

LE CONCEPT DE L'APPROPRIATION: UN APPORT EN INTERVENTION PRECOCE

Lucie Bonin

"Ce qui fait un chef-d'oeuvre, c'est une appropriation ou un appairement heureux entre le sujet et l'auteur" (Gide).

Au fil des années, notre conception de la déficience intellectuelle a grandement évolué. L'introduction de l'expression "personne ayant une déficience intellectuelle" dans le langage officiel (administratif et juridique) marque une étape significative pour la reconnaissance de ces personnes en tant que citoyen(ne) à part entière. La personne ayant une déficience intellectuelle peut ainsi se développer à son propre rythme et vivre dans divers milieux et conditions de vie.

Dans ce contexte, le recours à la mesure d'un quotient intellectuel pour catégoriser les personnes ayant une déficience intellectuelle apparaît maintenant une pratique d'une autre époque. En effet, ces distinctions arbitraires risquent d'engendrer des attitudes négatives et des attentes moindres pouvant nuire à l'épanouissement des personnes ainsi classifiées. La tendance serait davantage de pouvoir discriminer les personnes nécessitant des services individualisés à court ou à moyen terme.

La définition sociale de la déficience intellectuelle est également cohérente avec l'évolution de la notion du handicap. La notion de handicap décrit moins les manifestations d'un déficit au niveau du comportement social que le processus par lequel un désavantage social est produit par la réaction de l'entourage à un déficit manifeste (Corin, 1987). Le handicap est alors le fait d'une société d'où l'importance de tenir compte, pour mieux intervenir, du contexte de vie de ces personnes.

Devant la complexité croissante de définir les besoins de santé des personnes vivant des difficultés d'acquisition de leur autonomie en raison d'une déficience intellectuelle, psychique ou physique, comme celles des personnes présentant une perte d'autonomie associée au

vieillesse, aux maladies chroniques, aux problèmes de santé mentale ou à une situation socio-économique défavorable, les pratiques professionnelles, les pratiques administratives et les politiques sociales doivent aussi être remises en question.

En effet, ces nouvelles problématiques de santé se caractérisent par une espérance non pas de guérison mais d'adaptation ou de réadaptation soit pour réduire les déficiences, soit pour prévenir les handicaps. Nous concevons alors facilement pourquoi l'implication du réseau du support naturel est essentiel pour le maintien de la qualité de vie de ces personnes et que les services doivent être destinés tant à la personne concernée qu'à leur entourage. Face aux causalités multiples des problèmes bio-psycho-sociaux qui ont leur ramification dans d'autres secteurs d'activités comme l'éducation, le travail, le municipal, l'environnement, etc., la complémentarité accrue des réseaux privé, communautaire et public devient une priorité sociale. Enfin, la vulnérabilité de ces personnes exige une éthique fondée sur le respect des droits et des différences individuels et collectifs.

Une approche transdisciplinaire, communautaire et intersectorielle semble donc essentielle pour répondre comme partenaire aux besoins de ces personnes. Le concept de l'appropriation (en anglais: "empowerment") présenté dans cet article est une application individuelle et collective de cette nouvelle philosophie d'intervention qui devrait animer nos actions auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans ayant une déficience intellectuelle ou un retard de développement et auprès de leur famille.

HISTORIQUE ET DEFINITION DU CONCEPT DE L'APPROPRIATION

L'évolution historique des mentalités, des droits et enfin des services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle est marquée par trois périodes qui se caractérisent de la manière suivante:

Lucie Bonin, Médecin conseil en Santé Communautaire au Centre de réadaptation Nor-val, 26, rue St-Jean-Baptiste, Victoriaville (Québec), G6P 4C7.

- période de 1850 à 1900: la personne ayant une déficience intellectuelle est un objet d'intérêt;
- période de 1900 à 1960: la personne ayant une déficience intellectuelle est un objet de crainte;
- période de 1960 à nos jours: la personne ayant une déficience intellectuelle est un sujet d'intégration. (Boutet, 1990)

Il serait important de souligner qu'au Québec particulièrement, c'est en grande partie l'action des parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle qui a permis d'amorcer avec force le mouvement d'intégration communautaire soit l'intégration physique et sociale (Boutet, 1990).

