

Compilation des meilleures pratiques

***EN MATIÈRE DE
PROGRAMMES DE
FORMATION
POUR LES ENFANTS
AYANTS DES
TROUBLES DU
DÉVELOPPEMENT***





**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

Table des matières

Introduction	3
Meilleures pratiques	3
Critères de sélection des meilleures pratiques	6
BP1 : Élaboration du programme de formation aux compétences des soignants de l'OMS pour les troubles ou retards du développement	9
BP2 : Un outil pour observer la phénoménologie et l'esthétique des relations primaires : les « pas de danse » de la réciprocité entre les soignants et le nourrisson/enfant – Étude pilote de validité	12
BP3 : Garantie européenne pour l'enfance en Bulgarie – Phase III de l'action préparatoire de la Commission européenne – Composante 2 : approche systémique de l'intervention auprès des jeunes enfants handicapés ou présentant des difficultés de développement.	14
BP4 : L'impact d'une intervention centrée sur la famille pour les parents d'enfants présentant des troubles du développement : un projet modèle en Irlande rurale	16
BP5 : Un programme de formation pour améliorer les buts et objectifs de l'IFSP/IEP grâce à l'entretien basé sur les routines	18
BP6 : Gestion de l'autisme chez les enfants et les jeunes : un guide de bonnes pratiques cliniques	20
BP7 : Aider les jeunes enfants à comprendre les syndromes de prédisposition héréditaire au cancer grâce à la bibliothérapie	22
BP8 : PROJET TEAVIAL	25
BP9 : Guide théorique sur le jeu : Le rôle du jeu dans l'inclusion. Aires de jeux inclusives – Programme de formation des enseignants.	28
Conclusion	32



Introduction

Le projet EarlyBrain, intitulé « Autonomiser les familles dans l'intervention auprès de la petite enfance », vise à soutenir les parents et les proches d'enfants souffrant de troubles du développement en leur fournissant les connaissances et les compétences nécessaires pour favoriser le développement de leurs enfants.

Reconnaissant le rôle crucial que jouent les familles dans la croissance et le bien-être de ces enfants, le projet adopte une approche holistique qui répond aux besoins des enfants et de leurs soignants.

Ce document rassemble un recueil de bonnes pratiques issues de diverses régions et contextes, chacune offrant des perspectives et des méthodologies uniques pour responsabiliser les familles et les aidants. Ces pratiques illustrent un éventail d'interventions innovantes conçues pour répondre aux divers défis rencontrés par les familles d'enfants présentant des troubles du développement, de l'Irlande rurale à la Bulgarie urbaine, et des milieux défavorisés aux programmes de formation spécialisés.

En partageant ces approches exemplaires, le projet EarlyBrain vise à inspirer et à guider les praticiens, les décideurs politiques et les familles dans leurs efforts pour améliorer l'intervention et le soutien à la petite enfance.

Vous trouverez ci-dessous une brève introduction à chacune des bonnes pratiques rassemblées dans ce document.



Meilleures pratiques

1. Élaboration du programme de formation aux compétences des soignants de l'OMS pour les troubles ou retards du développement

Le programme CST, développé par l'Organisation mondiale de la Santé, vise à enseigner aux aidants naturels des compétences pour soutenir la communication sociale et le comportement adaptatif de leurs enfants dans des contextes à faibles ressources. Adaptable et conçu pour être mis en œuvre par des non-spécialistes, il est réalisable et pertinent dans divers contextes culturels et socio-économiques.

2. Les « pas de danse » de la réciprocité entre les soignants et les nourrissons/enfants : une étude pilote de validité

Cette étude présente un outil d'observation permettant d'évaluer la réciprocité entre les aidants et les nourrissons/enfants, en mettant l'accent sur la co-crédation d'expériences significatives. Elle applique les principes de la psychothérapie gestaltiste et a été testée auprès de dyades aidant-enfant prématuré, apportant ainsi un éclairage sur la dynamique des interactions aidant-enfant.

3. Garantie européenne pour l'enfance en Bulgarie : approche systémique de l'intervention auprès de la petite enfance

Ce projet pilote soutient le développement d'une approche systémique d'intervention précoce auprès des enfants présentant des troubles du développement, en mettant l'accent sur un système de soutien global pour les familles de jeunes enfants. Il cible les enfants de 0 à 7 ans et aborde les facteurs de risque sociaux et biologiques.

4. L'impact d'une intervention centrée sur la famille pour les parents d'enfants présentant des troubles du développement : un projet modèle en Irlande rurale

Cette pratique répond aux défis complexes auxquels sont confrontés les parents en milieu rural, notamment les problèmes de santé mentale et l'isolement social. L'intervention centrée sur la famille comprend des visites mensuelles à domicile et des appels téléphoniques réguliers afin de fixer des objectifs de développement pour l'enfant et de répondre aux besoins des parents et de la fratrie. Des activités communautaires sont également prévues pour favoriser l'inclusion sociale.

5. Un programme de formation pour améliorer les objectifs et les buts de l'IFSP/IEP grâce à l'entretien basé sur les routines

Ce programme de formation comble le fossé entre les philosophies centrées sur la famille et les pratiques concrètes en intervention auprès de la petite enfance. Il se concentre sur des entretiens de routine pour aider les familles à identifier leurs priorités en matière d'objectifs pour l'enfant et la famille, améliorant ainsi la fonctionnalité et la centralité des plans d'intervention.



6. Prise en charge de l'autisme chez les enfants et les jeunes : guide de bonnes pratiques cliniques

Cette ligne directrice souligne les limites des évaluations standardisées et propose l'utilisation d'évaluations basées sur le programme scolaire pour mieux mesurer les progrès des enfants et individualiser les plans de traitement. Le profil d'apprentissage adapté de l'élève (PAA) est présenté comme un outil de suivi systématique des progrès dans les programmes d'intervention précoce.

7. Aider les jeunes enfants à comprendre les syndromes de prédisposition héréditaire au cancer grâce à la bibliothérapie

Cette pratique utilise un cadre bibliothérapeutique pour aider les familles à communiquer avec leurs enfants au sujet des maladies héréditaires et des syndromes de prédisposition au cancer. Des histoires illustrées sont utilisées pour accompagner les enfants de 5 à 10 ans à risque de développer ces maladies, facilitant ainsi la prise de décision éclairée et réduisant la détresse émotionnelle.

8. Projet TEAVIAL : Améliorer l'accessibilité cognitive pour les personnes autistes

Le projet TEAVIAL vise à améliorer l'accessibilité cognitive des personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA) grâce à l'utilisation de pictogrammes. Une méthodologie de recherche-action participative a été utilisée pour concevoir et évaluer des séquences avec pictogrammes afin d'améliorer la compréhension et de promouvoir l'autonomie et la participation sociale.

9. Guide théorique sur le jeu : Le rôle du jeu dans la facilitation de l'inclusion

Ce guide souligne l'importance du jeu inclusif pour prévenir l'exclusion sociale et favoriser l'apprentissage naturel. Il propose de transformer les récréations scolaires en environnements inclusifs afin d'améliorer l'expérience des enfants et de prévenir le harcèlement, favorisant ainsi l'inclusion sociale et la résolution des conflits.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

Critères de sélection des meilleures pratiques

Les meilleures pratiques présentées dans ce document ont été sélectionnées sur la base d'un ensemble de critères et de sous-critères, dont certains sont obligatoires tandis que d'autres sont facultatifs, comme indiqué ci-dessous.

