

CENTRE TECHNIQUE NATIONAL  
D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS  
2, rue Auguste-Comte 92173 VANVES

**INTÉGRATION**  
**DU JEUNE ENFANT HANDICAPÉ**  
**EN CRÈCHE ET EN MATERNELLE**  
**assistance éducative et recherches**

DEUXIÈME ÉDITION

## VIENT DE PARAITRE

- LE SOUTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES  
*L'aide aux familles*  
CNIDFF/CTNERHI
- L'ECHEC SCOLAIRE  
*Processus d'identification et prise en charge spécialisée*  
G. COTTIN, CH. CUITN, J.C. GUYOT, P. LOUBET, C. RIOUAL
- FOYER POUR ADULTES HANDICAPES MENTAUX  
*Choix d'un lieu de vie ?*  
G. HAINAUD, J. LE MEN, A. MOREL, P. VIOSAT
- TELEALARME AUJOURD'HUI, TELECONTACT DEMAIN  
*Michèle CONTE*
- REPRESENTATIONS DES SITUATIONS DE HANDICAPS ET D'INADAPTATIONS  
*chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service social et les enseignants spécialisés, en formation (2 Tomes)*  
Jean-Sébastien MORVAN

S O M M A I R E

	<u>Page</u>
INTRODUCTION	5
<u>1ère PARTIE</u> : PRESENTATION DE LA RECHERCHE	9
I - L'ORGANISME DE RECHERCHE ET L'EQUIPE DE TRAVAIL	11
II - OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	11
III - POPULATION	12
1° - En crèche	12
2° - En école maternelle	13
3° - Population témoin	13
IV - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	16
1° - Recueil des données	16
. Les consultations pédiatriques	16
. Les consultations psychologiques	16
. L'enquête sociale	16
. L'enquête sur le terrain d'accueil	16
2° - Rassemblement des données et dépouillement	17
V - DEROULEMENT	17
<u>2ème PARTIE</u> : INTEGRATION DE L'ENFANT HANDICAPE EN CRECHE	19
I - ANALYSE DES DONNES RECUEILLIES	21
1° - L'intégration par rapport aux données concernant l'enfant	21
a) L'âge, la durée de l'intégration	21
b) Le handicap de l'enfant	22
c) La personnalité de l'enfant	26
d) Le comportement de l'enfant dans son groupe	28
e) L'évolution de l'intégration	30
2° - L'intégration par rapport aux données institutionnelles	32
a) Les conditions d'admission	32
b) Le type d'institution	33
c) Les conditions de travail dans cette institution et les sections concernées	34
d) La préparation du personnel	35
e) Les attitudes des éducatrices	36
f) La vie du groupe d'enfants	41

g) Les réactions des autres parents	42
h) Le rôle du Centre d'Assistance Educative du Tout-Petit	43
. Sa prise en charge de l'enfant	43
. En tant que soutien extérieur apporté à l'établissement	44
i) Autres types de soutien	48
3° - L'intégration par rapport aux données familiales	49
a) La situation familiale, le couple parental et le handicap	49
b) Les données socio-économiques	54
c) Les motivations des parents	54
d) Les relations parents-crèche	57
e) Vécu parental de l'intégration.	59
II - BILAN DE L'INTEGRATION EN CRECHE	61
1° - Pour l'enfant (avantages, inconvénients)	61
2° - Pour sa famille (avantages, inconvénients)	62
3° - Pour l'institution (avantages, inconvénients)	63
4° - Pour son devenir (avantages, inconvénients)	65
III - CONCLUSION	65
<u>3ème PARTIE</u> : INTEGRATION DE L'ENFANT HANDICAPE EN ECOLE MATERNELLE OU EN JARDIN D'ENFANTS	69
I - ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES	70
1° - L'intégration par rapport aux données concernant l'enfant	70
a) L'âge, la durée de l'intégration	70
b) Le handicap de l'enfant	70
c) La personnalité de l'enfant	71
d) Le comportement de l'enfant dans son groupe	72
e) L'évolution de l'intégration	73
2° - L'intégration par rapport aux données institutionnelles	74
a) Les conditions d'admission	74
b) Le type d'institution	75
c) Les conditions de travail dans ces institutions et les sections concernées	76



d) La préparation du personnel	77
e) Les attitudes des institutrices et des éducatrices	78
f) La vie du groupe d'enfants	81
g) Les réactions des autres parents	81
h) Le rôle du Centre d'Assistance Educative du Tout-Petit	82
. Sa prise en charge de l'enfant	82
. En tant que soutien extérieur apporté à l'établissement	84
i) Autres types de soutien	85
3° - L'intégration par rapport aux données familiales	86
a) La situation familiale, le couple parental et le handicap	86
b) Les données socio-économiques	88
c) Les motivations des parents	88
d) Les relations parents-établissements	89
e) Le vécu parental de l'intégration	90
II - BILAN DE L'INTEGRATION EN ECOLE MATERNELLE OU EN JARDIN D'ENFANTS	91
1° - Pour l'enfant (avantages, inconvénients)	91
2° - Pour sa famille (avantages, inconvénients)	92
3° - Pour l'institution (avantages, inconvénients)	93
4° - Pour son devenir (avantages, inconvénients)	93
III - LES REFUS D'INTEGRATION	94
IV - CONCLUSION	96
<u>4ème PARTIE</u> : CONCLUSIONS GENERALES	99
I - BILAN DE L'INTEGRATION DE 40 ENFANTS HANDICAPES EN CRECHE, ECOLE MATERNELLE ET JARDIN D'ENFANTS	101
1° - Bénéfices observés	101
a) Sur le plan du développement psychomoteur et mental	101
b) Sur le plan du développement socio-affectif	102
c) Sur le plan de son comportement adaptatif	102
d) Sur le plan socio-familial	102

2° - Inconvénients ou échecs observés	103
3° - Evolution de l'intégration dans le temps	104
II - CRITERES DE REUSSITE OU D'ECHEC DE L'INTEGRATION	105
III - FACTEURS DE REUSSITE OU D'ECHEC DE L'INTEGRATION	106
1° - L'enfant	106
2° - L'institution	106
3° - La famille	106
IV - PERSPECTIVES D'AVENIR ET PROPOSITIONS	108
<u>5ème PARTIE : ANNEXES</u>	109
I - MONOGRAPHIES DES 15 ENFANTS INTEGRES EN CRECHE	113
II - MONOGRAPHIES DES 25 ENFANTS INTEGRES EN ECOLE MATERNELLE OU EN JARDIN D'ENFANTS	133
III - RESULTATS DU DEPOUILLEMENT DE 126 QUESTIONNAIRES CONCERNANT L'INTEGRATION DE L'ENFANT HANDICAPE EN CRECHE (S. SAUSSE)	161
IV - BIBLIOGRAPHIE	177

---

REPERTOIRE DES SIGLES UTILISES

C.A.E.	Centre d'Assistance Educative du Tout-Petit
A.E.R.	Assistance Educative et Recherches
C.M.P.P.	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
G.A.P.P.	Groupe d'Action Psycho-Pédagogique
I.M.P.	Internat Médico-Pédagogique
E.M.P.	Externat Médico-Pédagogique
I.M.C.	Infirmité Motrice Cérébrale
A.S.E.	Aide Sociale à l'Enfance
Q.D.	Quotient de Développement

INTRODUCTION

---



## INTRODUCTION

---

Depuis une dizaine d'années, l'intérêt suscité par les problèmes de l'intégration sociale des enfants et des adultes handicapés ne cesse d'augmenter. Des textes législatifs récents (15 a, b,) et les réactions souvent vives qu'ils ont soulevées, en témoignent. Des publications variées (articles, thèses, livres) se sont multipliées sur ce sujet. Elles portent tantôt sur son ensemble et touchent alors un public plus large (3. 4. 5.), tantôt sur un aspect particulier de la question (1. 2. 6. 7. 8. 9.). Leur vulgarisation par les moyens audio-visuels d'information des masses, entraînent insensiblement une évolution des attitudes sociales vis-à-vis de ces problèmes, et on assiste à une amélioration voire une accélération des réponses qui doivent être apportées, du moins dans certains domaines. Ainsi, les milieux éducatifs qui n'accueillaient habituellement que des enfants bien portants ne rejettent plus systématiquement les enfants handicapés et lèvent l'isolement qui pesait sur eux et sur leur famille. Dans un centre aussi spécialisé que le CENTRE d'ASSISTANCE EDUCATIVE DU TOUT-PETIT (10) comme dans les consultations hospitalières, il est de plus en plus fréquent de voir de jeunes handicapés intégrés dans des crèches (13), dans des jardins d'enfants, dans des écoles maternelles.

Dans les années à venir, on peut espérer qu'un nombre croissant d'enfants handicapés pourront être dirigés vers ce type de collectivité. Mais cette intégration, souhaitée par tous, n'est pas sans soulever un certain nombre de questions. Cette insertion est-elle réellement bénéfique pour l'enfant, ou n'est-elle qu'un soulagement provisoire pour sa famille ? S'agit-il d'une véritable intégration sociale et pédagogique, permettant à l'enfant de participer aux activités éducatives et à la vie du groupe, ou n'est-ce qu'un gardiennage, attentif mais passif, voire une simple tolérance ? Cette intégration, enfin ne porte-t-elle pas en elle-même une sorte de "*leurre*" pour la famille qui recule devant la réalité du handicap et l'orientation vers un établissement spécialisé dont l'enfant pourrait bénéficier plus tôt ?

---

Les chiffres entre parenthèses renvoient aux documents cités dans l'annexe bibliographique.

Face à ces interrogations, l'ASSOCIATION ASSISTANCE EDUCATIVE ET RECHERCHES a étudié le déroulement de l'insertion, en crèche, jardin d'enfants, et école maternelle de quarante enfants handicapés suivis au CENTRE d'ASSISTANCE EDUCATIVE DU TOUT-PETIT. Nous rapporterons ici les résultats de cette étude et d'une expérience encore limitée, certes, mais qui ne manque pas de se généraliser.

Le dépistage et le traitement précoce des troubles du développement psycho-moteur facilitent la réadaptation ultérieure des enfants handicapés. C'est à partir de cette idée qu'a été créé à Paris, le CENTRE d'ASSISTANCE EDUCATIVE DU TOUT-PETIT qui reçoit des enfants depuis la naissance jusqu'à 6 ans et associe étroitement les parents à la rééducation.

Les enfants suivis présentent des handicaps moteurs, sensoriels, multiples, des troubles caractériels et psychologiques. Des enfants moins sévèrement atteints, qui n'entrent pas dans une classification rigide mais dont le développement inquiète, y sont traités au même titre que leur famille.

Ce Centre est un lieu de consultation, de rééducation individuelle ou de groupe, et un lieu de guidance de la famille qui y trouve le réconfort, le soutien, et les conseils dont elle a besoin. Car l'éducation, la rééducation de l'enfant handicapé et le soutien de la famille ne peuvent être dissociés.

Ce Centre n'est ni médical. ni scolaire mais un lieu où les enfants viennent avec leurs parents retrouver éducateurs, rééducateurs et médecins, pour surmonter leur handicap.

---

## 1ÈRE PARTIE

PRESENTATION DE LA RECHERCHE





## I - L'ORGANISME DE RECHERCHE et l'EQUIPE DE TRAVAIL.

L'ASSOCIATION ASSISTANCE EDUCATIVE ET RECHERCHE, chargée d'étudier, dans le cadre de la présente recherche, l'intégration de quarante jeunes enfants handicapés en collectivité non spécialisée, a été fondée par l'équipe du CENTRE d'ASSISTANCE EDUCATIVE DU TOUT-PETIT qui suit ces mêmes enfants. Ce Centre est géré par l'Entr'Aide Universitaire et dirigé par Janine LEVY, kinésithérapeute, et le Professeur agrégé RICHARDET, pédiatre. Créé en 1970, il fonctionne actuellement comme Centre d'Action Médico-Sociale précoce, assurant les traitements de jeunes enfants handicapés moteurs, sensoriels et mentaux, ainsi que le soutien et l'aide éducative de leurs parents. En mai 1973, l'équipe de ce Centre, souhaitant élargir son expérience clinique et s'ouvrir à des fonctions de recherches et de formation, fonde l'ASSOCIATION ASSISTANCE EDUCATIVE ET RECHERCHE. La formation et l'information des familles et des équipes sanitaires et sociales, ainsi que la recherche et l'étude des moyens susceptibles de favoriser le développement du jeune enfant en difficulté font partie de ses principaux objectifs. Parmi ces moyens, l'intégration de l'enfant handicapé en crèche et en école maternelle est au premier plan des préoccupations (10. 11.).

L'équipe pluridisciplinaire chargée de la présente recherche s'est composée de deux pédiatres (Professeur agrégé RICHARDET, Docteur Danielle TOUSSAINT) de deux psychologues (Danielle RAPOPORT, Simone SAUSSE), d'une kinésithérapeute (Janine LEVY), de deux éducateurs psychomotriciens (Bernadette MALLAURAN, Rachid GRIM), de quatre assistantes sociales (Michèle GUENIN, Claire SAUTEL, Michèle RUIMY, Christine WAQUET), d'une institutrice spécialisée détachée par l'Education Nationale (Marie-Françoise RAFFIN).

## II - OBJECTIFS de la RECHERCHE.

Les objectifs principaux de ce travail sont les suivants :

- Evaluer la réalité et la qualité de l'insertion des jeunes enfants handicapés en crèches, jardins d'enfants, écoles maternelles, en essayant d'apprécier les résultats de cette intégration, à court terme d'une part (s'agit-il d'une véritable intégration sociale et pédagogique ou d'un soulagement provisoire pour la famille ?) et à long terme d'autre part, (quelles en sont les conséquences sur l'évolution de l'enfant et de sa famille ?).

- Isoler et décrire des critères de réussite d'intégration.
- Mettre en évidence les moyens à mettre en oeuvre auprès des milieux d'accueil pour faciliter leur ouverture aux enfants handicapés et la pratique d'une intégration véritable.

### III - POPULATION.

L'intégration de quinze enfants handicapés en crèche, et de vingt-cinq enfants handicapés en école maternelle ou jardin d'enfants, a été étudiée. Trois enfants sont passés de crèche en école maternelle durant cette étude et font partie des deux groupes.

Cette population a été retenue sur les critères suivants : tous ces enfants ont des handicaps importants à dominance motrice, sensorielle ou mentale; ils sont suivis au CENTRE d'ASSISTANCE EDUCATIVE DU TOUT-PETIT; ils ont été choisis pour être observés dans le cadre de cette étude au fur et à mesure que leur intégration dans ces établissements coïncidait avec les phases de la recherche.

#### 1° - Population des enfants en crèche : tableau I (A)

Sur huit filles et sept garçons de 1 an 1/2 à 4 ans :

- 4 enfants sont atteints de difficultés visuelles importantes, associées à un retard de développement psychomoteur et des troubles du comportement plus ou moins accentués (1. 2. 13. 14.).
- 4 enfants sont atteints d'infirmité motrice cérébrale sans troubles du comportement ni retard mental pour deux cas (12. 15.) associé à un retard global pour deux cas (4. 7.).
- 3 enfants sont atteints d'un retard de développement psychomoteur global, sans troubles associés, mais un est trisomique 21 (8. 9. 10.).
- 4 enfants sont atteints d'un retard de développement psychomoteur associé à des troubles graves du comportement à tonalité psychotique (3. 5. 6. 11.).