Cependant, l'orientation future des services d'aide et de soins qui se traduit par les mentalités et les pratiques des intervenant(e)s impliqué(e)s dans ce domaine, va influencer grandement la poursuite de l'évolution positive de l'opinion publique de même que l'usage approprié par les personnes concernées de ces droits et de ces moyens chèrement acquis. C'est le constat que le système des services et des soins est un déterminant important de la santé qui peut même devenir iatrogène. C'est pourquoi nous entrevoyons une quatrième période (de 1990 à ...) dans l'évolution des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle qui serait marquée du sceau de **l'appropriation**.

Selon Dunst et coll. (1988), les trois principes de base du concept de l'appropriation sont:

1. Toute personne est compétente ou a la capacité de le devenir.
2. L'obstacle au développement de compétences n'est pas dû à la présence de déficiences chez une personne mais à l'incapacité du système social de créer les occasions ("enabling experiences") pour que les compétences se manifestent.
3. La personne qui demande de l'aide (le client ou bien l'intervenant "apprenant") devrait être capable de s'attribuer les changements encourus par ses propres actions ("self-efficacy") pour qu'elle acquiert le sens de contrôle de son environnement et de sa vie (Traduction libre, Dunst et coll., 1988, p. 4).

Le processus d'appropriation débute par des changements

positifs du concept de soi, la consolidation du sentiment de compétence et du contrôle sur l'environnement. "Tous ces changements favorisent l'identification des besoins, la collaboration avec les autres, la prise en charge des responsabilités" (Dansereau et Terrisse, 1988) de façon partagée.

Le tableau 1 présente les caractéristiques de la relation d'aide, en termes d'attitudes qui s'établissent entre les enfants, les parents et les intervenant(e)s et en faisant ressortir les différences entre le modèle de l'appropriation et le modèle bio-socio-médical. Une précision s'impose au sujet des termes utilisés, "aide spécialisée" (scientifique) et "aide naturelle" (communautaire). Ces deux types d'aides sont professionnels en ce sens que les acteurs concernés ont des compétences et des savoirs différents qui sont reconnus de plus en plus complémentaires.

Ce n'est plus uniquement la personne ayant une déficience intellectuelle qui est sujet d'intégration mais également les autres acteurs: l'Etat, les intervenant(e)s, les familles, la communauté. Tout ceci implique des changements profonds d'attitude afin de partager pouvoir et savoir entre tous les acteurs concernés. Dans une perspective de société intégrée, le corollaire en Santé communautaire serait l'application du partenariat, de l'interscolarité, de l'approche populationnelle.

Les intervenant(e)s doivent éviter de recréer "une nouvelle forme d'institutionnalisation" (Bouchard, 1988) en continuant d'imposer leurs valeurs, leurs attitudes et leurs manières de faire, particulièrement pour les enfants âgés de 0-5 ans qui vivent une des phases les plus intensives de leur développement bio-psycho-social. Dans cette nouvelle optique de l'intervention auprès des enfants et de leur famille, le savoir-être (les attitudes) prend alors une place tout aussi essentielle que le savoir (les connaissances) ou le savoir-faire (les techniques de soins et éducatives). Il devient évident que nous devons nous adapter constamment au changement du système enfant-famille dans nos interventions.

L'objectif poursuivi par l'intervention n'est pas uniquement d'obtenir une situation "problem or trouble-free", ou de répondre aux besoins spécifiques de la famille par notre formation spécialisée. Mais il consiste à nous assurer de la mobilisation de toutes les ressources d'une manière efficace, favorisant ainsi la création d'environnements favorables pour que les compétences de la famille puissent s'épanouir.