1) Critère n° 1 : Approche conceptuelle

a. Concept (obligatoire)

- ☐ Il existe des définitions/lignes directrices/protocoles (écrits).
- ☐ La pratique/expérience contient les objectifs du programme.
- ☐ Des informations sur la méthodologie et les activités/outils sont disponibles.

b. Groupe cible (obligatoire)

- ☐ Le groupe cible (enfants et soignants) est clairement identifié et correspond à l'objectif (âge couvert de 0 à 6 ans)

c. Innovation

- ☐ Les programmes/pratiques ont un caractère innovant ou impliquent des aspects innovants (par exemple, des connaissances actuelles sur la souffrance et les troubles infantiles, de nouvelles idées ou méthodologies, etc.).

d. Réseautage formel/liens complémentaires avec les institutions concernées

- ☐ La pratique implique la mise en réseau et la coopération avec d'autres institutions.

2) Critère n° 2 : Orientation vers le groupe cible

a. Participation active : le groupe cible peut participer de manière active (par exemple, exprimer des idées, des souhaits et des suggestions pour la planification, la mise en œuvre et la réalisation).

b. Autonomisation : en développant des compétences, le groupe cible (aidants et enfants) devient autonome et autodéterminé.

3) Critère n° 3 : Approche relationnelle (obligatoire)

a. Les meilleures pratiques devraient être la poursuite de l'alliance relationnelle entre le soignant et l'enfant : applicable aux interactions dyadiques/triadiques

4) Critère n° 4 : Critères quantitatifs

a. Les meilleures pratiques doivent être sélectionnées à partir de recherches validées, auprès d'un échantillon de taille conséquente. L'échantillon doit être représentatif et sélectionné selon des techniques probabilistes.

5) Critère n° 5 : Contrôle qualité : documentation et évaluation (obligatoire)



- a. La documentation montre le contenu du processus de travail.
- b. L'évaluation est documentée et couvre l'analyse des processus et des résultats.
- c. Un bon impact a été signalé sur le groupe cible.

6) Critère n° 6 : Transférabilité / Reproductibilité (obligatoire)

- a. Il y a accès à la méthodologie et à la manière dont la pratique/le programme est réalisé (par exemple, description du processus, lignes directrices, manuel, etc.)
- b. Le programme/la pratique peut être transféré/reproduit avec succès dans différentes conditions de neurodéveloppement, comme :
 - Hypersensibilité/hyposensibilité sensorielle
 - inflexibilité cognitive
 - Dyspraxie
 - Difficultés dans les comportements adaptatifs
 - Faible inhibition du contrôle des impulsions
 - changements de ton
 - difficultés d'attention
 - Modifications dans l'idéation, la planification et l'exécution des tâches
 - Faible intelligence émotionnelle
 - Manque de compétences sociales

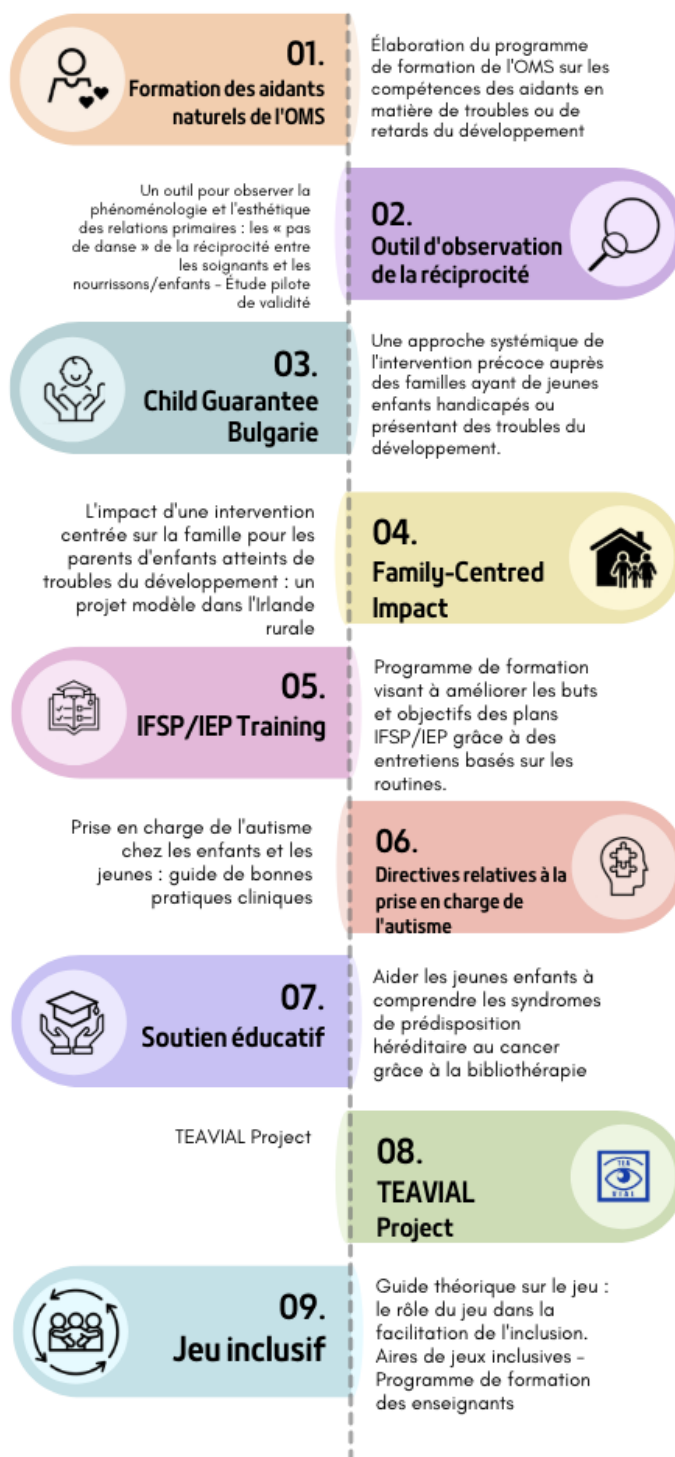
7) Critère n° 7 : Délai (obligatoire)

- a. Les meilleures pratiques doivent être récentes, créées au plus tôt en 2010.



9 BONNES PRATIQUES

EN MATIÈRE DE PROGRAMMES DE FORMATION POUR LES ENFANTS AYANTS DES TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT



BP1 :Élaboration du programme de formation aux compétences des soignants de l'OMS pour les troubles ou retards du développement

Info (lien)

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00769/full>

Front. Psychiatrie, 11 novembre 2019

Sec. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Volume 10 - 2019 <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00769>

1) Approche conceptuelle

a) Concept

À l'échelle mondiale, 52,9 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'un handicap du développement, tel qu'une déficience sensorielle, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre autistique. Parmi eux, 95 % vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. La plupart de ces enfants n'ont pas accès aux soins. Compte tenu des preuves de plus en plus nombreuses montrant que les aidants peuvent acquérir des compétences pour soutenir la communication sociale et le comportement adaptatif de leurs enfants et pour atténuer leurs comportements difficiles, l'Organisation mondiale de la Santé a mis au point un nouveau programme de formation aux compétences des aidants (FCA) destiné aux familles d'enfants présentant des troubles du développement ou un retard de développement, afin de combler ces lacunes thérapeutiques.

Le programme CST est conçu pour être réalisable, évolutif et adaptable, et adapté à une mise en œuvre dans des contextes à faibles ressources par des non-spécialistes. Il s'appuie sur une analyse des données probantes utilisant une approche par éléments communs et a été élaboré grâce à une vaste consultation des parties prenantes et à un processus de révision itératif. Destiné à un public international, il a été conçu pour être adapté au contexte culturel, socio-économique, géographique et de ressources dans lequel il est utilisé, afin de garantir sa compréhension, son acceptation, sa faisabilité et sa pertinence pour les utilisateurs cibles.

