

## **L**es services de réadaptation

Les services de réadaptation se divisent essentiellement en trois programmes: les services sociorésidentiels, les services socioprofessionnels, et les services de soutien à la personne, à la famille, aux proches et à la communauté.

Les services sociorésidentiels visent à assurer les enfants et les adultes présentant une déficience intellectuelle d'avoir, dans un endroit situé dans la communauté, un gîte et un couvert avec un encadrement adéquat. Ces services sont rendus à l'intérieur des familles d'accueil (RTF: ressources de type familial), des foyers de groupes, des résidences communautaires, des appartements supervisés ou des ressources contractuelles (RI: ressources intermédiaires).

Les services socioprofessionnels sont, la plupart du temps, des services d'apprentissage aux habitudes de travail (SAHT). Ils sont issus de ce qu'on appelait avant les ateliers protégés. Ces derniers avaient été créés par des groupes de parents dans les années 1960 qui désiraient offrir une occupation de jour à leurs enfants devenus adultes qui ne fréquentaient plus le réseau scolaire. Aujourd'hui un bon nombre des personnes desservies par le programme SAHT le sont à l'intérieur de plateaux de stages intégrés dans des entreprises régulières.

Les services de soutien se traduisent, la majorité du temps, par de l'aide éducative à domicile. Ces services incluent les services de stimulation précoce.

Ces programmes sont offerts par les centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et connaissent actuellement, dans la région de Montréal, un manque flagrant de disponibilité et d'accessibilité.

---

## Le problème des listes et délais d'attente

Actuellement, dans la région de Montréal, les cinq centres de réadaptation desservant la clientèle présentant une déficience intellectuelle comptent des délais d'attente de 2 à 4 ans pour l'accès aux différents programmes. Cette situation est difficile à vivre autant pour les familles que pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et remet en question le réseau de services qui leur sont destinés.

Globalement, au 31 mars 1997, tel qu'indiqué au tableau 1, 1184 dossiers étaient en attente pour un délai moyen de 781 jours (environ deux ans et deux mois). Pour les services sociorésidentiels, 275 personnes étaient en attente pour un temps moyen de 956 jours (deux ans et sept mois). Au niveau des services socioprofessionnels, 433 personnes étaient également en attente avec un délai moyen de 786 jours (deux ans et deux mois). Pour le programme de soutien, ce nombre passe à 476 avec une attente moyenne de 677 jours (un an et 10 mois).

**Tableau 1**  
**Délais d'attente par programme**

	0 à 17ans		18 ans et plus		Enfants et adultes	
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	de	moyen de	de	moyen de	de	moyen de
	personnes	jours	personnes	jours	personnes	jours
<b>Résidentiel</b>	34	593	241	1007	275	956
<b>Socioprofessionnel</b>	1	383	432	787	433	786
<b>Soutien</b>	143	354	333	815	476	677
<b>Tous les programmes</b>	178	400	1006	849	1184	781

La situation est variable en fonction des groupes d'âge pour les programmes résidentiels et de soutien. Ainsi au niveau résidentiel il y avait au 31 mars dernier 34 enfants (0 à 17 ans) en attente de services et 241 adultes avec des délais moyens d'attente respectivement de 593 jours (un an et sept mois) et 1007 jours (2 ans et 9 mois).

Pour le programme de soutien, 143 enfants contre 333 adultes étaient en attente avec des délais moyens de 354 jours (près d'un an) et 815 jours (deux ans et trois mois). Cette situation est d'autant plus grave qu'elle concerne parfois des délais d'attente pour de la stimulation précoce. Les services de stimulation précoce ont toujours été priorisés par le passé et tous s'entendent pour dire qu'il ne doit absolument pas y avoir de liste d'attente pour ce type de services. Les carences des services de stimulation précoce auront vraisemblablement des conséquences sur les besoins de services dans le futur.

Les délais et le nombre de dossiers en attente sont aussi variables d'un centre de réadaptation à l'autre. Comme l'indique le tableau 2, pour tous les programmes confondus, le centre Gabrielle Major arrive en tête du nombre de personnes en attente avec 439, suivi de loin par Lisette-Dupras à 267, de L'Intégrale à 209, de PSTT à 153 et de Miriam à 116. Les centres de réadaptation étant de différentes tailles, la gravité relative des situations doit être comparée en fonction des délais d'attente. À ce niveau L'Intégrale enregistre les plus importants délais d'attente pour l'obtention d'un service, soit 949 jours, suivi de Gabrielle Major avec 877 jours, de Lisette-Dupras avec 691 jours, de Miriam avec 657 jours et de PSTT à 645 jours.

