les points de satisfaction et d'insatisfaction des usagers du CAMSP; l'articulation avec les réseaux de périnatalité, les services de la Protection maternelle et infantile-PMI, le secteur libéral, les hôpitaux, les établissements et services médico-sociaux et les Maisons départementales des personnes handicapées-MDPH; le partenariat avec les différents modes d'accueil de la petite enfance et avec l'Education nationale.

Un autre bilan sur l'action des CAMSP propose des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM, 2014). Ceci afin d'assurer au plus tôt le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants, selon le trite même du rapport de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ANESM, 2014). La méthode de travail consistait à recueillir le consensus d'un groupe de travail en tenant compte de la littérature et de l'étude qualitative des pratiques professionnelles. Certaines recommandations portent sur les aspects organisationnels des CAMSP. Nous retenons seulement ici des pistes d'action qui concernent les parents et les professionnels.

Pour le rapport aux parents, on relève ces recommandations: réaliser avec les parents une évaluation globale des besoins de l'enfant et les informer des résultats; les associer à la construction du projet personnalisé et à la mise en œuvre des soins et l'accompagnement de l'enfant; de manière générale, reconnaître, restaurer et valoriser les compétences des parents dans l'accompagnement de leur enfant.

Pour le travail des professionnels: renforcer et valoriser leurs compétences; favoriser les échanges interinstitutionnels; travailler en collaboration avec les professionnels des établissements d'accueil du jeune enfant et de la protection de l'enfance; faciliter l'inclusion sociale et scolaire de l'enfant.

CONCLUSIONS

Les services, les programmes et les professionnels qui permettent précocement de fournir des aides diverses, parmi lesquelles les appuis éducatifs ou rééducatifs, destinés aux enfants âgés de 0 à 6 ans en difficultés de développement et à leurs familles, sont unanimement reconnus comme essentiels. Ils se situent dans le cadre des interventions précoces (vocabu-

laire diffusé aux États Unis et en Europe) ou des actions médico-sociales précoces (selon le vocabulaire utilisé en France). De nombreux bilans critiques sur les effets des programmes d'intervention précoce ont été systématiquement menés aux États-Unis. Il en résulte que les enfants avec retard de développement ou en risque de retard mental, qui bénéficient d'un programme structuré d'intervention précoce et de continuité d'accompagnement, obtiennent un meilleur développement, que la coopération avec les parents soutient leur capacité d'agir et offre une modalité efficace d'intervention. En France, un rôle pivot est attribué aux Centres d'action médico-sociale précoce-CAMSP, services pluridisciplinaires qui se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social, tout en orientant leur action vers l'intégration de l'enfant dans les structures éducatives ordinaires (crèches, jardins d'enfants, écoles maternelles). De manière générale, la coordination des services existants, les mises en réseau doivent être amplifiées pour répondre aux attentes de familles. L'offre devait être souple et diversifiée, non stigmatisante pour les parents qui ont recours à ces services, sans qu'il soit nécessaire de passer par un diagnostic préalable pour leur enfant. L'accueil des enfants en situation de handicap, parmi lesquels les enfants en retard de développement, dans les structures ordinaires de la petite enfance doit faire l'objet d'une attention particulière, non seulement pour développer une politique globale d'accueil mais aussi pour offrir un environnement éducatif de qualité destiné à tous sans exclusive.