Les personnes qui s'occupent de l'enfant sont encouragées à s'exercer à interagir avec lui dans le cadre de « routines domestiques » (mise en place d'activités effectuées régulièrement, comme manger, s'habiller, prendre soin des animaux, ranger et aller dans la communauté pour faire des courses, aller chercher ses frères et sœurs ou profiter du plein air) et de « routines de jeu » avec des jouets et des matériaux recyclés (par exemple, des tasses ou des boîtes en carton) qui sont facilement accessibles à la famille.

b) Groupe cible

Le groupe cible est représenté par les enfants de moins de 5 ans.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

c) Innovation

N/A

d) Réseautage formel / liens complémentaires avec les institutions concernées

L'impulsion pour le développement du programme CST se trouve dans le Guide d'intervention mhGAP de l'OMS pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances dans les établissements de santé non spécialisés, qui recommande depuis 2010 une formation aux compétences parentales pour les troubles ou retards du développement.

2) Orientation vers le groupe cible

En guise de départPoint de départ du développement de la TCS, les résultats de la revue systématique et de la méta-analyse ont été examinés et discutés par des leaders mondiaux expérimentés en interventions parentales, issus de divers horizons professionnels, géographiques et culturels, lors d'une réunion au siège de l'OMS. Cette réunion a rassemblé des représentants de 21 pays répartis sur les six continents, dont une majorité de représentants de pays à revenu faible ou intermédiaire, selon la classification de la Banque mondiale.

Les représentants comprenaient des dirigeants universitaires, des cliniciens, des dirigeants de fondations, des praticiens et aidants (bénéficiaires). Ces représentants ont été invités à donner des conseils sur le contenu et la structure de l'intervention, à contribuer à répondre aux préoccupations d'acceptabilité et de faisabilité et à identifier des stratégies de renforcement des capacités.

3) Approche relationnelle (obligatoire)

Au cœur du développement de la formation aux compétences des aidants (FCA) se trouvait l'exigence que les bénéficiaires cibles de l'intervention soient des enfants présentant des troubles du développement hétérogènes, et il était nécessaire de promouvoir son extension dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) grâce à des intervenants non spécialisés ayant suivi une formation de courte durée. Le programme a été conçu pour adopter une approche centrée sur la famille, s'inscrivant dans un modèle de soins par paliers, où la FCA doit être intégrée aux services sociaux et de santé maternelle, infantile et familiale existants.

Le programme a été conçu pour inclure une combinaison de séances de groupe dans des centres communautaires, des centres de santé ou des écoles et des séances individuelles au domicile des soignants.

4) Critères quantitatifs

À ce jour, 30 sites d'essais sur le terrain sont actifs, représentant toutes les régions du monde de l'OMS : Afrique (n = 4), Amériques (n = 9), Méditerranée orientale (n = 6), Europe (n = 4), Asie du Sud-Est (n = 2) et Pacifique occidental (n = 5). Des versions



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

officielles de l'ensemble des essais sur le terrain sont désormais disponibles en espagnol, et des traductions sont en cours dans plusieurs autres langues.

5) Contrôle qualité : documentation et évaluation (obligatoire)

Les ensembles de données générés pour cette étude sont disponibles sur demande auprès de l'auteur correspondant.

6) Transférabilité / Reproductibilité (obligatoire)

Au cœur du développement de la formation aux compétences des aidants (CST) se trouvait l'exigence que les bénéficiaires cibles de l'intervention soient des enfants présentant des difficultés de développement hétérogènes. et il était nécessaire de promouvoir la mise à l'échelle dans les pays à revenu faible et intermédiaire avec le recours à des agents formés de manière brève non-spécialistes. Le programme a été conçu pour adopter une approche centrée sur la famille qui s'inscrit dans un modèle de soins par étapes, où la CST doit être intégrée aux services sociaux et de santé maternelle, infantile et familiale existants.

7) Délai (obligatoire)

2019

8) Les bonnes pratiques doivent être intégrées à l'enfance (0-6 ans) (obligatoire)

La meilleure pratique est spécifiquement adaptée à la petite enfance, en mettant l'accent sur la tranche d'âge comprise entre 0 et 5 ans.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

BP2 :Un outil pour observer la phénoménologie et l'esthétique des relations primaires : les « pas de danse » de la réciprocité entre les soignants et le nourrisson/enfant – Étude pilote de validité

Info (lien)

<https://jpnim.com/index.php/jpnim/article/view/e120125>

Journal de médecine individualisée pédiatrique et néonatale (JPNIM)

Vol. 12 No. 1 (2023)

<https://doi.org/10.7363/120125>

1) Approche conceptuelle

a) Concept

Cette étude aborde la complexité des interactions soignant-nourrisson/enfant à partir du cadre théorique de la psychothérapie gestaltiste et du champ d'application de la psychologie pédiatrique. S'appuyant sur une étude empirique antérieure portant sur le processus de réciprocité dans les interactions soignant-nourrisson/enfant (Spagnuolo Lobb, 2016), les auteurs ont travaillé à la construction d'un outil d'observation pour étudier la co-crédation d'expériences significatives, en se concentrant non plus sur l'enfant mais sur la « danse » de la réciprocité entre soignant et nourrisson/enfant. S'appuyant sur le contexte de la psychologie pédiatrique, cette étude pilote visait à tester l'application de l'outil auprès de dyades soignant-bébé prématuré, en se référant exclusivement aux naissances modérément prématurées et sans handicap ni altération évolutive grave.

b) Groupe cible

Les enfants âgés de 6 à 9 à 12 mois et leurs mères.

c) Innovation

Cette étude peut être qualifiée d'innovante car elle vise à produire un outil prenant en compte l'idée de cocrédation de l'expérience de contact réelle entre le nourrisson et son soignant. Cette cocrédation repose sur l'étude des mouvements ou de la danse entre l'enfant et son soignant.

Autrement dit, nous pouvons considérer les interactions entre nourrisson et personne qui s'occupe de l'enfant comme un système complexe de perceptions et de mouvements dans leur champ phénoménologique. Par conséquent, pour observer leurs interactions, nous devons nous orienter dans une situation complexe, où il est essentiel d'examiner la réciprocité, l'acte mutuel de se mouvoir vers l'autre dans une « danse » réciproque.

De plus, le concept de réciprocité est important : lorsque nous nous concentrons sur la co-crédation, nous nous intéressons à la « danse » entre les soignants et les nourrissons, ce qui inclut la notion de synchronicité.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

d) Réseautage formel / liens complémentaires avec les institutions concernées

N / A.

2) Orientation vers le groupe cible

Français L'étude a mesuré : 1. la validité de contenu/constructive de l'outil, 2. sa fiabilité interne, 3. sa « sensibilité » à saisir le changement de la « danse » relationnelle dans la transition d'une étape de développement du nourrisson à une autre, en fonction des périodes considérées (entre 6-9-12 mois d'âge corrigé), 4. les cooccurrences entre les flux comportementaux de la dyade nourrisson-soignant dans les 3 étapes de développement considérées. 32 psychothérapeutes experts ont été impliqués dans la mesure de la validité de l'instrument, et 13 dyades soignant-nourrisson ont été observées dans leurs interactions à 6-9-12 mois d'âge corrigé du nourrisson.

3) Approche relationnelle (obligatoire)

L'approche est configurée comme relationnelle car elle se base directement sur la « danse » entre l'enfant et la mère.

