



## **Quelle Intégration de l'enfant en situation de handicap dans les milieux d'accueil ?**

**B. ROSE**  
**D. DOUMONT**

En collaboration et à la demande du comité subrégional  
du Brabant Wallon de l'ONE

**Septembre 2007**  
**Réf. : 07- 45**

**Série de dossiers techniques**



## Table des matières

I. Introduction.....	2
II. Méthodologie.....	2
III. Définitions conceptuelles du handicap et de l'intégration .....	3
IV. Principes et modalités des programmes d'intégration en milieu d'accueil et scolaire ....	4
4.1. Principes .....	4
4.2. Situation en Europe, aux États-Unis et au Canada.....	5
4.3. Situation en Belgique .....	6
V. Objectifs et modalités d'évaluation des programmes d'intégration en milieu d'accueil et scolaire .....	6
5.1. Objectifs et résultats de l'intégration .....	6
5.2. Modalités d'évaluation des programmes d'intégration.....	8
VI. Représentations de l'intégration par les différents acteurs impliqués.....	9
6.1. Représentations des parents d'enfants .....	9
6.2. Représentations des parents d'enfants valides .....	9
6.3. Représentations des professionnels .....	9
VII. Facteurs facilitateurs de l'intégration et difficultés .....	10
7.1. Facteurs biologiques : type et niveau de handicap.....	10
7.2. Facteurs organisationnels et de communication.....	11
7.3. Attitudes des acteurs impliqués.....	11
7.4. Formations de ressources humaines .....	15
7.5. Approches pédagogiques facilitatrices:.....	16
7.6. Coordination entre intervenants .....	17
7.7 Facteurs logistiques .....	18
Conclusion.....	19
Annexes :.....	23
Annexe 1: Utilisation du modèle écologique de développement humain dans le cadre de l'étude de Russel (2005).....	23
Annexe 2 : Quelques associations ressources .....	25
Annexe 3 : Outils utiles pour les professionnels .....	26

Brigitte ROSE, Dominique DOUMONT.

Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université catholique de Louvain<sup>1</sup>

## **Quelle Intégration de l'enfant en situation de handicap dans les milieux d'accueil ?**

### ***I. Introduction***

Le comité subrégional du Brabant Wallon de l'ONE met en place un projet pour faciliter l'accueil des enfants en situation de handicap mental et / ou physique dans les crèches. Leur intervention consistera principalement dans la mise à disposition de puéricultrices supplémentaires pour participer à l'accompagnement des enfants en situation de handicap. Une formation spécifique sera élaborée et organisée pour ces puéricultrices.

L'unité RESO a été sollicitée pour faire un état de la question de l'intégration des enfants en situation de handicap en milieu d'accueil.

L'intégration se présente à la fois comme une approche pédagogique visant un développement des compétences cognitives et sociales optimales de l'enfant en situation de handicap à travers ses interactions avec les enfants « valides » dans un projet commun et comme la mise en œuvre d'un modèle de société selon lequel les différences ne seraient pas motifs à ségrégation.

L'atteinte de ces objectifs est toutefois fort variable en fonction de toute une série de facteurs qui seront explorés dans ce dossier : type et niveau de handicap, représentations, attitudes et formation des intervenants, approche pédagogique, coordination des intervenants, facteurs logistiques.

### ***II. Méthodologie***

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux), PsycInfo (base

---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, D. Doumont, D. Houeto, F. Libion, J. Pélicand, B. Rose.

de données bibliographiques spécialisées en psychologie, abordant aussi les domaines connexes comme l'éducation et le travail social), Francis (base de données bibliographiques couvrant l'ensemble des sciences humaines et sociales), Eric (base de données bibliographiques spécialisées en sciences de l'éducation), Blackwell Synergy (base de données bibliographiques multidisciplinaire). Euridis, base de données en ligne de l'a.s.b.l. Parthages a également été consultée.

La revue de littérature a été menée avec les mots clés suivants : disabled children & preschool children, preschool education & disability, disability & inclusion.

Etant donné le nombre limité de publications consacrées aux milieux d'accueil préscolaires, nous avons élargi la recherche aux publications relatives au niveau scolaire maternel, pourvu que les informations soient susceptibles d'être transposables au niveau préscolaire.

Enfin, certains sites Internet ont également été consultés (site du ministère de la santé du gouvernement français, portail suisse de l'éducation, portail de l'enseignement de la communauté française de Belgique, site de l'association canadienne d'éducation de langue française, site de l'institut national français de recherche pédagogique<sup>2</sup>).

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus. Au regard de ces différents critères, 25 articles, 2 livres et un mémoire ont été sélectionnés. Pour la grande majorité d'entre eux, ils concernent essentiellement les cinq dernières années.

### **III. Définitions conceptuelles du handicap et de l'intégration**

Selon Mercier (1997, cité par Rose, 2007) le handicap désigne l' « ensemble constitué par les déficiences, les incapacités et les désavantages qui y sont liés. »

**La déficience** fait référence à « la perte de substances ou à l'altération de fonctions ou structures physiologiques, psychologiques ou anatomiques, provisoire ou définitive. Elle comprend l'existence ou l'apparition d'anomalies, d'insuffisances et de pertes concernant un membre, un organe, un tissu ou une autre structure de l'organisme incluant la fonction mentale. Elle correspond à une norme biomédicale et se présente comme la conséquence d'une maladie ou d'un trouble.

**L'incapacité** correspond à la réduction partielle ou totale, transitoire ou définitive de la capacité d'accomplir une activité, d'une façon considérée comme normale pour un être humain. Elle résulte d'une déficience.

**Le désavantage social** est provoqué par une déficience (esthétique par exemple) ou par une incapacité. Il correspond à un état qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle social normal qui est en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Son évaluation dépend des normes culturelles ; une personne présentant les mêmes caractéristiques pourrait être considérée comme ayant un désavantage social dans un groupe donné mais pas dans un autre » (Mercier, 1997, cité par Rose, 2007).

---

<sup>2</sup> Respectivement : <http://www.sante.gouv.fr/>, <http://www.educa.ch/dyn/12.asp>, <http://www.enseignement.be>, <http://www.acelf.ca>, et <http://www.inrp.fr>

Trois concepts permettent d'appréhender la place de la personne en situation de handicap au sein de la société : intégration, insertion et inclusion.

**Intégration** : *« processus qui consiste à favoriser l'adaptation de la personne en situation de handicap, dans un milieu ordinaire : ses comportements doivent correspondre aux normes et aux valeurs sociales dominantes et la personne en situation de handicap doit développer des stratégies pour être reconnue comme les autres »* (Mercier, 2004).

L'intégration met donc en œuvre le principe de normalisation scolaire : *« un dispositif de soutien spécialisé est mis en place afin que l'enfant puisse se hisser sur la norme scolaire »* (Zafran, 2007).

**Insertion** : *« processus qui consiste à mettre en place un environnement adapté (spécifique) qui correspond aux caractéristiques de la personne en situation de handicap. C'est l'environnement qui est transformé pour que la personne en situation de handicap trouve sa place dans un système structuré en fonction de ses incapacités. La personne est placée dans un milieu adapté pour elle, mais qui sort du cadre accessible à tous. »* (Mercier, 2004).

**Inclusion** : *« processus dialectique où d'un côté la personne en situation de handicap cherche à s'adapter le plus possible aux normes sociales, et de l'autre, les normes sociales s'adaptent pour accepter les différences : développement de stratégies par lesquelles chaque population, avec ses spécificités, devrait trouver sa place »* (Mercier, 2004).

Le principe de l'inclusion en milieu scolaire implique que *« c'est l'école qui, avec l'aide d'intervenants spécialisés se met au niveau de l'élève. L'inclusion a des effets importants sur l'école puisqu'elle suppose le transfert des ressources spécialisées dans la classe ordinaire »* (Zafran, 2007).

Le terme d'intégration scolaire sera utilisé ici, comme dans l'usage courant, dans un sens générique désignant l'accueil d'élèves en situation de handicap dans une classe ordinaire dans le but de leur faire bénéficier, par le biais d'adaptations matérielles ou pédagogiques, d'une appartenance à un groupe hétérogène d'élèves composé en grande majorité d'élèves « ordinaires » (Zafran, 2007).

Selon les modalités organisationnelles et pédagogiques, l'intégration s'approche de l'intégration ou de l'inclusion telles que définies ci-dessus.

## **IV. Principes et modalités des programmes d'intégration en milieu d'accueil et scolaire**

### **4.1. Principes**

L'isolement des enfants porteurs de handicaps dans des centres de réadaptation spécialisés reposait sur une vision médicale du handicap. Les activités étaient alors organisées autour du déficit et l'enfant était placé constamment en face de ses limites (Panchaud Mingrone, 1994).