**Tableau 2**  
**Délais moyens d'attente dans les CRPDI de Montréal**

	0 à 17ans		18 ans et plus		Enfants et adultes	
	Nombre de personnes	Nombre moyen de jours	Nombre de personnes	Nombre moyen de jours	Nombre de personnes	Nombre moyen de jours
<b>Gabrielle Major</b>	56	505	383	931	439	877
<b>Intégrale</b>	23	640	186	987	209	949
<b>Lisette Dupras</b>	31	315	236	740	267	691
<b>Miriam</b>	38	479	78	744	116	657
<b>PSTT</b>	30	577	123	662	153	645

## La situation des différents programmes

### Les services sociorésidentiels

Dans la région de Montréal, mises à part les personnes desservies par les RTF (ressources de type familial), au 31 mars 1996, 1398 personnes recevaient des services résidentiels et 386 personnes étaient en attente de tels services. Après une révision rigoureuse des listes d'attente, le nombre de personnes en attente a chuté à 275 au 31 mars 1997.

La Régie régionale, dans son évaluation de la problématique des ressources résidentielles, fait les constats suivants concernant la clientèle en attente de services résidentiels:

- 84,7% de la clientèle en attente est une clientèle adulte;
- les adultes sont inscrits sur les listes d'attente depuis en moyenne 26 mois;
- les personnes en attente depuis 5 ans sont très majoritairement des adultes;
- une personne en attente sur dix est actuellement hébergée dans un établissement de santé;
- la majorité de la clientèle en attente provient du milieu naturel (61,4%).<sup>1</sup>

Par rapport à la clientèle en attente, la Régie constate aussi “[qu’un nombre important de personnes] présente des problématiques autres que la déficience intellectuelle qui tendent à prédominer sur cette dernière.”<sup>2</sup> Il s’agit d’une clientèle stationnaire et vieillissante<sup>3</sup> dont le placement en résidence communautaire ne semble pas permettre l’atteinte des objectifs d’intégration sociale des CRPDI.

Même si les CRPDI privilégient le maintien dans le milieu naturel et que lorsqu’il doit y avoir placement, celui-ci doit se faire dans la ressource la plus légère possible (petit milieu), les contraintes budgétaires ne permettent pas le respect de cette orientation. Les CRPDI ont plutôt tendance à développer d’autres types de ressources qui seraient mieux adaptées aux besoins spécifiques de la clientèle:

les RI. Également, certains CRPDI envisagent de réorienter la clientèle en perte d'autonomie ou présentant des problèmes majeurs de santé physique vers les CHSLD.

Les services résidentiels doivent répondre à **trois ordres de besoins**: l'accès à un lieu physique de qualité dans la communauté, l'assistance à l'intégration sociale et l'aide pour les besoins de la vie courante. Les services offerts doivent être de qualité et, à cet effet, doivent répondre à certaines conditions.

Nous pouvons identifier ce à quoi devraient correspondre des normes de qualité de services en fonction des trois ordres de besoins en matière de services résidentiels.

Ainsi, au niveau du lieu physique, celui-ci devrait:

- répondre aux normes d'habitabilité, de salubrité, de sécurité et de confort établies par les réglementations municipales ou autres;
- être fonctionnel, accessible, adapté aux besoins de la personne, avoir des installations sanitaires adéquates, etc.;
- être situé dans la communauté, à proximité des services;
- offrir des chambres individuelles permettant aux personnes d'avoir leur intimité;
- permettre aux personnes d'avoir accès à une pièce où elles peuvent être seules et recevoir des visiteurs;
- assurer une stabilité résidentielle (permettre à la personne desservie de vivre dans un même quartier en évitant les déménagements fréquents).