Tableau 1

<u>Appropriation</u> (adapté de Dunst & al., 1988)	<u>Modèle bio-socio-médical</u>
1. Adopter une attitude proactive et empathique (capacités, qualité de vie, intégration communautaire).	Attitude réactive sympathique... (déficience, maladie et mésadaptation socio-culturelle).
2. Offrir l'aide et répondre aux besoins identifiés par la famille.	Attente de la demande et réponse en fonction des services offerts.
3. Permettre à la famille de décider si elle accepte ou refuse l'aide, favoriser les échanges, les compromis.	Contrôle des prises de décisions à tous les niveaux de l'intervention.
4. Offrir une aide normative, communautarisée, aborder les besoins et les solutions de la même façon que pour toute autre famille.	Ségrégation des services confirme la déviance et l'infériorité de la famille demanderesse.
5. Offrir une aide congruante avec les perceptions et les attentes de la famille, là où elle est prête à investir temps et énergie.	L'intervention et les résultats escomptés, interprétés à la lumière du savoir professionnel.
6. Offrir une aide en pensant aux coûts/bénéfices, en fonction de l'environnement de la famille.	Proposition de solutions standardisées, c'est-à-dire non adaptées au contexte familial et social actuel de la famille.
7. Accepter que l'aide soit <u>réciproque</u> , équilibrer le sens de l'obligation et de la redevance de part et d'autre, promouvoir la coopération, l'égalité, l'équité...	L'aide spécialisée est par définition unidirectionnelle et technocratique.
8. Viser des succès concrets, immédiats dans la mobilisation des ressources intra et extra-familiales.	Emphase sur le diagnostic et l'origine du problème bio-psycho-social, moins sur le processus d'apparition et la planification du contrôle de la situation problématique à court et à moyen terme (l'adaptation).
9. Promouvoir l'utilisation du réseau communautaire (aide naturelle) comme base de toute intervention à la famille.	L'aide spécialisée est favorisée mais surtout non complémentaire dans son approche.
10. Permettre à la famille de se voir comme un agent actif, responsable du changement bénéfique (les compétences intra et inter-personnelles, l'autonomie).	Dépendance, la non-acquisition de nouvelles compétences; les crédits du succès attribuables uniquement à l'intervenant(e).

L'INTERVENTION PRECOCE ET L'APPROPRIATION

Le bien-être et la santé des enfants et des familles sont fondamentaux pour une société saine puisque "c'est dans l'enfance que prend racine une partie importante de la santé pour la vie durant" (Corin, 1987). L'enfant handicapé (physiquement, intellectuellement, culturellement) et l'enfant sans handicap et sa famille partagent, vivent les mêmes phases d'adaptation, les mêmes angoisses et ne demandent qu'à être écoutés et aidés dans le respect de leur individualité. L'institution a disparu, mais certainement pas les besoins des enfants et de leur famille. Ils ont été les premiers à assumer l'intégration communautaire durant la dernière décennie.

L'intervention précoce, en regard de la philosophie de l'appropriation, est une intervention en bas âge, dès la naissance, même en pré-natal dans le cas du support offert à un couple face à la décision de recourir ou non à un avortement thérapeutique, donc c'est au moment même où le besoin est ressenti. Depuis le début des années 70, les rapports de recherche de différentes disciplines tentent de confirmer les bienfaits de l'intervention dite précoce, pour le développement optimal de l'enfant âgé de 0-5 ans et de sa famille. La difficulté de démontrer la stabilité dans le temps des acquis obtenus par l'intervention précoce pourrait provenir de l'utilisation de mauvais instruments d'évaluation: le test d'intelligence par opposition à l'évolution du contexte familial et de la fonctionnalité de l'enfant ayant une déficience intellectuelle dans ce propre contexte. Chaque famille a ses propres besoins et sa propre perception de la réalité, compatibles avec son bagage génétique et socio-culturel. Le cheminement des familles correspond davantage à une alternance entre des sentiments de refus et d'acceptation de leur situation qu'à une évolution en stades séquentiels (Lapointe, 1989), dépendamment de leur perception des problèmes au quotidien.

L'estimation réelle du nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans et ayant besoin de services est complexe, compte tenu de la difficulté de poser un diagnostic précis. Il faudrait ainsi parvenir à dépister toutes situations socio-familiales susceptibles de conduire à un retard de développement de l'enfant, nécessitant une intervention précoce donc préventive. La personne concernée (ou partenaire) par opposition au client-cible (ou sujet d'intervention), en accord avec la philosophie de l'appropriation, est autant l'enfant, ses parents, sa famille élargie, la communauté dans laquelle il vit.

Par ailleurs, certains phénomènes sociaux complexes de la dernière décennie peuvent nous laisser croire à une augmentation possible des enfants âgés entre 0-5 ans présentant un retard de développement ou une déficience intellectuelle. L'énumération de quelques-uns d'entre eux nous confirme encore une fois les interrelations multiples avec les autres secteurs d'activités:

- l'éclatement des valeurs familiales et du tissu social: enfants culturellement sous-stimulés;
- la pauvreté et l'écart grandissant entre les pauvres et les riches qui augmente même au Québec: bébés de petits poids (Conseil des affaires sociales, 1989);
- les causes environnementales (intoxication physico-chimique): les conséquences non soupçonnées de la pollution;
- le phénomène grandissant d'usage de drogue illicite chez les femmes enceintes (au Québec, en 1988, 4% des grossesses étaient des bébés nés de mère toxicomanes);
- l'apparition du S.I.D.A. (le nombre de mères porteuses du virus VIH serait plus élevé au Québec que dans le reste du Canada et certains états américains (Santé et Bien-être social Canada, 1989));
- les grossesses à l'adolescence (bébés de petits poids);
- les grossesses tardives (38-40 ans), même avec le dépistage prénatal (amniocentèse);
- la technologie médicale avancée qui permet à des bébés prématurés de vivre.