Or, si on peut tenter de réduire les déficiences et les incapacités en institution par des actions compensatrices, on ne peut agir sur les désavantages sociaux que dans un espace d'interaction avec les personnes valides. L'intégration se présente comme un processus permettant de réduire ces désavantages sociaux en facilitant l'établissement de liens et la réalisation

d'activités communes. Elle se présente aussi comme un résultat caractérisé par le refus des exclusions de certains lieux, activités, institutions ou rôles.

La démarche se base sur l'hypothèse que les enfants en situation de handicap pourront bénéficier des modèles de comportements socialement compétents offerts par les enfants « valides » et devenir des participants actifs et acceptés du groupe (Odom et al., 2004).

Néanmoins, l'action sur les désavantages sociaux ne doit pas faire oublier la prise en charge des déficiences et des incapacités. C'est pourquoi l'intégration ne peut faire l'économie d'une stratégie thérapeutique à combiner avec l'action sociale (Gillig, 1999). « *L'intégration à l'école des enfants et des adolescents handicapés passe par celle des soutiens spécialisés qui leur sont nécessaires* » (Lafay, 1986, cité par Gillig, 1999).

## 4.2. Situation en Europe, aux États-Unis et au Canada

En 1959, le Danois Niels Bankmikkelsen énonce le principe de normalisation. Fortement associé à celui-ci, le principe de l'intégration se développe. Il suscite peu à peu des changements dans les attitudes sociales, les dispositions administratives et légales de différents pays. Les cadres législatifs nationaux européens favorisant l'intégration se mettent en place durant les années 70 et 80 et continuent à se préciser depuis lors.<sup>3</sup>

Dans les pays de l'Union européenne, les enfants en situation de handicap représentent 2 % de la population totale en âge scolaire. Un quart de ceux-ci est scolarisé dans une école ordinaire, les autres se rendent dans des écoles spécialisées ou ne sont pas scolarisés (Espagnol, 2007).

Dans certains pays du monde occidental, l'intégration est désormais la règle.<sup>4</sup> Ce sont l'Italie<sup>5</sup>, souvent présentée comme le “ modèle ” de l'intégration, le Canada, le Danemark où tous les enfants - valides ou non - relèvent de la même loi, quelle que soit la nature ou la sévérité du handicap, la Norvège, la Finlande. Tous ces pays ne recourent qu'exceptionnellement aux écoles spécialisées.

La Suède a maintenu des écoles spéciales pour les enfants ayant des déficiences sévères (physiques, sensorielles ou mentales) et pour les enfants sourds et malentendants.

Aux États-Unis, le degré d'intégration dépend de la gravité du handicap : les enfants ayant un handicap léger et modéré sont scolarisés en classe ordinaire. Les classes spéciales accueillent les enfants sévèrement handicapés.

Dans d'autres pays d'Europe, l'intégration est moins développée ou encore à un stade expérimental : la Belgique, l'Allemagne, l'Autriche, l'Irlande et la France.

---

<sup>3</sup> En 1994, la Déclaration de Salamanque sur les principes, les politiques et les pratiques en matière d'éducation spéciale, adoptée lors d'une conférence de l'UNESCO réunissant 80 gouvernements, consacre le principe de l'intégration et reconnaît la nécessité de travailler à la création « *d'écoles pour tous, c'est-à-dire d'établissements accueillant tous les enfants, exaltant les différences, épaulant les élèves dans leur apprentissage et répondant aux besoins individuels de chacun.* » <http://unesdoc.unesco.org/images/0009/000984/098427fo.pdf>

<sup>4</sup> <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/handicapes/6.htm>

<sup>5</sup> Dans les crèches italiennes, les enfants handicapés sont désormais inscrits en priorité (Panchaud Mingone, 1994).

Enfin, certains pays ont entamé, plus récemment, une évolution vers l'intégration : l'Espagne, le Portugal, les Pays-Bas et la Grèce.

### **4.3. Situation en Belgique**

La Belgique présente un parcours atypique : elle a supprimé, en 1970, ses classes intégrées - jugées ségréгатives- au profit d'écoles spécialisées répondant mieux aux besoins des enfants en situation de handicap. Elle revient progressivement vers l'intégration depuis 1986.

Les modalités de l'intégration permanente et totale, partielle ou temporaire sont fixées par le décret du 24/03/2004. Celui-ci fixe le nombre de périodes d'accompagnement par du personnel spécialisé auquel l'enfant a droit selon le type de handicap et le niveau scolaire, du fondamental au secondaire. Il fixe aussi les dotations en subventions par les écoles.

Une enquête belge réalisée en Communauté Française de Belgique s'est intéressée aux modalités et perspectives d'accueil d'enfants atteints par un problème de santé chronique ou porteur d'un handicap (Meremans et al., 2002). Les auteurs relèvent une participation à l'enquête assez homogène au sein des différents milieux d'accueil (supérieure à 50 %). Le taux de participation est toutefois significativement plus élevé à Bruxelles (73 %).

Dans cette enquête, tant pour le milieu ouvert (n = 158) que pour le secteur résidentiel (n = 60), une institution sur deux déclare avoir été sollicitée au cours des 5 dernières années pour l'accueil d'un enfant ou d'un adolescent atteint d'un handicap ou d'une maladie chronique.

En ce qui concerne l'accueil effectif d'enfants atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique (suite à une sollicitation), en milieu ouvert, 146 « sollicitations » sur 158 auraient obtenu une réponse favorable, soit un pourcentage de 92,4 %. Les auteurs recommandent toutefois une grande prudence dans l'analyse de ce résultat, notamment au vu de la taille des sous-groupes analysés.

Pour ce qui est des formations réalisées à l'attention du personnel concernant le handicap et/ou les maladies chroniques, seules 148 institutions (milieu ouvert : 110/301, milieu résidentiel : 38/129) rapportent avoir bénéficié de telles activités, soit 34,4 %. Meremans et al. soulignent le fait que le nombre d'institutions ayant organisé une (in)formation sur la problématique du VIH (n = 182) est plus élevé que pour la problématique des maladies chroniques et du handicap.

## ***V. Objectifs et modalités d'évaluation des programmes d'intégration en milieu d'accueil et scolaire***

### **5.1. Objectifs et résultats de l'intégration**

#### **5.1.1. Objectifs**

Pour l'enfant en situation de handicap, l'intégration vise à se familiariser avec les schémas d'interactions sociales typiques et à acquérir les compétences sociales nécessaires pour y participer (Frazier Cross, 2004).

L'intégration vise également des objectifs de développement des compétences de l'enfant par la contextualisation des apprentissages. La réadaptation de l'enfant, si elle est conçue en dehors d'un cadre scolaire « normal », se passe dans un cadre artificiel. L'indispensable

motivation de l'enfant est souvent difficile à trouver : « il apprend à marcher pour aller nulle part, (...), il répète des mots sans avoir rien à signifier. » (Panchaud Mingrone, 1994).

Les parents d'enfants affectés par un handicap sévère, désignent la construction de liens amicaux comme premier objectif de l'intégration en milieu préscolaire et scolaire. Pour les parents d'enfants affectés par un handicap modéré, les objectifs sont d'ordre académique (niveau scolaire) puis la construction de liens d'amitiés. (Hamre-Nietupski, 1992, cité par Overton, 2002).

Les parents considèrent que les amitiés contribuent à l'atteinte de trois objectifs plus larges nécessaires à une bonne qualité de vie de leurs enfants : avoir confiance en eux, avoir une bonne estime de soi, développer des compétences sociales et être heureux. (Overton et al., 2002, États-Unis).

L'intégration en milieu d'accueil permet également aux parents qui ont du mal à se séparer de leur enfant de mettre en jeu leur fantasme d'abandon et de prendre position par rapport à lui. Lorsque l'intégration se passe bien, les parents peuvent venir rechercher leur enfant sans craintes (Vaginay, 1994, Suisse).

### **5.1.2. Résultats observés auprès des enfants en situation de handicap**

Diverses études montrent que les enfants en situation de handicap peuvent faire au moins autant de progrès dans leur développement en milieu intégré qu'en milieu spécialisé (Odom et al., 2002, Gulnarick, 2001, Holahan et al., 2000, Hundert, 1998, cité par Frazier Cross A., 2004).

Les études de Rafferty et al., (2003) et Siegel, (1996, cités par Hunt et al., 2004) ont mis en évidence les bénéfices obtenus auprès d'enfants en situation de handicap inclus dans l'enseignement maternel. Ces bénéfices se situent au niveau cognitif, de l'acquisition du langage, du développement social et de la motricité. Comme le soulignent Hanson et al. (1997, cité par Hunt, 2004), ces bénéfices ne sont atteignables que si l'on développe chez ces enfants des habilités à communiquer avec les autres, à participer aux interactions sociales. Sans quoi, ils courent un risque d'isolement social et « d'aggravation de leur handicap ».

