

Titre : Proposition d'un modèle d'analyse en contexte d'intervention précoce spécialisée

Auteure responsable des communications

Julie McIntyre, Professeure de formation pratique agrégée
Directrice de l'enseignement clinique
École d'orthophonie et d'audiologie
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Courriel : julie.mc.intyre@umontreal.ca
Tél : 514-343-6111 poste 1979

Autres auteurs

Myriam Rousseau, Chercheuse en établissement,
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation,
15 rue Rubin, Victoriaville (QC), G6P 9V7
Courriel : myriam_rousseau@ssss.gouv.qc.ca

Jacinthe Bourassa, Agente de planification, programmation et recherche,
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation,
1025, rue Marguerite-Bourgeoys, Trois-Rivières (QC), G8Z 3T1
Courriel: jacynthe_bourassa@ssss.gouv.qc.ca

Roxanne Ouellette, Agente de planification, programmation et recherche,
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation,
1025, rue Marguerite-Bourgeoys, Trois-Rivières (QC), G8Z 3T1
Courriel: roxanne_ouellette_crditedmcqiu@ssss.gouv.qc.ca

Yves Boisvert : Formateur associé au RIPPH,
177, Place Sainte-Claire, Laval (QC) H7L 3H3
Courriel : etoile.dunord@videotron.ca

Résumé en français :

Le présent article propose les assises d'un modèle d'analyse et d'intervention spécialisé (MAIS) basé sur les données probantes en intervention précoce, visant à intégrer d'une façon harmonieuse les processus cliniques des milieux de réadaptation et le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap, (MDH-PPH, Fougeryollas, 2010). Ainsi, les principales bases théoriques de l'intervention précoce, un bref aperçu du MDH-PPH ainsi que les défis d'arrimage entre le MDH-PPH et l'intervention précoce seront abordés pour justifier le besoin d'un modèle d'analyse et d'intervention spécialisé tel que celui proposé. Ce dernier sera exposé en définissant ses origines, ses objectifs, ses composantes et sa finalité, soit : l'adoption d'un projet éducatif impliquant parents, enfants et intervenants provenant de diverses disciplines. Ainsi, l'utilisation d'un tel modèle permet à l'équipe interdisciplinaire, incluant les parents de l'enfant, d'identifier les buts globaux visés par l'intervention et les changements attendus sur les habitudes de vie de l'enfant pour ensuite déterminer les objectifs liés au développement de ses capacités dans chacune des sphères d'intervention. Ce modèle permet une meilleure compréhension des interrelations entre les forces et défis présentés par l'enfant au sein de chacune des sphères du développement. Il met également en lumière comment le profil particulier de l'enfant interagit avec les éléments sociaux et physiques de son environnement.

Mots clés : Modèle, analyse, intervention précoce, processus de production du handicap, interdisciplinaire.

Résumé en anglais :

Title : An analytical model in a context of a specialized early intervention

This paper presents an analytical model to be used in a context of a specialized early intervention based on early intervention evidences, this model wish to integrate in an harmonious way, the clinical process used in rehabilitation settings with the Human Development Model - Handicap Production Process, (MDH-PPH), Fougeyrollas (2010). Thus, the main theoretical bases of early intervention, a brief overview of the MDH-PPH and the challenges experimented when using this model in an early intervention context are discussed to justify the need for a model such as the one proposed. This model is then defined by its origins, objectives, components and its main purpose: the adoption of an educational project involving parents, children and professionals from various disciplines. Therefore, the interdisciplinary team including the parents using this model would first identify the main goals of the intervention as well as the desired changes on the child's life skills and then would elaborate goals and objectives to develop these skills in each of the intervention domains. This model also guide a deeper understanding of the interrelations that exist between the childs's strenghts and challenges in each of the developmental domains and how the child particular profile will intereact with the social and physical aspects of his environnement.

Key words: Model, analysis, early intervention, disability creation process, interdisciplinary

Proposition d'un modèle d'analyse en contexte d'intervention précoce spécialisée

Au Québec, l'intervention spécialisée auprès des personnes ayant un diagnostic de déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou encore, une déficience physique (DP) repose en grande partie sur l'utilisation du Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) développé par le Réseau international sur le processus de production du handicap (Fougeyrollas, 2010). Ce modèle conceptuel de nature universelle reçoit une large adhésion par les différents milieux issus de la réadaptation, et ce, depuis plusieurs années. Dans le domaine de l'intervention précoce, ce modèle présente de nombreux avantages. Notamment, il situe l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux au cœur du processus de développement et de la réalisation des habitudes de vie de l'enfant. De plus, il s'agit d'un modèle non disciplinaire pouvant mettre à profit le recours aux données probantes résultant de plusieurs champs de connaissances.

L'utilisation du MDH-PPH en contexte d'intervention précoce n'est pas sans nécessiter certains arrimages avec d'autres modèles plus spécifiques à l'intervention spécialisée auprès des jeunes enfants. Le présent article propose les assises d'un modèle d'analyse et d'intervention spécialisé (MAIS) basé sur les données probantes en intervention précoce, qui intègre d'une façon harmonieuse les processus cliniques reconnus des milieux de réadaptation et le MDH-PPH. Pour bien saisir la pertinence de ce modèle adapté, dans un premier temps, les principales assises théoriques de l'intervention précoce, un bref aperçu du MDH-PPH ainsi que les défis d'arrimage entre le MDH-PPH et l'intervention précoce seront présentés. Par la suite, la proposition du MAIS sera exposée selon une triple perspective : origines, objectifs et composantes menant à sa finalité soit, l'adoption d'un projet éducatif impliquant parents, enfants et intervenants.