4) Critères quantitatifs

32 psychothérapeutes experts, tous agréés et diplômés en approche clinique de la Gestalt-thérapie, avec au moins 8 ans de formation en psychothérapie de la Gestalt et 8 ans de pratique privée, qui ont mesuré la validité du contenu de l'instrument.

Le groupe sur lequel l'observation relationnelle de « danse » a été menée était composé de 13 dyades soignant-nourrisson (toutes mères) (veuillez noter que dans le texte, nous continuerons à utiliser le terme « soignant » car l'outil peut être utilisé avec n'importe quelle figure soignante significative du nourrisson/enfant (mère, père ou autre soignant de remplacement en l'absence des parents)).

5) Contrôle qualité : documentation et évaluation (obligatoire)

La documentation fournit une représentation claire du processus de travail et un impact positif sur le groupe cible a été efficacement démontré.

6) Transférabilité / Reproductibilité (obligatoire)

Le programme fixe des objectifs d'apprentissage pour les enfants handicapés et les parents en fonction d'activités de la vie quotidienne qui sont courantes et reproductibles pour que les familles développent davantage de confiance et de compétences sociales, offrant un soutien émotionnel et une inclusion sociale.

7) Délai (obligatoire)

La meilleure pratique est récente, puisqu'elle a été initiée en 2022, ce qui garantit qu'elle est conforme à l'exigence.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

8) Les bonnes pratiques doivent être intégrées à l'enfance (0-6 ans) (obligatoire)

La meilleure pratique est spécifiquement adaptée à la petite enfance et se concentre sur les groupes d'âge comprenant 6, 9 et 12 mois.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

BP3 :Garantie européenne pour l'enfance en Bulgarie – Phase III de laPréparatoireAction de la Commission européenne – Volet 2: approche systémique de l'intervention auprès des jeunes enfants handicapés ou présentant des difficultés de développement

Info (lien)

<https://www.unicef.org/bulgaria/en/press-releases/european-commission-and-unicef-include-three-year-pilot-scheme-address-child>

UNICEF - Agence bulgare

1) Approche conceptuelle

a) Concept

Le projet pilote soutient le développement d'une approche systémique d'intervention précoce pour les enfants ayant des difficultés de développement ou les enfants à risque de difficultés de développement en raison de facteurs sociaux ou biologiques, en mettant l'accent sur les enfants de 0 à 7 ans.

b) Groupe cible

Le programme pilote a permis d'atteindre plus de 30 000 enfants et jeunes adultes, ainsi que 16 000 soignants s'occupant de groupes vulnérables, tels que les enfants handicapés, les enfants vivant dans des situations familiales précaires, les enfants résidant dans des institutions et les enfants réfugiés et migrants.

c) Innovation

Le personnel des centres communautaires a suivi 75 heures de formation de base sur les approches contemporaines d'intervention précoce centrée sur la famille en milieu naturel. Cette formation a porté sur les thèmes suivants: « Intervention précoce » (Eurlaid), « Intervention auprès de la petite enfance, évaluation des besoins, élaboration d'un plan individualisé et engagement en milieu familial » (Fondation Karin Dom), « Spécificités de la prestation de services d'IPE pour les enfants prématurés et leurs familles » (Fondation « Nos enfants prématurés »), et application de l'outil de dépistage ASQ-3. Des lignes directrices méthodologiques ont été élaborées pour l'application de l'approche systémique en IPE, et cette dernière est déjà opérationnelle dans les centres communautaires.

d) Réseautage formel / liens complémentaires avec les institutions concernées

N / A.

2) Orientation vers le groupe cible

Entre juin 2021 et mars 2022, les équipes ECI nouvellement créées ont sensibilisé 119 familles, dont 33 ont bénéficié d'un accompagnement intensif et continu. Elles ont activement sensibilisé les familles aux bienfaits de l'implication familiale et à l'importance du travail en milieu naturel.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

3) Approche relationnelle (obligatoire)

Cette bonne pratique est relationnelle. L'approche prévoit l'interaction entre les enfants, leur famille et les personnes qui s'occupent d'eux.

4) Critères quantitatifs

- 9 spécialistes supplémentaires ont été embauchés et 3 équipes mobiles pour l'ECI ont été constituées.
- 31 spécialistes de 3 centres communautaires ont reçu une formation intensive de 84 heures en ECI.
- 196 parents et 186 enfants ont été pris en charge par les équipes d'intervention en petite enfance, et 33 de ces familles ont bénéficié d'un soutien intensif.
- 99 spécialistes dans le domaine de l'ECI, dont des médecins généralistes, des infirmières à domicile, des professionnels de santé formés pour réaliser des dépistages de développement.
- 150 personnes ont participé à des ateliers pour les parents sur l'ECI, dont des spécialistes, des professionnels de la santé et des parents de jeunes enfants.

5) Contrôle qualité : documentation et évaluation (obligatoire)

Quant à l'impact et au contenu du processus de travail, ils sont tous deux documentés par les résultats indiqués dans la section correspondante.

6) Transférabilité / Reproductibilité (obligatoire)

La méthodologie et la mise en œuvre de la pratique/du programme sont accessibles. Ce programme/cette pratique peut être transféré/reproduit avec succès à différentes conditions de développement neurologique.

7) Délai (obligatoire)

La meilleure pratique est récente, puisqu'elle a été initiée en 2020, ce qui garantit qu'elle est conforme à l'exigence.

8) Les bonnes pratiques doivent être intégrées à l'enfance (0-6 ans) (obligatoire)

La meilleure pratique est spécifiquement adaptée à la petite enfance, en mettant l'accent sur la tranche d'âge comprise entre 0 et 7 ans.



BP4 :L'impact d'une intervention centrée sur la famille pour les parents d'enfants ayant des troubles du développement : un projet modèle en milieu ruralIrlande

Info (lien)

<https://www.mdpi.com/2227-9067/10/2/175>

Enfants 2023, 10(2), 175.

<https://doi.org/10.3390/children10020175>

1) Approche conceptuelle

a) Concept

Le risque accru de problèmes de santé mentale et d'isolement social auquel sont confrontés les parents d'enfants présentant des troubles du développement est aggravé par le contexte familial et le fait de vivre en milieu rural. Souvent, les parents reçoivent peu de soutien personnalisé. Des interventions centrées sur la famille ont été recommandées à l'échelle internationale pour favoriser le développement de l'enfant et améliorer le bien-être des parents. Pourtant, dans de nombreux pays, les services actuels sont principalement centrés sur l'enfant et dispensés en clinique. Un service de soutien innovant, centré sur la famille, a été conçu et évalué dans un comté rural d'Irlande. Du personnel de soutien se rend au domicile familial chaque mois pendant environ un an et effectue des suivis téléphoniques réguliers. Ce service visait notamment à définir des objectifs de développement pour l'enfant, convenus avec les parents, ainsi qu'à prendre des mesures pour répondre aux besoins personnels des parents et de la fratrie. De plus, des activités communautaires sont identifiées ou créées pour favoriser l'inclusion sociale de l'enfant et de la famille au sein des communautés locales, et à identifier des opportunités d'activités sociales pour les mères.

b) Groupe cible

Enfants handicapés âgés de 9 mois à 13 ans et leurs familles/parents.

c) Innovation

La valeur des projets innovants, comme celui-ci, va au-delà des résultats qu'ils procurent aux familles et aux enfants. Ils démontrent notamment comment de nouveaux modèles de services de soutien social en milieu rural peuvent apporter un soutien économique, émotionnel et pratique aux familles qui élèvent un enfant présentant un handicap de développement.

d) Réseautage formel / liens complémentaires avec les institutions concernées

N / A

2) Orientation vers le groupe cible

Au total, 110 enfants de 96 familles ont participé au projet jusqu'à présent, ce qui représente 91 % des familles référencées au projet.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

La majorité des enfants avaient une déclaration de besoins éducatifs spéciaux (n = 68 : 62 %), mais ce pourcentage était plus élevé pour ceux ayant des troubles d'apprentissage (90 %), par rapport à ceux souffrant d'autisme (75 %) et de troubles du développement (78 %).