Selon la revue de littérature anglo-saxonne de Odom et al. (2004), il y a plus d'interactions sociales d'enfants en situation de handicap en milieu intégré qu'en milieu spécialisé bien que ce niveau d'interactions reste inférieur à celui des enfants valides :

- On observe plus de comportements d'engagement des enfants handicapés mentaux dans des interactions entre élèves dans les milieux intégrés que spécialisés (Gulnarick et al., 1996a) et le niveau d'interactions sociales des enfants « valides » n'est pas affecté par la participation des enfants en situation de handicap (Gulnarick et al., 1999).
- Hundert et al. (1998) ne trouvent en revanche pas de différences significatives dans le développement des interactions sociales en milieu intégré ou spécialisé pour des enfants avec un handicap mental sévère.
- Des enfants malvoyants s'engagent dans plus d'activités ludiques avec leurs pairs, manifestent moins de comportements auto-destructeurs ou asociaux que dans des milieux spécialisés (Erwin, 1993).

- Levine (1997) observe l'engagement des enfants malentendants dans des jeux plus complexes dans les milieux intégrés. Ils sont aussi souvent les initiateurs des jeux que les autres enfants. Ces enfants malentendants préfèrent toutefois jouer entre eux qu'avec les enfants « valides ».
- Picket et.al. (1993) observent un développement positif des compétences sociales et de jeux d'enfants profondément handicapés intégrés pendant 16 semaines en milieu d'accueil bien qu'il y ait peu d'interactions spontanées avec les enfants « valides ».
- Selon Stoneham (2001) des enfants affectés par des troubles du langage s'engagent dans davantage de jeux collaboratifs, plus d'interactions sociales positives, moins d'interactions sociales négatives, moins de jeux solitaires en classes intégrées.

Toutefois, différentes études ont montré que des enfants avec différents types de handicaps trouvaient difficile l'intégration en classe ordinaire : difficultés de se faire des amis, non intégration dans les jeux spontanés et participation seulement à des activités à orientation sportive ou autres activités récréatives (Tamm et al., 2001, Suède).

### **5.1.3. Résultats observés de l'intégration pour les enfants « valides »**

Selon la revue de littérature d'Odom et al. (2004), le contact avec des élèves en situation de handicap dans des classes intégrées influence positivement la compréhension du handicap – en tant que concept – et les attitudes à l'égard des pairs en situation de handicap.

Les parents des enfants « valides » qui participent au programme d'intégration observent une augmentation des attitudes de compréhension vis-à-vis du handicap et de la différence (Diamond, 1993 cité par Odom et al., 2004). Ils acceptent aussi bien les enfants en situation de handicap que les autres dans la classe (Diamond, 1994 par Odom et al., 2004). Les enfants « valides » sont tout à fait conscients de l'existence des handicaps physiques, relativement conscients des déficiences sensorielles et peu conscients de l'expression du syndrome de Down (Diamond et.al., 1996 par Odom et al., 2004).

## **5.2. Modalités d'évaluation des programmes d'intégration**

Frazer Cross A. et al. (2004) proposent d'évaluer les objets suivants :

- les progrès de l'enfant en situation de handicap par rapport aux objectifs fixés
- les progrès de l'enfant dans le développement des compétences visées pour tous les enfants
- l'accueil fait à l'enfant par les professionnels et les pairs et son acceptation comme membre du groupe à part entière
- la satisfaction des parents avec les progrès de leur enfant et la satisfaction perçue de l'enfant dans le groupe.

Différents indicateurs permettent d'évaluer les interactions entre les élèves. Odom et al.(2004) citent : la mise en place de différents schémas d'interactions sociales, les compétences sociales développées, la formation d'amitiés unilatérales / bilatérales.

Plusieurs méthodes sont envisageables pour évaluer ces interactions :

- Observation de session de jeux libres pendant 2 semaines (Gulnarick, 1996) afin d'identifier les schémas séquentiels des interactions, les types de communication verbales et non-verbales
- Observation de sessions de jeux structurées (Kopp et.al., 1992).

- Questionnaire pour les parents et les enseignants pour évaluer les amitiés (Buysse 1993, Gulnarick, 1994 cité par Odom et al., 2004)

Les évaluations sont le plus fréquemment réalisées par des acteurs du projet. Il est alors nécessaire que tous les acteurs potentiels (pédagogiques, thérapeutiques et parentaux) soient impliqués (Gillig, 1999).

## ***VI. Représentations de l'intégration par les différents acteurs impliqués***

### **6.1. Représentations des parents d'enfants en situation de handicap**

Selon Brown K. (2001, États-Unis), les parents ont une conception de l'intégration différente de celle des enseignants : pour eux, l'intégration concerne la position de leur enfant dans tous les milieux de vie : école, église, voisinage, activités de loisirs et pas seulement une approche pédagogique.

Les parents d'enfants en situation de handicap participant à des programmes d'intégration ont en général des représentations favorables de ceux-ci et ces représentations sont corrélées au temps passé dans ces programmes par leurs enfants. Ils rapportent les avantages suivants : l'acceptation par les autres, les possibilités d'apprentissage par le contact avec les autres, la préparation au « monde réel », la participation à des activités intéressantes.

Ils font également part de réserves et de craintes liées à la qualité de la prise en charge thérapeutique et des services spécifiques nécessaires pour leurs enfants, l'acceptation sociale de leur enfant, l'obtention de l'aide individuelle nécessaire par leur enfant, la possibilité pour l'enseignant de lui consacrer assez de temps (Odom et al., 2004).

Les parents insistent sur la responsabilité des professionnels de ne pas tolérer des attitudes de rejet de leurs enfants en situation de handicap et de faciliter leur acceptation (Overton et al., 2002).

### **6.2. Représentations des parents d'enfants valides**

Selon la revue de littérature de Brown (2001), les parents d'enfants « valides » qui sont dans classes intégrées ont des attitudes positives par rapport à l'intégration. Ils lui attribuent les bénéfices suivants: estime de soi de leur enfant augmentée par le sentiment d'aider les autres, une plus grande tolérance et acceptation des différences, une plus grande conscience des besoins des autres, une plus grande réactivité aux besoins des autres, pas d'adoption de comportements asociaux de leurs pairs en situation de handicap. Au contraire, selon les parents, la présence de pairs en situation de handicap aiderait leurs enfants dans leur acquisition de compétences comportementales et ils n'auraient pas moins d'attention du professeur que dans des classes non intégrées.

### **6.3. Représentations des professionnels**

L'étude menée en 2001 par Hadadian et.al. dans 189 milieux d'accueil aux États-Unis montre que 90% des professionnels sont d'accord avec le principe de l'intégration des enfants en situation de handicap. Ils pensent que c'est positif pour ces enfants (76%) et pour les enfants « valides » (90%). Néanmoins 68% estiment que cela a un effet perturbateur sur le fonctionnement de la classe et 63% que cela représente une charge de travail supplémentaire pour eux.

Les professionnels ayant été davantage préparés par leur formation ou par leur expérience avec des enfants en situation de handicap ont des attitudes plus positives. Les enseignants de classes intégrées se sentent à l'aise pour enseigner à des enfants moyennement handicapés mais moins à des enfants sévèrement handicapés. Ils identifient plusieurs avantages de l'intégration pour les enfants handicapés : la préparation au « monde réel », l'indépendance plus grande de l'enfant et la mise en valeur de ses apprentissages. Le bénéfice pour les enfants « valides » le plus souvent cité est l'apprentissage de l'existence et du respect des différences individuelles. (Odom et al., 2004).

Selon l'étude menée en Suisse par Monjot (1993), l'expérience de l'intégration d'enfants trisomiques en classes (de maternelles et de primaire) a un impact sur les représentations des enseignants: tous les enseignants considèrent que des apprentissages sont possibles et que l'intégration l'est également, mais les enseignants impliqués dans des programmes d'intégration sont plus prudents quant à l'extension des possibilités d'apprentissage.

Ils n'attribuent pas de traits de caractère spécifiques aux enfants trisomiques, tandis que les autres pensent ces enfants têtus, imprévisibles et agressifs.

Les enseignants impliqués dans ces programmes perçoivent les enfants trisomiques comme des partenaires de jeux et de travail pour les autres enfants tandis que les autres n'imaginent pas que les enfants « valides » les intègrent naturellement à leurs jeux.

Enfin, les enseignants impliqués parlent de « l'intégration des enfants » tandis que les autres parlent de « handicap » et ne considèrent l'intégration possible que si le handicap est léger (Monjot, 1993).

## ***VII. Facteurs facilitateurs de l'intégration et difficultés***

### **7.1. Facteurs biologiques : type et niveau de handicap**

Selon la revue de littérature réalisée par Odom et al.(2004), le type de handicap et le niveau de handicap exercent une influence sur le processus d'intégration.

#### **7.1.1. Type de handicap**

L'intégration d'enfants malentendants pose la question du type de communication : des méthodes de communication manuelle seront-elles introduites pour favoriser le développement de l'enfant malentendant ? L'évaluation des interactions entre enfants (3-5 ans) dans des programmes d'intégration montre que le succès est possible.