Principales assises théoriques de l'intervention précoce

La petite enfance est une période importante pour le développement d'un individu. Les enfants grandissent et changent plus rapidement au cours des huit premières années de leur vie (Smith et Rous, 2011). Des changements notables se produisent tout au long de ces années de développement, et ce, notamment aux plans physique, cognitif et socio-affectif. Cependant, la progression à travers les stades de développement varie pour chaque enfant (Smith et Rous, 2011). Certains enfants ne se développent pas en suivant une trajectoire typique, par exemple, les enfants ayant un retard de développement, un trouble du spectre de l'autisme, une déficience physique, ou autres. Pour ces enfants, il est primordial d'intervenir le plus rapidement possible afin de leur fournir le soutien dont ils ont besoin pour développer leur plein potentiel (Mattern, 2015).

La recherche dans le domaine de l'intervention précoce ne cesse d'évoluer, ce qui se traduit par des changements de pratique au sein même des services à la petite enfance. Cela conduit nécessairement à des reformulations progressives de la façon dont l'intervention précoce est définie.

L'intervention précoce a généralement été définie comme une offre de services multidisciplinaires pour les enfants et leurs familles. Plus récemment, une nouvelle façon de définir l'intervention précoce est apparue. Selon Moore (2012), l'intervention précoce consiste à offrir aux enfants des expériences et des opportunités qui favorisent l'acquisition et l'utilisation de capacités leur permettant de participer de façon significative aux activités de la vie quotidienne avec les autres, et ce, dans leur environnement. Elle doit soutenir les jeunes enfants et leurs parents afin de leur permettre de se développer de façon optimale. En d'autres termes, le but

poursuivi par l'intervention précoce est de s'assurer que les enfants bénéficient au quotidien d'un environnement leur fournissant des possibilités et des expériences leur permettant de se développer et d'actualiser diverses capacités fonctionnelles et sociales. Par conséquent, les environnements d'apprentissage sont considérés comme étant l'un des principaux paramètres de l'intervention précoce, et non seulement une condition souhaitable (Moore, 2012).

En outre, l'intervention précoce vise à faciliter une réponse aux besoins des jeunes qui ont un retard de développement ou une invalidité tout en considérant la culture de chaque famille dans l'intervention. De ce point de vue, il revient à chaque famille de définir la trajectoire d'intervention de leur enfant en tenant compte de leurs valeurs et des particularités de leur culture. Effectivement, la culture de la famille est présente bien avant l'arrivée de l'enfant. Ainsi, l'intervenant doit respecter l'ensemble des caractéristiques de la famille et tout particulièrement ses croyances et son statut social. De ce fait, il est essentiel de soutenir le parent dans sa réponse aux besoins de son enfant dans son contexte familial.

Les principaux objectifs poursuivis par l'intervention précoce sont : 1) de stimuler le développement du jeune enfant (acquisition de capacités motrices, langagières, sociales, etc.); 2) de renforcer le lien parent-enfant qui peut être favorisé par le jeu, la communication, le partage de moments riches et stimulants; 3) d'aider le développement de compétences parentales, notamment, en favorisant chez les parents l'adoption d'une saine attitude vis-à-vis leur enfant (encouragement, valorisation, adaptation des attentes du parent aux capacités de son enfant), en leur procurant des outils pour aider leur enfant à se former une identité positive, en développant leur confiance en soi, en mettant à contribution les différentes ressources de leur milieu et en prévenant leur isolement social (ex. : offrir des rencontres de groupe non structurées) (Pépin et al., 2006). Afin d'atteindre ces objectifs, l'utilisation d'une approche d'intervention qui permet de

reconnaître les forces et les principaux défis de l'enfant, qui prend en considération la santé, le développement ainsi que le bien-être de l'enfant et de sa famille est nécessaire. Subséquemment, cette utilisation requiert une offre de services individualisée de qualité, qui implique la famille tout en lui assurant un soutien adéquat. De plus, il est aussi important que l'intervention précoce soit écosystémique et qu'elle tienne compte à la fois de l'enfant et de ses différents contextes de vie (Odom et Wolery, 2003).

Une démarche réalisée par Pépin et ses collègues (2006) visait notamment à réaliser une recension exhaustive des écrits scientifiques portant sur l'intervention offerte aux enfants de la naissance à 7 ans présentant un retard global de développement et a permis d'explorer les interventions ainsi que les services. Les études recensées précisent certaines caractéristiques qui semblent contribuer au succès de l'intervention précoce : l'âge de l'enfant, l'intensité de l'intervention, le lieu d'intervention, l'individualisation des services et l'implication de la famille. À cela s'ajoute l'importance de la collaboration entre les membres de l'équipe d'intervention (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014)

Smith et Rous (2011) mentionnent l'importance d'intervenir le plus tôt possible dans la vie de l'enfant. De la même manière, Pépin et ses collègues (2006) évoquent que plus on intervient tôt dans la vie de l'enfant, plus ce dernier en retire des bénéfices, surtout sur le plan du développement cognitif et moteur. D'autre part, il est intéressant de noter que les études démontrant les avantages des interventions de longue durée et intensives ne suggèrent aucune donnée spécifique en terme d'assiduité idéale (Pépin et al., 2006).