---

(A) Dans les tableaux, comme dans les monographies, on a choisi de classer les enfants en prenant l'ordre alphabétique de leur prénom.

Deux de ces enfants n'ont pu être suivis de façon longitudinale satisfaisante en raison de leur départ en province (3. 13.).

2° - Population des enfants en école maternelle : tableau II  
(A) :

Sur 16 filles et 9 garçons âgés de 4 à 7 ans :

- 9 enfants sont atteints d'une infirmité motrice cérébrale; pour 5 cas ( 17. 19. 35. 36. 40.), elle est isolée sans troubles du comportement ni retard; pour 4 cas, elle est associée à un retard de développement plus accentué (24. 30. 31. 34.) et des troubles divers.
- 3 enfants sont atteints d'une hémiplégie, associée à un retard de développement mental plus ou moins accentué et à des troubles du comportement et de la communication (25. 28. 37.).
- 8 enfants sont atteints d'un retard de développement mental, plus ou moins accentué, associé pour deux cas (20. 27.) à une dysmorphie, pour quatre cas (22. 23. 26. 33.) une trisomie 21, pour un cas (38.) à un retard moteur important, pour un cas (21.) à des troubles du comportement.
- 4 enfants sont atteints de cécité, sans retard de développement mental (16. 32. 39.), sauf pour un cas (18.).
- 1 enfant est atteint de surdité avec troubles du comportement (29.).

Trois des enfants de cette population viennent de crèche et leur passage d'un type d'établissement à l'autre a pu être étudié (1. 16. 9. 22. 15. 24.).

3° - Population témoin :

L'étude du refus d'intégration de 20 enfants et de leur évolution avait été envisagée. Elle n'a pu être effectuée en raison du peu de refus d'insertion rencontré dans la population suivie au Centre d'Assistance Educative du Tout-Petit. Trois cas ont cependant pu être analysés et ces observations, quoique limitées,

---

(A) Dans les tableaux, comme dans les monographies, on a choisi de classer les enfants en prenant l'ordre alphabétique de leur prénom.

T A B L E A U N ° 1

POPULATION ETUDIEE EN CRECHE

DIAGNOSTIC, DEGRE ET RELATIVITE DES HANDICAPS

PRENOMS	AGE AU MOMENT DE LA RECHERCHE	DIAGNOSTIC, DEGRE ET RELATIVITE DES HANDICAPS
1) ANDRE	2-4 ans	Amblyopie très sévère (fibroplasie rétro-centrale, prématurité) Troubles relationnels et du comportement, développement mental très lent jusqu'à 2 ans. Q.D. zone 70 - Evolution très favorable sur tous les plans.
2) BRIGITTE	3-4 ans	Cécité totale, microphthalmie avec cataracte, aspect proche de l'anophthalmie. Déficience mentale associée à des troubles psychotiques importants Absence de langage, marche non acquise, Q.D. zone 50
3) CAROLINE	3-4 ans	Retard précoce et global du développement, associé à une psychose infantile (étiologie non décelée)
4) CLAUDE	3-5 ans	Infirmité motrice cérébrale (ataxie cérébelleuse congénitale) associée à une déficience mentale moyenne (Q.D. zone 60-70) sans troubles du comportement. Station debout non acquise.
5) DANIEL	1½ - 3 ans	Retard de développement psychomoteur (prématurité) associé à des troubles moyens du comportement avec suspicion de psychose infantile. Evolution favorable
6) ELIANE	1½ - 3 ans ½	Déficience mentale associée à un comportement psychotique avec suspicion de surdité Q.D. zone 50 (sequelles de déshydratation grave avec état de mal convulsif.
7) EVE	1 an - 2 ans	Infirmité motrice cérébrale, hémisindrome cérébelleux gauche et syndrome pyramidal frustré des M.I. associée à un retard de développement psychomoteur (Q.D. zone 60) sans troubles du comportement (épandynome cérébelleux)
8) FABIEN	2 - 4 ans	Déficience mentale importante (Q.D. 50-55) Epilepsie sévère avec crises fréquentes et prolongées nécessitant des hospitalisations répétées (hydrocéphalie valvée, chorio-rétinite sans handicap visuel (toxoplasmose congénitale)
9) HYACINTHE	2 - 4 ans	Déficience mentale moyenne (Q.D. zone 60-70) associée à une trisomie 21 sans troubles du comportement.
10) LUC	2/ 3 ans ½	Déficience mentale modérée (Q.D. zone 70-80) associée à une hypotrophie considérable et des carences socio-affectives (jumeau prématuré et dysmaturé).
11) MUSTAPHA	2/ 3 ans ¼	Déficience mentale importante (Q.D. zone 50) associée à une instabilité psychomotrice considérable et des dysmorphies (anomalie chromosomique 19-20) Evolution favorable.
12) SOLANGE	2/ 3 ans	Infirmité motrice cérébrale (spasticité) avec atteinte prédominante des M.I sans troubles du comportement ni déficience mentale (Q.D. partiel zone 90)
13) SONIA	2/ 3 ans	Cécité malformative (colobome, anomalie du clivage) associée à une déficience mentale profonde (Q.D. inférieur à 50) et à des troubles du comportement de type psychotique. Visage dysmorphique.
14) SUZANNE	3/5 ans	Cécité congénitale par atrophie optique, microcéphalie modérée, associée à une déficience mentale importante (Q.D. zone 50-55) avec troubles passagers du comportement (potomanie, mérycisme, blindness)
15) SYLVAIN	2/ 4 ans	Infirmité motrice cérébrale mineure, léger retard psychomoteur sans trouble du comportement (mais bave incontrôlée) (Q.D. zone 80)

TABLEAU II

POPULATION ETUDIEE EN JARDIN D'ENFANTS ET ECOLE MATERNELLE  
DIAGNOSTIC, DEGRE ET RELATIVITE DES HANDICAPS

PRENOMS		Âges au moment de la recherche	
16	André	2-4 ans	Cécité par fibroplasie rétinolentale (prématurité). Révélation en Septembre 78 d'un petit résidu visuel droit avec utilisation. Intelligences et langage normaux.
17	Christine	5-6 ans	Infirmité motrice cérébrale (syndrome cérébelleux surtout cinétique) avec maladresse manuelle et troubles articulaires. Intelligence normale (Q.D. = 90) chez une petite fille vive. (Séquelles de souffrance cérébrale néo-natale).
18	Clément	5-6 ans	Déficiência mentale (Q.D. zone 60-70) associée à des troubles du comportement (opposition, régression, contacts fluctuants à tonalité psychotique) sans étiologie décelée.
19	Florence	3-4 ans	Infirmité motrice cérébrale portant surtout sur les MI, intelligence et langage normaux (Q.I. = 10) sans troubles du comportement (séquelles de prématurité avec hypocalcémie néo natale)
20	Françoise	4-5 ans	Déficiência mentale (Q.D. zone 60) homogène. Aspect dysmorphique mongoloïde. Etiologie non retrouvée. Pas de troubles du comportement.
21	Françoise	5-6 ans	Déficiência mentale (Q.D. zone 60-70) associée à des troubles du comportement à tonalité psychotique chez un enfant un peu dysmorphique de très grande taille. (Prématurité - souffrance néo-natale).
9	Myacinthe	4-5 ans	Déficiência mentale (Q.D. zone 60) associée à une trisomie 21 avec troubles du comportement (agressivité, instabilité).
23	Igor	6-7 ans	Déficiência mentale (Q.D. zone 60-70) associée à une trisomie 21 avec troubles du comportement (agressivité, instabilité).
24	Inès	5-6 ans	Infirmité motrice cérébrale avec ataxie, incoordination motrice et absence de langage parlé (dyspraxie lucco-faciale). Intelligence normale (notion de déshydratation aiguë à 9 jours de réanimation).
25	Irène	5-6 ans	Hémiplégie (séquelles d'une intervention à coeur ouvert) associée à des troubles du comportement (amplifiée et instable) et une immaturité globale (Q.D. zone 70-80).
26	Julien	4-6 ans	Déficiência mentale (Q.D. zone 50-60) homogène, retard très important du langage associé à une trisomie 21 sans troubles du comportement.
27	Léa	5-7 ans	Déficiência mentale modérée actuellement (Q.I. zone 80) (retard de développement initialement plus important). Myopie. Faciès lourd et disgracieux. Etiologie non retrouvée. Pas de trouble du comportement. Crises convulsives fébriles.
28	Louis	4-6 ans	Hémiplégie cérébrale infantile peu importante avec bonne utilisation du membre supérieur. Déficiência mentale modérée (Q.D. zone 75-80) Retard de langage. Instabilité. Séquelles d'état de mal convulsif à quatre mois.
29	Lydie	4-5 ans	Surdité associée à des troubles du comportement de type psychotique majorant le déficit des performances. (Q.D. non significatif).
30	Marguerite	5-6 ans	Infirmité motrice cérébrale associée à une déficiência mentale (Q.D. zone 60-70). Hypotrophie néo-natale (néphropathie gravidique).
31	Séverine	5-6 ans	Infirmité motrice cérébrale (spasticité) prédominant aux membres inférieurs. Déficiência mentale (Q.D. zone 60) avec un bon niveau (séquelles de prématurité et de détresse respiratoire néo-natale)
32	Sophie		Cécité malformative (hypoplasie des nerfs optiques) diagnostiquée après quelques mois. Intelligence normale (Q.D. partiel 95) excellent langage.
33	Suéd	5-6 ans	Déficiência mentale (Q.D. zone 70) sans troubles du comportement, associée à une trisomie 21.
15	Sylvain	2-4 ans	Infirmité motrice cérébrale entraînant des troubles mineurs, associée à une certaine immaturité (Q.D. zone 70-80) et des troubles du langage. Problème de bave persistant.
35	Sylveine	4-5 ans	Infirmité motrice cérébrale sans troubles du comportement d'intelligence normale. Troubles du langage importants (séquelles de souffrance cérébrale néo-natale gravissime).
36	Sylvio	6-8 ans	Infirmité motrice cérébrale (spasticité) prédominante au niveau des membres inférieurs. Marche difficile acquise à 5 ans. Intelligence normale (séquelles de souffrance cérébrale néo-natale)
37	Thierry	4-5 ans	Hémiplégie cérébrale peu importante associée à une déficiência mentale modérée (Q.D. zone 70) Epilepsie à crises rares (étiologie mal précisée) ; kyste arachnoïdien ayant nécessité une intervention neuro-chirurgicale à 1 mois devant un tableau d'hydrocéphalie. Troubles du langage considérables récents et de la communication.
38	Virginie	4-5 ans	Retard de développement global mais plus accentué sur le plan moteur en voie d'amélioration (Q.D. zone 50-70) associé à des troubles du comportement (craintive et angoissée). Etiologie non retrouvée.
39	Yves	3-4 ans	Cécité totale. Intelligence normale sans troubles du comportement. Langage évolué. (Maladie familiale de Leber).
40	Zohra	6-7 ans	Infirmité motrice cérébrale d'intelligence normale (souffrance néo-natale et réanimation).

apportent un certain éclairage sur cet aspect du problème (cf. quatrième partie).

#### IV - METHODOLOGIE.

##### 1° - Recueil des données

Le recueil des données s'est effectué au cours :

- . Des consultations pédiatriques, au rythme moyen de deux par an, permettant de constituer un dossier médical détaillé du cas de l'enfant en rapport avec le but même de la recherche.
- . Des consultations psychologiques, comportant d'une part des entretiens semi-directifs avec les parents, permettant de recueillir des renseignements par rapport au but de la recherche tout en respectant leur libre association d'idées, et d'autre part des observations psychologiques de chaque enfant, étayées par des examens de leur développement psychomoteur et mental au rythme de deux par an, au moyen de l'Echelle de développement psychomoteur de O. BRUNET et d'I. LEZINE et de la Nouvelle Echelle Métrique de l'Intelligence, de R. ZAZZO et collègue.
- . D'une enquête sociale et psychologique, auprès des familles, à leur domicile, de façon à apprécier plus largement et plus concrètement, dans sa réalité quotidienne, le contexte socio-familial environnant l'enfant.
- . D'une enquête sur le terrain, en crèche, au jardin d'enfants ou à l'école maternelle, permettant d'une part des observations directes des activités de l'enfant dans la collectivité, de son insertion et de sa participation à la vie du groupe et d'autre part des entretiens avec le responsable de l'établissement et le personnel concerné. L'utilisation de questionnaires souples a servi de cadre à ces entretiens et à ces observations, pour faciliter un dépouillement homogène et nuancé, et mettre en évidence si possible les motivations sous-jacentes aux réponses données.

Les données ainsi recueillies ont été centralisées pour chaque enfant dans un dossier global (dont on trouvera les éléments constitutifs en annexe) en vue de l'analyse du contenu et de la phase de dépouillement.

## 2° - Rassemblement des données et dépouillement

L'analyse des données ainsi recueillies s'est faite au cours de réunions de synthèse, où les responsables de chaque spécialité ont mis en commun le matériel obtenu. La récapitulation des données ainsi synthétisée a permis d'apprécier la réussite ou l'échec de l'insertion de l'enfant, puis de considérer quels facteurs intervenaient ici. Enfin, dans un dernier temps, des réunions plus réflexives ont eu pour objet, par delà chaque cas particulier, la mise en évidence des facteurs communs généralisables, et les conséquences pratiques et théoriques de l'ensemble de la recherche.

## V - DEROULEMENT.

L'étude de l'intégration de 40 enfants a commencé lors de la rentrée scolaire de septembre 1977 et s'est achevée en juin 1979. Dans l'ensemble, le déroulement de la recherche s'est effectué selon les phases prévues avec quelques ajustements méthodologiques ponctuels. Les principales difficultés rencontrées ont essentiellement porté sur l'impossibilité de garder une stricte neutralité d'observateur ou d'enquêteur, lors de situations qui portent en elles-mêmes des détresses profondes ou des demandes qui font appel à une relation et un travail suivis, dépassant le cadre de cette étude. Mais la dimension longitudinale et les multiples confrontations facilitées par les réunions de l'équipe ont permis une analyse critique et une prise de distance par rapport à cette implication.





## 2ÈME PARTIE

INTEGRATION DE L'ENFANT HANDICAPE EN CRECHE



## I - ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES.

(cf. également annexe III et monographies)

### 1° - L'intégration par rapport aux données concernant l'enfant

#### a) L'âge, la durée de l'intégration

L'âge d'entrée en crèche est très variable. On peut distinguer deux groupes : les enfants qui entrent en crèche avant 8 mois, c'est-à-dire à la fin du congé de maternité (6 cas) et ceux qui entrent après un an (9 cas).