L'observation d'enfants malvoyants intégrés montre un niveau d'interactions sociales similaire entre enfants à celui des autres enfants (Crocker et al., 1996, cité par Odom et al., 2004). Les enfants « valides » sont plus souvent initiateurs des interactions que les enfants malvoyants (Crocker et al., Farran, 2001, cités par Odom et al., 2004).

L'observation d'enfants atteints du Syndrome de Down ne révèle pas de différences significatives en termes de développement de l'enfant en classes spécialisées / intégrées sauf en expression langagière. Selon Fewell et al. (1990, cité par Odom et al., 2004), il y aurait un meilleur développement des compétences langagières en classes spéciales grâce à un entraînement plus intensif.

Les interactions des enfants autistes sont moins fréquentes que celles des élèves « valides » (Koegel et al., 2001 cité par Odom et al., 2004) mais elles augmentent au cours de la participation à des programmes d'intégration scolaire (Odom et al., 1991, Goldstein et al., 1992, Strain et al., 1998, cités par Odom et al., 2004). L'intégration a des effets positifs sur le développement des compétences cognitives, sociales (Garfinkle et al., 1998, cité par Odom et al., 2004) et langagières de l'enfant autiste (Harris et al., 1990, cité par Odom et al., 2004).

### **7.1.2. Niveau de handicap**

Le niveau de handicap exerce une influence sur la probabilité d'être placé dans des structures spécialisées. Selon des études réalisées aux États-Unis, des enfants avec des handicaps légers ou moyens ont plus de chances de participer à des programmes d'intégration préscolaire que des enfants avec des déficiences sensorielles, des handicaps graves ou polyhandicapés (Cavallaro et al., 1998, Wolery et al., 1993, cités par Odom et al., 2004).

Lorsqu'ils sont intégrés, les enfants ayant un handicap profond ont l'opportunité d'interagir avec leurs pairs mais ceux-ci ont besoin d'aide pour les comprendre et répondre (Hanline, 1993, cité par Odom et al., 2004).

L'impact de l'intégration sur le développement des compétences de l'enfant sévèrement handicapé n'est pas clair. Selon Hundert et al. (1998, cité par Odom et al., 2004), l'observation pendant une année d'enfants atteints de handicaps sévères placés soit en classe intégrée, soit en classe spécialisée aux États-Unis montre un meilleur développement de l'enfant en milieu intégré. Toutefois, il n'observe d'évolution du temps consacré aux interactions sociales dans aucun contexte. En revanche, Bruder et al. (1994, cité par Odom et al., 2004) n'observent pas de différences significatives en termes de développement de l'enfant selon qu'il est en milieu intégré ou spécialisé.

## **7.2. Facteurs organisationnels et de communication**

### **7.2.1. Effets de la classe : différentes formes d'intégration au niveau préscolaire**

Mc William (1995, cité par Odom et al., 2004) compare, d'une part, les résultats obtenus dans des classes où l'intégration se fait en fonction de l'âge de l'enfant en situation de handicap, et, d'autre part, ceux obtenus dans des classes préscolaires où l'intégration se fait en fonction du niveau de développement de l'enfant. Le mélange des âges favorise l'acquisition de savoir-faire dans les jeux par les enfants en situation de handicap, l'interaction sociale des enfants les plus jeunes du groupe, les conversations entre les enfants « valides » et les enfants en situation de handicap, le développement moteur, cognitif et langagier des plus jeunes. Mais cela n'a pas d'effet sur les interactions entre l'ensemble des enfants, ou d'autres formes d'engagement (interactions avec les adultes, attention prêtée aux activités des autres enfants par exemple).

## **7.3. Attitudes des acteurs impliqués**

### **7.3.1. Attitudes des enfants « valides » :**

L'acceptation de la différence par les enfants est un élément clé pour le succès de l'intégration en milieu préscolaire. Les enfants non handicapés qui ont été très tôt confrontés à l'intégration, ont moins d'attitudes de rejet des enfants en situation de handicap par la suite (Frazier Cross et al., 2004, États-Unis).

Selon l'étude menée en Suède par Tamm et al. (2001), la plupart des enfants (6-10 ans)

ont une attitude favorable vis-à-vis des enfants se déplaçant en chaise roulante. Ils accueillent volontiers les enfants dans leurs jeux et considèrent qu'ils ont des amis et une grande estime d'eux-mêmes. Ils remarquent toutefois que les filles en chaise roulante sont plus acceptées que les garçons en tant que camarades de jeu.

### **7.3.2. Attitudes des professionnels avec les enfants en situation de handicap**

Malgré les représentations en majorité positives de l'intégration, les attitudes des enseignants par rapport à l'enfant en situation de handicap sont encore parfois négatives. Ainsi en Italie, beaucoup d'acteurs des programmes d'intégration ont encore du mal à « définir l'enfant autrement que par ce qu'il ne sait pas faire », alors que l'enjeu de la scolarisation est aussi d'identifier et de développer les potentialités de l'enfant (Panchaud Mingrone, 1994).

En revanche, l'attitude positive de l'enseignant par rapport à l'intégration favorise l'adoption d'attitudes positives à l'égard de l'enfant en situation de handicap par les autres enfants (UNESCO, 1999). Il est important d'adopter la même attitude de tolérance et de respect des spécificités vis-à-vis de chaque enfant et pas uniquement de l'enfant en situation de handicap (Panchaud Mingrone, 1994).

### **7.3.3. Attitudes et comportements des professionnels avec les parents des élèves en situation de handicap**

Les parents de jeunes enfants handicapés sont susceptibles d'être dans un état de stress, de vulnérabilité qui requiert des attitudes de soutien et de valorisation de la part des professionnels. En effet, l'annonce du diagnostic de handicap d'un enfant génère toujours un choc émotionnel profond. La maman est souvent la plus exposée car elle ressent des sentiments de culpabilité, d'incapacité...

Gaillard (2004) a travaillé la question du choc traumatique auprès de 34 mamans d'enfants handicapés en France (âgés de 2 à 25 ans). D'après l'auteur, il ressort qu'aucune maman ne s'est vraiment sentie soutenue par des professionnels médico-psycho-éducatifs lors de la naissance de leur enfant. Mais, toujours selon ce même auteur, « *toutes disent s'être senties attaquées par eux au cours des premières années de leur enfant* ».

L'auteur distingue l'état de stress aigu (ESA) dont souffrent la plupart des mamans ayant mis au monde un enfant handicapé et l'état de stress post traumatique (ESPT) postérieur qui concerne encore un grand nombre de mamans. Ces deux états, d'ailleurs encore fortement ignorés par les psychologues, placeraient le « traumatisé » devant une incapacité à formuler une demande d'aide (Smaga, 2000, cité par Gaillard).

L' ESPT conduit à un processus de désocialisation, de repli sur soi, d'enfermement de la famille et donc, comme le cite l'auteur, de « *contre-productivité éducationnelle* ».

Il est important de proposer à ces mamans un soutien adapté, contribuant à la reconstruction de leur identité sociale, familiale, conjugale et maternelle. Ce soutien passera par le partage d'informations, la reconnaissance d'aptitudes et de compétences maternelles et familiales, à travers une collaboration multidisciplinaire élargie.

Selon Pelchat (2003, Canada), les enseignants et éducateurs sont parfois tiraillés entre l'imposition de leur savoir professionnel à des familles parfois hostiles à le reconnaître et la peur de perdre leur crédibilité professionnelle en reconnaissant les compétences des familles.

Selon Hunt et al. (2004, États-Unis), un problème récurrent dans les relations parents-enseignants est lié au fait que leurs réunions sont vécues davantage comme des réunions de profanes (parents)-experts (enseignants) et que comme des réunions de pairs.

Russel (2005, Angleterre) souligne qu'il ne faut pas oublier que si un enfant en situation de handicap a des besoins spécifiques d'aide, ses parents en ont tout autant : besoin d'informations, besoin de soutien et d'aide pratique, etc. La non prise en compte des besoins des parents conduit ces derniers à vivre continuellement dans un stress, une anxiété liés aux difficultés qu'ils éprouvent pour combler les besoins spécifiques de leur enfant (Mencap, 1997, Sloper, 1999, Beresford, 1994 et 1995, cités par Russell, 2005).

Une compréhension optimale des attentes et des désirs des parents à propos de l'éducation de leur enfant est nécessaire. Ces derniers manifesteront leurs attentes « éducationnelles » en fonction de leur propre expérience mais aussi des informations reçues d'un établissement scolaire, des médias, de rencontres informelles avec d'autres parents...