En ce qui concerne les lieux de l'intervention, Palasino et ses collègues (2012) reconnaissent que l'intervention en milieu naturel permet à l'enfant une meilleure généralisation des habiletés

acquises, puisque l'apprentissage prend place lors des activités et interactions de la vie courante. Ainsi, ce type d'intervention permet d'observer et de respecter le mode de vie, la culture et les choix de chacune des familles ainsi que d'offrir un contexte d'apprentissage naturel à l'enfant. Plusieurs études ont démontré, au cours des dernières années, que l'intervention en milieu naturel et l'intégration de l'enfant au sein de groupes de pairs ayant un développement typique contribuent aussi au succès des programmes d'intervention précoce (Boyd, Odom, Humphreys et Sam, 2010 ; Odom et Wolery, 2003). Par ailleurs, certaines confirment aussi l'importance d'offrir des services individualisés (Guralnick, 2016 ; Odom et Wolery, 2003). On reconnaît que l'intervention est individualisée notamment lorsqu'elle est spécialement conçue pour satisfaire les besoins spécifiques de l'enfant et de sa famille et qu'elle est facilement intégrée à la routine de l'enfant, permettant ainsi une généralisation des compétences acquises dans un éventail de situations et d'environnements.

L'importance d'impliquer la famille lors de l'intervention précoce a été démontrée par plusieurs auteurs, notamment par Guralnick (2016) et Smith et Rous (2011). La *Division for Early Childhood* (2014) a d'ailleurs dans son ouvrage sur les meilleures pratiques auprès des jeunes enfants présentant des difficultés développementales et leur famille, réaffirmé l'importance d'une telle approche pour l'intervention auprès des jeunes enfants notamment car les effets de l'intervention précoce sont non seulement plus stables, mais nettement améliorés par l'implication des parents.

Une des particularités de l'intervention précoce est qu'elle requiert habituellement l'implication d'intervenants issus de disciplines variées. Elle nécessite donc que l'équipe en place s'inscrive dans une approche de collaboration pour être vécue de façon harmonieuse et efficace. Le

processus de collaboration implique une synthèse de différentes perspectives pour mieux comprendre des problèmes complexes. Le résultat de la collaboration est le développement des solutions intégratives qui vont au-delà d'une vision individuelle. Depuis quelques années, l'approche collaborative interprofessionnelle est documentée dans la littérature scientifique de même qu'elle est enseignée aux étudiants dans les domaines de la santé, des services sociaux et de l'éducation. Elle peut se définir comme un processus dynamique d'interactions sous forme d'échanges d'information, d'éducation et de prise de décisions partagées. C'est une pratique qui interpelle toute l'équipe d'intervenants engagée dans une intervention concertée à travers une offre de services personnalisés, intégrés et continus.

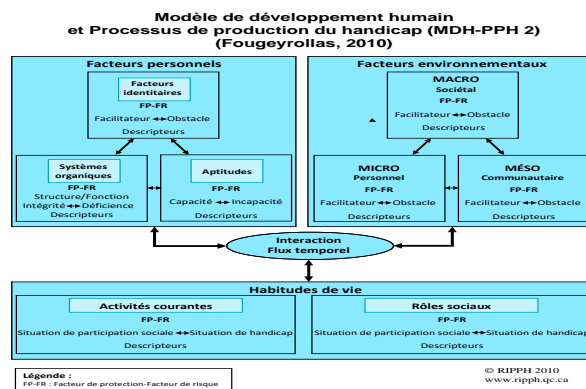
L'intervention précoce joue un rôle important dans l'intégration et la participation sociales de l'enfant. Elle permet à celui-ci de profiter d'occasions de développer de nouveaux apprentissages et d'utiliser ses capacités de façon à améliorer la qualité de sa participation sociale en interagissant avec les personnes (enfants et adultes) et ses environnements (Gormley, Phillips, Welti, Newmark et Adelstein, 2011 ; Reynolds, Temple, Ou, Arteaga et White, 2011).

Aperçu du MDH-PPH

Le MDH-PPH prend assise sur une approche universelle du développement qui considère la personne à part entière en interaction avec son environnement, plutôt que de se baser uniquement sur son diagnostic, ce qui la réduirait à sa pathologie, ses déficiences et à ses incapacités.

Globalement, la composante MDH permet de considérer l'enfant selon la perspective de son développement et la composante PPH renvoie à la nécessité de considérer les multiples interactions entre les caractéristiques personnelles et les éléments de l'environnement physique et

social comme facteurs d'influence de la participation sociale ou de la situation de handicap vécue par l'enfant. Il s'agit donc d'un modèle dynamique et positif qui vise à comprendre la qualité de la participation sociale de l'enfant en fonction non seulement de ses caractéristiques personnelles, mais également de ses contextes de vie. La participation sociale est définie par la réalisation des habitudes de vie de la personne (activités courantes et rôles sociaux) à un moment donné, et déterminée par les interactions entre les facteurs personnels et environnementaux (Fougeyrollas, 2010). Ainsi, la situation d'une personne se modifie dans le temps (aspect diachronique) et il importe d'évaluer les fluctuations sous l'angle d'interactions entre les divers facteurs personnels (facteurs identitaires, systèmes organiques et aptitudes), les facteurs environnementaux (sociétal, personnel et communautaire), ainsi que les habitudes de vie (Fougeyrollas, 2010). En toile de fond à ce modèle, que ce soit pour la composante MDH ou celle du PPH, on retrouve l'importance de considérer à la fois les facteurs environnementaux et les facteurs personnels dans le but d'encourager le développement du plein potentiel de la personne dans la perspective que celle-ci soit intégrée à ses divers milieux de vie et à la société, et qu'elle ait, selon ses capacités, une contribution sur le plan social). La Figure 1 illustre le MDH-PPH.