3) Approche relationnelle (obligatoire)

Cette bonne pratique est relationnelle. Le projet fixe des objectifs à la fois pour les enfants en situation de handicap et leurs parents/familles.

4) Critères quantitatifs

110 enfants de 96 familles ont participé au projet, principalement situées en zones rurales et englobant différents modèles familiaux (parents ensemble, parents célibataires, etc.).

5) Contrôle qualité : documentation et évaluation (obligatoire)

Des objectifs d'apprentissage individuels ont été fixés pour chaque enfant en fonction de son niveau de développement et convenus avec chaque famille ; ces objectifs ont été revus à six, neuf et douze mois. Pour chaque objectif, les parents et l'équipe du projet ont évalué les progrès de l'enfant à l'aide d'une échelle de cinq points : « bien mieux » ; « meilleur » ; « moins bien » ; « moins bien » et « moins bien ». Afin de synthétiser les informations relatives aux 110 enfants, les objectifs choisis ont été regroupés en six domaines et, au sein de chaque domaine, le nombre d'enfants dont les progrès ont été jugés « bien meilleurs » a pu être déterminé. Globalement, les résultats indiquent que les parents ont exprimé des progrès très positifs pour leurs enfants.

6) Transférabilité / Reproductibilité (obligatoire)

Le programme fixe des objectifs d'apprentissage pour les enfants handicapés et les parents en fonction d'activités de la vie quotidienne qui sont courantes et reproductibles pour que les familles développent davantage de confiance et de compétences sociales, offrant un soutien émotionnel et une inclusion sociale.

7) Délai (obligatoire)

Le projet est opérationnel depuis cinq ans (2018-2023).

8) Les bonnes pratiques doivent être intégrées à l'enfance (0-6 ans) (obligatoire)

Le projet comprend les enfants avec un handicap entre 9 mois et 13 ans.



BP5 :Un programme de formation pour améliorer les buts et objectifs de l'IFSP/IEP grâce à l'entretien basé sur les routines

Info (lien)

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0271121413494416?journalCode=teca>

Tânia Boavida, MPsy, Cecilia Aguiar, PhD, et R. A. McWilliam, PhD Voir tous les auteurs et affiliations

Volume 33, numéro 4

<https://doi.org/10.1177/0271121413494416>

1) Approche conceptuelle

a) Concept

Les pratiques ne correspondent souvent pas aux philosophies sur la centralité de la famille et la fonctionnalité de l'intervention auprès de la petite enfance (ECI ; Campbell et Halbert, 2002).

Nous proposons un programme de formation comme solution prometteuse pour combler le fossé entre philosophie et pratique. L'IPE est désormais définie comme une démarche centrée sur la famille, ce qui signifie que les praticiens sont tenus d'interagir avec les familles de manière conviviale et encourageante, de leur donner l'occasion de prendre des décisions éclairées sur l'aide apportée par l'IPE et de répondre à leurs besoins.

Le programme de formation décrit ici visait à promouvoir ces concepts de centrage sur la famille et de fonctionnalité auprès des intervenants en petite enfance de la région de Lisbonne. Plus précisément, les participants ont été formés aux entretiens de routine (RBI), conçus pour aider les familles à identifier leurs propres priorités en matière d'objectifs pour l'enfant et la famille. Le contexte de cette évaluation des besoins encourage les familles à réfléchir aux détails de leur quotidien, favorisant ainsi leur capacité à préciser leurs souhaits de changement.

b) Groupe cible

Ce programme vise à fournir une intervention auprès des jeunes enfants.

c) Innovation

Évaluation des objectifs et des buts centrée sur la personne, formation individualisée et suivi régulier.

d) Réseautage formel / liens complémentaires avec les institutions concernées

N / A



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

2) Orientation vers le groupe cible

Cette formation s'adresse aux professionnels de l'intervention auprès de la petite enfance (IPE) et de l'éducation spécialisée de la petite enfance (ESPE).

3) Approche relationnelle (obligatoire)

Les participants ont été formés à l'utilisation des entretiens de routine (RBI), conçus pour aider les familles à identifier leurs propres priorités en matière d'objectifs pour l'enfant et la famille. Les bénéficiaires ultimes de cette formation sont les enfants et leurs familles.

4) Critères quantitatifs

La formation a été réalisée dans le cadre d'un projet pilote auprès de 80 professionnels de l'ECI et de l'ECSE de différentes localités, âges et années d'expérience.

5) Contrôle qualité : documentation et évaluation (obligatoire)

La formation a été évaluée positivement par les participants. Selon le document, après la formation, le PEI/PFSI élaboré comportait moins d'objectifs et davantage d'objectifs fonctionnels.

6) Transférabilité / Reproductibilité (obligatoire)

Ce document décrit l'ensemble de la méthodologie et du processus de la formation, depuis l'élaboration conceptuelle jusqu'au retour d'expérience et à l'évaluation finale des participants.

7) Délai (obligatoire)

La meilleure pratique est récente, puisqu'elle a été initiée en 2015, ce qui garantit qu'elle est conforme à l'exigence.

8) Les bonnes pratiques doivent être intégrées à l'enfance (0-6 ans) (obligatoire)

Bénéficiaires ultimes professionnels de l'ECI et de l'ECSE pour les familles et les enfants handicapés entre 0 et 6 ans.



BP6 :Prise en charge de l'autisme chez les enfants et les jeunes : guide de bonnes pratiques cliniques

Info (lien)

[964704.pdf \(hindawi.com\)](https://doi.org/10.1155/2014/964704)

Société d'édition hindawi

Recherche et traitement de l'autisme

Volume 2014, Article ID 964704, 9 pages

<http://dx.doi.org/10.1155/2014/964704>

1) Approche conceptuelle

a) Concept

Les progrès réalisés dans l'identification, le diagnostic et le traitement des très jeunes enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA) ont incité les chercheurs et les cliniciens à examiner d'autres méthodes d'évaluation des progrès et des résultats des enfants dans le cadre des programmes d'intervention précoce. Les évaluations les plus courantes, qui évaluent les changements dans les domaines du développement (cognition, communication, aptitudes sociales, comportement adaptatif et difficultés comportementales), sont des évaluations standardisées. Cependant, plusieurs limites à ce type d'approche de mesure ont été relevées dans la littérature, notamment le manque de sensibilité, les contraintes liées aux tests et les problèmes contextuels.