Selon les résultats d'une étude longitudinale réalisée par Russel (2005) auprès de 19 familles anglaises (11 garçons et 8 filles, âgées entre 21 mois et 55 mois) et dont l'objectif majeur était de mieux comprendre comment faire participer activement les parents dans l'expression de leurs attentes et dans le partage de leurs expériences liées au handicap de leur enfant, il ressort que :

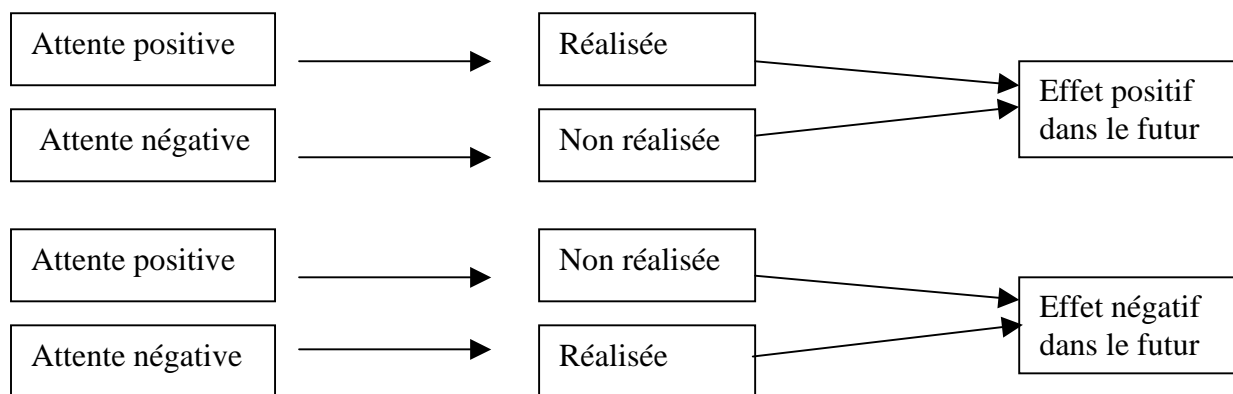
- les parents demandent à pouvoir bénéficier d'informations verbales et écrites de la part des enseignants sur les progrès de leur enfant : comportements, habilité, acquisition de langage, relations et interactions avec les autres enfants « valides » de la classe, etc.
- le fait d'encourager et de faire participer activement les parents dans l'éducation de leur enfant a permis d'aider ces parents à développer plus facilement des attentes positives vis-à-vis de leur enfant mais aussi d'améliorer les relations de communication parents/ enseignants.
- le partage mutuel des attentes des parents/ soignants/ enseignants a permis aux parents de mieux comprendre le fonctionnement de l'école mais aussi de mieux comprendre les besoins spécifiques d'un enfant en situation de handicap et bien entendu de mieux cerner les besoins de leur propre enfant.
- permettre aux parents d'explorer, de verbaliser leurs propres souhaits est utile pour eux car ce travail aboutit aussi à une clarification des attentes.
- l'implication des parents dans l'éducation scolaire de leur enfant handicapé aux côtés des enseignants et soignants permet de faire évoluer les représentations négatives des autres parents d'enfants sains vis-à-vis du handicap et donc facilite l'inclusion de ces enfants dans le monde scolaire « normal ».

Russell s'est basé sur le modèle écologique de développement humain (Bronfenbrenner's, 1977) pour analyser les attentes des parents. Selon lui, la compréhension des attentes et des souhaits des parents d'enfants atteints d'un handicap peut se faire au regard de l'exploration des 4 niveaux de ce modèle. En effet, les parents expriment des attentes vis à vis de leur enfant, de leur relation en tant que parents (niveau 1). Ils sont en interaction avec des personnes « significantes » pour eux comme des membres de la famille et/ou des professionnels (éducateurs, soignants, niveau 2), avec des structures locales ou régionales d'appui (niveau 3) vis-à-vis desquelles ils ont des attentes. Enfin, les parents peuvent aussi

développer des attentes par rapport aux systèmes et aux valeurs de la société (en particulier les attitudes d'une société vis à vis d'enfants handicapés et de leurs familles, niveau 4). (Pour les détails des résultats de l'étude selon ces 4 niveaux d'analyse, voire annexe 1, p. 23).

Les travaux de Lindstrand et al. (2002) et de Pugh et al. (1989), cités par Russell (2005) ont mis en évidence que les parents dont les attentes sont rencontrées ressentent un bien-être lié à la reconnaissance de celles-ci et s'engagent davantage dans l'éducation de leur enfant. Par contre, si leurs attentes ne sont pas/peu réalisées, les parents développent un sentiment de colère, de confusion avec éventuellement un faible sentiment d'estime de soi qui s'installe (Olsen et al., 1996 cités par Russell, 2005). Aussi, la rencontre des attentes des parents a-t-elle un impact sur la communication parents-enfants et parents-professionnels.

Discuter et partager les attentes mutuelles (parents/soignants/éducateurs) avec les parents permet de mieux cibler les informations à partager entre ces acteurs mais aussi de négocier l'atteinte des attentes mutuelles, de créer une relation de partenariat et in fine de responsabiliser tous les acteurs qui gravitent autour de l'enfant en situation de handicap en vue de lui procurer une meilleure intégration dans la société et une meilleure qualité de vie.



Au Danemark, une expérience positive de communication avec les parents comprend leur initiation à des jeux stimulant le développement de l'enfant et la possibilité de leur prêter des jouets ou d'autres ressources utilisées en milieu préscolaire (UNESCO, 1999).

La communication s'est par ailleurs élargie aux grands-parents, invités à quatre soirées annuelles destinées à l'échange d'expériences et d'informations avec et entre eux (UNESCO, 1999).

La facilitation de la transition entre programme (maison / milieu d'accueil / école gardienne) apparaît comme un élément important dans la relation parents-professionnels. La revue de littérature de Odom et al. (2004) identifie plusieurs facteurs qui facilitent cette transition : la préparation précoce, l'échange d'informations sur les possibilités existantes, l'identification de personnes-ressources pour les familles, la continuité entre les services proposés.

Gillig (1999, France) attire également l'attention sur la souffrance ressentie par les parents lorsqu'après une expérience d'intégration, ils doivent à nouveau envisager l'éducation spécialisée ou l'institution qui leurs rappellent l'existence du handicap et les exclusions liées.

## **7.4. Formations de ressources humaines**

### **7.4.1. Manque de ressources humaines formées**

Une enquête menée dans 400 milieux d'accueil aux États-Unis montre que les obstacles perçus à la mise en place de programmes d'intégration sont le manque d'informations reçues par les professionnels (70%) et le manque de confiance en leurs capacités (29%) (Dinnebeil et al., 1994 cité par Odom et al., 2004). Le frein le plus souvent cité pour l'intégration préscolaire est le manque de formation des enseignants (Buisse et al., 1996, cité par Odom et al., 2004).

En Italie également, les enseignants ne se sentent pas toujours assez préparés à accueillir un enfant handicapé et cela leur confère un sentiment d'insécurité (Panchaud Mingrone, 1994).

### **7.4.2. Objectifs et besoins de formation**

Selon Zafran (2007, France), le processus d'apprentissage du rôle d'enseignant dans une classe intégrative passe par la séparation avec la culture et les routines de son univers professionnel. Cette étape consiste en une remise en question de sa vision des objectifs et rôles de l'école, de l'éducation ordinaire et spécialisée, de son rôle d'enseignant. Elle implique aussi la recherche de ressources et les tentatives de développer des compétences utiles pour ce nouveau rôle. Cette recherche de repères dans deux cultures scolaires qui coexistent peut être source d'angoisse. Elle mène l'enseignant à distinguer son idéal du métier et les tâches quotidiennes qu'implique l'intégration. Ce n'est que par la suite que l'enseignant peut prendre conscience de ses capacités personnelles, développer ses ressources et mettre en œuvre des compétences nouvelles.

La formation initiale et continue de tous les enseignants relative à l'intégration peut les aider dans ce processus (Mulvihill, 2002, États-Unis).

Selon Kamménou (1994, Suisse), les besoins de formation des enseignants / éducateurs sont de trois types:

1. compétences qui touchent au diagnostic psychopédagogique : sensibilisation sur les différents handicaps, notions de base sur leur diagnostic.
2. compétences du domaine des relations interpersonnelles : notions afin de pouvoir communiquer avec l'enfant intégré et de pouvoir s'adapter à son niveau, établir des bilans d'évaluation en utilisant des critères spécifiques et être capable d'instaurer un enseignement individualisé dans une classe hétérogène.
3. compétences afférentes à l'intervention et à la thérapie : sensibilisation sur les modes d'intervention thérapeutique

Les résultats de Monjot (1993, Suisse) confirment le besoin d'informations sur les différents types de handicaps : les enseignants (y compris de classes intégratives) ont des connaissances limitées sur la trisomie 21. Le rôle d'un gène qui n'est pas identifié, le lien entre ces phénomènes et les caractéristiques comportementales n'est pas opéré.