Pour l'assistance à l'intégration, les personnes bénéficiant de services résidentiels devraient:

- avoir, pour la gestion de leurs affaires (biens, argents, etc.) un support dans le respect de leurs choix et volonté;
  - être libres de leurs allers et venues en accord avec les règles de la maison, règles qui respectent les droits et libertés individuels et sur lesquelles elles ont leur mot à dire;
-

- avoir l'assistance nécessaire pour avoir accès à des activités de jour et de soir, à des loisirs, aux événements communautaires et à l'expression de leurs besoins et leurs opinions;
- avoir accès à une gamme d'activités diversifiées et adaptées à leurs capacités, qui correspondent à leurs goûts et qui s'inscrivent dans une perspective d'intégration sociale et respectent les principes de normalisation et de valorisation des rôles sociaux.

Pour l'aide aux besoins de la vie courante, les personnes devraient:

- avoir le support nécessaire pour disposer de vêtements appropriés en quantité suffisante;
- recevoir une alimentation variée, saine, suffisante et adaptée à leurs besoins et à leurs goûts;
- être aidées, si nécessaire, par une personne du même sexe pour s'occuper de leur hygiène personnelle;
- avoir l'aide nécessaire pour s'occuper à l'intérieur de la maison (avoir accès à des activités domestiques);
- être desservies par du personnel compétent, stable, encadré par des professionnels, ayant des conditions de travail acceptables et pouvant compter sur l'aide de professionnels au besoin.

Des services résidentiels de qualité doivent également offrir un milieu de vie normalisant et épanouissant aux personnes handicapées, ils doivent être attentifs aux besoins et être à l'écoute des choix et des goûts des personnes desservies. Les services doivent aussi adhérer totalement aux principes de l'intégration sociale et jouer un rôle actif dans la communauté (sensibiliser les différents secteurs du quartier pour adapter le milieu de vie à l'intégration sociale des personnes handicapées). Finalement, les services doivent comprendre un code d'éthique assurant la compétence de leurs intervenants, assujettissant les employés à la confidentialité, au respect et à la discrétion face aux observations et aux informations qui concernent l'intimité des personnes desservies.

---

---

Aussi, conformément aux orientations ministérielles, un lieu résidentiel ne devrait pas recevoir plus de 3 ou 4 personnes à la fois<sup>4</sup>. Également, le ratio intervenant/personnes desservies devrait être tel que les services peuvent être rendus de manière à répondre adéquatement aux besoins des personnes.

La réalité dans les ressources résidentielles est tout autre. Il n'est pas rare de voir des ressources résidentielles héberger 7, 8 ou 9 personnes à la fois, de voir circuler dans un mois et dans une même ressource vingt à trente intervenants différents et être au prise avec un contrôle de la qualité déficient.

Afin d'assurer un minimum de **contrôle de la qualité des services dans les ressources résidentielles** de tout type, les mesures suivantes sont proposées par certaines associations de parents et servent de base à leurs revendications:

- faire un suivi régulier (au moins sur une base mensuelle), par un professionnel du CR, auprès de chaque usager et de la ressource afin de s'assurer que les PII sont respectés et répondent adéquatement aux besoins des usagers;
  - procéder à l'évaluation des intervenants des ressources résidentielles de façon périodique (au moins à tous les six mois) par un professionnel du CR;
  - établir des normes de qualité de service des ressources résidentielles (voir la section précédente) et faire une vérification du respect de ces normes avant l'ouverture d'une ressource et au moins à tous les six mois par la suite (il est entendu qu'une ressource qui ne respecte pas les normes doit cesser ses opérations);
  - favoriser l'établissement d'un système d'assurance de la qualité (intercession ou "advocacy") dans tous les CR pour toutes les personnes recevant des services résidentiels;
  - faire en sorte que chaque usager ait un répondant et que celui-ci soit un proche parent ou, en l'absence de parent, une personne proche de l'usager attitrée à cet effet (parrain);
- 
-

- permettre aux parents et aux parrains de visiter la ressource en tout temps et sans préavis;
- établir dans tous les CR un comité de suivi des services des ressources résidentielles composé d'intervenants du CR, de parents d'usagers, de représentants d'organismes de promotion et d'usagers qui aurait comme mandat de recevoir les évaluations des ressources et des intervenants et de faire des recommandations pour l'amélioration des services;
- donner à tout intervenant en ressource résidentielle une formation sur la valorisation des rôles sociaux et l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle en plus d'une formation de base en réadaptation;
- donner à tout intervenant en ressource résidentielle un accès à des programmes de perfectionnement.