Référence : FOUGEYROLLAS, Patrick (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 315 p.

Figure 1 Modèle de développement humain et Processus de production du Handicap (MDH-PPH-2), Fougeyrollas, 2010

Défis d'arrimage entre le MDH PPH et l'intervention précoce

L'intervention précoce offerte par une équipe interdisciplinaire où les parents et les différents milieux de vie de l'enfant sont pris en compte est prometteuse mais souvent complexe lors de son actualisation. Des facteurs, comme la coexistence des situations de handicap actuelles et anticipées ainsi que l'impératif de la précocité de l'intervention alors que les objectifs à travailler dans un temps limité sont pluriels, justifient le besoin de développer une analyse et une vision commune et globale partagée par tous les intervenants impliqués et la famille. Dans ce contexte, un modèle d'intervention est essentiel, mais il se doit d'être assez général pour être ensuite individualisé, tout en tenant compte des données probantes issues de la littérature scientifique. Ainsi, il est possible de s'assurer de cibler des objectifs à large portée qui auront un impact sur le développement des capacités de l'enfant, l'amélioration des conditions environnementales et la réalisation des habitudes de vie de ce dernier (Wallace et Rogers, 2010). Pour ce faire, il est essentiel de choisir des approches et des modalités d'intervention cohérentes qui ont démontré leur efficacité.

Dans le cadre des services spécialisés d'intervention précoce, les différentes opérations professionnelles permettant la planification et l'opérationnalisation des interventions sont orchestrées en ayant recours à un processus clinique défini. Ce dernier regroupe l'ensemble des opérations cliniques visant, sur une base personnalisée, la détermination des besoins de l'enfant, les priorités d'intervention, les moyens et les stratégies d'intervention ainsi que le suivi des actions entreprises et de la qualité des services qui lui sont offerts. L'actualisation des services doit assurer le développement du potentiel de la personne dans une perspective d'amélioration de sa participation sociale et de sa qualité de vie. La réalisation des habitudes de vie dépend de l'âge, du sexe de la personne ainsi que des normes culturelles de son milieu. En ce sens, l'analyse des

situations de handicap de la personne devrait considérer ces paramètres pour ainsi ajuster et individualiser l'intervention.

En ce qui concerne les services d'intervention précoce, ceux-ci doivent assurer le développement et l'actualisation du plein potentiel de l'enfant ainsi que le développement d'un répertoire comportemental facilitant son intégration et sa participation sociales. En d'autres mots, en plus de viser la participation sociale de l'enfant, l'amélioration de sa qualité de vie, de celle de sa famille, de ses proches et autres partenaires, il faut également s'intéresser à son développement à travers les différentes périodes de sa vie.

En complément à l'approche développementale qui permet de comparer l'enfant à des normes développementales, le MDH-PPH contribue à une meilleure compréhension des interactions entre les caractéristiques de l'enfant et celles de son environnement. La combinaison de cette approche et du modèle MDH-PPH dans le cadre de l'intervention précoce favorise l'identification des facteurs ayant un impact sur le développement de l'enfant et sur les situations de handicap actuelles ou anticipées. Conséquemment, la planification de l'intervention se réalise en tenant compte du développement global et optimal de l'enfant ainsi que de l'identification des situations de handicap prioritaires qui permettront la mise en place d'objectifs visant à soutenir la réalisation des habitudes de vie jugées problématiques. Ainsi, l'intervention précoce doit tenir compte de plusieurs cadres d'analyse et mettre l'accent sur le développement des aptitudes de l'enfant. Or, le vocabulaire associé à chacun de ces cadres d'analyse est parfois d'un arrimage difficile. Les actions réalisées dans les services spécialisés d'intervention précoce se doivent de cibler simultanément une variété de situations de handicaps actuelles ou anticipées. L'analyse habituellement réalisée par le biais du MDH-PPH se voit complexifiée étant donnée la multitude de situations à considérer. De plus, considérant l'importance de cette période dans le

développement de l'enfant, la perspective préventive visant son développement optimal vient orienter la planification des interventions. Finalement, les pratiques basées sur les données probantes doivent aussi orienter la planification afin de soutenir et favoriser le développement du potentiel de l'enfant tout en soutenant ses parents. Bref, dans un contexte d'intervention précoce, le point de départ de toute analyse d'une situation de handicap vécue ou anticipée nécessite le recours au MDH-PPH qui est un modèle universel interactif et non disciplinaire. Toutefois, ce modèle doit être bonifié en ajoutant à ses nomenclatures des données spécifiques aux clientèles visées par l'intervention.

Le modèle proposé sera exposé en définissant son origine, ses objectifs, ses composantes et sa finalité, soit : l'adoption d'un projet éducatif impliquant parents, enfants et intervenants provenant de diverses disciplines.