Brownlee (2000, États-Unis) présente une expérience de formation réalisée auprès de futurs enseignants. Une partie de la formation est dispensée par une jeune femme handicapée motrice, du même âge que les étudiants, et qui a en particulier des difficultés d'élocution.

L'idée de cette formation repose sur l'hypothèse que les enseignants qui sont censés accueillir des enfants en situation de handicap dans leurs cours doivent au préalable avoir pris conscience de leurs représentations du handicap et de la personne en situation de handicap.

Le processus pédagogique comprend deux entretiens : l'un préalable à la rencontre avec la personne en situation de handicap, l'autre à sa suite. Les étudiants ont apprécié ces moments d'échanges, qu'ils considèrent comme une composante importante de leur processus d'évolution professionnelle et personnelle, car cela leur a permis de discuter de leur expérience et de prendre conscience de leurs croyances et représentations (Brownlee, 2000).

Les approches pédagogiques facilitatrices de l'intégration présentées ci-dessous seraient également à intégrer dans la formation initiale et continue des professionnels appelés à travailler en milieu intégratif.

## **7.5. Approches pédagogiques facilitatrices**

### **7.5.1. Préparation à l'accueil de l'élève en situation de handicap**

La préparation de l'accueil de l'enfant en situation de handicap est importante pour éviter les attitudes de rejet ou d'hyper-protection. Elle peut prendre la forme de discussions, entre enfants, d'une visite à un physiothérapeute, de l'accueil d'adultes en situation de handicap venant témoigner, de la lecture de livres explicatifs... (Panchaud Mingrone, 1994, Italie).

### **7.5.2. Pédagogie différenciée pour classes hétérogènes**

Selon Panchaud Mingrone (1994) l'intégration en classe requiert l'adoption d'une pédagogie différenciée dans des classes hétérogènes puisque les niveaux de compétences sont très variables entre enfants « valides » et enfants en situation de handicap suivants les domaines abordés. Cette pédagogie s'appuie sur la définition d'objectifs d'apprentissage individuels et l'adoption de modalités variées dans les activités didactiques pour les atteindre : activités de classe, de petits groupes, individualisées, en groupe dans une autre classe.

### **7.5.3. Appréhension de l'enfant dans sa globalité**

Un autre principe de base est l'appréhension de l'enfant dans sa globalité : chercher à faciliter son développement cognitif, affectif et social et sensori-moteur. Panchaud Mingrone insiste sur la prise en compte de l'ensemble de ces composantes et non pas uniquement du développement social de l'enfant en situation de handicap. Les apprentissages sociaux ne doivent pas être séparés des apprentissages cognitifs des connaissances de base mais au contraire liés dans les activités didactiques.

L'adaptation des objectifs pédagogiques doit tenir compte de la nature du handicap : pour un enfant aveugle, apprentissage spécifique de la reconnaissance des objets par le toucher, aide aux déplacements... Pour des enfants malentendants, adoption de codes de communication particuliers ... Pour des enfants en chaise roulante, proposition de jeux pour lesquels on n'a pas besoin de ses jambes (jeu de rôle, jeux de ballon) (Tamm et al. 2001).

Quant aux stratégies et activités d'apprentissage, elles seront empruntées à l'éducation spéciale ou à diverses écoles pédagogiques :

- instruction en petit groupe (UNESCO, 1999).
- « constant time delay strategy technique » : respect systématique d'un délai entre les questions de l'enseignant et la sollicitation de la réponse des élèves qui favorise l'apprentissage de la majorité de la classe (Alig-Cybriwsky et.al., 1990 cité par Odom et al., 2004)
- « naturalistic teaching » : apprentissages de compétences ou comportements basés sur des activités ou habitudes de la classe, dans le contexte réel d'enseignement, organisés en fonction de l'intérêt manifesté par les enfants (Rule et.al., 1998, cité par Odom et al., 2004)

Pour faciliter l'intégration d'enfants autistes ou avec des troubles du comportement ou émotionnels, les éducateurs d'un programme aux États-Unis adoptent différentes stratégies pédagogiques :

- mise en place de routines favorisant l'intégration, par exemple confier la garde d'un animal domestique à l'enfant en binôme avec un pair « valide ».
- adaptations des routines autorisées selon chaque enfant : un enfant autiste hyperactif est par exemple autorisé à garder avec lui un petit train toute la journée si cela l'aide à se concentrer
- mise en place de séquences de comportements pour faciliter les transitions entre les activités et entre les différents intervenants professionnels (éducateurs / thérapeutes). La succession des activités de la journée est affichée au mur et régulièrement commentée avec les élèves. Les changements d'activités sont signalés bien à l'avance (Brennan, 2002).

Panchaud Mingrone (1994) souligne également l'importance de réfléchir aux modes de communication des savoirs afin de privilégier ceux qui favorisent la coopération entre les enfants et entre ceux-ci et les adultes. L'évaluation formative en tant qu'élément du processus d'apprentissage individualisé est préférable à l'évaluation sommative (Panchaud Mingrone, 1994).

## **7.6. Coordination entre intervenants**

La prise en charge d'un enfant en situation de handicap implique différents acteurs : professionnels soignants, éducateurs « ordinaires » et spécialisés, parents...

L'articulation de leurs interventions peut prendre différentes formes :

- « service direct itinérant » : enseignant / thérapeute spécialisé procurant des services directement à l'enfant dans la classe intégrée, sans conseil-formation pour l'enseignant de la classe.
- « service itinérant collaboratif » : professionnel spécialisé appuie, conseille et forme l'enseignant de la classe.
- « enseignement en équipe » : partage des responsabilités d'enseignement entre les enseignants spécialisés et ordinaires de la classe et interventions communes et concertées
- « activités d'intégration » : participation à la classe intégrée pour certaines heures de la journée seulement (Odom et.al., 1999, cité par Odom et al., 2004).

Quelque soit la formule, la coordination des intervenants est un élément fondamental. La revue de la littérature anglo-saxonne de Brown (2001) montre le manque de communication avec les familles, le manque de supervision et de soutien des professionnels, le manque de temps dévolu à la coordination des différents services. Les valeurs et attitudes des différents responsables sont parfois divergentes et en particulier, il existe des différences d'options philosophiques entre éducateurs spécialisés et non-spécialisés.

Dans une enquête nationale au Danemark auprès d'enfants en âge préscolaire (<6 ans), les parents déplorent le manque de coordination entre services et professionnels qui les obligent souvent à assurer eux-mêmes ce rôle difficile (UNESCO, 1999). Ils regrettent le manque d'informations sur les services existants et sur leurs droits (UNESCO, 1999).

La revue de littérature de Odom et al. (2004) montre que la collaboration est un élément essentiel au niveau préscolaire. De manière unanime, les professionnels identifient les facteurs suivants comme contribuant à une collaboration réussie : options philosophiques et objectifs communs, bonne communication, répartition claire des responsabilités, des relations durables, appui des administrations ou des agences externes. Des stratégies de type « coaching par les pairs » peuvent exercer une influence favorable sur la réactivité des enseignants vis-à-vis des enfants en situation de handicap.

Selon Attinost (1994, Suisse), ces échanges entre intervenants permettent le bon dosage d'informations, une préparation adéquate des différentes interventions, la prévention des conflits entre intervenants et le morcellement de l'enfant et de sa famille, la dédramatisation des situations difficiles vécues et la prise de décision quant à l'avenir de l'enfant en concertation.

Le challenge à relever pour obtenir la participation de tous est conditionné par 2 aspects :

- 1) faire comprendre que le rôle traditionnel et les responsabilités des instituteurs/éducateurs sont modifiés
- 2) faire comprendre que dans un modèle d'inclusion, chaque membre de l'équipe pédagogique doit partager/faire chevaucher ses fonctions (ex : parents, enseignant, thérapeute, assistante sociale, éducateur spécialisé, etc. ont tous un rôle important à jouer dans l'apprentissage et l'aide à apporter à l'enfant handicapé).

## **7.7 Facteurs logistiques**

### **7.7.1. Obstacles logistiques à l'intégration**

L'environnement physique inadapté (espaces récréatifs inaccessibles par exemple, Patchen, 1997, Canada) est bien entendu un obstacle à l'intégration.

Des rampes d'accès, des portes coulissantes mécaniques peuvent contribuer à faciliter l'intégration. Pour créer un espace ludique accessible, on peut construire un bac à sable à plusieurs niveaux, jouer sur la diversité des balançoires pour permettre leur usage dans diverses postures, leur mise en action par différents mouvements et faciliter l'utilisation par deux enfants simultanément. Il est également utile d'adopter du matériau couvrant le sol pour protéger les enfants en cas de chutes et favoriser la marche et la mobilité des fauteuils roulants (Tuff-Turf ou Elastocrete) (Patchen, 1997).