Les tests standardisés devraient être complétés par des évaluations basées sur le programme scolaire afin d'obtenir des informations plus précises sur les progrès de l'enfant et de faciliter l'individualisation et la planification du traitement. Cet article présente les résultats d'une évaluation de l'utilité du profil d'apprentissage adapté de l'élève (PAA) pour mesurer les progrès des enfants inscrits à un programme d'intervention précoce spécifique au programme PAA. Le PAA est une mesure basée sur le programme scolaire qui évalue la maîtrise de compétences ciblées afin de mesurer les progrès de l'enfant pendant et après un programme d'intervention. Le PAA permet de mesurer les progrès de l'enfant tout au long de l'intervention de manière systématique, ce qui permet de mieux comparer les progrès et le rythme d'apprentissage au sein et entre les programmes.

b) Groupe cible

Cette ligne directrice est destinée à être utilisée par tous les prestataires de soins impliqués dans la prise en charge des enfants et des adolescents (jusqu'à leur 19e anniversaire) atteints d'autisme dans le secteur des soins de santé primaires (y compris les médecins généralistes), dans le secteur des soins de santé secondaires et tertiaires (y compris les médecins spécialistes), dans les services sociaux, dans les services aux personnes handicapées et dans le secteur éducatif.



c) Innovation

Cet article présente les résultats d'une évaluation de l'utilité du profil d'apprentissage adapté des élèves (PAA) pour mesurer les progrès des enfants dans un programme d'intervention précoce spécifique au programme PAA.

d) Réseautage formel / liens complémentaires avec les institutions concernées

N / A

2) Orientation vers le groupe cible

N / A

3) Approche relationnelle (obligatoire)

Ce guide présente une méthode d'analyse des résultats en introduisant de nouvelles méthodes d'évaluation qui montrent les progrès en matière d'apprentissage et d'intervention, en les considérant dans une perspective globale, y compris le contexte académique.

4) Critères quantitatifs

Parmi les 49 enfants ayant bénéficié du traitement du programme, 45 enfants (âge moyen = 22,67 mois) ont été inclus dans les analyses.

5) Contrôle qualité : documentation et évaluation (obligatoire)

Les résultats de cette étude soutiennent l'utilisation complémentaire d'une évaluation basée sur le programme scolaire, l'aSLP, pour déterminer les avantages d'un programme d'intervention précoce pour les enfants atteints de TSA.

Une forte variabilité des scores entre les participants a été observée pour toutes les évaluations. Les évaluations étaient fortement corrélées, ce qui indique probablement que les enfants présentant des fonctions cognitives et adaptatives globales plus élevées étaient plus susceptibles de maîtriser davantage de compétences, ce qui n'est pas surprenant, mais pourrait confirmer la validité d'une évaluation basée sur le programme scolaire.

6) Transférabilité / Reproductibilité (obligatoire)

Des tests standardisés peuvent être mis en œuvre grâce à l'utilisation d'un enseignement basé sur les programmes scolaires.

7) Délai (obligatoire)

La meilleure pratique est récente, puisqu'elle a été initiée en 2014, ce qui garantit qu'elle est conforme à l'exigence.

8) Les bonnes pratiques doivent être intégrées à l'enfance (0-6 ans) (obligatoire)

Le projet comprend les enfants avec un handicap entre 1 et 3 ans.



BP7 :Aider les jeunes enfants à comprendre les syndromes de prédisposition héréditaire au cancer grâce à la bibliothérapie

Info (lien)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33788335/>

PMID : 33788335

DOI:10.1002/jgc4.1396

1) Approche conceptuelle

a) Concept

Communiquer avec les mineurs au sujet des maladies héréditaires et des syndromes de prédisposition au cancer peut s'avérer complexe pour les familles et avoir des répercussions sur les mineurs, tout comme les tests génétiques et une surveillance précoce. Étant donné que les tests sont souvent précoces, il est crucial de fournir aux familles et aux mineurs des stratégies de communication et des conseils adaptés pour une prise de décision éclairée. Pour orienter ces stratégies de communication, un cadre bibliothérapeutique, où les récits sont présentés de manière prescriptive, a été utilisé afin de développer une ressource psychoéducative destinée aux enfants de 5 à 10 ans présentant un risque de développer le syndrome de Li-Fraumeni (SLF) et le syndrome de phéochromocytome et de paragangliome héréditaire (SPPH). Des récits illustrés, basés sur des modèles de compréhension du développement de l'enfant, ont été créés à cet effet.

Les familles ont été invitées à lire un livre d'histoires à leurs fils et filles, puis à mener des entretiens qualitatifs semi-structurés. D'après les témoignages, la ressource bibliothérapeutique a aidé les familles à communiquer sur ces sujets, sans générer de détresse émotionnelle ni chez elles ni chez les mineurs. Tous les membres des familles ont indiqué que cela aurait été utile lors de la première évaluation et/ou du diagnostic de leurs fils et filles.

b) Groupe cible

Il a été développé pour les enfants âgés de cinq à dix ans.

c) Innovation

Ce programme est innovant car il utilise le récit pour expliquer des processus généralement stressants. De plus, les histoires sont adaptées pour favoriser la compréhension chez les enfants en fonction de leur âge, conformément aux stades de développement cognitif de Piaget.

d) Réseautage formel / liens complémentaires avec les institutions concernées

Il s'inspire de la Constitution de l'OMS



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

Dans la présente Constitution, la santé est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne se limite pas à l'absence de maladie ou de trouble. La possession du meilleur état de santé possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, d'opinion politique, de condition économique ou sociale. »

2) Orientation vers le groupe cible

Membres de la famille mineurs présentant un risque de LFS

3) Approche relationnelle (obligatoire)

Le programme a utilisé des entretiens téléphoniques approfondis et semi-structurés avec les familles pour mieux comprendre leur expérience de lecture du livre avec leurs enfants.

4) Critères quantitatifs

Des entretiens ont été menés auprès de 12 parents qui avaient au total 29 enfants âgés de 2 à 18 ans.

5) Contrôle qualité : documentation et évaluation (obligatoire)

La bonne pratique atteint l'objectif déclaré de rendre les informations relatives à la santé compréhensibles et accessibles à tous les individus, en utilisant des histoires comme point d'entrée, l'une des principales sources d'apprentissage pour les enfants, et un langage approprié et adapté à leur âge de développement.

Les résultats confirment les bienfaits de l'utilisation des histoires comme outil de communication entre les familles et les enfants soumis à des tests génétiques et à un dépistage continu du cancer pour des maladies héréditaires. Ce processus de communication devient intime et agréable, aidant les familles à surmonter les idées fausses et les craintes des enfants. Enfin, il a également été démontré que le rituel de lecture partagé entre les familles et les enfants est bénéfique pour la communication familiale.

6) Transférabilité / Reproductibilité (obligatoire)

Tout au long de l'étude, la méthodologie utilisée pour la mise en œuvre du programme est décrite, y compris les critères d'inclusion utilisés pour la sélection de la population, les critères d'adaptation des histoires et la procédure menée pour la collecte de données.

Les histoires ne sont pas fournies, bien qu'en raison de leur adaptabilité et de leurs thèmes, il serait important d'utiliser des histoires différentes en fonction de l'âge et des circonstances des participants.

À partir de cette étude, nous pouvons déduire qu'une intervention telle que la bibliothérapie serait une approche économique, accessible et pratique que les



professionnels de la santé génétique pourraient utiliser pour conseiller et répondre aux besoins des familles.

7) Délai (obligatoire)

2020. Publié en janvier 2021

8) Les bonnes pratiques doivent être intégrées à l'enfance (0-6 ans) (obligatoire)

Au total, 29 enfants, âgés de 2 à 10 ans, à risque de développer le syndrome de Li-Fraumeni (LFS) et le syndrome de phéochromocytome et de paragangliome héréditaire (HPPS), ont participé à ce projet.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

BP8 :PROJET TEAVIAL

<https://Miteco - TEAVIAL>

1) Approche conceptuelle

a) Concept

Le projet TEAVIAL a été motivé par la nécessité d'améliorer l'accessibilité cognitive des personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA) ou d'autres difficultés cognitives, favorisant ainsi leur autonomie et leur participation sociale.