Dans le premier cas, l'enfant était le plus souvent inscrit avant sa naissance et a été accueilli en crèche soit sans que le handicap soit connu, soit en connaissance de cause. Dans les cas où le handicap a été découvert après l'admission en crèche ou lorsqu'il y a eu une aggravation du handicap connu la décision a été prise de continuer à accueillir l'enfant. L'attachement affectif déjà établi à l'enfant favorise le désir de le maintenir avec ou malgré son handicap. Les données familiales et sociales interviennent bien sûr aussi dans cette décision de maintien.

En ce qui concerne les entrées tardives (qui s'échelonnent de 1 an à 4 ans) il ne s'agit alors pas d'un simple mode de garde mais d'une solution à des difficultés spécifiques de la famille ou de l'enfant, difficultés le plus souvent liées au handicap de l'enfant.

Au moment de notre observation, tous les enfants sont intégrés dans des groupes d'enfants plus jeunes qu'eux : de quelques mois à dix-huit mois d'écart. Les directrices tiennent compte des possibilités réelles de l'enfant et craignent qu'il ne soit source de perturbation dans leur groupe d'âge. De plus, on se heurte parfois à la réticence du personnel responsable du groupe suivant, comme c'est le cas pour Solange qui se trouve, à trois ans, dans un groupe d'enfants de deux mois à deux ans. Dans le cas d'Eve, infirme motrice, le personnel assez surprotecteur, craint qu'elle ne soit bousculée par des enfants plus grands.

Il nous a semblé que les échanges entre l'enfant handicapé et ses camarades étaient plus stimulants et enrichissants lorsqu'il y a peu d'écart d'âge, même si l'écart est plus accentué sur le plan du développement mental.

La gêne qui en résulte pour le groupe s'est avérée moins importante que le personnel ne le craignait. Néanmoins, une intervention du centre spécialisé a été souvent nécessaire pour favoriser et préparer ces passages de section, et élucider les résistances du personnel.

Cependant, au fur et à mesure que l'enfant grandit, l'écart entre ses possibilités et celles du groupe se creuse et devient plus évident. Solange, 18 mois, IMC, a dans le groupe un comportement qu'il est difficile de distinguer des autres : très active, elle multiplie les échanges avec les autres enfants qu'elle imite. Fabien, 3 ans, a très peu d'échanges avec les autres enfants, il joue peu et toujours seul, ne suit pas les mouvements du groupe, mais il cherche beaucoup les contacts affectifs avec les adultes. Avec l'âge, les limites de l'enfant handicapé deviennent plus évidentes et l'intégration connaît parfois des périodes délicates lorsque les éducatrices acceptent difficilement cette réalité.

La durée du séjour est lui aussi variable. Mais, en dehors de Luc que sa mère a retiré au bout de 5 mois, les autres enfants sont restés entre un an et demi et quatre ans.

Presque tous les enfants handicapés restent en crèche jusqu'à quatre ans, c'est-à-dire que l'établissement demande une dérogation afin de garder l'enfant au-delà de ses trois ans, âge limite de la crèche. Cette année supplémentaire permet, soit l'accession de l'enfant à un niveau de développement et de maturité compatible avec une intégration en maternelle, soit la préparation d'une orientation spécialisée. C'est souvent au cours de cette année, que l'enfant profite le plus des possibilités pédagogiques que lui offre le jardin d'enfants de la crèche. Cependant, il y a un risque de lassitude de la part de la crèche, surtout si l'orientation ultérieure est difficile et longue à préparer et si l'enfant est gravement handicapé. La crèche a, alors, l'impression qu'on lui "*laisse l'enfant sur les bras*" et des sentiments de culpabilité accompagnent le désir que l'enfant soit orienté ailleurs. L'enfant, lui, risque de stagner dans ses progrès et de souffrir d'une impression de rejet. L'intégration risque alors de laisser au personnel de la crèche une dernière impression pénible qui peut compromettre l'accueil d'autres enfants handicapés. Nous avons rencontré ce phénomène principalement pour des enfants ayant des troubles du comportement. Il nous semble donc très important que le Centre spécialisé prévoie les orientations qui sont préjudiciables pour l'enfant et pour la crèche.

#### b) Le handicap de l'enfant (cf. tableau I)

Le type et le degré du handicap déterminent pour chaque enfant dans quelle mesure il peut bénéficier des apports

spécifiques de la crèche et y participer. Chaque enfant a plus ou moins de possibilités intellectuelles ou de facilités de contact pour participer aux jeux proposés, communiquer avec l'adulte et les autres enfants.

Prenons deux exemples extrêmes :

Eliane, qui présente d'importantes manifestations psychotiques, nous a paru pendant toute l'observation très en dehors du groupe : elle s'isole sur une table ou agresse les autres enfants de manière imprévisible, alors que Claude, malgré son handicap moteur, veut participer à toutes les activités, imite les autres enfants, échange avec eux. Au départ, les éducatrices avaient cherché des jouets chez les plus petits pour lui, mais rapidement Claude a manifesté le désir de jouer avec les mêmes jeux que les autres, avec une aide de l'adulte. Ces deux observations donnent, bien entendu, une impression très différente mais il faut se garder d'attribuer à la qualité de l'intégration ce qui relève du type et de la gravité du handicap.

C'est en ce sens qu'un gardiennage passif sans participation active de l'enfant n'est pas forcément une mauvaise intégration. Il est important pour chaque cas de voir si l'enfant a, dans d'autres lieux, les possibilités d'une participation active ou non. Fabien, enfant très passif aussi bien en crèche que chez lui, et qu'au C.A.E., nous a paru pourtant plus éveillé dans la crèche qu'ailleurs, car beaucoup plus sollicité à la fois par la vie et le bruit du groupe et par des contacts très affectifs avec l'adulte.

Notre population de 15 enfants permet de dégager certaines constantes selon les différentes catégories de handicaps.

Les handicaps moteurs associés à un retard de développement plus ou moins important et sans troubles du comportement sont certainement les plus faciles à investir par les éducatrices et à intégrer dans le groupe : Luc, Claude, Solange, Sylvain : quatre cas.

Les enfants atteints d'une anomalie chromosomique sont eux aussi intégrés relativement facilement : Hyacinthe, Mustapha : deux cas.

Les enfants atteints de cécité ou d'amblyopie sévère : André, Brigitte, Sonia, Suzanne, l'intégration semble avoir été particulièrement importante aussi bien pour l'enfant que pour la crèche. Les enfants suscitent chez leur éducatrice un investissement particulièrement fort : attachement affectif mais aussi recherche pédagogique. Pour trois de ces enfants,

la crèche a mis en place une véritable prise en charge thérapeutique, obtenant une très importante amélioration de l'enfant, notamment sur le plan de l'autonomie.

Il serait intéressant, dans une autre étude, de rechercher les motivations de l'investissement particulier dont fait l'objet l'enfant aveugle en crèche. On sait que les parents d'enfants aveugles, sidérés par l'angoisse devant cet enfant qui ne les voit pas, ont souvent des attitudes phobiques évitant de les toucher, bloquant ainsi ses potentialités évolutives. Dans ces conditions, on comprend que la crèche soit pour l'enfant aveugle un apport vital. L'intégration en crèche aide aussi les parents à voir leur enfant autrement et à évoluer dans leur relation à lui.

Notre groupe d'enfants comprend deux cas d'enfants psychotiques ou ayant des troubles graves de la personnalité, ainsi qu'un enfant prépsychotique, et trois des enfants aveugles présentent aussi des troubles du comportement et de la personnalité. L'intégration pose dans ces cas des problèmes spécifiques et particulièrement difficiles.

Le contact fluctuant et restreint, les régressions, les stéréotypies, les bizarreries, les comportements agressifs sont très angoissants pour les éducatrices. Par exemple, Caroline présente des crises d'auto-agressivité (elle se mord, se griffe jusqu'au sang) qui suscitent chez le personnel une forte angoisse. Il y a un an, Caroline a perdu certaines acquisitions : déplacement à quatre pattes, préhension des objets. Cette régression était insupportable et a donné lieu à un mouvement de dépression et de désinvestissement. Cependant, Caroline a pu continuer à être intégrée dans son groupe et notre deuxième observation, six mois plus tard, nous a donné l'impression à la fois d'une évolution de Caroline elle-même dans ses échanges avec les enfants et les adultes et d'un réinvestissement de la part des adultes à son égard.

Certains progrès obtenus avec ces enfants en crèche qui constituent indiscutablement un très grand bénéfice n'auraient probablement pas pu avoir lieu dans la famille ou chez une nourrice. Citons, en exemple, Sonia éclatant de rire en imitant les autres enfants qui enlèvent tous les pots des casiers; Brigitte qui commence à parler et reconnaît très bien les autres. Daniel se présentait avant son entrée en crèche comme un enfant prépsychotique, l'intégration parallèlement à une prise en charge très intensive de l'enfant et de la mère au C.A.E. lui ont permis de sortir complètement de son état prépsychotique et d'être maintenant à la crèche comme un autre enfant.

Pour un enfant autiste comme Caroline, l'évolution est beaucoup plus lente et discrète.

Cependant, le prix à payer pour ces progrès est un énorme investissement en temps et en énergie de la part de l'équipe de la crèche. Cet investissement ne peut se faire qu'à plusieurs conditions :

- nécessité d'un soutien très régulier de la part du centre spécialisé;

- existence d'un travail d'équipe et d'un niveau suffisant de travail pédagogique et psychologique avec le jeune enfant;

- l'expérience de cette intégration doit être restreinte dans le temps, un an et demi à deux ans maximum;

- prise en charge psychologique ou psychothérapique des parents et éventuellement de l'enfant au centre spécialisé.

Si ces conditions ne sont pas réunies, l'intégration risque d'être vécue à la longue comme destructrice pour la crèche. L'enfant devient le "*mauvais objet*" suscitant des sentiments de rejets qui sont néfastes pour son évolution et son épanouissement, et très culpabilisants pour le personnel.

C'est ce type de situation que nous avons vu pour Eliane lors d'une 3ème observation après deux ans et demi d'intégration. Les éducatrices parlent d'elle en termes essentiellement négatifs, ne voyant plus du tout ses progrès. Eliane semble beaucoup plus détendue et plus éveillée lors des séances du C.A.E. que lors de nos observations en crèche. Ce qui est en cause ici c'est à la fois la gravité des troubles d'Eliane et notamment ses comportements agressifs et une situation institutionnelle où le personnel, maintenu en position de non-responsabilité, ne peut que rejeter l'expérience nouvelle de l'intégration. Les difficultés qui surgissent autour du handicap d'Eliane sont révélatrices des conflits institutionnels.

L'intégration d'enfants ayant des troubles du comportement et surtout des comportements agressifs, paraît particulièrement difficile. Les bénéfices bien que plus difficiles à percevoir sont cependant évidents. Mais, il ne faut pas oublier qu'il y a peu de possibilités autres pour ces enfants et que l'aspect de soutien et de soulagement de la famille est ici très important. La comparaison entre intégration en crèche avec soutien extérieur et prise en charge en institution spécialisée (type hôpital de jour pour très jeunes enfants comme il s'en crée beaucoup actuellement) nous paraît une direction d'étude intéressante mais dépassant le cadre de ce travail.

Le cas de Fabien pose le problème du risque de crises convulsives à la crèche. Fabien a des crises à la crèche :

celles-ci mobilisent toute l'équipe lorsqu'elles de produisent et sont très redoutées au point que la directrice peut difficilement s'absenter de la crèche. L'équipe de cette crèche a pu assumer cette difficulté grâce au très bon niveau de travail d'équipe mais dans d'autres crèches le risque de consultations est un obstacle insurmontable à l'intégration.

Luc est un exemple d'intégration en crèche d'un enfant ayant surtout un "*handicap social*". L'échec relatif de cette intégration (sa mère l'a retiré au bout de cinq mois, mais entre temps Luc s'était beaucoup épanoui) pose le problème de la préparation des crèches à aborder ce type de famille très marginale et à collaborer avec les équipes spécialisées. Il semble que l'équipe de cette crèche, nouvellement ouverte, n'ait pas été en mesure alors de faire face à ces difficultés qui peuvent pourtant, dans d'autres cas, être assumées dans le cadre de la crèche.

Eve soulève le problème des enfants dont le pronostic vital est réservé. Ce diagnostic très lourd est bien entendu très difficile à assumer par l'équipe de la crèche. Mais il paraît très bénéfique pour l'enfant d'être à la crèche dans un milieu malgré tout moins angoissé et surprotecteur que le milieu familial.

Ces quelques constantes relatives au type de handicap sont, bien sûr, à mettre en corrélation avec les autres variables de l'intégration : données familiales, données institutionnelles, etc. Le type de handicap ne paraît pas en soi un facteur déterminant de réussite ou d'échec de l'intégration : par exemple, les convulsions de Fabien n'ont pas empêché une très bonne intégration grâce au travail d'équipe de la crèche et du lien mère-crèche.

Au-delà d'un certain seuil de gravité du handicap et surtout en cas de troubles graves de la personnalité, l'intégration devient difficile. Mais ce seuil est très variable selon les équipes, de même que varie le devenir du handicap de l'enfant selon son environnement familial.

### c) La personnalité de l'enfant

La personnalité de l'enfant nous semble un facteur de réussite ou d'échec très important. Certains traits de personnalité suscitent l'intérêt de l'éducatrice qui se sentira motivée pour s'occuper de l'enfant, favorisant ainsi son épanouissement.

- La volonté et le courage : pour Claude, le surcroît de travail dû à l'absence de son autonomie motrice, est très



bien supporté parce qu'il s'agit d'un enfant très volontaire, manifestant clairement sa volonté de faire le plus possible comme les autres.

- La communicabilité (même non verbale) : Solange cherche à se faire comprendre et répond de manière adaptée aux sollicitations. Grâce à ce désir de communication, elle a des contacts riches avec les enfants et les éducatrices, bien qu'elle ne parle pas du tout. Inversement, l'absence de communication (enfants psychotiques) ou de langage (enfants déficients...) est souvent difficile à supporter et les éducatrices, tout comme les parents, attendent impatiemment l'apparition du langage. Certaines se sentent démunies avec un enfant qui ne parle pas du tout : ainsi, Mustapha a été lors de sa première année en crèche beaucoup stimulé sur le plan moteur, où il a fait d'énormes progrès, ce qui était vécu comme très valorisant. Mais actuellement les éducatrices ne savent plus très bien comment stimuler cet enfant qui n'a encore aucun langage. On peut corrélérer ces attitudes avec une certaine pauvreté de l'invention pédagogique qui ne permet de trouver d'autre réseau de communication que par le langage.

- L'attachement affectif à l'adulte : Fabien, bien que peu éveillé, répond par la joie aux manifestations affectueuses des éducatrices suscitant ainsi chez elles une relation affective positive. Cependant, il nous a semblé dans quelques cas, que l'attachement affectif peut être trop fort au détriment de l'autonomisation de l'enfant. Ainsi, Hyacinthe, très aimée et entourée (trop ?) par ses premières éducatrices, a du mal à s'adapter à sa nouvelle éducatrice, plus exigeante avec elle.