La littérature abonde d'expériences variées qui étudient les interactions complexes entre les variables socio-culturelles de l'environnement familial et le développement psychomoteur de l'enfant handicapé ou sans handicap à divers âges. Le type et la sévérité de la dysfonction ou la multiplicité des dysfonctions (physiques et intellectuelles) sont des facteurs importants qui conditionnent l'interaction famille-enfant (coûts affectifs, sociaux et financiers). Une constatation générale s'impose suite à la revue de la littérature: le niveau de stress vécu par une famille et sa capacité d'adaptation sont autant fonction de la signification culturelle de la déficience pour ces parents (leur propre perception) que de la nature même du handicap (précision

du diagnostic socio-médical) et des troubles de comportements associés (Seligman et Darling, 1989).

La cible de l'intervention précoce devient donc le système enfant-famille dans son environnement social changeant. Nous faisons ressortir des principes de base de l'intervention précoce auprès des enfants âgés de 0-5 ans et de leur famille. Nous les décrivons en fonction de la mise en pratique de la philosophie de l'appropriation et nous les formulons en dix points:

• **L'enfant dans sa globalité**

Toute intervention est respectueuse de l'unicité de l'enfant, de sa personnalité et de son contexte socio-familial.

• **L'interaction parent-enfant**

En tant qu'intervenant(e), nous ne nous attachons souvent qu'à certains modes normalisés (choc des cultures) de cette relation parent-enfant, laissant peu de place à la créativité et l'instinct des acteurs concernés en fonction de l'impact du handicap rencontré sur la dynamique familiale. Il est important de reconnaître notre rôle d'accompagnateur et non de contrôleur pour:

- a) aider les parents à surmonter leurs sentiments de confusion, de culpabilité, de peur, associés à la naissance d'un enfant handicapé;
- b) aider les parents à comprendre le handicap de leur enfant et ses conséquences;
- c) prévenir les troubles de l'attachement parents-enfant en sensibilisant les parents à être attentifs aux diverses façons de stimuler les interactions réciproques. (Marfo et Kyselo, 1985, traduction libre)

• **La participation des parents**

La littérature met à l'avant-plan l'implication des parents comme facteur essentiel au développement optimal du système enfant-famille. Les parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle ou un retard de développement:

- ont une obligation, reconnue légalement comme tout parent;

- possèdent l'information valable au sujet de leur enfant (informateur);
- sont capables d'exprimer leurs préférences au sujet des programmes éducatifs lorsqu'on prend le temps de les écouter (aviseur);
- servent d'avocats pour leurs enfants pour les protéger et défendre leurs droits;
- ont beaucoup de compétences éducatives lorsqu'ils sont bien encadrés et valorisés (éducateur).

Il doit y avoir un juste équilibre entre tous ces rôles afin que le parent ne devienne pas uniquement l'éducateur de son propre enfant et ne pas nuire à l'attachement, à la complicité parent-enfant. Cependant d'autres facteurs tels: un milieu socio-économique défavorisé, la monoparentalité, la maladie d'un parent peuvent perturber la participation des parents à l'éducation de leur enfant. C'est en pensant à ces familles, en priorité, que l'on devrait orienter l'organisation des services (Dunst et coll., 1988). C'est essentiel que l'on puisse dépister la fatigue, le besoin de répit de ces parents. Les parents en général, mais plus particulièrement ceux qui sont identifiés comme vulnérables, ont besoin de réponses rapides, simples et pertinentes au moment présent.

• **Le jeu comme moyen d'apprentissage**

Si nous voulons que l'enfant se sente un acteur (un partenaire), "que ce soit par un regard ou un mouvement plus évident, et non qu'il attende passivement que tout se fasse autour de lui" (Gosselin, 1988), nous devons utiliser des comportements qui composent son quotidien. L'apprentissage par le jeu favorise aussi énormément la relation parent-enfant, à travers des activités routinières d'une journée.