Afin de lancer ce projet, une étude préliminaire a été menée en utilisant une méthodologie de Recherche-Action Participative (RAP), impliquant 1 786 élèves de Centres de la Petite Enfance et d'Éducation Primaire de la province de Séville (Espagne).

Des séquences de pictogrammes ont été conçues et évaluées afin de déterminer celle qui facilitait la meilleure compréhension par les enfants des consignes à suivre aux passages piétons. Suite à cette étude, il a été convenu d'utiliser deux séquences de quatre pictogrammes, selon la présence ou non d'un feu de circulation. Les couleurs retenues pour représenter ces pictogrammes étaient le bleu et le blanc.

La diffusion et la mise en œuvre de ces séquences dans différentes villes et municipalités, tant en Espagne qu'à l'international, permettront d'atteindre l'objectif proposé d'inclusion sociale et contribueront à sensibiliser la communauté autiste.

b) Groupe cible

L'étude ciblait spécifiquement les élèves des niveaux de l'éducation de la petite enfance (de 3 à 6 ans) et de l'éducation primaire (de 6 à 12 ans).

c) Innovation

Le projet TEAVIAL présente des aspects innovants en mettant en lumière les insuffisances des adaptations des infrastructures routières pour faciliter l'autonomie des personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA) ou d'autres difficultés cognitives. Il met en lumière les difficultés rencontrées par les piétons pour se déplacer dans les espaces publics, notamment aux passages piétons, indépendamment de la présence ou de l'absence de feux de circulation.

d) Réseautage formel / liens complémentaires avec les institutions concernées

La motivation du projet TEAVIAL s'inscrit dans la continuité de la troisième cible de l'Objectif de développement durable n° 11, qui porte sur les « Villes et communautés durables ». Cet objectif s'inscrit dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies, approuvé en 2015.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

2) Orientation vers le groupe cible

Pour fonder le projet TEAVIAL, une recherche-action participative (RAP) a été menée auprès de 1 786 élèves de centres d'éducation préscolaire et primaire de la province de Séville, en Espagne. Cette étude a fait appel à une équipe pluridisciplinaire composée de :

- Médecins affiliés à l'Université de Séville.
- Éducateurs : directeurs d'école, psychologues scolaires, enseignants spécialisés en pédagogie thérapeutique et en éducation physique, enseignants de la petite enfance, des niveaux primaire, secondaire et universitaire, et personnel technique de l'éducation de la petite enfance.
- Agents de police : chefs de police locaux, agents de ressources scolaires et spécialistes de l'éducation routière.
- Professionnels de la santé.
- Technicien en Administration Locale : Ingénieur Civil.
- Étudiants de la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'Université de Séville.
- Membres de la famille d'enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA).

3) Approche relationnelle (obligatoire)

La meilleure pratique est relationnelle : mettre en œuvre de nouvelles mesures qui garantissent le droit à l'inclusion de tous les individus dans la société.

4) Critères quantitatifs

Le projet TEAVIAL a été lancé en 2016. La Mairie de Mairena del Aljarafe (Séville) a été pionnière dans la mise en œuvre des séquences aux passages pour piétons. Depuis, de nombreuses municipalités ont collaboré au projet TEAVIAL, parmi lesquelles : El Guijo (Córdoba), Brenes (Séville), San Martín de la Vega (Madrid), Amposta (Tarragone), Los Llanos de Aridane (Île de La Palma), Castrillón (Asturias), Castilleja de la Cuesta (Séville), Fuenlabrada (Madrid), etc.

5) Contrôle qualité : documentation et évaluation (obligatoire)

Cette bonne pratique atteint avec succès l'objectif visé de promouvoir l'inclusion sociale des personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA) ou d'autres difficultés cognitives.

Dans l'étude préliminaire intitulée « Accessibilité cognitive aux passages piétons pour faciliter l'inclusion : conception, développement et évaluation d'une séquence de pictogrammes », le processus menant à la création de deux séquences de pictogrammes adaptées aux passages piétons est décrit.

L'impact peut être observé à travers le nombre croissant de municipalités qui adhèrent au projet en signant une convention pour adopter les séquences de pictogrammes.



6) Transférabilité / Reproductibilité (obligatoire)

Aussi bien à partir de l'étude préliminaire du projet que sur le site Web de TEAVIAL, on peut trouver la méthodologie utilisée, la justification de chaque décision et la documentation nécessaire.

Ces séquences ont été utilisées dans de nombreuses municipalités espagnoles, facilitant la mobilité et l'autonomie des personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA) ou d'autres difficultés cognitives. Elles ne peuvent être modifiées pour garantir une compréhension universelle.

7) Délai (obligatoire)

Le projet TEAVIAL a été lancé en 2016 et est actuellement en cours.

8) Les bonnes pratiques doivent être intégrées à l'enfance (0-6 ans) (obligatoire)

L'étude préliminaire du projet TEAVIAL a porté sur 1 786 élèves. Les niveaux d'éducation sélectionnés comprenaient des centres d'éducation de la petite enfance (CEPE) accueillant des élèves de 3 à 6 ans, des centres d'éducation primaire (CEP) accueillant des élèves de 6 à 12 ans, ou des centres mixtes englobant les deux niveaux (CEPE et éducation primaire).



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

BP9 :Guide théorique sur le jeu : Le rôle du jeu dans l'inclusion. Aires de jeux inclusives – Programme de formation des enseignants.

Info (lien)

<https://inclusiveplaygrounds.eu/media/pinc-io5-roadmap-es.pdf>

Aires de jeux inclusives

Programme de formation des enseignants - PINC

1) Approche conceptuelle

a) Concept

L'apprentissage durant l'enfance passe par le jeu, où apprentissage et plaisir vont de pair. Cependant, des situations d'exclusion surviennent fréquemment. Ces situations peuvent être inoffensives tant qu'elles sont occasionnelles, mais si elles perdurent, elles risquent d'entraîner une exclusion sociale durable.

De telles situations sont préjudiciables à l'éducation des enfants qui excluent ou ignorent leurs pairs, car certaines attitudes qui favorisent ce type d'exclusion deviennent normales, surtout lorsqu'elles sont renforcées et approuvées par les adultes.

Pendant les récréations, on observe souvent que certains élèves n'interagissent pas avec les autres ou ne participent pas aux jeux, se plaçant ainsi dans une position vulnérable pouvant mener au harcèlement. Il est donc important de promouvoir le jeu inclusif dans des environnements réels afin de faciliter l'apprentissage naturel et de prévenir le harcèlement.

À la lumière de tout cela, il devient évident qu'il est nécessaire de créer un projet qui prévienne toute forme d'exclusion sociale, en transformant la récréation en un environnement inclusif et agréable qui favorise l'apprentissage, y compris les techniques de résolution de conflits.