En ce qui a trait aux orientations actuelles concernant les services résidentiels dans le réseau de la réadaptation et particulièrement au sujet du transfert d'une partie de la clientèle des résidences communautaires vers des RI ou dans des CHSLD, plusieurs associations de parents émettent un certain nombre de réserves.

Les associations de parents ne croient pas que les RI constituent une solution adaptée pour toutes les personnes actuellement desservies en résidence communautaire et particulièrement pour celles présentant des déficiences multiples et sévères. De plus, rien ne montre que les RI sont réellement mieux adaptées aux besoins spécifiques des personnes. Cependant, il faut reconnaître que les RI représentent une formule flexible et moins coûteuse: il s'agit d'une alternative qui mérite d'être explorée dans un contexte de rareté de ressource. Pour les associations de parents, une chose est sûre: **les RI doivent être soumises à un mécanisme rigoureux de contrôle de la qualité des services**. Également, même s'il y avait un transfert substantiel de personnes vers les RI, les économies potentielles ne seraient pas suffisantes pour permettre l'absorption de la liste d'attente: il est donc évident qu'une solution globale au problème de la liste d'attente doit nécessairement passer par un développement budgétaire important.



En ce qui a trait au transfert de la clientèle en perte d'autonomie vers les CHSLD, pour le milieu associatif, il ne s'agit pas d'une mesure à privilégier. Même si les CR qui désirent emprunter cette orientation estiment qu'ils ne peuvent pas atteindre leur objectif d'intégration sociale avec cette clientèle dans le cadre de leurs services actuels, il est évident que le placement en CHSLD risque de mettre fin aux mesures de réadaptation et que cela rendra impossible l'intégration sociale des personnes transférées en CHSLD.

Dans le plan 1998-2001 de la Régie régionale<sup>5</sup> il est prévu un développement budgétaire permettant d'absorber les 2/3 de la liste d'attente. Pour l'autre tiers, la Régie prévoit le développement d'un nouveau service de soutien aux habitudes de vie. Ce service reste à définir. Dans le cadre des récentes audiences publiques de la Régie régionale sur sa proposition de plan d'amélioration des services, plusieurs intervenants ont accusé la Régie de faire preuve d'un optimisme exagéré. Il semble invraisemblable de pouvoir réduire d'une centaine les demandes de services sociorésidentiels en développant un service qui semble s'apparenter à du maintien à domicile alors que les familles qui font des demandes de placement ont déjà dépassé leur capacité à s'occuper de leur enfant présentant une déficience intellectuelle. Ne faudrait-il pas que la Régie régionale investisse plus d'argent dans les services sociorésidentiels pour répondre adéquatement aux besoins réels des personnes et absorber la liste d'attente?

Enfin, compte tenu de la nécessité d'augmenter l'efficacité du programme sociorésidentiel, lequel est le plus coûteux et nécessite le plus d'investissement, et compte tenu de l'existence d'un certain consensus sur la nécessité de contrôler la qualité des services sociorésidentiels, n'y aurait-il pas lieu que la Régie régionale et les établissements mettent sur pied un mécanisme systématique de contrôle de la qualité des services en matière sociorésidentielle?

---

## Les services socioprofessionnels

Vers la fin des années 1960 et au début de la décennie 1970, des associations de parents de personne présentant une déficience intellectuelle ont mis en place un certain nombre d'activités visant à occuper leur enfant adulte le jour. La plupart du temps ces activités se déroulaient dans des centres de services appelés à l'époque "*ateliers protégés*". Ces centres ont été peu à peu repris par le réseau public et ont été transformés en *services d'apprentissage aux habitudes de travail* (SAHT). D'activités occupationnelles, on visait maintenant une insertion en emploi dans la communauté. Aujourd'hui, les SAHT ont tendance à effectuer de plus en plus leurs activités hors des lieux physiques de l'établissement: les stages et les plateaux de travail constituent aujourd'hui la majeure partie de leurs activités.