- L'aspect physique de l'enfant nous semble intervenir beaucoup moins qu'on ne pourrait le croire a priori, et moins en tout cas que la qualité et la vivacité du regard ou du sourire. Ainsi, Brigitte qui a un faciès très dysmorphique mais expressif, est décrite actuellement comme "*mignonne*" par son éducatrice qui a raconté, par ailleurs, avoir surmonté un certain dégoût dans les premiers jours. Sylvain bave énormément : cette caractéristique a rebuté certaines personnes qui s'occupaient de lui, mais a pu être supportée par d'autres. Le seuil de tolérance est donc très variable, et s'abaisse lorsqu'une relation affective s'est établie avec l'enfant.

Il nous semble donc que certains traits de personnalité, notamment la présence affective et la qualité du contact, contre balancent les difficultés dues au handicap. Par exemple, Eve exerce une séduction de par son caractère vif et espiègle qui aide certainement le personnel à assumer l'angoisse liée à son handicap.

d) Le comportement de l'enfant dans son groupe

Le comportement de l'enfant, par rapport à ses camarades, à leurs activités et aux règles du groupe, peut faciliter ou non son insertion dans le groupe.

En premier lieu, les comportements qui gênent ou dérangent activement la vie du groupe sont vécus de manière négative. C'est surtout depuis qu'elle marche qu'Eliane est vécue comme rendant la vie du groupe impossible. Elle a une manière impulsive et agressive d'appréhender les objets et les enfants (agripper, tirer les cheveux, mordre). Les éducatrices ont renoncé à construire un coin-poupée car de toute façon "elle le détruirait". Brigitte témoigne une grande avidité de contact demandant qu'on s'occupe d'elle quasiment en permanence et bien que les éducatrices cherchent à répondre à ce besoin, cela finit par rendre impossible certaines activités du groupe.

Cependant, la gêne active est rare. Plus fréquente est la présence passive d'un enfant qui ne peut pas participer aux activités et mouvements du groupe. Cependant, il faudrait définir plusieurs niveaux de participation. Dans la plupart des cas l'enfant réussit quand même à participer et bénéficier des activités dans la mesure de ses moyens. Participation par la parole des enfants aveugles, participation par le regard des enfants très déficients, participation fluctuante et fuyante des enfants psychotiques. Il nous a semblé qu'un enfant, même très déficitaire, est très sensible et très réceptif aux stimulations venant du groupe et que la tolérance du groupe et de l'adulte à cette présence passive est très grande. Cependant, pour les éducatrices, cette tolérance a des limites dans le temps : au-delà, la non-participation de l'enfant est ressentie comme un échec de leur part et finit par être vécue comme une gêne. Par exemple, nos deux observations de Suzanne, l'une peu après l'admission en crèche, l'autre 9 mois après, montrent le glissement entre l'espoir de faire participer Suzanne aux activités (très multiples et variées dans cette crèche) vers le découragement devant une enfant qui est en décalage constant avec le groupe.

Le contact de l'enfant handicapé avec les autres enfants est aussi un facteur important. Si l'enfant répond par le rire, le regard, aux sollicitations des autres enfants, ceux-ci continueront à venir à lui, à rechercher le contact avec lui, même si l'enfant handicapé ne peut pas jouer activement avec l'autre. C'est le cas de Mustapha et de Claude, par exemple. D'autres enfants, par contre, se situent eux-mêmes hors du groupe mais privilégient la relation affective avec l'adulte : ainsi, Hyacinthe communique beaucoup avec ses éducatrices mais elle joue toujours seule. Ce comportement illustre peut-être le problème très spécifique de l'identité des enfants trisomiques. Fabien est extrêmement passif dans le groupe mais

s'anime au contact des adultes. Dans ces cas, les autres enfants ne font pas attention à eux. D'autres cas - Eliane ou Caroline - refusent le contact avec autrui et les autres enfants finissent par les éviter ou les ignorer. Cependant, même Eliane nous a semblé participer dans une certaine mesure par le regard aux jeux et mouvements des autres enfants. On peut se demander si cette participation qui paraît minime, n'est pas très importante pour elle et pour son évolution future. L'absence complète de contact nous semble très rare et c'est certainement un facteur qui rend l'intégration très problématique.

L'imitation des autres enfants nous a semblé un facteur très bénéfique pour l'enfant handicapé. Elle n'est possible que chez les enfants ayant atteint un certain stade de développement et est dès lors un élément de stimulation très important. Elle les fait beaucoup évoluer aussi bien sur le plan de l'autonomie (manger comme les autres, aller sur le pot comme les autres) que des jeux. par exemple, Mustapha a acquis, en crèche, un niveau d'autonomie très bon par rapport à son niveau de développement.

Pour un certain nombre d'enfants, nous avons pu observer une évolution de leur intérêt qui était d'abord exclusivement centré sur l'adulte, puis s'est progressivement porté de plus en plus vers les autres enfants. Cette ouverture vers le groupe nous semble fonction à la fois d'une évolution du niveau de leur développement et d'une plus grande perméabilité affective et ludique. Elle ouvre à l'enfant d'énormes possibilités d'évolution et de plaisir. Certains enfants y accèdent difficilement : Fabien, du fait de ses possibilités limitées, Caroline, du fait de ses troubles de la communication, Hyacinthe, du fait d'une opposition. D'autres enfants sont d'emblée dans le groupe - Sonia, Claude - ce qui semble être en corrélation avec un niveau de développement proche de la moyenne. Mais la majorité des enfants évoluent d'un intérêt privilégié pour l'adulte, vers une ouverture au groupe : Brigitte, très "collante" et exigeante au départ dans son contact à l'adulte, prend conscience peu à peu des autres et s'y intéresse de plus en plus. Cet intérêt grandissant pour le groupe donne à l'enfant handicapé une certaine autonomie d'autant plus précieuse qu'elle est pour lui si difficile et si limitée.

Dans bien des cas, les exigences des éducatrices ne sont pas les mêmes à l'égard de l'enfant handicapé que des autres enfants, soit du fait de la réalité du handicap (la plupart ne peuvent manger seul, ni s'habiller, etc.), soit du fait d'une attitude surprotectrice de la part de l'éducatrice. Cela met l'enfant handicapé dans une situation très particulière au sein du groupe. Les autres enfants remarquent très vite cette différence, de même qu'ils remarquent et disent ouvertement le handicap physique lorsqu'il est visible. Les enfants de notre

échantillon sont encore très jeunes pour prendre conscience clairement de cette situation et y réagir. Cependant, chez les plus grands, on voit se dessiner des réactions. Ainsi, Hyacinthe paraît en opposition au groupe dont elle s'isole volontairement. On peut se demander si elle n'affirme pas ainsi par la négative son identité, sa différence, qu'elle ne peut affirmer autrement. En effet, cette différence est niée à la fois par la crèche qui veut la considérer à tout prix "comme les autres" et par la mère qui ne peut pas envisager l'avenir de sa fille. Il nous semble que c'est justement lorsque les adultes peuvent verbaliser cette différence qu'elle peut devenir un élément structurant pour l'enfant et qu'elle peut être intégrée dans le groupe.

Le comportement de la majorité des enfants handicapés observés dans leur groupe nous semble tendre vers une participation maximum à tous les mouvements du groupe, compte tenu de leurs difficultés (difficultés liées au déficit ou à la personnalité) et il nous a semblé que, la plupart en retirait un grand plaisir, même dans le cas d'une participation très faible. C'est certainement un des grands bénéfices de l'intégration.

#### e) L'évolution de l'intégration

9 enfants ont pu être observés sur une période de 18 mois (de 2 à 4 observations). Ces observations ont permis d'étudier l'évolution de l'intégration dans le temps, et en particulier de mettre en lumière les mouvements et les fluctuations de cette intégration. Il nous semble nécessaire d'analyser cette évolution parallèlement chez l'enfant, sa famille et l'institution, tant les différents facteurs sont intriqués.

Schématiquement, on peut décrire pour tous les cas une première phase de progrès spectaculaires chez l'enfant, d'investissement très fort de la part des adultes de la crèche et de joie et de soulagement de la part des parents; puis une phase de stagnation ou de ralentissement de l'évolution chez l'enfant, de lassitude chez le personnel et de doutes et d'incertitudes chez les parents. Nos observations les plus longues montrent ensuite une troisième phase différente selon les cas : soit réinvestissement de la part du personnel à un niveau plus réaliste et continuation de l'intégration de l'enfant où l'accent est mis plus sur son bien-être que sur ses progrès, les parents étant eux aussi dans une nouvelle phase où le handicap de l'enfant a pu être sinon accepté, du moins assumé. Soit impossibilité de réinvestir l'enfant et l'intégration n'est plus alors qu'un temps d'attente d'une orientation spécialisée, temps vécu de manière négative par la crèche, les parents et l'enfant.

Il faut noter que ces trois temps de l'évolution sont d'autant plus marqués que les difficultés sont grandes (gravité

du handicap, présence de troubles du comportement, difficultés institutionnelles, relations parents-crèche difficiles).

Nous allons aborder cette évolution du point de vue de l'enfant, puis du point de vue institutionnel et familial dans les chapitres ultérieurs.

En ce qui concerne l'enfant entrant en crèche avec un handicap connu (11 cas sur 15), une première période (qui s'étend approximativement sur la première année mais surtout sur les six premiers mois de l'intégration) est marquée par une explosion spectaculaire de progrès : acquisition de la marche pour Mustapha, acquisition de la station assise et débuts de sociabilité pour Eve, diminution des stéréotypies et grands progrès de langage et d'autonomie pour André.

Puis, les progrès ralentissent, les limites dues au handicap deviennent plus évidentes. Là se pose un problème pour les adultes (éducatrices, parents) mais il ne se répercute de manière négative sur l'enfant que si les adultes en question ne peuvent pas dépasser ce problème. Sinon, ce ralentissement des progrès ne signifie pas du tout que l'intégration devient moins bénéfique pour l'enfant. Une analyse plus fine montre tous les avantages que l'intégration continue à lui apporter. Il s'agit, tout d'abord, du sentiment de bien-être et de sécurité affective due à la conscience d'avoir sa place dans un groupe, place parmi les autres même si ce n'est pas comme les autres. Ceci est valable surtout pour les enfants un peu plus grands, comme André, Claude, Brigitte. Il s'agit, ensuite, du contact affectif avec des adultes autres que les parents et des multiples stimulations dues au contact avec les autres enfants; ne serait-ce que le fait de les voir jouer.

Il nous semble donc que les fluctuations de l'intégration sont plus sensibles au niveau des adultes qu'au niveau de l'enfant handicapé lui-même, le cadre institutionnel et le groupe des autres enfants pouvant en quelque sorte compenser des défaillances temporaires de l'adulte, éducatrice ou parent.

Ce n'est que dans le troisième temps et dans les cas où la lassitude n'a pas pu être surmontée que nous avons observé des situations ayant réellement des répercussions néfastes pour l'enfant : l'orientation spécialisée de Brigitte n'ayant pu être réalisée à temps, l'éducatrice a pu difficilement assumer la présence de cette fillette aveugle et psychotique de près de 4 ans en même temps que son nouveau groupe d'enfants de 2 ans, et elle a été obligée de la séparer à certains moments du groupe. Les nouveaux progrès réalisés par Brigitte lors de son entrée en école spécialisée (acquisition de la marche) montrent que les derniers mois passés à la crèche n'étaient plus aussi bénéfiques pour elle. Pour Eliane, la perception

très négative de l'enfant par les éducatrices, indique une détérioration de la relation avec cette enfant et une impossibilité de lui proposer autre chose qu'un gardiennage : même les progrès d'Eliane finissent par être perçus comme négatifs ("On a un gros problème, elle commence à ouvrir les portes"). On finit même par faire obstacle à ses progrès : pour le goûter, Eliane reçoit de la semoule au lieu des gâteaux proposés aux autres enfants, alors qu'elle mange très bien des gâteaux lors des séances de rééducation au C.A.E.

Sur le plan affectif, l'enfant reste souvent très attaché à la première personne qui s'occupait de lui, à cette période qui était si intense à tout point de vue. Nous avons vu Fabien particulièrement détendu et souriant lors d'une visite de sa première berceuse dans sa section actuelle; Hyacinthe, elle, se faufile dans la section des moyens dès que la porte est entr'ouverte, pour y retrouver l'auxiliaire très aimée de l'année dernière. Pour André, c'est la directrice (que sa mère a suivie dans sa nouvelle crèche) qui tient le rôle de personne privilégiée qu'il va voir dans les moments de régression et qu'il a même appelé "maman" pendant quelque temps. Tout se passe comme si l'enfant, par un phénomène analogue à celui de "l'empreinte", établissait une relation privilégiée avec une personne de référence, qui est dans la majorité des cas, la première personne qui s'est occupée de lui. Cet attachement est dans tous les cas réciproque et se retrouve aussi au niveau des parents. Le phénomène est très spécifique de l'enfant handicapé, et ne se retrouve pas chez les autres enfants de la crèche qui sont le plus souvent plus attachés à la dernière personne qui s'est occupée d'eux. Un besoin plus grand de sécurité affective et de repères fixes, de même qu'une moins grande propension à se projeter dans l'avenir est peut-être à l'origine de ce phénomène. Plus généralement, la notion du temps semble avoir une autre signification dans la relation avec l'enfant handicapé qui évolue moins vite et est appelé à aller moins loin.

## 2° - L'intégration par rapport aux données institutionnelles

### a) Les conditions d'admission

Sur les 15 enfants :

- 5 enfants ont été intégrés à la demande des parents et il s'agit d'enfants inscrits avant la naissance.
- Les 11 autres ont été intégrés avec une intervention du C.A.E. soit que le C.A.E. ait appuyé la demande et préparé l'équipe de la crèche : Fabien, Claude, Suzanne, Sylvain, soit que la

nécessité de l'intégration soit apparue au cours du travail clinique au C.A.E. : Brigitte, Daniel, Luc, André.

- Dans 2 cas : Mustapha, Eve, l'assistance sociale de secteur est intervenue auprès des parents et de la crèche en faveur de l'intégration.

Il est donc à noter que, dans plusieurs cas, l'équipe thérapeutique a eu un rôle actif d'impulsion pour que l'enfant soit accueilli dans une crèche. Il s'agit alors d'une décision thérapeutique prise à cause des conditions socio-économiques ou du handicap de l'enfant (enfants mal-voyants) de l'état psychologique de la mère.

L'admission relève de la responsabilité de la Directrice, mais il semble qu'un nouveau règlement tente à remettre dangereusement en question cette responsabilité. Il est beaucoup à craindre que la décision d'admission des enfants handicapés dépende d'une commission qui ne connaît ni le cas et l'histoire de l'enfant, ni les motivations ou les réticences de l'équipe de la crèche.

Dans la majorité des cas, la décision d'adopter l'enfant est soumise en premier lieu à une discussion avec le personnel concerné (voir la préparation du personnel).