Proposition d'un modèle : le modèle d'analyse et d'intervention spécialisé (MAIS)

L'origine du MAIS

Le modèle d'analyse et d'intervention spécialisé (MAIS), est inspiré des différents modèles conceptuels tels que le MDH-PPH (Fougeyrollas, 2010) et d'autres modèles d'intervention ciblant le développement global des enfants ayant des problématiques diverses (trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle, déficiences langagières, etc.). De ce fait la version du MAIS présentée dans cet article résulte de plusieurs consultations faites auprès des intervenants ayant utilisé ce modèle dans divers contextes, et ce, depuis son élaboration initiale en 2004. Il a donc connu au fil des années des ajustements afin de permettre son implantation par diverses équipes interdisciplinaires en intervention précoce dans le but de répondre aux besoins spécifiques d'enfants présentant des défis au plan du développement. Le MAIS s'inscrit dans le

courant de la pratique basée sur les données probantes qui exige la triangulation des données issues de la recherche scientifique, de l'expérience clinique des intervenants ainsi que des caractéristiques et préférences de l'enfant et de sa famille. Ainsi, il vise à la fois une vision globale de la situation de l'enfant au sein de ses différents milieux de vie tout en permettant de cibler de façon précise les forces et défis du jeune enfant en ce qui a trait aux sphères de son développement.

Les objectifs poursuivis

L'utilisation du MAIS vise l'atteinte de trois objectifs principaux. Tout d'abord, elle vise à harmoniser les principes d'intervention propres à chacune des disciplines au sein d'une vision commune et globale. Le MAIS propose également aux intervenants une façon d'analyser les situations complexes afin d'élaborer une intervention précoce répondant de façon adéquate et efficace aux besoins spécifiques et individualisés des enfants et de leur famille, et ce, en vue du développement optimal de leurs capacités et dans un souci d'amélioration de leur participation sociale. Finalement, un tel modèle favorise l'application des connaissances issues de la recherche au sein de l'intervention précoce tout en visant un développement harmonieux et continu de la pratique professionnelle en contexte de collaboration interprofessionnelle.

Le MAIS s'articule en quatre volets tel qu'illustré dans la Figure 2. Le premier consiste à documenter les facteurs identitaires et l'histoire de vie de l'enfant. Le deuxième volet permet de documenter et de mettre en relation les différentes informations recueillies au cours des activités d'évaluation ou d'observation de l'enfant. Tous les intervenants impliqués de même que les parents contribuent à dresser ce portrait global incluant les forces et défis de l'enfant au sein de ses différents milieux de vie. Le troisième volet, celui de la planification de l'intervention, vise à

élaborer un plan d'intervention en contexte de collaboration interprofessionnelle et de partenariat avec les parents. Ainsi, des objectifs pour l'enfant sont priorités au sein des sphères d'intervention. Par ailleurs, des recommandations sont émises en lien avec les actions à poser pour modifier positivement les facteurs environnementaux. Dans ce volet, le soutien transactionnel est également défini en fonction de l'analyse des facteurs personnels et environnementaux. Le quatrième volet concerne l'identification des impacts attendus sur les habitudes de vie. Chacun de ces éléments sera maintenant explicité.

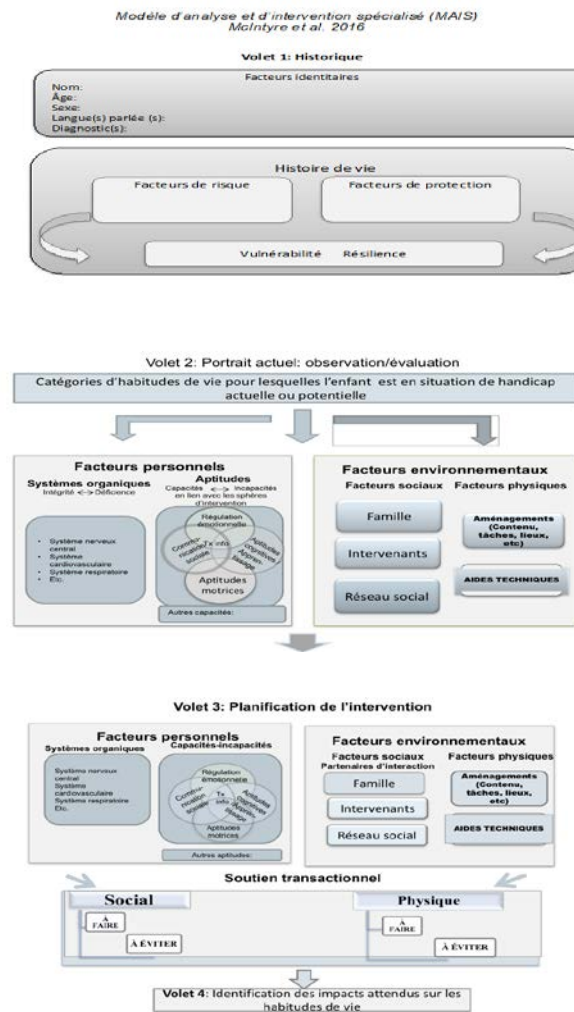


Figure 2 : Modèle d'analyse et d'intervention spécialisé (MAIS)

Les composantes du modèle proposé (MAIS)

Dans le MAIS, le traitement de l'information est la résultante des interactions entre les diverses sphères d'intervention : celle de la communication sociale, celle de la régulation émotionnelle, celle englobant les aptitudes cognitives/apprentissage et celle concernant les aptitudes motrices. Le fait d'intégrer et de schématiser les liens entre ces sphères fondamentales d'intervention au sein du MDH-PPH, permet au MAIS d'être assez flexible et universel pour servir de base au raisonnement clinique pour l'ensemble des enfants vivant avec des difficultés développementales.