L'objectif principal de ce guide est d'améliorer le plaisir du jeu libre et d'améliorer les expériences des enfants.

b) Groupe cible

Ce guide s'adresse aux enfants de 3 à 12 ans scolarisés en maternelle ou en primaire. Il est toutefois applicable à tous les groupes d'enfants, car il a un impact positif à l'échelle mondiale.

c) Innovation

Ce guide est considéré comme innovant et important car il aborde théoriquement le jeu inclusif dans l'enfance, en mettant l'accent sur le jeu libre pendant les loisirs des enfants. À cet égard, il apportera des connaissances sur les méthodologies pédagogiques et favorisera ainsi l'accessibilité au jeu libre pendant l'enfance.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

d) Réseautage formel / liens complémentaires avec les institutions concernées

Le jeu et ses bienfaits sont reconnus par la littérature scientifique et les conventions internationales comme un droit de l'enfant, auquel tous les pays membres des Nations Unies (ONU) ont adhéré. À cet égard, l'importance du jeu et des loisirs dans la vie des enfants a été reconnue en 1948 par la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui stipule que « toute personne a droit au repos et aux loisirs ». Des années plus tard, en 1989, la Déclaration des droits de l'enfant affirme que « l'enfant a le droit de se livrer à des jeux et à des activités récréatives, qui devraient viser les mêmes fins que l'éducation. La société et les pouvoirs publics s'efforceront de favoriser la jouissance de ce droit. »

Ces textes affirment implicitement que ce droit appartient à tous, garçons et filles, sans distinction. Cependant, en 2006, la Convention relative aux droits des personnes handicapées a explicitement protégé la participation de tous aux activités récréatives, de loisirs et sportives, garantissant ainsi aux enfants handicapés un accès égal à celui de leurs pairs pour participer et profiter des jeux et/ou des activités récréatives, de loisirs ou sportives, y compris celles qui se déroulent dans le cadre du système éducatif.

2) Orientation vers le groupe cible

Ce guide s'adresse aux enfants de 3 à 12 ans scolarisés en maternelle ou en primaire. Il est toutefois applicable à tous les groupes d'enfants, car il a un impact positif à l'échelle mondiale.

3) Approche relationnelle (obligatoire)

Les interactions entre les éducateurs/enseignants et les élèves sont facilitées par des supports spécifiques.

Certaines des ressources utilisées ou des caractéristiques des éléments à prendre en compte étaient :

- Casque antibruit.
- Interrupteurs.
- Des documents faciles à lire.
- Type de police accessible.
- Pictogrammes.
- Tutoriels vidéo.
- Photographies.
- Technologie de communication.
- Applications prises en charge : Tempus, DictaPicto, TEAyudo a Jugar.



- Technologie : ARASAAC, ARAWORD, PICTOSELECTOR.
- Éléments sensoriels tels que des marqueurs de jeu de rôle (bracelets à grelots, marqueurs tactiles d'équipe, marqueurs tactiles de zone).
- Agenda étudiant.
- Tableau de communication.

4) Critères quantitatifs

Ce projet a débuté en octobre 2020, avec pour entité principale l'Université de Murcie et Olga Rodríguez Ferrán comme coordinatrice. Il s'adresse aux enseignants afin de faciliter l'inclusion des enfants, ainsi qu'en classe, pendant les récréations. Des guides et recommandations ont été élaborés concernant : les processus inclusifs en éducation, un guide théorique sur le jeu (le jeu comme facilitateur d'inclusion), un guide pratique sur le jeu et un guide pour l'animation d'une communauté éducative (stratégies de sensibilisation à l'inclusion) ainsi que des feuilles de route pour les enseignants (ressources et didactique de la formation PINC).

5) Contrôle qualité : documentation et évaluation (obligatoire)

Le rapport présente la méthodologie du projet en différentes étapes :

- **Étape 1**
 - Observation active.
 - Enregistrement.
 - Analyse.
 - Identification des étudiants cibles et prise de décision les concernant.
- **Étape 2**
 - Aménager des aires de jeux.
 - La chaîne d'accessibilité.
 - L'équipe des médiateurs du jeu.
 - Fréquence.
- **Étape 3**
 - Création et sélection de jeux engageants.
- **Étape 4**
 - Jeu et accompagnement.

Pour évaluer l'efficacité du guide et déterminer les résultats obtenus et les progrès réalisés, il est suggéré de recueillir les informations suivantes :



- Degré de participation et de plaisir des étudiants.
- Efficacité du zonage de jeu.
- Adéquation des ressources matérielles et humaines.
- Efficacité de la chaîne d'accessibilité.
- Efficacité du soutien apporté.
- Résumé des aspects les plus notables survenus pendant les pauses.

La collecte de ces informations permet également d'identifier les besoins potentiels de modifications dans les jeux et activités proposés.

6) Transférabilité / Reproductibilité (obligatoire)

L'accès à la méthodologie et au processus de mise en œuvre de la pratique/du programme est disponible (par exemple, description du processus, lignes directrices, manuel, etc.).

La méthodologie employée se reflète dans le processus de mise en œuvre du programme, qui comprend les étapes suivantes :

- Observation : Analyse observationnelle du jeu en contexte récréatif, participation des élèves, accessibilité au jeu, analyse environnementale.
- Organisation de l'équipe, collecte de données et calendrier.
- Sélection et création de jeux : Sélectionner ou créer des jeux motivants.
- Le jeu lui-même : Processus d'intervention quotidien ou processus d'intervention pour un jeu spécifique.
- Évaluation.

Le programme prend en compte l'élimination des barrières physiques, sensorielles, cognitives, communicatives, comportementales ou éducatives. Ainsi, le jeu est adapté à la participation de tous les enfants, quel que soit leur trouble neurodéveloppemental.

Il repose sur un jeu inclusif, guidé par les principes d'une utilisation équitable et flexible du matériel, d'une jouabilité intuitive et facile à utiliser, et d'un accès à des informations perceptibles. Il permet une tolérance aux erreurs, exige un effort physique adapté et prend en compte des dimensions et des espaces adaptés, bénéficiant ainsi aux personnes présentant les pathologies mentionnées ci-dessus et à l'ensemble de la population enfantine.

7) Délai (obligatoire)

Le projet s'est déroulé d'octobre 2020 à mars 2023 (30 mois).



8) Les bonnes pratiques doivent être intégrées à l'enfance (0-6 ans) (obligatoire)

Ce guide s'adressait principalement aux élèves de la petite enfance (de 3 à 6 ans) et du primaire (de 6 à 12 ans). Cependant, sa mise en œuvre concrète a un impact positif sur l'ensemble de la population enfantine.

Conclusion

La compilation de ces bonnes pratiques met en lumière la diversité et l'innovation des approches d'accompagnement des familles et des aidants d'enfants présentant des troubles du développement. Chaque pratique offre des enseignements et des méthodologies précieux, adaptables et applicables à divers contextes pour améliorer l'intervention auprès de la petite enfance. Par exemple, l'intervention centrée sur la famille en Irlande rurale aborde non seulement les objectifs de développement de l'enfant, mais prend également en compte le bien-être des parents et de la fratrie, favorisant ainsi une approche holistique de l'accompagnement. De même, le programme de formation de Lisbonne comble le fossé entre les philosophies centrées sur la famille et les pratiques concrètes, permettant ainsi aux praticiens de mieux accompagner les familles.

Parmi les autres pratiques notables, citons le Programme de formation aux compétences des aidants de l'OMS, qui illustre le potentiel d'interventions évolutives et adaptables dans les milieux à faibles ressources, et le projet TEAVIAL, qui vise à améliorer l'accessibilité cognitive des personnes atteintes de troubles du spectre autistique. Le cadre bibliothérapeutique illustre une approche innovante pour communiquer avec les enfants sur les maladies héréditaires, facilitant ainsi la prise de décision éclairée et réduisant la détresse émotionnelle.

En se concentrant sur les besoins holistiques des enfants et de leurs familles, ces interventions favorisent non seulement les progrès du développement, mais aussi un environnement favorable et inclusif pour tous les acteurs concernés. Le projet EarlyBrain s'engage à diffuser ces pratiques afin d'inspirer et de guider les efforts continus visant à responsabiliser les familles et à améliorer les résultats pour les enfants atteints de troubles du développement en Europe et au-delà.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Ce projet est cofinancé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention n° 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.