Malgré le développement des interventions des SAHT pour l'intégration en emploi des personnes qu'ils desservent, il faut constater que la situation répond mal à la demande et aux besoins réels d'intégration au travail des personnes: de longues listes d'attente (433 personnes au 31 mars 1997), les places coûtent de plus en plus cher (de 7000\$ à 8000\$ par usager annuellement) et le taux de placement en emploi régulier est négligeable. Aussi le processus d'admission en SAHT est contesté par plusieurs associations de parents qui disent que les familles naturelles subissent une injustice: alors que l'origine des SAHT émane de l'initiative de parents, il est plus facile d'obtenir une place en SAHT pour une personne qui reçoit des services résidentiels d'un CRPDI que pour une personne vivant chez ses parents. Cette situation résulte du fait que les CRPDI transfèrent une partie de leur budget d'encadrement des personnes vers les SAHT pour que l'on desserve leurs usagers de services résidentiels le jour en SAHT alors qu'il faut de l'argent neuf pour admettre une personne vivant dans sa famille.

Plusieurs CRPDI ont commencé à diversifier leurs services en offrant, surtout pour les personnes plus lourdement handicapées, des activités occupationnelles de loisirs ou de développement d'aptitudes sociales en centres de jour. Même s'il est assez généralement admis que les personnes non-productives devraient être orientées vers d'autres types

d'activités socialement valorisantes, ce type de service soulève certaines inquiétudes dans le mouvement associatif de la déficience intellectuelle: on craint que des personnes productives soient exclus de toute perspective d'insertion en emploi. .

Dans le cadre de son plan 1998-2001 la Régie propose d'absorber la liste d'attente et de diversifier les services socioprofessionnels. Cependant cette diversification n'est pas spécifiée. Répondra-t-elle aux besoins des personnes non-productives dans le cadre d'activités socialement valorisantes? Limitera-t-elle la possibilité pour des personnes productives (même non-compétitives) de faire une démarche d'insertion en emploi par des activités en SAHT? Ce sont là des questions préoccupantes qui exigent que la Régie et les CRPDI agissent avec prudence pour ne pas compromettre les possibilités d'intégration sociale de certaines personnes.

---

---

**Les services de soutien à la personne, à la famille, aux proches et à la communauté**

Comme mentionné plus haut, ces services se traduisent essentiellement par de l'aide éducative à domicile et par un support à l'insertion sociale. Ces services comprennent ceux de stimulation précoce destinés à la petite enfance.

Ce programme des centres de réadaptation, mises à part les listes d'attente, semble présenter un problème d'intensité de services. Les familles recevant ce type de services indiquent souvent que la fréquence des visites est insuffisante et que la programmation est imprécise.

Du côté des services à la petite enfance, depuis dix ans, ils se sont largement transformés et, récemment, l'accès à ces services de première importance s'est détérioré dans certains établissements de la région de Montréal.

Les services à la petite enfance se traduisent par des activités de stimulation précoce. Au début des années 1980 ils étaient offerts à l'intérieur de centres de jour de stimulation précoce aux enfants de zéro à cinq ans. Les enfants avaient droit à environ trois demi-journées d'interventions intensives en centre de jour et les interventions à domicile étaient assurées par les parents.

Dans les dix ans qui suivirent, les centres de réadaptation ont décidé de mettre un terme à ce modèle d'intervention en misant sur un support à la garderie et sur une aide éducative à domicile. Ainsi les CR ont cru à l'efficacité des visites à domicile pour outiller les parents à intervenir auprès de leur enfant. Les visites à domicile se font maintenant à une fréquence d'une visite d'une heure ou deux à toutes les unes ou deux semaines et la programmation des interventions est presque inexistante selon ce que rapportent plusieurs familles recevant ces services.

Il est aujourd'hui constaté que le temps d'intervention des intervenants des CR auprès des enfants a largement diminué et fut

remplacé par une augmentation de la charge parentale. Cette situation a contribué à augmenter l'isolement des familles. La qualité des interventions faites auprès des enfants se trouve dans une situation potentiellement moins avantageuse puisque la faible fréquence des visites d'aide éducative ne permet pas aux parents de développer l'outillage nécessaire à une intervention efficace et structurée auprès des enfants. Cela est d'autant plus vrai que les centres de jour offraient un suivi structuré périodique d'évaluation et d'intervention.