Essentiellement, le MAIS vise à documenter les composantes suivantes: Les facteurs identitaires et l'histoire de vie, les facteurs personnels, les facteurs environnementaux, le soutien transactionnel ainsi que l'identification de l'impact attendu sur les habitudes de vie pour planifier l'intervention de manière intégrée. Ces composantes seront abordés plus spécifiquement dans les prochains paragraphes.

Les facteurs identitaires et l'histoire de vie (voir Figure 2 volet 1)

Un facteur identitaire est une caractéristique de l'enfant qui spécifie sa position dans son contexte socioculturel. Parmi ces facteurs nous retrouvons : l'âge, le sexe, la langue, la culture, son, son statut familial, etc. L'histoire de vie de la personne quant à elle, concerne tout ce que l'enfant a vécu de sa naissance à aujourd'hui, en faisant ressortir les principaux facteurs de risque et facteurs de protection. L'interaction entre ces facteurs détermine le degré actuel de vulnérabilité ou de résilience. (Terrisse, Kalubi et Larivée, 2007;).

Les facteurs personnels (voir Figure 2, volet 2 : portrait actuel : observation/évaluation)

Dans cette catégorie, les systèmes organiques et les aptitudes de l'enfant sont répertoriés. Un des ajouts du MAIS au modèle MDH-PPH provient du fait de regrouper diverses capacités et incapacités de l'enfant au sein de sphères d'intervention pour en faciliter l'analyse et mettre évidence les éléments clés ayant été identifiés comme prioritaires en lien avec l'intervention précoce selon les différents profils des enfants. Ainsi, quatre sphères d'intervention incontournables ont été identifiées lorsqu'il s'agit de documenter le développement d'un enfant en contexte d'intervention précoce : la communication sociale, la régulation émotionnelle, les aptitudes cognitives/apprentissage et les aptitudes motrices. On retrouve au centre, soit à l'intersection de ces quatre sphères, le traitement de l'information puisque ce processus sous jacent se manifeste concrètement par les capacités démontrés dans chacune des sphères d'intervention. Ces éléments sont présentés dans la Figure 3.

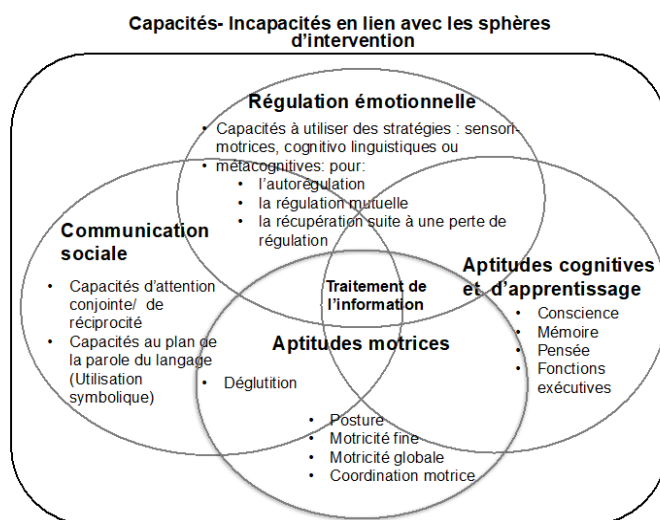


Figure 3 : Capacités – Incapacités en lien avec les sphères d'intervention

La communication sociale. Cette sphère représente l'ensemble des capacités nécessaires pour que l'enfant puisse interagir et communiquer avec les autres de façon efficace et satisfaisante

pour lui-même et ses interlocuteurs. Cette sphère comprend le développement des capacités d'attention conjointe et de réciprocité ainsi que des capacités d'utilisation et de référence à des symboles. Sont inclus les composantes de la parole, du langage de même que les aspects de la communication verbale et non verbale.

La régulation émotionnelle. Elle permet à l'enfant de maintenir un état d'équilibre personnel face à des événements potentiellement stressants de telle sorte qu'il soit disponible pour interagir et apprendre. Cette sphère regroupe les capacités d'autorégulation, de régulation mutuelle et de récupération suite à une perte de régulation. De même, les stratégies de régulation qu'elles soient de nature sensori-motrice, cognitivo-linguistique ou métacognitive, sont analysées ou mises en place.

Les aptitudes cognitives/apprentissage. Cette sphère intègre les connaissances issues des dernières recherches en neurologie et en neuropsychologie. Cette sphère vise, entre autres, le développement du contrôle de l'attention permettant d'identifier et de cibler les informations importantes, afin que l'enfant puisse se concentrer sur les éléments les plus pertinents pour faire des apprentissages significatifs, de même que le développement de capacités sur le plan des fonctions exécutives.

Les aptitudes motrices. Cette dernière sphère englobe, quant à elle, la posture, la motricité fine et globale tout comme la coordination motrice. Ces capacités sont essentielles pour l'enfant puisqu'elles lui permettront de participer de façon fonctionnelle et satisfaisante aux activités de la vie quotidienne, aux activités d'apprentissage et de jeu, tout en développant peu à peu son autonomie.