L'autorisation du pouvoir administratif ou médical intervient ensuite, mais semble avoir un poids plus formel que réel. Le vécu des responsabilités repose sur la Directrice. Dans les deux cas présentant un risque : risque de convulsions pour Fabien, risque plus grave pour Eve, les absences de la Directrice sont vécues comme angoissantes, tant la Directrice est perçue à la fois comme la personne compétente et la personne responsable en cas d'accident. Dès lors, il est évident que des cas aussi lourds ne peuvent être intégrés en crèche que si la Directrice peut, elle-même, assumer cette responsabilité et tenir ce rôle sécurisant à l'égard de son personnel. Cependant, il faut ajouter que la responsabilité est vécue comme angoissante par rapport à tous les enfants, handicapés ou non, et que cela dépend aussi beaucoup de la personnalité de chacun.

#### b) Le type d'institution

Sur les 15 établissements visités, il y a :

- 11 crèches de la P.M.I. (de Paris ou des départements de la Couronne).
- 2 crèches P.M.I. ayant un jardin d'enfants de 3 à 4 ans.
- 1 crèche municipale.
- 1 crèche d'entreprise.

Les différences dans le type d'institution ne semblent pas avoir d'incidences sur l'intégration de l'enfant handicapé.

c) Les conditions de travail dans cette institution et les sections concernées

Sur les 15 crèches :

- 10 fonctionnent avec le nombre habituel de personnel (un auxiliaire de puériculture pour 5 ou 6 enfants, ou une éducatrice de jeunes enfants pour la section des grands, c'est-à-dire de 12 à 16 enfants).
- 1 crèche municipale a des conditions très favorables (un auxiliaire pour 4 enfants).
- 4 crèches ont diminué leur effectif d'un enfant.

L'insuffisance du personnel, déjà très problématique en temps normal, devient encore plus cruciale lorsqu'il y a un enfant handicapé dans la section. Tous les établissements visités soulèvent ce problème et c'est une des toutes premières conditions à la généralisation de l'intégration d'enfants handicapés.

La présence des stagiaires dans presque toutes les crèches, permet en partie de remédier à ce problème mais il ne s'agit bien sûr que d'un palliatif. Par exemple, Brigitte exige une présence et une stimulation quasi-permanente et cela n'est possible que parce que l'éducatrice a avec elle une stagiaire-éducatrice qui la remplace auprès du groupe quand elle-même s'occupe de Brigitte, ou vice-versa. Les sections de grands posent toutes ce problème : l'éducatrice, seule avec son groupe, ne peut à la fois s'occuper de son groupe et donner les soins individualisés que demande l'enfant handicapé.

Le temps consacré à l'enfant handicapé est pour tous les cas plus important que celui consacré aux autres enfants. Ce temps varie, bien sûr, selon les cas. Dans tous les établissements, à certains moments de la journée, une personne s'occupe uniquement de l'enfant handicapé, pendant que ses collègues s'occupent du groupe : repas, toilette, déplacements, activités... Dans la presque totalité des cas, les éducatrices aménagent, en plus, des moments de stimulation individuelle avec l'enfant handicapé. Le cas de Brigitte est à la fois exemplaire et extrême à cet égard : on peut dire qu'il y a en permanence une personne qui s'occupe uniquement d'elle.

Les éducatrices ressentent d'autant plus ce besoin que les enfants de la section sont plus grands et ont donc plus d'activités de groupe, auxquelles l'enfant handicapé ne peut



pas participer. Le "laisser de côté" est ressenti comme insupportable, au point que l'éducatrice de Claude a renoncé à faire des rondes avec son groupe parce que Claude, handicapé moteur, ne peut pas y participer. Il leur semble nécessaire d'être toujours au moins 2 par groupe, car il est difficile de répondre à la fois aux besoins du groupe et de l'enfant handicapé.

Les conditions de locaux ou de matériel, bien que variables d'un établissement à l'autre, ne semblent pas avoir de corrélation particulière avec l'intégration. Peut-être parce qu'en crèche les enfants vivent dans un espace restreint (plus restreint qu'à l'école, par exemple) et entièrement conçu pour eux. Les difficultés rencontrées sont alors les mêmes que pour les autres enfants.

#### d) La préparation du personnel

Dans la presque totalité des cas (8 cas sur 9), la directrice de la crèche a informé et consulté son personnel et la décision de l'intégration a été prise en accord avec les auxiliaires concernés. Cette consultation prend la forme, soit de discussions informelles, soit de réunions préparatoires avec toute l'équipe, selon le mode de fonctionnement de chaque crèche. Dans le cas de réunions de toutes l'équipe, il nous semble que tout le personnel se sent concerné et solidaire, assure un soutien et une collaboration à la personne qui s'occupe de l'enfant et permet de faire face à des situations difficiles : Fabien a été gardé, malgré les crises convulsives à la crèche parce que l'équipe a beaucoup d'échanges inter-personnel et fait depuis plusieurs années un travail de réflexion en groupes qui leur permet d'assumer l'angoisse suscitée par les crises. Dans les équipes n'ayant pas de travail de groupe, les auxiliaires se sentent beaucoup plus démunies face à l'angoisse suscitée par le handicap de l'enfant, les phases de découragement sont plus difficiles à surmonter.

Dans une seule crèche, il n'y a pas eu de consultation du personnel qui doit prendre en charge une enfant très handicapée, sur décision de la directrice, très favorable à l'intégration. Il est intéressant de noter que c'est justement pour ce cas que l'intégration ne nous a pas paru très réussie - ici, Eliane - même si d'autres facteurs (en particulier la détérioration propre au cas de l'enfant) sont, ici, intervenus.

Les contacts qui ont eu lieu entre le C.A.E. et la crèche avant l'admission de l'enfant ou peu de temps après (contacts téléphoniques, visite de la kinésithérapeute ou de l'assistante sociale) semblent avoir beaucoup aidé dans le sens d'une préparation. Lorsque cela n'a pas été le cas, de tels contacts sont réclamés par la crèche.

e) Les attitudes des éducatrices

Dans tous les cas, nous avons observé une importante mobilisation, aussi bien en temps qu'en investissement affectif. Nous avons rencontré des personnes dont les attitudes variaient, certes, mais qui étaient toujours profondément concernées et motivées. L'une des auxiliaires d'Eve - cas particulièrement dramatique - nous a raconté qu'elle avait fait peu après l'arrivée d'Eve des cauchemars la concernant. Cet exemple montre à quelle profondeur émotionnelle les éducatrices sont touchées par l'enfant handicapé.

Dans la plupart des cas, l'enfant handicapé a une éducatrice qui s'occupe de lui plus que ses collègues. Dans certaines crèches, il n'y a pas de relation privilégiée avec les autres enfants, mais elle existe pour l'enfant handicapé. C'est de manière spontanée que s'établit cette relation : soit que l'une des éducatrices se propose pour s'occuper de l'enfant handicapé lors des discussions préparatoires à son accueil, soit qu'une relation privilégiée s'établisse dès le début de son séjour à la crèche. Il s'agit d'une relation très chargée affectivement, surtout avec la première personne responsable de l'enfant. Nous avons pu observer à plusieurs reprises que les changements de personnes posent alors des problèmes. Hyacinthe est actuellement au jardin d'enfants, mais elle cherche souvent à retourner chez les "moyens" où se trouve une éducatrice avec qui elle a une relation affective très forte. La jardinière supporte assez mal cette situation d'autant plus qu'elle est nouvellement arrivée dans cette crèche et n'a donc pas du tout participé à l'arrivée et l'histoire de Hyacinthe dans la crèche. Elle exprime son malaise en critiquant les méthodes éducatives de ses collègues (*"Elles lui ont trop cédé... avec ces enfants-là, il faut être ferme"*).

La relation privilégiée entre l'enfant handicapé et une éducatrice est certainement l'un des facteurs favorisant l'intégration, mais elle pose aussi des problèmes d'ordre affectif : peur de perdre cette relation, par exemple, difficulté à laisser partir l'enfant, rivalité avec les autres personnes appelées à s'occuper de l'enfant, frein à l'autonomisation de l'enfant, jalousie de la part des autres enfants. Ainsi, c'est la même auxiliaire qui s'occupe de Sonia depuis son entrée en crèche, c'est-à-dire à trois ans et demi et son lien privilégié avec Sonia, ainsi qu'avec la mère de Sonia et avec le C.A.E. finit par la mettre en porte-à-faux par rapport à la directrice et ses collègues qui lui reprochent de ne plus assurer son travail avec les autres enfants. Il est certain, cependant, que cette relation très privilégiée a été extrêmement bénéfique pour l'enfant et très valorisante pour l'auxiliaire. Mais l'absence de médiation et de soutien de l'équipe met cette auxiliaire dans une situation difficile et le départ de l'enfant sera

pénible à supporter. Plusieurs auxiliaires se sont beaucoup attachées à Eve et lors de notre visite il apparaît que celle-ci bénéficierait certainement beaucoup d'aller en visite au jardin d'enfants, comme le font les autres enfants de la section. Les auxiliaires ne l'avaient pas envisagé, craignant qu'Eve soit bousculée par les grands ou que ceux-ci posent des questions qu'elles n'ont pas envie d'entendre. On retrouve là une attitude de surprotection analogue à celle décrite chez les parents d'enfants handicapés.

A l'inverse, on peut aussi voir des attitudes phobiques et de recul par rapport à l'enfant handicapé. Ces attitudes ont été observées dans peu de cas car dans une équipe de crèche où il y a presque toujours 2 ou 3 personnes par section, ce sont les personnes motivées qui s'occupent de l'enfant. Dans deux cas, il s'agit d'éducatrices de jeunes enfants qui ont eu dans leur section un enfant handicapé intégré dans la crèche depuis longtemps. Elles n'ont pas eu de choix. De plus, elles venaient à la suite d'une auxiliaire très aimée de l'enfant et, dans les deux cas, il s'agit d'éducatrices arrivant nouvellement à la crèche, donc n'ayant pas participé à l'histoire de l'enfant dans la crèche, ni à la décision initiale. Ces corrélations montrent bien que l'intégration en crèche est le fait d'une équipe et non d'une personne seule.

Dans d'autres cas, ce sont des caractéristiques propres au handicap (bave chez Sylvain, agressivité chez Eliane) qui suscitent des mouvements de rejet de la part de certaines éducatrices. Ces mouvements sont, bien sûr, inévitables et il semble qu'ils peuvent être soit dépassés soit respectés, lorsque le travail d'équipe en permet la verbalisation et l'élaboration approfondie. Par contre, lorsque les éducatrices se sentent seules et culpabilisées par cela, sans possibilité d'en partager le poids, elles finissent par en vouloir à l'enfant de leur faire ressentir des sentiments aussi négatifs. Toute proportion gardée, on retrouve là encore des processus analogues à ceux que vivent les parents d'enfants handicapés.

Les motivations qui poussent ainsi certaines auxiliaires à s'occuper de façon privilégiée des enfants qui présentent un problème sont, bien sûr, très difficiles à mettre en lumière. Nous rencontrons, à un premier niveau, les raisons pour lesquelles elles se sentent favorables à l'intégration :

- Il est stimulant pour l'enfant d'être avec des enfants normaux.
- Dans une institution spécialisée, il risque d'être avec des enfants plus atteints que lui et de régresser.
- Les parents sont rassurés de savoir leur enfant avec des enfants normaux.
- Il est bon, pour les autres enfants, de côtoyer, dès le plus jeune âge, un camarade handicapé.

- Le travail est plus difficile, mais aussi plus varié et plus intéressant.

Lors de nos entretiens avec les éducatrices, certaines nous ont confié les raisons plus personnelles et plus profondes qui les motivent à s'occuper de l'enfant handicapé :

- L'éducatrice de Sonia a, elle-même, un enfant handicapé qui est actuellement en E.M.P. et c'est elle qui s'occupe toujours des enfants "*à problème*".
- D'autres ont travaillé auparavant en pouponnière ou en hôpital.

Il est à noter aussi que plusieurs éducatrices qui se sont occupées particulièrement d'un enfant handicapé, aimeraient accueillir un autre enfant handicapé. Cette expérience leur apporte quelque chose de très particulier et de différent. Ce travail est vécu comme plus valorisant parce qu'elles ont l'impression d'apporter à cet enfant "*quelque chose en plus*", de spécifique, à la fois à travers leur propre compétence et à travers le fait de la collectivité. Cette spécificité leur permet une plus grande différenciation d'avec les parents et surtout la mère, et donc de se sentir moins en rivalité.

Pour 2 enfants sur 15, cette relation privilégiée semble être beaucoup plus difficile à établir. Il s'agit de deux enfants présentant de très gros troubles du comportement (stéréotypies, communication très difficile, aucune autonomie, périodes régressives, auto-agressivité ou hétéro-agressivité). Ces manifestations sont extrêmement angoissantes, surtout pour des personnes non préparées et non formées à prendre en charge ce type d'enfants. Dans les deux cas, les éducatrices préfèrent s'occuper de l'enfant à tour de rôle, évitant ainsi d'établir une relation plus poussée qui est à la fois très difficile et très angoissante.

Les éducatrices supportent plus ou moins bien la présence passive et hors du groupe de l'enfant handicapé, à certains moments de la journée. On peut schématiquement distinguer deux attitudes extrêmes :

- Pour certaines éducatrices, l'enfant handicapé doit être considéré, à tous points de vue, comme les autres enfants : "*Défends-toi, Sonia*", dit-on à Sonia lorsqu'un autre enfant lui prend son jouet, alors que manifestement Sonia n'a pas les possibilités de réagir et de se défendre. On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une forme de négation du handicap, telle qu'on peut l'observer chez certains parents.

Cette attitude de déni est peut-être aussi due à une méconnaissance du handicap. On peut la corréler, dans au moins deux cas : Hyacinthe, Sonia, avec d'une part une certaine

pauvreté pédagogique, aussi bien avec l'enfant handicapé qu'avec les autres enfants, et d'autre part avec une vision peu réaliste du handicap et de l'avenir de l'enfant chez la mère.

- Inversement, à l'autre extrême, certaines crèches mettent en place une véritable prise en charge très individualisée et très élaborée en fonction du handicap de l'enfant. C'est le cas d'André, par exemple, qui a pu apprendre à se diriger de façon autonome dans toute la crèche. Là encore la même attitude se retrouve à l'égard des autres enfants : les éducatrices sont très attentives aux besoins spécifiques de chaque enfant et on essaie de leur aménager un rythme individuel.

Ainsi, il apparaît que les attitudes des éducatrices avec l'enfant handicapé ne diffèrent pas fondamentalement de celles qu'elles ont avec les autres enfants de leur section. Par exemple, nous remarquons qu'on parle très peu à Hyacinthe, on la dirige par gestes comme si elle ne pouvait rien comprendre. Or, avec les autres enfants aussi, nous observons une grande pauvreté des échanges verbaux.

Les attitudes avec l'enfant handicapé sont le reflet, parfois plus évident, de ce qui se fait avec les autres enfants, avec toutefois une coloration affective assez particulière.