• **L'individualisation et l'hétérogénéité des programmes**

Il serait hasardeux dans l'état actuel des connaissances scientifiques d'avancer des critères précis qui nous permettent d'identifier pour tel enfant et tel contexte socio-familial, le type de programme plus approprié. Le concept de "Goodness of Fit" (Odom et Karnes, 1988) entre l'enfant et le système familial fait appel à des services individualisés et

diversifiés dans le temps. Selon Bailey et Simeonsson, (1988) la qualité du "parenting", la satisfaction et la disponibilité des deux parents sont des facteurs très importants pour orienter la dispensation des services, soit à domicile lorsque celles-ci sont élevées, soit en centre de jour dans le cas contraire. Les cibles et le contenu des interventions doivent se modifier et s'adapter dans la pratique quotidienne.

• **L'intensité, la continuité et la flexibilité des services**

Il y a peu de recherche qui ont étudié spécifiquement la variabilité de l'âge du début de l'intervention, pour différents types de programmes offerts et les effets à moyen terme sur le développement de l'enfant quel que soit son handicap. Cependant, il y a un certain consensus autour du fait qu'une intervention appropriée en bas âge augmenterait la qualité de la relation parents-enfant (Cunningham, 1985), un effet central en soi. D'un autre point de vue, la flexibilité des horaires, la pertinence de rencontrer les familles dans divers moments de la vie quotidienne et divers milieux de vie (garderie, loisirs, domicile, travail...) devient un atout important dans la pratique de l'appropriation. La souplesse est aussi nécessaire dans l'application des moyens de planification ou de coordination (plan de services individualisé) en regard d'un jeune enfant et sa famille qui vit un rythme d'appropriation parfois très rapide durant cette période de vie. En somme, l'intensité des services est plus fonction du changement dans le temps des besoins des enfants et de leur famille alors que la continuité des services est la capacité d'être prêt à se retirer et à se réengager au temps opportun ("timing" concerté des différents partenaires).

• **La technologie (informatique, télécommunication, ingénierie)**

Si le but de toute intervention est de rendre le plus autonomes possible l'enfant et sa famille, il est important aussi d'agir sur l'environnement physique en utilisant la haute technologie pour l'adapter en fonction du handicap (Odom et Warren, 1988; Huting, 1988). La communication entre parents et l'enfant handicapé peut être favorisée par certaines techniques d'appoint et ainsi favoriser l'épanouissement de ces familles. La dissémination des programmes éducatifs en région plus éloignée peut être facilitée avec l'apport des ordinateurs et des

télécommunications.

• **L'environnement favorable aux services**

L'environnement à privilégier est l'environnement physico-social qui est:

- le plus naturel;
- le plus normalisant;
- le plus proche du domicile familial;
- donc le même que tout le monde dans la communauté.

Encore une fois, la réussite de l'intégration communautaire repose sur une intervention au bon moment, bien encadrée, avec un esprit d'équipe et surtout, une volonté d'intégrer nos idéologies dans le quotidien comme le font spontanément tous les enfants, handicapés ou non.

• **L'évaluation des besoins du système enfant-famille**

Si l'intervention précoce a comme but ultime, selon Dunst (Bailey et coll. 1988) "to empower parents to act on their own behalf", il est donc indispensable de connaître l'histoire bio-socio-culturelle des familles qui définit leurs besoins. Il faut surtout comprendre que le besoin n'est pas relié uniquement ou directement à un problème bio-psycho-social vécu mais aussi fonction d'une valeur, d'une aspiration ou d'une ambition de la famille. La planification et la distribution des services devraient se faire en fonction des besoins des enfants et de leur famille, indépendamment du type de déficience et de l'origine du handicap que présente l'enfant.

L'évaluation est donc un moment propice pour favoriser l'appropriation. Les parents, les intervenant(e)s de toutes les disciplines apprennent mutuellement. Ils peuvent ainsi clarifier leurs systèmes de valeurs respectifs, mieux délimiter les zones de compétences et de responsabilités professionnelles, supporter l'adaptation continue des pratiques au changement des besoins, identifier le temps opportun d'intervenir ou pas, donc devenir des partenaires de plein droit.