Le traitement de l'information. C'est à partir de l'interinfluence entre les sphères d'intervention vues précédemment qu'il est possible de définir les capacités de l'enfant à traiter l'information, ,

élément central qui tient compte des caractéristiques individuelles en ce qui a trait à l'analyse, à l'organisation et à l'intégration des informations pour élaborer une réponse pertinente.

Ce modèle permet donc de documenter et de cibler les capacités de l'enfant pour chacune de ces sphères d'intervention et d'en comprendre les interrelations : par exemple, la production des sons de la parole se situe dans l'intersection entre les aptitudes motrices et la communication sociale, de même que les capacités cognitives vont influencer le développement de stratégies de régulation émotionnelle. De plus, le profil global de l'enfant est par la suite approfondi en considérant l'influence des facteurs propres aux contextes social et environnemental, ce qui constitue un apport important pour élaborer un programme d'intervention spécialisé, individualisé et réaliste.

Les facteurs environnementaux (voir Figure 2, volet 2)

Un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et les contextes de vie de l'enfant. La considération des facteurs environnementaux lorsqu'ils entrent en interaction avec les facteurs personnels permet de décrire les situations de handicap actuelles ou anticipées et d'avoir recours au soutien transactionnel.

Le soutien transactionnel (voir Figure 2, volet 3)

Le soutien transactionnel se situe au cœur de l'interaction entre l'enfant et son environnement. Il consiste à déterminer et à mettre en application des stratégies en relation avec les caractéristiques de la personne découlant des sphères d'intervention et celles des partenaires d'interactions. Il se divise en deux catégories : le soutien de nature sociale et le soutien physique. En termes de soutien social, le mode d'interaction optimal est défini pour aider l'enfant à traiter l'information,

à intégrer le langage, à participer aux interactions sociales et aux activités motrices ou d'apprentissage tout en maintenant sa régulation émotionnelle. Le soutien physique fait quant à lui appel à l'adaptation des activités et des divers contextes d'aménagements physiques dans lesquels évolue l'enfant. Ceci, afin de mettre en place des mesures de soutien permettant de faciliter la communication sociale, les apprentissages, le développement des aptitudes motrices ou la régulation émotionnelle de ce dernier. Ce soutien physique découle directement de l'analyse des caractéristiques individuelles de l'enfant identifiées au sein de ces sphères d'intervention et des composantes du milieu de vie.

La finalité : L'identification de l'impact attendu sur les habitudes de vie (voir Figure 2, volet 4)

En matière d'intervention, le but visé est d'avoir un impact positif sur les habitudes de vie (voir Tableau 1) de l'enfant au sein de ses environnements dans la perspective d'améliorer sa qualité de vie et sa participation sociale.

Les activités courantes	Les rôles sociaux
Communication	Responsabilités
Déplacements	Relations interpersonnelles
Nutrition	Vie associative et spirituelle
Condition physique et bien-être psychologique	Éducation
Soins personnels et de santé	Travail (sauf chez les jeunes enfants)
Habitation	Loisirs

Tableau 1 : Les habitudes de vie (Fougeyrollas (2010))

Ce modèle d'analyse et d'intervention spécialisé (MAIS) se veut donc une manière de schématiser l'ensemble de la situation de l'enfant et de sa famille mettant en lumière les forces et les défis de l'ensemble des personnes impliquées tout en considérant les éléments de l'environnement en tant que facilitateurs ou obstacles au développement des capacités de l'enfant. Ainsi, les cibles et les objectifs poursuivis par l'intervention deviennent plus faciles à

prioriser et à séquencer dans le temps. De même, des activités d'apprentissage élaborées sont individualisées et conçues pour être facilement intégrées dans la vie quotidienne de l'enfant, et ce, dans tous ses milieux de vie, pour assurer l'intensité et la cohérence nécessaire à l'efficacité de l'intervention (Zwaigenbaum et al., 2015).

En guise de perspective

Les nouvelles données sur l'intervention précoce amènent à considérer le profil unique de chaque enfant et l'importance des facteurs environnementaux. Par exemple, dans le DSM-5 paru en 2013 (*American Psychiatric Association, 2013*), on note une évolution importante vers une vision de plusieurs troubles ou problématiques sous la forme de continuums plutôt que comme des entités distinctes. La notion de comorbidité de plusieurs conditions prend de plus en plus d'importance, notamment au sein des troubles neurodéveloppementaux. Comme dans un contexte d'intervention précoce, c'est le jeune enfant en plein développement qui est ciblé. Le nombre d'éléments à considérer et le fait que chacun s'influence rendent encore plus complexe la détermination d'objectifs et d'approches d'intervention. En intégrant les sphères d'intervention au sein du MDH-PPH, le MAIS permet d'analyser le profil de tous les enfants bénéficiant de services d'intervention précoce puisqu'il permet d'approfondir les éléments développementaux et les facteurs en cause, en fonction des différents diagnostics ou des hypothèses diagnostiques. Par le biais d'un tel modèle intégrateur, les différents intervenants qui collaborent pour offrir des services d'intervention aux jeunes enfants et à leur famille s'assurent que leurs actions s'inscrivent en cohérence dans le projet éducatif ciblé pour cet enfant. Dans un contexte d'intervention précoce, il est également plus facile pour les parents et les intervenants de planifier les actions à poser et de prioriser les objectifs de l'intervention en ayant une vue globale de la situation actuelle et anticipée. Par exemple, l'impact visé sur les habitudes de vie de l'enfant sera

d'abord identifié pour ensuite déterminer les objectifs liés au développement des capacités dans chacune des sphères d'intervention. La collaboration interprofessionnelle et la mise en œuvre de l'approche du patient partenaire sont facilitées par la mise en place du projet commun qui est le projet éducatif. L'intervention basée sur un modèle d'analyse global et commun facilite, par ailleurs, la continuité des services, ce qui est un avantage considérable lorsque l'enfant bénéficie d'interventions dans plusieurs milieux ou encore lors des passages d'une équipe à une autre (ex : transition du préscolaire au scolaire).