Nous voudrions maintenant analyser l'évolution de l'intégration du point de vue des attitudes des éducatrices. La première phase de progrès de l'enfant est ressentie comme très gratifiante et valorisante pour elles. Mais, de même qu'elles se sentent responsables des progrès de l'enfant, elles se sentent aussi responsables de l'absence de progrès ou des éventuelles régressions. Ainsi, les périodes inévitables de plafonnement chez l'enfant sont très difficiles à supporter et provoquent des mouvements dépressifs et un désinvestissement chez les éducatrices. Les questions qui reviennent alors, sont :

- *"Est-ce qu'on est vraiment utile ?"*
- *"Est-ce que nous faisons assez pour l'enfant ?"*
- *"Peut-être serait-il mieux ailleurs ?"*

Il serait intéressant d'étudier plus à fond ce que représentent pour les éducatrices ces progrès, notamment par rapport au travail qu'elles font avec les enfants normaux. *"On se sent utile"*, dit l'une d'elles. *"Ca change de la routine"*, dit une autre.

Dans plusieurs cas, il y a phénomène de lassitude bien que, à nos yeux, l'enfant n'ait pas cessé de progresser. Simplement, les éducatrices ne voient plus les progrès, les nient ou les minimisent. Par exemple, pour Solange, après une

première année à la crèche très satisfaisante, les éducatrices parlent d'une absence d'évolution. En réalité, il s'agit essentiellement de la non apparition du langage chez cette enfant handicapée motrice. Une observation fine à la crèche permet de mettre en évidence que l'enfant continue d'évoluer : progrès de compréhension du langage, de la communication par gestes, de l'autonomie des échanges avec les autres enfants... Ce cas montre qu'il s'agit d'une part d'un problème de formation : la formation d'auxiliaire de puéricultrice ne permet pas d'analyser le développement d'un enfant, ni de proposer à l'enfant handicapé des activités adaptées à son cas et à ses possibilités. Nous abordons là le problème du soutien extérieur que nous développons plus loin. Plus profondément, cette méconnaissance des progrès de l'enfant, dans la mesure où ils sont lents et limités, correspond probablement à la difficulté d'accepter la réalité du handicap.

Une des motivations (plus ou moins inconsciente) pour s'occuper d'un enfant handicapé est certainement de s'imaginer qu'on va pouvoir le guérir. En ce sens, les progrès de l'enfant paraissent toujours trop lents et trop minimes par rapport à ce qu'on avait imaginé et espéré. Tout se passe comme si l'éducatrice se trouvait, par rapport au handicap de l'enfant dans la même position que les parents.

Après la période de lassitude, il y a possibilité d'une troisième phase, où les éducatrices peuvent réinvestir l'enfant en des termes peut-être plus réalistes, et faire avec lui un travail plus approprié grâce à l'apport formatif des visites. Il nous semble que les phases de lassitude et de dépression sont plus facilement assumées et dépassées dans une crèche qui fonctionne avec un véritable travail d'équipe (réunions, réflexions en commun, présence d'une psychologue...) que dans une crèche où l'éducatrice est plus isolée. Les auxiliaires qui ont Eliane dans leur section, ne se sentent ni motivées, ni soutenues dans leur travail. Il n'y a pas de travail d'équipe ou de réflexions en commun qui permettraient d'éclaircir leurs sentiments négatifs et de trouver ensemble des propositions de jeu ou de stimulation. Elles ne peuvent assumer cette tâche qui leur est imposée. A l'inverse, lorsque Brigitte pose de réels problèmes à son éducatrice, celle-ci peut compter sur la compréhension de ses collègues. Quant à Eve, l'angoisse soulevée par son handicap peut être assumée dans la mesure où les auxiliaires peuvent en discuter lors de réunions avec tous les autres membres de l'équipe. C'est ensemble qu'elles font face à cette responsabilité.

Il semble que lors de ce troisième temps, les objectifs des éducatrices se modifient : elles ont des perspectives plus modestes et plus réalistes en ce qui concerne le développement de l'enfant et ses limites, mais elles valorisent plus son bien-être, son plaisir d'être avec elles et les autres enfants. La crèche est alors perçue comme un lieu de vie possible pour l'enfant handicapé.

f) La vie du groupe d'enfants

La place de l'enfant handicapé varie énormément selon sa personnalité (voir comportement de l'enfant dans son groupe) et selon le climat de chaque groupe.

Il nous semble que l'enfant handicapé reste plus fréquemment dans une relation privilégiée à l'adulte, du fait très probablement de sa plus grande dépendance réelle.

Quant aux autres enfants, il faut distinguer les groupes de moins de 2 ans où les enfants manifestent peu d'intérêt pour leur camarade handicapé et le remarquent peu.

Après 2 ans, le groupe est très conscient de la présence d'enfant handicapé. Cette conscience s'exprime ouvertement. Les plus grands posent des questions : Pourquoi Claude ne marche pas, ne parle pas ? Pourquoi tu t'occupes de Brigitte pour la faire manger ? D'autres font des remarques, parfois désagréables. A Sylvain, on dit : "*Il bave, il n'est pas beau, il est sale*", et certains enfants ne veulent pas lui donner la main lors de la ronde. Ces remarques sont vécues de manière pénible par l'adulte, mais il nous semble que l'explicitation ouverte du handicap est moins traumatisante pour l'enfant handicapé qu'un non-dit qui laisse les questions en suspens et ne reconnaît pas l'enfant dans sa différence et son identité.

Certaines éducatrices parlent à leur groupe des difficultés de l'enfant handicapé avant son arrivée : Brigitte. D'autres préfèrent attendre les questions et y répondent : Claude. Dans quelques cas, les éducatrices évitent ces questions, n'aimant pas parler du handicap. La plupart ont du mal à trouver les mots pour expliquer le handicap et se bornent à dire : "*Elle est petite* (alors qu'elle est plus grande que les autres...), *fais attention à elle*". Plus profondément leur propre angoisse par rapport au handicap leur rend difficile d'en parler : Eve.

Les attitudes observées et décrites chez les plus grands sont surtout des attitudes de protection et d'aide. Dans plusieurs cas, il s'agit surtout d'une identification à l'adulte (faire comme l'éducatrice) d'autant plus que ces attitudes sont très encouragées et valorisées par l'adulte que d'une véritable relation avec l'enfant lui-même. Dans d'autres cas, les enfants manifestent un réel intérêt pour leur camarade et cherchent à jouer avec lui dans le mesure de ses possibilités.

L'enfant handicapé nous semble plutôt moins souvent agressé que ses camarades, car cela est très mal supporté par l'adulte qui le protège plus que les autres et intervient

plus souvent en cas de conflit. C'est un signe de bonne intégration lorsque les adultes se sentent assez rassurés pour laisser l'enfant handicapé avoir avec ses camarades des relations complètes, c'est-à-dire aussi bien d'amitié que de conflit. Ceci dit, dans la plupart des cas, l'enfant handicapé a effectivement moins de moyens de défense que les autres et, là encore, dépend plus de l'adulte que des camarades.

Les comportements agressifs sont presque toujours le fait d'un ou deux enfants, toujours les mêmes. S'agit-il d'une réaction de jalousie à l'égard de cet enfant dont on s'occupe tout particulièrement ? Ou l'enfant agressif est-il le porteur de l'agressivité, voire de l'angoisse du groupe ?

Nous avons observé aussi des comportements régressifs de la part d'autres enfants. Ils expriment par là leur sentiment de jalousie à l'égard de l'attention particulière portée à l'enfant handicapé. Nous l'avons remarqué tout particulièrement pour les enfants mal-voyants, la nécessité d'aide étant là particulièrement manifeste et fréquente. Certains enfants réclament d'être eux aussi aidés lors du repas, de l'habillage, etc. Ces comportements avaient lieu alors même qu'il s'agit de sections où le handicap de l'enfant, ses difficultés, sa place dans le groupe ont été volontiers verbalisés par l'adulte.

A travers tous ces comportements, il apparaît que l'enfant handicapé a véritablement sa place spécifique dans un groupe d'enfants de plus de 2 ans, c'est-à-dire ayant accès au langage. L'enfant handicapé y a même une place importante : les enfants en parlent beaucoup, s'adressent souvent à lui, même si ces échanges restent souvent unilatéraux, posent beaucoup de questions et comprennent très bien ce qu'on leur dit du handicap de leur camarade. Il nous semble que les autres reconnaissent d'emblée à leur camarade handicapé une place tout à fait spécifique, différente de la leur, mais parmi eux. Ceci est surtout vrai lorsque l'enfant a un handicap très évident (aveugle, par exemple) et lorsque les adultes peuvent le verbaliser. La situation est plus complexe lorsque le handicap est peu évident, ou encore lorsque les adultes n'en parlent pas volontiers ou essaient eux-mêmes de traiter l'enfant "comme les autres" en niant la différence.

Ainsi le groupe nous semble non seulement un facteur de progrès et de stimulation mais aussi un élément permettant à l'enfant handicapé d'être reconnu dans sa différence et son identité.

#### 9) Les réactions des autres parents

Aucune crèche n'a noté de réaction hostile ou défavorable de la part des autres parents à l'égard de l'intégration



d'un enfant handicapé. Deux crèches ont remarqué des "regards mauvais", "une curiosité malsaine", mais il s'agit de réactions isolées. Dans plusieurs cas, cependant, les autres parents remarquent l'enfant, posent des questions, s'y intéressent.

L'enfant handicapé éveille chez chacun d'entre nous des interrogations angoissées et une émotion très forte. Cela est bien naturellement aussi le cas pour les autres parents de la crèche, d'autant plus qu'il s'agit de couples jeunes susceptibles d'avoir d'autres enfants et se sentant donc directement concernés par ce problème.

Les équipes de la crèche réagissent différemment à ces questions : la plupart suscitent les questions et y répondent ouvertement. Dans deux crèches, le personnel évite ces questions, et a peur d'y répondre ! "Ca ne les regarde pas... c'est gênant par rapport aux parents de l'enfant handicapé".

Cependant, il faut noter que, dans ces cas, justement, les rapports entre la crèche et les parents de l'enfant handicapé sont assez tendus. On reproche notamment à ces parents de "ne pas parler", d'avoir du mal à discuter avec eux. Et nous trouvons une corrélation entre la possibilité d'un dialogue crèche-autres parents, et la possibilité du dialogue crèche-parents de l'enfant handicapé. S'il y a un non-dit autour du handicap avec les parents de l'enfant, ce non-dit se retrouve avec les autres parents, les autres enfants.

#### h) Le rôle du Centre d'Assistance Educative du tout-petit

(cf. tableau III)

##### Rôle de sa prise en charge de l'enfant

Le rôle de la prise en charge au Centre est extrêmement variable selon les cas. Le nombre de séances au Centre (consultations médicales ou psychologiques, rééducation kinésithérapeutique, psychomotrice ou orthophonique, psychotérapie... varie de une consultation tous les deux mois jusqu'à trois séances par semaine selon les enfants.

L'importance de la prise en charge intervient en tant que facteur de l'intégration à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, au niveau de l'enfant : l'évolution le plus souvent favorable (dans la mesure des possibilités) lors d'une prise en charge régulière facilite l'intégration et favorise l'intérêt des éducatrices pour cet enfant. Ainsi, Daniel

s'est réellement transformé au cours de la prise en charge très intensive au Centre (rééducation psychomotrice de l'enfant et psychothérapie bi-hebdomadaire de la mère). Son insertion en crèche est maintenant très bonne, on peut prévoir pour lui une scolarité normale.

Ensuite, au niveau des parents : leur prise en charge semble bien en corrélation avec la réussite de l'intégration et particulièrement à la fin, lors du passage en maternelle ou établissement spécialisé. La mère de Luc est très difficile à mobiliser et n'est venue que quelques fois au Centre : elle a enlevé Luc de la crèche au bout de quelques mois au moment où justement l'enfant paraissait très épanoui dans son nouveau milieu.

La prise en charge au Centre joue à un troisième niveau : celui des rapports avec l'institution où est intégré l'enfant. Une prise en charge bien suivie implique toujours des contacts avec l'établissement où vit l'enfant et ces contacts soutiennent l'intégration.

Il nous semble donc qu'une prise en charge régulière au Centre spécialisé est un facteur qui facilite l'intégration. Inversement, les prises en charge irrégulières ou insuffisantes qui sont souvent le signe d'une difficulté ou d'un manque de mobilisation au niveau de la famille, vont presque toujours de pair avec des difficultés de l'intégration. Il s'agit surtout de difficultés crèche-parents qui surgissent le plus souvent au moment de l'orientation ultérieure. Parfois, ce n'est pas la suffisance de la prise en charge qui est en cause mais la difficulté ou l'impossibilité d'aborder dans cette prise en charge certains problèmes et notamment l'avenir de l'enfant. Ainsi, Sonia a été suivie régulièrement mais au moment de préparer sa sortie de la crèche il apparaît que l'avenir de Sonia n'a jamais pu être abordé de manière claire avec les parents. De même, pour Hyacinthe, des difficultés surgissent au moment du passage en maternelle qui indiquent que sa mère avait vécu l'intégration comme une normalisation.

. Rôle du C.A.E. en tant que soutien extérieur apporté à l'établissement

Les 15 crèches visitées ont toutes une demande d'aide extérieure pour les soutenir dans l'intégration d'un enfant handicapé.

A chaque fois, nous avons l'impression que notre visite était vivement attendue. une fois sur place, recherche et action étaient forcément mêlées dans notre intervention tellement étaient pressantes les demandes de conseils, d'information ou simplement, le besoin de parler de l'enfant, de ses progrès, des difficultés rencontrées. Dans toutes les crèches, on nous a demandé de revenir.