Intervenção e educação precoce

Resumo – A intervenção precoce é um conjunto de ações pluridisciplinares destinadas às crianças de 0 a 6 anos de idade que apresentam sinais e riscos de deficiências diversas, e também para os seus pais. Dentro desse enquadramento global, a educação precoce se destina às mesmas categorias de idade. Inicialmente, o artigo propõe um balanço crítico das definições e dos objetivos da intervenção precoce, utilizando as numerosas publicações de língua inglesa nos Estados Unidos a esse respeito, e também as publicações europeias que analisam a questão do atendimento precoce às crianças com dificuldades de desenvolvimento. De modo geral, destaca-se a necessidade de reforçar as capacidades da criança como aquelas dos pais, não se centrando sobre as faltas e os possíveis déficits. Em seguida, são apresentados os programas de intervenção precoce desenvolvidos nos Estados Unidos a partir dos anos 60, e um balanço da literatura científica sobre a questão dos efeitos desses programas, em médio ou longo prazo, o que permitiu definir algumas orientações chamadas de "boas práticas". Finalmente, a situação francesa é examinada sob o ângulo dos centros de ação médico-social precoce (CAMSP), serviços pluridisciplinares oficializados desde 1975 que se situam na interface do setor sanitário e do setor médico social, e que orientam sua ação visando a inclusão da criança nas instituições educativas comuns (creches, jardins de infância, escolas maternas). A experiência dos CAMSP permite definir recomendações para os profissionais da pequena infância.

Palavras-chave: Intervenção. Educação precoce. Crianças com dificuldades de desenvolvimento. Práticas profissionais. Centros de ação médico-social precoce.

BIBLIOGRAPHIE

ANESM – Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux. Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Paris, 2014.

ASSESSING CHILDCARE SERVICES. Consolidated report. Eurofound, Bruxelles, 2014.

BRICKER, D. et al. (Ed.). *Evaluating early intervention programs for severely handicapped children and their families*. Austin: Pro Ed, 1986. p. 51-75.

CASTO, G.; MASTROPIERI, M. A. The efficacy of early intervention programs: a meta-analysis. *Except Child*, v. 52, p. 417-424, 1986.

CELESTE, B. Communication avec le bébé trisomique. *Réadaptation*, v. 447, p. 32-34, 1998.

CLOUTIER, R.; MITCHELL, D. R. Intervention précoce: les modalités optimales de services. In: IONESCU, S. et al. (Ed.). *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle*. Québec: Université du Québec à Trois Rivières, 1993?. p. 129-134.

CNSA – Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie. *Les CAMSP. Centres d'action médico-sociale précoce, résultats de l'enquête quantitative réalisée en 2008*. Paris, CNSA-Direction ESMS, septembre 2008.

DE MOOR, J. M. H. et al. Early intervention for children with developmental disabilities: manifesto of Eurlayid working party. *International Journal of Rehabilitation Research*, v. 16, p. 23-31, 1993.

DODSON, F. *Tout se joue avant six ans*. Paris: Laffont, 1972.

DUNST, C. J. Overview of the efficacy of early intervention programs. In: BICKMAN, L.; WEATHERFORD, D. L. (Ed.). *Evaluating early intervention programs for severely handicapped children and their families*. Austin: Pro Ed, 1986.

DUNST, C. J. Revisiting "rethinking early intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, v. 20, n. 2, p. 95-104, 2000.

DUNST, C. J. Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In: ODOM, S. L. et al. (Ed.). *Handbook of developmental disabilities*. New York; London: The Guilford Press, 2007. p. 161-180.

FARRAN, D. C. Effects of intervention with disadvantaged and disabled children: a decade review. In: MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. (Ed.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 501-539.