Ce modèle s'est élaboré à partir du désir d'harmoniser les pratiques en intervention précoce en intégrant des modèles conceptuels tels que le MDH-PPH (Fougeyrollas, 2010) et le modèle SCERTS (Prizant., Wetherby., Rubin., Laurent., et Rydell, 2006). Ce dernier a été choisi comme un des modèles théoriques visant à compléter le modèle MDH-PPH dans un contexte d'intervention précoce puisqu'il alliait les valeurs et la vision interdisciplinaire tout en intégrant les composantes associées à l'efficacité de l'intervention précoce. Par la suite, un arrimage avec les processus cliniques utilisés par les équipes d'intervention a été réalisé. Le modèle présenté ici est donc le fruit de plusieurs travaux années de réflexion, de consultations auprès de divers acteurs en intervention précoce et il a été expérimenté au sein de milieux de pratique variés tels que des centres de réadaptation, une clinique universitaire et des organismes communautaires. Cette présentation sommaire du MAIS vise à illustrer l'aspect global et suffisamment flexible de ce modèle pour mettre en évidence sa capacité à évoluer en fonction des avancées de la recherche et à s'adapter aux différentes clientèles, diverses équipes d'intervention et dans des milieux de pratique variés. Il va sans dire que son utilisation concrète dans ces milieux cliniques auprès de clientèles spécifiques nécessiterait des précisions additionnelles expliquant à quel point

l'utilisation de ce modèle guide et enrichit la pratique clinique de tous les intervenants impliqués dans l'intervention précoce.

Références

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Boyd, B. A., Odom, S. L., Humphreys, B. P. et Sam, A. M. (2010). Infants and toddlers with autism spectrum disorder: Early identification and early intervention. *Journal of Early Intervention*, 32, 7598.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal.
- Division for Early Childhood (DEC). (2014). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education*. Repéré à <http://www.dec-sped.org/dec-recommended-practices>
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile : transformations réciproques du sens du handicap*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Gormley, W. T., Phillips, D. A., Welti, K., Newmark, K. et Adelstein, S. (2011). Social-emotional effects of early childhood education programs in Tulsa. *Child Development*, 82(6), 2095-2109.
- Guralnick, M. J. (2016). Early intervention for children with intellectual disabilities: An update. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(2), 211-229.
- Mattern, J. A. (2015). A mixed-methods study of early intervention implementation in the commonwealth of Pennsylvania: Supports, services, and policies for young children with developmental delays and disabilities. *Early Childhood Education Journal*, 43(1), 57-67.
- Moore, T. (2012). *Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice*. Murdoch Childrens Research Institute and The Royal Children's Hospital Centre for Community Child Health.
- Odom, S. L. et Wolery, M. (2003). A unified theory of practice in early intervention-early childhood special education. *The Journal of Special Education*, 37(3), 164-173.
- Palasino, R. J., Chiarello, L. A., King, G. A., Novak, I., Stoner, T. et Fiss, A. (2012). Participation-based therapy for children with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 34, 1041-1052.
- Pépin, G., Gascon, H., Beaupré, P., Tétreault, S., Dionne, S., Roy, S., ... et Ruel, J. (2006). *Les effets des programmes d'intervention pour les enfants de la naissance à sept ans présentant un retard global de développement et recevant des services d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI)*. Rapport de recherche. Projet de recherche subventionné par Le Consortium national de recherche sur l'Intégration sociale La Fédération Québécoise de CRDI

- Prizant, B.M., Wetherby, A.M., Rubin, E., Laurent, A.C. et Rydell, P.J. (2006). *The SCERTS Model, a comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorder* Vol. 1 et Vol. 2, Brookes, Baltimore.
- Reynolds, A. J., Temple, J. A., Ou S-R., Arteaga, I. et White, B. A. B. (2011). School-based early childhood education and age-28 well-being : Effects by timing, dosage and subgroups. *Science*, 333, 360-364.
- Smith, B. et Rous, B. (2011). Historical perspectives. Dans S. Eidelman & C. Groark (dir.), *Early childhood intervention: Shaping the future for children with special needs and their families* (vol. 1, p. 1-17). Santa Barbara, CA: Praeger.
- Terrisse, B., Kalubi, J. C. et Larrivée, S. J. (2007). Résilience et handicap chez l'enfant. *Reliance*, 2(24), 12-21.
- Wallace, K. et Rogers, S. (2010). Intervening in infancy: implications for autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1300-1320.
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Kasari, C., Carter, A., Granpeesheh, ... et Natowicz, M.R. (2015). Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age : recommendations for practice and research. *Pediatrics*, 136(1s), 60-81.