PRISE EN CHARGE AU CENTRE D'ASSISTANCE  
EDUCATIVE DU TOUT PETIT DES ENFANTS EN

C R C R C R

TABLÉAU III

ENFANTS EN CERCHE	DATE D'ADMISSION: EN CERCHE	PERIODE D'AVANCE AU C.A.E.	KINESI.	CONSULT.	PSYCHOLOGIE	PÉDAG- THERAPIE	GROUPE D'ÉVAL.	ORTHOPHONIE	S. SOCIAL	TOTAL												
											Tot: A :	AP :	Tot: A :	AP :	Tot: A :	AP :	Tot: A :	AP :	Tot: A :	AP :		
ANDRÉ	Novembre 76	Mai/76	1 :	1 :	7 :	2 :	5 :	1 :	1 :	60 :	7 :	53 :	1 :	1 :	9 :	61 :	70					
BRIOLITE	Septembre 77	Fév/76	Jun/78 :	7 :	5 :	2 :	7 :	- :	7 :	56 :	5 :	51 :	59 :	11 :	48 :	6 :	- :	6 :	21 :	114 :	135	
CARDOLINE	Juin 76	Jan/76	Jun/78 :	1 :	1 :	7 :	28 :	5 :	4 :	1 :	10 :	8 :	2 :	2 :	2 :	5 :	1 :	4 :	5 :	127		
CLAUDE	Janvier 77	Jan/6	Jun/78 :	20 :	15 :	5 :	5 :	1 :	4 :	2 :	2 :	2 :	22 :	8 :	14 :	1 :	1 :	8 :	- :	8 :	27 :	58
DANIEL	Février 79	Oct/78	Jun/79 :	3 :	3 :	3 :	3 :	7 :	3 :	4 :	19 :	19 :	4 :	19 :	19 :	4 :	19 :	19 :	4 :	29		
ELIANE	Mars 79	Jan/77	Mai/78 :	14 :	14 :	7 :	6 :	1 :	1 :	45 :	15 :	30 :	1 :	1 :	8 :	6 :	2 :	42 :	33 :	75		
EVE	Février 79	Nov/78	Jun/79 :	11 :	5 :	6 :	3 :	2 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	2 :	1 :	1 :	8 :	9 :	17		
FABIEN	Février 76	Nov/76	Jun/78 :	12 :	12 :	4 :	4 :	1 :	1 :	20 :	20 :	20 :	20 :	20 :	20 :	3 :	3 :	40 :	40			
HYACINTHE	Février 75	Mars/75	Jun/78 :	17 :	17 :	7 :	7 :	6 :	6 :	62 :	62 :	62 :	62 :	62 :	62 :	1 :	1 :	93 :	93			
ILIC	Septembre 78	Oct/76	Jun/79 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	3 :	3			
JUSTAPHA	Septembre 78	Fév/78	Jun/79 :	26 :	10 :	16 :	9 :	6 :	3 :	2 :	2 :	2 :	2 :	2 :	4 :	4 :	1 :	1 :	5 :	16 :	33 :	49
SOLANGE	Octobre 76	Oct/77	Jun/79 :	61 :	61 :	8 :	8 :	8 :	8 :	2 :	2 :	2 :	2 :	2 :	3 :	3 :	3 :	74 :	74			
SONIA	Mai 75	Mai/75	Oct/78 :	30 :	30 :	8 :	8 :	2 :	2 :	2 :	2 :	2 :	2 :	2 :	2 :	2 :	2 :	44 :	44			
SUZANNE	Septembre 78	Mars/76	Jun/79 :	109 :	98 :	11 :	12 :	10 :	2 :	3 :	3 :	3 :	60 :	53 :	7 :	1 :	1 :	2 :	166 :	21 :	187	
SYLVAIN	Septembre 76	Fév/76	Jun/79 :	10 :	10 :	1 :	1 :	1 :	1 :	6 :	5 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	1 :	15 :	2 :	17		

LEGENDE : A : AVANT  
AP : APRES

Cependant, cette demande de soutien varie selon les cas : elle nous a paru moins pressante dans 4 cas : Daniel a tant évolué depuis le début de l'intégration qu'aucun problème spécifique ne se pose plus; Fabien et Eve peuvent être considérés comme des cas très "lourds", mais le travail d'équipe, les réunions, les réflexions en commun, le soutien apporté par le médecin et la psychologue de la crèche sont si importants qu'il y a peu de demande à l'égard du visiteur extérieur. De plus, pour Eve, la rééducation a lieu partiellement dans la crèche et ces visites régulières permettent d'aborder avec la kinésithérapeute tous les problèmes qui se posent. Pour Solange, le personnel de la section des petits avait beaucoup de questions à poser, mais l'éducatrice de jeunes enfants de la section des grands a elle-même travaillé en institution spécialisée et demande beaucoup moins au Centre spécialisé : elle s'appuie sur sa formation et son expérience.

Dans les onze autres cas, la demande était beaucoup plus pressante et tout particulièrement en ce qui concerne les enfants ayant des troubles du comportement.

Toutes les crèches ont eu des contacts avec le C.A.E. soit que les directrices ou les éducatrices soient venues au C.A.E., soit que les rééducateurs du C.A.E. soient allés à la crèche. C'est cette dernière formule qui a paru plus enrichissante et qui est souhaitée dans tous les cas. Les éducatrices désirent demander des conseils dans le cadre même où elles travaillent, et ont probablement aussi besoin qu'une personne extérieure apporte un éclairage nouveau sur le comportement de l'enfant dans le groupe et avec elles.

Dans l'état actuel des choses, les contacts avec le Centre spécialisé paraissent insuffisants dans dix cas. Plusieurs éléments entrent en ligne de compte :

- Les contacts sont pris trop tard. C'est avant l'arrivée d'un enfant handicapé que les éducatrices souhaitent des informations sur l'enfant, son handicap, le pronostic, etc.
- La régularité : les éducatrices ont besoin de pouvoir compter sur des contacts très réguliers qui les sécurisent et les soutiennent dans leurs difficultés.

A travers ce soutien extérieur, c'est un véritable complément de formation que demandent les éducatrices pour pouvoir assumer l'enfant handicapé : conseils précis (quels jouets, quelles activités proposer ?), informations médicales sur le handicap, etc.

Aussi nous paraît-il important de signaler ici que sur les 15 crèches ayant accueilli les enfants, 9 où se trou-

vaient Brigitte, Hyacinthe, André, Claude, Mustapha, Eve, Sylvain, Suzanne et Fabien ont bénéficié de l'enseignement complet de l'éveil du tout-petit par notre Association dans le cadre de la formation organisée par la P.M.I. Les 6 autres où se trouvaient Sonia, Caroline, Solange, Daniel, Luc et Eliane ont bénéficié du soutien de l'équipe, qui, à l'occasion de l'intégration de ces enfants, a sensibilisé le personnel des établissements aux techniques d'éveil. Ces techniques d'éveil du tout petit constituent un soutien très important surtout lors de la première année à la crèche. Le personnel s'est occupé intensivement de Mustapha et de Sylvain, par exemple, à l'aide de ces techniques leur permettant de bien progresser sur le plan de la motricité et de l'éveil. Ensuite, le personnel se trouve un peu désemparé si d'autres techniques plus proprement pédagogiques ne viennent pas soutenir son action auprès de l'enfant. Mustapha, par exemple, est maintenant bien débrouillé sur le plan moteur et celui de l'autonomie, mais les auxiliaires ne savent pas très bien le stimuler à travers le jeu et le langage. C'est la formation des auxiliaires de puériculture qui est ici en question, et ce problème se pose, nous tenons à le souligner, pour tous les enfants de la crèche.

Le soutien du Centre spécialisé apparaît comme nécessaire dans tous les cas, en tant que référent extérieur : par exemple, pour Brigitte, le travail avec la psychologue de la crèche (qui se trouve être un membre de l'équipe de recherche) n'a pu remplacer les contacts avec les personnes du Centre spécialisé qui ont réellement l'enfant en charge, et qui apportent un regard extérieur permettant d'analyser certains points très spécifiques de l'enfant.

Au total, il apparaît que la demande de soutien extérieur lors de l'intégration en crèche d'un enfant handicapé varie :

- d'une part, selon le handicap de l'enfant (demande plus pressante pour enfants avec troubles de la personnalité, demande presque nulle pour les enfants très peu handicapés);
- d'autre part, selon le niveau du travail psychologique et pédagogique de l'équipe ou de la personne qui s'occupe de l'enfant.

Dans certains cas, le soutien est nécessaire comme un simple regard extérieur, dans d'autres le soutien devrait se substituer à un travail de formation ou de réflexion, ce qui, bien entendu, est impossible. La demande est alors souvent ambivalente comme nous avons pu l'observer avec Eliane. Lors d'une visite de l'éducatrice spécialisée qui s'occupe d'Eliane, le personnel regrette que le soutien ne soit pas plus régulier et demande une visite par mois. Mais lorsque l'éducatrice

revient effectivement au bout d'un mois, elle a l'impression de n'être ni attendue ni entendue.

Cet exemple nous montre qu'il faut discerner dans la demande de soutien différents aspects :

- Besoin d'un référent extérieur et régulier qui permet de faire le point sur l'évolution de l'enfant, sur son avenir, et d'apporter des conseils ou des informations.

- Recherche d'un savoir impossible (le pronostic, le pourquoi du handicap sont souvent des questions sans réponse).

- Recherche d'une compétence parfois mythique à travers le recours aux spécialistes. Souhait d'une formation qui n'est pas assurée par ailleurs.

- Rejet sur le Centre du sentiment d'échouer avec l'enfant et de la culpabilité qui s'y attache (dans ces cas, la demande de soutien s'exprime sous forme de reproches).

De plus, les demandes du personnel recouvrent parfois celles des parents, quand il s'agit, par exemple, de demande d'orthophonie pour l'enfant, alors que celui-ci n'a encore aucun langage. Nous touchons là de nouveau la difficulté d'accepter la réalité du handicap, telle qu'elle est vécue par la personne ayant en charge l'enfant.

Une question importante lors du soutien à la crèche est de savoir ce qui peut être communiqué par l'équipe thérapeutique compte tenu du secret professionnel par exemple. Par exemple, pour Eve, on peut se demander s'il était nécessaire de dire le pronostic incertain qui pèse sur sa vie. On peut craindre que cette incertitude ne rende la relation avec Eve très angoissante et la relation aux parents très difficile ("*Savez-vous que nous savons...*"; à partir de là, le dialogue est bloqué).

Enfin, parallèlement à ces observations et à ces constats concernant le rôle du C.A.E. en tant que soutien extérieur apporté à l'établissement, on peut voir, en se reportant au tableau III, comment se sont répartis la fréquence et le type de prise en charge de l'enfant, avant et après son intégration.

#### i) Autres types de soutien

En dehors du soutien apporté par le Centre spécialisé et du soutien propre à la crèche (psychologue, médecin) l'intégration de l'enfant handicapé a été facilitée dans quelques cas par d'autres types de soutien.

Nous avons deux cas où d'autres parents de la crèche ont apporté des informations ou des conseils : dans la crèche de Hyacinthe, une autre mère travaille avec des enfants trisomiques 21 et apporte au personnel son expérience et son savoir. Pour Fabien, c'est un parent de la crèche qui a trouvé le Centre spécialisé où est Fabien actuellement, lorsque sa mère a été soudainement mutée en province. Les crèches de Caroline et de Sonia ont une psycho-motricienne attachée à la crèche : cette personne était disponible pour s'occuper de l'enfant handicapé de manière très individualisée et régulière ce qui était à la fois un soulagement pour le personnel et un apport très positif pour l'enfant.

D'autre part, il faut signaler le soutien apporté par d'autres centres (C.M.P.P. Dispensaire d'hygiène mentale) lorsque l'enfant y est pris en charge, le plus souvent en vue d'un relais ou à cause de l'éloignement géographique de la famille du Centre.

### 3° - L'intégration par rapport aux données familiales

#### a) La situation familiale, le couple parental et le handicap (cf. tableau IV)

Le handicap d'un enfant est pour toute sa famille un profond bouleversement à la fois sur le plan psychologique et sur celui du mode vie.

La présence de l'enfant handicapé implique des difficultés matérielles, de logement, d'accompagnements, etc. Par exemple, la quasi-totalité des parents de notre groupe (14 cas sur 15) accompagnent leur enfant à des séances de rééducation régulières. Cela entraîne parfois de lourds sacrifices sur le temps de loisir ou de repos : la mère d'Eliane doit venir au Centre une fois par semaine tôt le matin afin d'être à l'heure à son travail. D'autres parents ont des aménagements (pas toujours faciles à obtenir) de leurs horaires. Mais ils se sentent presque toujours gênés d'obtenir ces aménagements qui sont vécus comme un "*priviège*" par eux-mêmes ou leurs collègues. Sur les 15 familles, 9 ont un trajet d'une heure ou plus pour venir au Centre ! (cf. tableau III).

Sur le plan psychologique, les deux parents sont profondément bouleversés par ce traumatisme qu'est pour eux le handicap de leur enfant. Les premiers mois ou les premières années sont marqués par une impression de "*vide*", des périodes de dépression avec parfois des idées de suicide, des troubles psycho-somatiques.

Ces difficultés se répercutent sur la vie conjugale. Surtout pendant les premières années, le couple a tendance à

DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES et FAMILIALES concernant les ENFANTS EN CRÈCHE

- Tableau IV

	AGE	Temps de transport Dom. ou CAE	H A B I T A T I O N		chamb. par d. n.	Eéments de confort	Niveau socio-économique père	mère	Prétér	Problèmes Socio-familiaux
			Nombre de person.	app. pièces s/asc. Asc.						
1 ANDRE	3 ans	40 mn.	4	5 p.	ouï	confort	cadre supér.	cadre supér.	1 soeur aînée	aucun
2 BRIGITTE	3 a. ½	20 m.	5	4 p.	part.	confort bien amén.	empl. spéc.	empl. en disp.	2° de trois	Importants
3 CAROLINE	4 a. ½	35 m.	3	2 p.	non	H.E.M.	ouvrier	employée	enf. unique	Importants
4 CLAUDE	5 ans	1 h.	3	2 p.	non	assez confort.	ouvrier	employée	enf. unique	Notables
5 DANIEL	2 a. ½	1 h.	3	3/4	ouï	H.I.M.	cadre supér.	cadre disp.	enf. unique	Psychologique
6 ELIANE	3 a. ½	30 m.	6	3 p.	non	moyen	ouvrier	ouvrière	puînée de 2	Socio économiques
7 EVE	2 ans	40 m.	3	2 p.	ouï	assez confort.	empl. déclas.	employée	enf. unique	" "
8 FABRIEN	4 ans	35 m.	2	2 p.	dort av. mère	id.	cadre supér.	cadre sup.	enf. unique	Importants
9 HYACINTHE	3 a. ½	30 m.	4	5 p.	ouï	confort.	cadre moy.	cadre moy.	aînée 2 filles	Aucun
10 LUC	4 ans	20 m.	7	2 p.	non(dortold)	s/ confort.	employé	du foyer	3 fr. et 1 jumeau	Importants
11 JUSTINA	3 a. 1/4	20 m.	2	2 p.	avec mère	id.	ouvrier	ouvrière	enfant unique	Importants
12 SCLANGE	3 ans	1h.15	4	4 p.	avec soeur	confort.	ouvrier	employée	puînée de 3 fil.	Aucun
13 SONIA	4 a. ½	30 m.	4	4 p.	avec soeur	id.	ouvrier	employée	1 frère aîné	Peu Important
14 SUZANNE	4 ans	1 h.	3	5 p.	ouï	id.	employé	employée	enfant unique	Peu "
15 SYLVAIN	4 a. ½	1 h.	2	1 fils.	non	s/ confort	-	employée	enfant unique	Importants

1) Transfert : 6 familles sont domiciliées à 30 mn. ou moins du Centre  
9 familles mettent environ 1 h. à venir

Sur les 15 logements : 4 ont tout le confort - 5 ont un confort mis par la famille - 2 sont de type H.L.M. - 4 sont vétustes.

2) Habitat : 6 familles ont un espace de vie proportionné au nombre d'occupants - 5 habitent en appartement avec ascenseur  
2 sont logés en pavillon - 7 occupent des appartements en étages sans ascenseur - 4 d'entre elles ont une surface d'habitat insuffisante.  
5 enfants ont une chambre qu'ils occupent seul ; 7 la partagent (5 avec des frères et sœurs - 2 avec leur mère)  
2 enfants peuvent profiter d'un jardin.