- FRANKEL, E. B.; GOLD, S. Principles and practices of early intervention. In: BROWN, I.; PERCY, M. (Ed.). *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities*. Baltimore; London: Paul H. Brookes Publishing, 2007. p. 451-466.
- FREMINVILLE, B. de et al. L'accompagnement des enfants porteurs de trisomie 21, *MT Pédiatrie*, v. 10, n. 4, p. 272-280, 2007.
- GUIDETTI, M.; TOURRETTE, C. *Évaluation de la communication sociale précoce*, ECSP. Issy-les Moulineaux, Éditions Scientifiques et Psychologiques, 1993.
- GURALNICK, M. J. Why early intervention works. A systems perspective. *Infants Young Child*, v. 24, n. 1, p. 6-28, 2011.
- HERROU, C.; KORFF-SAUSSE, S. *Intégration collective des jeunes enfants handicapés. Semblables et différents*. Ramonville Saint-Agne: Érès, 1999.
- IONESCU, S. (Ed.). *La déficience intellectuelle*. Tome 1 Approches et pratiques de l'intervention. Dépistage précoce. Paris: Nathan, 1993.
- IONESCU, S. Pour une approche intégrée de la résilience. In: CYRULNICK, B.; DUVAL, P. *Psychanalyse et résilience*. Paris: Odile Jacob, 2000. p. 27-44.
- IONESCU, S. (Ed.). *Traité de résilience assistée*. Paris: PUF, 2011.
- KORFF-SAUSSE, S. *Le miroir brisé*. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste. Paris: Calmann-Lévy, 1996.
- KRON, M.; PLAISANCE, E. *Grandir ensemble*. L'éducation inclusive dès la petite enfance. Suresnes: INSHEA, 2012.
- LANDESMAN RAMEY, S.; RAMEY, C. T.; LANZI, R. G. Early intervention. Background, research findings and future directions. In: JACOBSON, J. W.; MULICK, J. A.; ROJAHN, J. (Ed.). *Handbook of intellectual and developmental disabilities*. New York: Springer, 2007. p. 445-463.
- LEVY, J. *Le bébé avec un handicap*. De l'accueil à l'intégration. Paris: Seuil, 1991.
- MARQUER, J.; CARLIER, M.; ROUBERTOUX, P. Les mesures éducatives compensatoires. In: REUCHLIN, M. (Ed.). *Milieu et conduites cognitives*. Paris: PUF, 1975.
- MISES, R.; PERRON, R.; SALBREUX, R. Découverte précoce. In: *Retards et troubles de l'intelligence chez l'enfant*. Paris: ESF, 1994. p. 183-195.
- MITCHELL, D. R. Designing and evaluating early intervention programs. In: MITCHELL, D. R.; BROWN, R. I. (Ed.). *Early intervention studies for young children with special needs*. London: Champman and Hale, 1990.

NADER-GROSBOIS, N. *Manuel illustré d'administration des Échelles d'Évaluation du Développement Cognitif Précoce (EEDCP)*, manuel inédit. Louvain-La-Neuve: Université Catholique de Louvain, 1993.

NADER-GROSBOIS, N. Méthode d'intervention individualisée visant l'intégration de schèmes cognitivo-socio-communicatifs précoces chez des enfants à retard mental. *Handicap, revue de sciences humaines et sociales*, v. 101-102, p. 1-17, 2004.

OCDE. *Petite enfance, grands défis*. Education et structures d'accueil. Paris, 2001.

ODOM, S. L. et al. (Ed.). *Handbook of developmental disabilities*. New York; London: The Guilford Press, 2007.

PLAISANCE, E. et al. *Petite enfance et handicap*. La prise en charge des enfants handicapés dans les équipements collectifs de la petite enfance. Paris: Caisse nationale des allocations familiales, 2005. (Dossier d'études, n. 66).

PLAISANCE, E.; BOUVE, C.; SCHNEIDER, C. Petite enfance et handicap. Quelles réponses aux besoins d'accueil? *Recherches et prévisions*, v. 84, p. 53-66, 2006.

SCELLES, R. *Fratrie et handicap*. Paris: L'Harmattan, 1998.

SCELLES, R. et al. *Famille, culture et handicap*. Toulouse: Eres, 2013.

SHONKOFF, J. P.; HAUSER-CRAM, P. Early intervention for disabled infants and their families: a quantitative analysis. *Pediatrics*, v. 80, p. 650-658, 1987.

TISSIER, G. et al. Soins et éducation des jeunes enfants handicapés. In: *Encyclopédie médico chirurgicale*. Éditions scientifiques et médicales. New York: Elsevier, 2000.

UPSHUR, C. C. Early intervention as preventive intervention. In: MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 633-650.

Recebido em abril de 2016.
Aprovado em maio de 2016.