Un autre effet de la transformation des services à la petite enfance réside dans le fait que les familles de jeunes enfants se trouvent plus isolées que jamais. À l'époque des centres de jour de stimulation précoce, les parents avaient la chance de pouvoir échanger entre eux sur leur vécu et développer des outils d'intervention en étant en contact fréquent avec les intervenants des CR et d'autres parents. D'ailleurs, plusieurs associations de parents ont émergé des centres de jour de stimulation précoce. Le support mutuel que s'offraient les parents contribuait à l'acceptation de la déficience de leur enfant et les encourageait à investir dans le développement de leur enfant. Plusieurs intervenants croient que les parents en contact avec d'autres parents développent plus d'habiletés à intervenir auprès de leur enfant et acceptent mieux la déficience de celui-ci. Cela a des effets sur le développement de l'autonomie de leur enfant et a vraisemblablement un effet à la baisse sur les besoins futurs de services.

Les reculs actuels autour de la stimulation précoce peuvent peut-être aussi expliquer, en partie, les difficultés grandissantes à l'intégration scolaire des jeunes enfants présentant une déficience intellectuelle. Les enfants n'ayant pas bénéficié d'un suivi structuré de la part du CR sont possiblement moins bien outillés pour une intégration à l'école. Cela n'est pas vrai seulement du point de vue du développement de l'enfant, mais également en fonction des moyens disponibles pour faire valoir le potentiel réel de l'enfant. À l'époque des centres de jour, des évaluations détaillées et précises étaient réalisées et servaient d'outils pour faire valoir le potentiel de l'enfant lors de son entrée à l'école.

Enfin, des plaintes récentes de parents indiquent que les CR, pris avec

---

des listes d'attente importantes, ne sont plus en mesure de garantir l'accès rapide à des services de stimulation précoce. Cette situation risque d'hypothéquer gravement le développement maximal des enfants et d'occasionner des coûts futurs beaucoup plus importants que le coût d'une stimulation précoce intensive.

Pour conclure sur les services à la petite enfance, en plus du problème des listes et délais d'attente, la façon d'intervenir fait aussi problème. En effet, sans nécessairement retourner à la formule des centres de jour, ne serait-il pas pertinent que les centres de réadaptation travaillent à briser l'isolement des familles en faisant des rencontres collectives et augmentent l'intensité des services de stimulation précoce auprès des jeunes enfants en suivant une programmation plus structurée? Bref, offrir ce que les centres de jour de stimulation précoce offraient. En d'autres mots, ne serait-il pas pertinent que les CRPDI revoient les modèles d'intervention à la petite enfance afin d'offrir un service plus intensif et permettre de briser l'isolement des familles?

---

<sup>1</sup> PERREAULT Mireille, *Problématique d'accès aux ressources résidentielles des centres de réadaptation en déficience intellectuelle de la région de Montréal-Centre, État de situation des ressources résidentielles et validation des listes d'attentes*, RRSSSMC, Montréal, 7 novembre 1996, p. 98.

<sup>2</sup> *Ibidem.* p. 103.

<sup>3</sup> *Idem.*

<sup>4</sup> MSSS, *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle, Un impératif humain et social, Orientations et guide d'action*, Gouv. du Québec, 1988, page 20.

<sup>5</sup> RRSSSMC, *Le défi de l'accès, Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services, L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal 1998-2001, Document de support*, Montréal, décembre 1997.

### **Des questions qui méritent des réponses**

Comment gérer la demande de services en évitant de créer des listes d'attente?

Quelles pourraient être les nouvelles façons de faire qui permettraient d'augmenter l'efficacité des services sans affecter la qualité de ceux-ci?

Quels sont ou pourraient être les mécanismes de contrôle de la qualité des services surtout au niveau des ressources résidentielles?

Y a-t-il un avenir pour les SAHT en milieu fermé (ateliers)? Devrait-on fermer toutes les places dans les ateliers?

Comment faire en sorte que les stages en milieu de travail puissent se transformer en emplois rémunérés?

Comment peut-on arrimer les interventions des écoles, des services de main-d'œuvre et des centres de réadaptation pour favoriser une continuité de services et une intégration en emploi?

Pour les personnes non-productives, quels modèles pourraient être développés afin de donner accès à des activités valorisantes et intégrées socialement?

Que devraient contenir les programmes de stimulation précoce?

Quelle forme devrait prendre l'aide éducative pour les adolescents et les adultes?

---

---