L'inadaptation du matériel palliatif aux situations d'interactions peut également être un obstacle à l'intégration : des sièges qui mettent l'enfant handicapé et les autres enfants à un niveau différent par exemple (Patchen, 1997).

Afin de faciliter les interactions, en dépit d'un matériel palliatif y faisant obstacle, on peut adapter un siège pour enfant normal, adopter une chaise roulante basse, choisir une position sur les genoux d'un adulte, utiliser un tricycle pour se déplacer, des balles thérapeutiques de

grande taille, Toddler-Bobbler (sorte de trampoline modifié) comme support... Il s'agit d'envisager au cas par cas et surtout avec imagination à partir de la gamme des outils disponibles. (Patchen G., 1997).

## **Conclusion**

Les articles analysés montrent que l'intégration de l'enfant en situation de handicap dans un milieu d'accueil ou scolaire permet d'atteindre des objectifs de développement des compétences cognitives, psychomotrices et sociales de l'enfant. L'intégration permet également de le familiariser avec les interactions sociales typiques et de favoriser les échanges entre enfants et la création de liens affectifs entre eux (Frazier Cross, 2004).

Cette approche s'avère également bénéfique pour les enfants « valides » qui développent leur respect de l'Autre, leur empathie et leur estime de soi (Odom et al. , 2004).

Les représentations de l'intégration par les parents d'enfants en situation de handicap sont en majorité positives : selon eux l'intégration en milieu d'accueil ou scolaire favorise l'insertion de leur enfant dans l'ensemble de la société, son acceptation par les autres, ses possibilités d'apprentissage à leur contact, leur préparation au « monde réel » et leur participation à des activités intéressantes. Toutefois, ces parents expriment plusieurs craintes relatives à l'intégration : que la prise en charge thérapeutique de leur enfant ne soit pas adéquate, qu'il soit rejeté par les autres enfants ou par les professionnels de l'éducation, que l'enseignant n'ait pas assez de temps à lui consacrer et qu'il ne reçoive pas l'aide individuelle requise (Odom et al., 2004).

Les parents des enfants « valides » des classes intégrées reconnaissent les bénéfices de l'intégration pour leurs propres enfants.

Les professionnels de l'éducation sont en majorité favorables à l'intégration bien qu'ils y voient une charge de travail supplémentaire, et, parfois, un élément perturbateur pour le fonctionnement classique de la classe (Hadadian et al., 2001).

De nombreux facteurs exercent une influence positive ou négative sur l'atteinte des objectifs de développement et de socialisation par les enfants en situation de handicap intégrés : les attitudes des professionnels par rapport à l'intégration, leurs attitudes par rapport aux enfants en situation de handicap et à leur parents. L'approche pédagogique des éducateurs, la coordination entre les différents intervenants et les adaptations logistiques jouent également un rôle important dans la réussite de l'intégration.

Plusieurs auteurs recommandent que la formation initiale et continue des professionnels de l'éducation et / ou de la petite enfance intègre des contenus portant sur leurs représentations du handicap (Brownlee, 2000), les différents types de handicap, les compétences communicationnelles et pédagogiques utiles pour s'adapter aux besoins de l'enfant atteint d'un handicap et une sensibilisation sur les modes d'interventions thérapeutiques (Mulvihill, 2002, Kamménou, 1994, Monjot, 1993)

La communication entre personnels soignants, éducateurs et parents s'impose comme un élément essentiel pour la réussite des projets d'intégration. Gaillard (2004) recommande l'apport d'un soutien aux parents des enfants intégrés pour participer à la reconstruction de

leur identité sociale et parentale. Ce soutien se manifeste à travers le partage d'informations, la reconnaissance et la valorisation des compétences maternelles et parentales par les éducateurs et les soignants.

Plusieurs auteurs soulignent l'importance d'un travail en équipe réunissant le personnel spécialisé et les éducateurs autour des valeurs, des objectifs, des activités, des méthodes du projet d'intégration ainsi que des échanges réguliers portant sur chaque enfant (Attinost, 1994, Odom et al., 2004, Brown, 2001). Cette coopération interdisciplinaire est également vivement souhaitée par les parents des enfants handicapés (UNESCO, 1999).

Mais avant tout et quelle que soit la modalité choisie pour un programme d'intégration, il s'agit de « définir l'enfant autrement que par ce qu'il ne sait pas faire » (Panchaud Mingrone, 1994).

## ***Bibliographie***

ATTINOST C.(1994), Exemple de collaboration du S.E.I. genevois avec une crèche participant à l'intégration in Pages romandes, N°II/94.

BRENNAN E., AMA S., GORDON L.(2002), Inclusion of Children with Emotional or Behavioral Challenges in Child Care Settings: An Observational Study, Research and Training Center on Family Support and Children's Mental Health, Portland State University, Washington DC.

BROWNLEE J.(2000), Opportunities for authentic experience and reflection: a teaching programme designed to change attitudes towards disability for pre-service teachers in Support for learning, vol.15, N°3, pp.99-105.

BROWN K.(2001), The effectiveness of early childhood inclusion (parents' perspectives). Research paper, spring session 2001, Loyola College, Baltimore, USA.

ESPAGNOL P., PROUCHANDY P.(2007) , Note d'information. La scolarisation des enfants et adolescents handicapés, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Paris, France.

FRAZEUR CROSS A., TRAUB E., HUTTER-PISHGAHI, SHELTON G.(2004), Elements of Successful Inclusion for Children with Significant Disabilities in Topics in Early Childhood Special Education, Vol. 24, N°3, pp. 169-183.

GAILLARD J.-P., (2004) Les mères d'enfant handicapé, face aux professionnels medico-psucho-éducatifs, in Pratiques Psychologiques, 10, pp 7-23.

GILLIG, J.-M.(1999), Intégrer l'enfant handicapé à l'école, éd. Dunod, Paris, France.

HUNT P., SOTO G., MAIER J., LIBOIRON N., BAE S.(2004), Collaborative teaming to support preschoolers with severe disabilities who are placed in general education early childhood programs in Topics in Early Childhood Special Education, Vol. 24, N° 3.

KAMMENOU A.(1994), Les professionnels de la petite enfance face à l'intégration in Pages romandes, N°II/94, pp 5-10.

KNOCHE L. (2006), Child care for children with and without disabilities : The provider, observer, and parent perspectives in Early Childhood Quarterly, vol. 21, pp.93-109.

MERCIER, M. (2004), Points de repères, pour définir le handicap et favoriser la participation des personnes handicapées, en santé mentale in MERCIER M. et al., L'identité handicapée, Presses universitaires de Namur.

MEREMANS P., BRICHARD B. , CORNET F., DUBOIS S. , VANDERCAM B., (2002), Modalités et perspectives d'accueil d'enfants touchés par un problème de santé chronique (et particulièrement par l'infection VIH) dans les institutions en Communauté française de Belgique, Archive of Public Health, 60, pp 309-327.

MONJOT D., GRUBAR J.-C., TITRAN, M., (1993) La représentation d'enfants trisomiques auprès d'enseignants – réflexions sur l'intégration in L'intégration des personnes déficientes intellectuelles. Actes du IIIème Congrès de l'A.I.R.H.M., Trois Rivières, Canada.

MULVIHILL B., SHEARER D., VAN HORN M. (2002), Training, experience , and child , pp. care providers' perceptions of inclusion in Early Childhood Research Quarterly, vol. 17, pp.197-215.

ODOM S., VITZTUM J., WOLERY R., LIEBER J., SANDALL S., HANSON M., BECKMAN P., SCHWARTZ I., HORN E. (2004), Preschool inclusion in the United States: a review of research from an ecological systems perspective in Journal of Research in Special Educational Needs, Vol. 4, N°1, pp.17-49.

OVERTON S., RAUSCH J.(2002), Peer Relationships as Support for Children with Disabilities: An analysis of Mothers's Goals and Indicators for Friendship in Focus on autism and other developmental disabilities, vol. 17, N°1, Spring 2002, pp. 11-29.

PATCHEN G.(1997), Les handicaps physiques en milieu de garde à l'enfance: rendre la bride à l'enfant in Interaction, Fédération canadienne des services de garde à l'enfance.

PANCHAUD MINGRONE J., (1994), La vie n'est pas spéciale. L'intégration scolaire des enfants handicapés en Italie, Editions SZH/SPC.

PELCHAT D., LEFEBVRE H.(2003), Appropriation des savoirs parentaux dans la continuité des services pour les familles ayant un enfant atteint d'une déficience motrice cérébrale in Education et francophonie, Vol. XXXI, N°1, printemps 2003.

PELCHAT D., LEFEBVRE H.(s.d.), La relation de confiance lors de l'annonce de la déficience motrice cérébrale et d'incapacités ; point de vue des parents, des médecins et des professionnels, Biennale éducation formation, in <http://www.inrp.fr/Acces/Biennale/5biennale/Contrib/long/L313.htm>

SCHNEIDER C.(2000), Intégration préscolaire en France et en Allemagne : à la recherche du tissu social in Handicap, revue de sciences humaines et sociales, N° 87, pp.55-79.