La seule présence d'une déficience ou d'un handicap ne justifie en rien une intervention; c'est l'interaction avec l'environnement familial et social qui déterminera le besoin d'aide ou non d'une famille; c'est dans cette perspective d'ailleurs qu'il faut

recueillir les données utiles à l'évaluation et toujours se souvenir qu'il est plus facile de modifier l'environnement que les personnes lorsque possible. Il ne faut jamais oublier que l'évaluation est un processus continu et dynamique dans le temps et ceci est encore plus évident chez l'enfant âgé de 0-5 ans et sa famille. La triangulation des informateurs, des moyens d'évaluation, devient de plus en plus essentielle pour valider leurs perceptions devant la complexité des interrelations des déterminants de la santé. L'étude systématique de toutes les alternatives de solutions face à un besoin identifié, selon des critères individualisés au système enfant-famille en présence, devrait aussi être prônée. L'évaluation est une façon d'intervenir et un processus conduisant au changement, donc à l'appropriation.

• Le partenariat

Le partenariat est une condition sine qua none à la réalisation de tous les autres principes de base de l'intervention précoce.

Le développement optimal d'un enfant et l'intégrité de l'unité familiale sont en symbiose quant à leur évolution favorable. C'est pourquoi il faut dépister le plus tôt possible toutes les situations

problématiques affectant soit l'enfant, soit la famille, ce qui ne peut se faire sans une approche réseau dans les services de santé et des services sociaux et une complicité essentielle avec les autres secteurs d'activités. L'impact de nos interventions sur l'enfant et sa famille dépend autant de la présence de ressources mobilisables que de l'intégration de ces dernières.

Comme la communauté demeure l'ultime responsable de l'intégration de ces services, nous avons des pas de géants à parcourir pour développer l'approche communautaire où chacun des acteurs est solidaire et où nous ne réinventons pas la roue continuellement dans chacun des programmes, des établissements, des régions (Hazel et al., 1988).

CONCLUSION

Si tous les enfants valent la peine que nous relevions le défi de l'intégration communautaire, nous avons alors à jouer un rôle d'agent de changement afin de favoriser l'évolution des mentalités, des structures socio-politiques et enfin la reconnaissance des communautés locales. C'est la base de toute intervention en santé communautaire.

BIBLIOGRAPHIE

- BAILEY, D. B., SIMEONSSON. (1988) *Family assessment in early intervention*. Merrill Publishing Company, Colombus, 280 p.
- BOISVERT, D. (1990) *Le plan de services individualisé, Participation et animation*. Editions Agence d'Arc, 248 p.
- BOUCHARD, C. (1981) Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant: des compétences parentales aux compétences environnementales. *Apprentissage et Socialisation*, 4, 4-23.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES DE LA FAMILLE (1989) *Deux Québec dans un: rapport sur le développement social et démographique*. Gaétan Morin Editeur, 124 p.
- CORIN, E. et al. (1987) *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux: synthèse critique 10, 150 p.
- CUNNINGHAM, C. (1985) Training and education approaches for parents of children with special needs. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 285-305.
- DANSEREAU, S. et coll. (1988) *Axes de recherche en éducation familiale*. Université de Moncton: Colloque de l'ACFAS, 101 p.

- DUNST, C., TRIVETTE, C., DEAL, A. (1988) *Enabling and empowering families, principles and guide lines for practice*. Cambridge: Brookline Books, 219 p.
- GOSSELIN, C. (1989) *Formation sur l'évaluation, sur l'écoute*. Pavillon du Parc Inc., 25 p.
- HAZEL, R. (1988) *A community approach to an integrated service system for children with special needs*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 264 p.
- MARFO, K. KYSELA, G. M. Early intervention with mentally handicapped children: a critical appraisal of applied research. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 305-324.
- ODOM, S. L., KARNES, M. B. (1988) *Early intervention for infants and children with handicaps*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 309 p.
- ODOM, S. L., WARREN, S. F., (1988) Early childhood special education in the year 2000. *Journal of the Division for Early Childhood*, 12, 263-273.
- SANTE ET BIEN-ETRE SOCIAL. (1990) *Surveillance du sida au Canada*, vol. 16-20, 93-95.
- SELIGMAN, M., DARLING, R. B. *Ordinary families special children, a system approach to childhood disability*. New York: the Guilford Press, 272 p.
- TERRISSE, B. et al. (1987) *Le programme d'éducation préscolaire familiale*. Université du Québec à Montréal: Groupe de recherche en adaptation scolaire et sociale, Fascicule 2, 67 p.
- WOLFENSBERGER, W., THOMAS, S. (1988) *Passing Programme d'analyse des systèmes de services, Application des buts de la valorisation des rôles sociaux*. Ontario: Lès Communications Opell Inc., 467 p.