ROSE B. (2007), Représentations, par des éducateurs en formation, de la santé et du bien-être en général et de l'expérience de la santé et du bien-être des personnes en situation de handicap, Louvain-en Woluwe, UCL-ESP-RESO.

RUSSELL F., (2005) , Starting school : the importance of parents' expectations, in Journal of Research in Special Education Needs, Vol. 5, N° 3, pp 118-126

TAMM M.(2001), If I had a friend in a wheelchair': children's thoughts on disabilities in Child: Care, Health and Development, Vol. 27, N°3.

UNESCO (1999), First Steps, Stories on Inclusion in Early Childhood Education, UNESCO Special Needs Education Division of Basic Education, Paris, France.

VAGINAY D.(1994), Intégration d'enfants trisomiques in Pages romandes, N°II/94.

ZAFRAN J., Quelle école pour les élèves handicapés ?, éd. La découverte, Paris, 2007.

## Annexes :

### Annexe 1: Utilisation du modèle écologique de développement humain dans le cadre de l'étude de Russel (2005).

Voici sous forme de tableau les interactions, contenus, sources des attentes des parents interrogés ainsi que les résultats obtenus dans le cadre de cette étude.

Niveau d'interaction	Attentes des parents		
	Contenus des attentes	Sources d'informations	Résultats obtenus dans l'étude
Micro système	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Leur enfant doit pouvoir apprendre en compagnie d'autres enfants « valides »</li> <li>-leur enfant doit pouvoir être inclus dans toutes les activités scolaires</li> <li>-avoir des information sur l'évolution de leur enfant au sein de l'école</li> <li>-travailler avec leur enfant à la maison</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-prendre en compte l'expérience de l'enfant</li> <li>-informations et conseils de la part des professionnels</li> <li>- rapport écrit concernant évolution de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- développement de nouvelles attentes plus réalistes, réalisables</li> </ul>
Méso système	<ul style="list-style-type: none"> <li>-recevoir des informations à propos de leur enfant</li> <li>-donner à l'école des informations concernant leur enfant</li> <li>-être inclus dans les prises de décisions</li> <li>- staff scolaire impliqué et mettant à la disposition des parents leurs expertises mais aussi l'accès à l'enseignement suivi par l'enfant + accès à la classe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-expérience de relations de communication avec les professionnels</li> <li>-information et conseils de la part des professionnels et du staff d'enseignants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- expériences mitigées de la part des parents mais ce niveau représente une grande proportion d'attentes non réalisées</li> </ul>
Exo système	<ul style="list-style-type: none"> <li>-processus d'évaluation pour identifier les besoins des enfants et les décisions d'aide à mettre en place avec l'école</li> <li>-pour les parents l'intégration de leur enfant dans le milieu scolaire est la meilleure façon de répondre aux besoins de l'enfant</li> <li>-recevoir de l'aide pour leur enfant selon l'évolution de ce dernier (pas tout en même temps)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-informations et conseils provenant des soignants et du staff enseignant</li> <li>-expérience professionnelle de quelques parents interrogés</li> <li>-certains parents ont déjà une expérience de quelques années avec un enfant plus âgé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La plupart des attentes des parents sont satisfaites/réalisées. Pour les parents dont les attentes n'ont pas été rencontrées, cette dynamique de travail leurs a permis de clarifier, discuter leurs attentes et idées.</li> </ul>

	-l'école doit être plus flexible dans la rencontre des besoins de l'enfant -avoir le soutien de divers thérapeutes pour l'acquisition par exemple du langage, de la mobilité, etc. -avoir le programme scolaire adapté et propre à l'enfant		
Macro système	par exemple : -améliorer politique inclusion de ces enfants dans les écoles	Améliorer les attitudes de la « société » vis à vis de l'handicap	- résultat non atteint dans le cadre de cette étude car ces attentes s'inscrivent dans le long terme

Rappelons que dans le modèle écologique de développement humain (Bronfenbrenner's , 1977 cité par Russell, 2005, le développement personnel d'un être humain se comprend au travers de 4 niveaux d'interactions avec son environnement social.

Ces niveaux adaptés à la problématique de l'handicap sont :

- 1) le micro système : interactions immédiates qu'une personne a avec son environnement physique et social. Dans le cas de parents d'un enfant handicapé, il s'agit d'interactions avec l'enfant et du rôle des parents en termes de soins et de « prendre soin de ».
- 2) le méso système fait référence aux interactions qu'il y a entre une personne, un service, ou encore un groupe identifié comme le plus important et avec qui l'individu est fréquemment en contact. Par exemple : pour un enfant handicapé et ses parents, il s'agira des services de soutien mis à sa leur disposition
- 3) l'exo système inclus d'autres structures sociales spécifiques, formelles ou informelles qui peuvent influencer les attentes, souhaits des parents concernés par ce dossier (ex : structures locale ou régionale, nationale mises en place pour aider ces parents)
- 4) la macro système inclus les systèmes économiques, sociaux, politiques, éducatifs, légaux qui déterminent les croyances et les valeurs de la société dans laquelle vit ces parents

## **Annexe 2 : Quelques associations ressources**

### Enfants handicapés moteurs

Institut Royal d'accueil pour le handicap moteur  
Av. Albert Dumont, 40  
1.200 Bruxelles  
02/762.08.18  
<http://www.cetd.be>

### Enfants déficients intellectuels

AFrAHM : Association francophone d'aide aux handicapés mentaux.  
24 av. Albert Giraud. 1.030 Bruxelles. Tél : 02/247.60.10  
<http://www.afrahm.be>

### Enfants trisomiques

APEM-T21 : Association de parents de personnes trisomiques 21  
4 rue de la maison communale  
4.802 Heusy-Verviers  
Tél : 087/22.88.44  
<http://www.apem-trisomie21.be>

### Enfants autistes

Association des parents d'enfants présentant le syndrome d'Asperger ou autisme de haut niveau :  
<http://www.aspergerbruxelles.be>

### Enfants aveugles ou malvoyants

A.P.A.M. : Association belge des parents d'enfants aveugles et malvoyants de Belgique francophone  
Rue sur les Thiers 322  
4.040 Herstal  
Tél. : 04/264.64.60

### O.N.A. (Œuvre nationale des aveugles)

Av. Dalilly 90-92  
1.030 Bruxelles  
Tél. : 02/241.65.68  
[info@ona.be](mailto:info@ona.be)

### Enfants sourds ou malentendants

Fédération Royale des Associations de Sourds de Belgique  
Maison des Sourds  
Rue Saxe Cobourg, 38  
1.210 Bruxelles  
Tél. : 02/218.32.22  
<http://www.maisondessourds.be>

A.P.E.D.A.F. : Association des parents d'enfants déficients auditifs  
Rue Van Eyck, 11, bte 4

1.050 Bruxelles  
Tél. : 02/644.66.77  
<http://www.apedaf.be>

Pour les aides matérielles :

Commission communautaire française  
Région de Bruxelles capitale  
S.B.F.P.H. : Service bruxellois francophone des personnes handicapées  
Rue des Palais, 42  
1.030 Bruxelles  
02/800.80.54  
<http://www.cocof.irisnet.be>

### **Annexe 3 : Outils utiles pour les professionnels**

Le guide des bonnes pratiques pour l'accueil de l'étudiant en situation de handicap dans l'enseignement obligatoire et supérieur en région bruxelloise, (2007), Communauté française, asbl Plein Pied. Ce guide existe aussi en CD-Rom.

Il présente clairement les différents types de handicaps, et, pour chacun d'entre eux, donne des conseils pratiques pour les comportements généraux à adopter, les dispositions logistiques (avec des fiches techniques très précises), les aides matérielles accessibles et les procédures pour les obtenir.

Livre blanc : L'accueil de l'enfant malade chronique ou handicapé à l'école, (2004) Ligue des droits de l'enfant, Ministère de la Communauté française. Le livre veut expliquer la maladie, ou handicap et leurs conséquences pour l'enfant, montrer que l'intégration d'un enfant porteur d'un handicap ne pose pas problèmes et porter les revendications des associations de défense de ces enfants relatives à l'intégration. On y trouve quelques « outils », conseils d'activités et d'attitudes pour les enseignants.

DVD (sortie prévue en novembre 2007) destiné aux milieux d'accueil accueillant un ou plusieurs enfants porteurs de handicaps, pour la formation du personnel à leur prise en charge. Projet du Département de Psychologie des Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur.

Brochures éditées par l'a.s.b.l. Triangles destinées aux enseignants des classes maternelles ou primaires intégrant un enfant aveugle ou malvoyant. Triangles Bruxelles. Tél. : 02/373.52.45  
[triangle@belgacom.net](mailto:triangle@belgacom.net)