3.) Les professions des parents se répartissent pour 14 pères en : 3 cadres supérieurs - 1 cadre moyen - 5 employés - 5 ouvriers, pour 15 mères en : 2 cadres supérieurs - 2 cadres moyens - 7 employés (dont 1 en disponibilité) 2 au foyer - 2 ouvrières -  
4.) Fraternité : 7 enfants sont des enfants uniques.  
2 enfants sont des aînés



se replier sur lui-même, a moins de goût aux sorties, aux vacances.

Sur les 15 familles de notre échantillon, il y a 3 divorces (ou séparations) qui ont eu lieu peu de temps après la révélation du handicap. A l'analyse de ces cas on peut penser que le handicap intervient comme un facteur déclenchant qui précipite et révèle des difficultés préexistantes. De plus, il s'agit d'une période particulièrement fragilisante pour les deux parents, ce qui peut accélérer la rupture.

Dans 2 autres cas, le père n'assume qu'une petite part de la charge que représente l'enfant et son handicap. Une mère est célibataire et assume seule son enfant.

Pour les femmes qui doivent faire face seule ou presque à la charge et à la responsabilité que représente l'enfant handicapé, l'intégration en crèche est extrêmement importante. Dans quelques cas, c'est ce qui permet à la mère de garder l'enfant. Il s'agit, pour elle, d'un énorme soutien aussi bien matériel que psychologique dans cette épreuve qu'elle traverse. Par exemple, pour la mère de Fabien, c'est toute l'équipe de la crèche qui la soutient, suit les progrès de Fabien, l'aide à trouver une solution pour l'avenir, et s'occupe de Fabien même en dehors des horaires habituels, puisque certaines éducatrices ont accepté de garder Fabien chez lui, le soir, lorsque la mère doit s'absenter pour des raisons professionnelles.

La majorité des parents assument ensemble le handicap de leur enfant, et dans plusieurs familles le père a un rôle très actif auprès de l'enfant handicapé. C'est le père de Claude qui assure la garde de l'enfant (il est au chômage), lorsque celle-ci n'est plus accueillie en crèche et pas encore en hôpital de jour.

Lorsque le père est présent dans sa famille et auprès de son enfant, il l'est aussi à la crèche. Inversement, les pères qui participent peu à la maison, semblent éviter de venir à la crèche.

Quatre des 15 enfants ont un frère ou une soeur plus âgés, mais on observe que deux seulement ont actuellement un frère plus jeune. En dehors du fait que les enfants de notre échantillon sont encore jeunes (moins de 4 ans), il semble que le désir d'avoir d'autres enfants soit fortement inhibé par l'angoisse d'avoir d'autre enfant "anormal". Plusieurs parents expriment cette crainte, qui devient parfois l'objet d'un désaccord entre eux.

Nous avons remarqué des perturbations psychologiques et psychosomatiques chez plusieurs frères et soeurs. Le frère de Sonia par exemple. Ils se sentent abandonnés par des parents très angoissés et très préoccupés par l'enfant handicapé et ont des sentiments très complexes (culpabilité, rivalité, identification) à son égard.

La présence et surtout l'absence de la famille élargie, nous paraît un facteur important. L'intégration a d'autant plus d'importance pour les parents qu'ils sont plus isolés sur le plan familial et social. Sauf, cas extrême, la famille de Luc qui est tellement isolée sur le plan social qu'une relation positive crèche-famille n'a pas pu être établie. Lorsque la famille a peu de moyens familiaux (possibilité de faire garder l'enfant ou de partager les soucis) matériels (possibilité d'être déchargée de certains soucis matériels, possibilité de faire garder l'enfant) et culturels (intérêts extérieurs) pour sortir de son repli, l'isolement s'accroît et le bénéfice de l'intégration paraît particulièrement important.

Le déracinement des familles étrangères rend la situation encore plus difficile, voire accablante : la mère de Fabien, seule en France, sans mari, loin de sa famille qui vit en Sardaigne, vit très repliée sur son fils, avec peu de possibilités de distraction ou de prise de distance. Sa profession (enseignante) est le seul élément valorisant et intéressant de sa vie, et elle ne se permet de s'éloigner de Fabien que pour des voyages professionnels.

Cependant, la personnalité des parents semble jouer un rôle essentiel dans la manière de vivre avec le handicap de l'enfant, et de faire face aux difficultés avec les moyens dont ils disposent. Ainsi la mère de Claude, qui doit assumer une situation très précaire (difficultés financières, parents très jeunes, conflits avec le mari et avec les grands-parents qui l'aident peu) semble avoir complètement remonté la pente après deux ans d'intégration. Elle a su tirer profit de ce soutien et de cette possibilité pour suivre une formation professionnelle et avoir plus d'autonomie. En plus, les difficultés familiales semblent maintenant dépassées.

L'intégration est dans bien des cas (cas de notre échantillon) non pas tellement un mode de garde mais une réponse, à un moment donné, au problème spécifique que pose à la famille le handicap de l'enfant. L'intégration en crèche a permis dans plusieurs cas ce que nous appelons "sauvetage", c'est-à-dire que la famille a pu, grâce à la crèche, faire face à une situation qui se présentait de manière très difficile, voire catastrophique (risque de passage à l'acte : abandon de l'enfant, suicide, décompensation psychotique...).

Ainsi, la naissance de Hyacinthe, trisomique 21, provoque une profonde dépression chez la mère, avec placement en pouponnière de l'enfant. C'est la réponse de la directrice contactée avant la naissance, et proposant de prendre Hyacinthe avec son handicap, qui permet à la mère de reprendre sa fille.

La mère de Brigitte, personnalité très pathologique, s'est montrée, au cours d'un épisode dépressif plus aigu, de

plus en plus rejetante à l'égard de sa fille. L'intégration en crèche a été demandée comme une mesure de protection à l'égard de l'enfant, et permettant parallèlement de proposer à la mère une psychothérapie.

Dans 3 de nos 15 familles, la mère ne travaille pas lors de l'admission de l'enfant en crèche, ce qui est cependant la condition même d'une inscription en crèche. Parmi ceux-ci, Luc fait partie d'une famille ayant d'énormes problèmes sociaux et psychiatriques, dont plusieurs enfants ont déjà été placés à l'A.S.E. L'intégration en crèche est demandée dans l'espoir de sortir l'enfant de son état de retard staturoponderal et psycho-moteur qui semble lié aux conditions familiales. De même, l'état prépsychotique de Daniel semble lié à la dépression de sa mère et c'est la psychothérapeute de celle-ci qui conseille la crèche, à la fois pour soulager la mère d'une charge qu'elle ne peut momentanément pas assumer et pour permettre à l'enfant de reprendre son évolution au contact de personnes capables de lui donner la sécurité affective et les stimulations dont il a besoin.

Pour l'équipe de la crèche, l'existence d'une situation familiale difficile est souvent une motivation supplémentaire pour garder l'enfant. Dans le cas de Fabien, on peut penser que c'est dans un mouvement d'identification à la mère abandonnée que les éducatrices ont trouvé, entre autres, la motivation pour garder l'enfant. Pour Brigitte, c'est l'impression de venir au secours d'une enfant mal-aimée et rejetée qui a soutenu et motivé les éducatrices dans une prise en charge très lourde. Pour les éducatrices de Daniel, il était valorisant de se voir confier la tâche de suppléer à une mère dépressive.

Du point de vue de la famille et de l'enfant, l'intégration représente dans ces cas une véritable bouée de sauvetage ce qui est d'ailleurs vécu avec des sentiments ambivalents par les parents : réaction agressive et revendicante de la mère de Brigitte qui ne supporte pas la rivalité avec le personnel, sentiments de culpabilité chez la mère de Daniel qui n'ose admettre son besoin d'être elle-même aidée et maternelle.

L'intégration en crèche concerne donc une famille en plein bouleversement, qui a pris connaissance tout récemment du handicap de l'enfant. D'ailleurs, sur le plan médical et psychologique, l'avenir de l'enfant est le plus souvent encore peu connu. C'est justement pendant les 2 ou 3 années que l'enfant passe à la crèche que les possibilités et les difficultés de l'enfant seront mieux cernées, que les parents prennent conscience de son avenir et dans bien des cas de la nécessité d'une scolarité spécialisée. Lors de l'intégration en maternelle, l'avenir de l'enfant se dessine déjà plus clairement qu'en crèche.

### b) Les données socio-économiques

Le fait d'avoir pu intégrer l'enfant handicapé à une crèche permet de maintenir un deuxième salaire, ce qui est fondamental dans onze familles sur quinze. Il s'agit de familles de catégories socio-économiques modestes (8 cas), de mères seules (2 cas) ou de père au chômage (un cas).

Dans 6 cas, la crèche compense en espace et en confort l'extrême médiocrité du logement. Pour plusieurs autres enfants, la crèche offre l'espace et le matériel de jeu que l'enfant n'a pas chez lui, faute de place.

4 familles sur 15 ont des problèmes d'intégration en France. Dans les cas de familles immigrées, le déracinement, et parfois le déclassement (les parents de Mustapha travaillent, en France, comme ouvriers bien qu'ils aient eu une formation professionnelle dans leur pays) semblent doubler le problème du handicap de l'enfant de ce qu'on pourrait appeler un handicap social. Dans les cas extrêmes les parents sont tellement envahis par les problèmes sociaux qu'ils n'arrivent pas à se mobiliser pour l'intégration de leur enfant et il se pose alors le problème de l'absentéisme, des relations difficiles parents-crèche. Le problème de la langue peut encore compliquer ces relations. Les parents ayant ces problèmes de langue et d'intégration se sentent doublement menacés de rejet, de par leur origine et de par le handicap de l'enfant.

Du côté de la crèche cependant, le fait d'être étranger, déraciné ou cas social, jouerait plutôt en faveur de l'intégration et d'une certaine tolérance aux difficultés avec les parents. La crèche reste marquée par une idéologie d'aide aux cas sociaux qu'elle prend souvent en priorité. Les difficultés de ces parents ne sont jamais méconnues à la crèche, au contraire on en tient compte et elles constitueraient plutôt une motivation supplémentaire à intégrer un enfant handicapé.

L'absence de fratrie pour 7 des enfants donne à l'intégration en crèche une raison supplémentaire : l'enfant handicapé a, à la crèche, les contacts avec d'autres enfants qu'il n'a pas à la maison et qu'il a plus difficilement qu'un autre à l'extérieur. Les parents hésitent souvent à aller au square du fait des difficultés des trajets (enfants qui ne marchent pas) ou de la crainte du regard d'autrui.

### c) Les motivations des parents

Au départ, les parents ont des raisons très différentes de mettre leur enfant à la crèche. Pour les enfants inscrits avant la naissance, la motivation première est la garde de l'enfant. Mais rapidement, lorsque le handicap devient connu,

les motivations des parents débordent la simple garde dans les entretiens, tous ces parents (Hyacinthe, Caroline, Sonia) parlent de l'apport spécifique de la crèche étant donné le handicap de leur enfant.

Il y a d'autre part les parents d'enfants qui sont entrés en crèche plus tardivement, lorsque le handicap était déjà connu. La motivation première en est la reprise du travail de la mère. Cette reprise répond d'une part aux besoins financiers de la famille et, d'autre part à la nécessité pour permettre à la mère de prendre un peu de distance sur le plan affectif, par rapport au problème du handicap de son enfant. Ainsi, la mère de Claude désire retravailler pour des questions financières, mais cela lui permet aussi d'entreprendre une formation professionnelle et d'avoir des contacts sociaux. Cela lui est d'autant plus bénéfique sur le plan affectif qu'elle se retrouve à 19 ans, ayant quitté le lycée pour accoucher, isolée avec son fils handicapé, sans soutien du mari. La mère d'Eliane, elle, angoissée par le pronostic incertain concernant sa fille, très dépendante de sa propre mère chez qui elle vit, a tendance à se replier sur son enfant et à la surprotéger. La reprise de son travail est pour elle une manière de s'intéresser et de s'ouvrir au monde extérieur.

Dans d'autres cas d'entrée tardive à la crèche, l'intégration se fait justement pour des raisons liées au handicap (enfants aveugles, par exemple, ou dépression de la mère); la crèche est alors reconnue comme apportant quelque chose dont l'enfant a particulièrement besoin étant donné son handicap.

Les motivations évoquées par les parents lors des entretiens avec eux sont les suivantes :

- La présence d'enfants "*normaux*" est la motivation principale. Pour les parents, il semble que l'enfant handicapé ait besoin plus qu'un autre de la stimulation d'autres enfants. La crèche est alors opposée par eux aussi bien à la garde par la mère ou une nourrice (où l'enfant serait seul) qu'aux établissements spécialisés où il serait avec d'autres enfants handicapés. Les parents pensent que des enfants handicapés ne peuvent rien apporter de positif à leur enfant, voire même qu'ils auraient une influence néfaste sur lui. Si, après la crèche, l'enfant est orienté vers un établissement spécialisé, bien des résistances de cet ordre sont à vaincre.
- La vie du groupe : le fait pour l'enfant handicapé d'avoir sa place dans une collectivité d'enfants est profondément rassurant pour ses parents. Ils sentent que leur enfant peut être apprécié et accepté malgré ou avec son handicap. Il a, quelque part, sa place.

- La compétence des éducatrices : les parents pensent que du fait de leur formation et de leur appartenance à une équipe les éducatrices sont plus à même qu'une nourrice ou même qu'une mère, de s'occuper d'un enfant handicapé et de faire face aux problèmes éducatifs spécifiques qui pourraient se poser.
- La confiance en la directrice est une motivation qui ressort dans quelques cas. La directrice est perçue, par ces parents, comme la personne la plus compétente et la plus responsable de la crèche. C'est elle qu'ils voient en premier et qui prend la décision de prendre leur enfant, et à qui ils ont l'impression de confier leur enfant. C'est ainsi que la mère d'André a changé son fils de crèche pour suivre la directrice lorsque celle-ci a pris la responsabilité d'une nouvelle crèche.
- L'espace et le matériel de jeu sont des motivations évoquées plutôt par les parents de niveau socio-économique modeste.

Derrière des raisons évoquées par les parents, une a-proche plus approfondie permettrait de dégager d'autres motivations.

D'abord, il est plus facile pour les parents (comme d'ailleurs pour beaucoup d'autres parents) de confier leur enfant à une institution qu'à une personne. La rivalité est moins vivement ressentie du fait d'une dispersion de l'attachement affectif de l'enfant à plusieurs personnes. D'autre part, l'existence de plusieurs personnes réunies en équipe paraît aux parents une protection contre les comportements de rejet. Presque tous les parents parlent de cette crainte du rejet à l'égard de leur enfant handicapé.

Il faut d'ailleurs noter que 3 enfants sur 15 ont d'abord été gardés par une ou plusieurs nourrices. Cette solution n'avait pas donné satisfaction à cause des conflits parents-nourrice, et à cause de la pauvreté éducative de la nourrice. Une autre motivation plus profonde, et pas toujours admise, est celle de la normalisation. Etre accueilli, en crèche, parmi des enfants "*normaux*", cela éveille toujours l'espoir que l'enfant continuera à vivre en milieu "*normal*", et pourra peut-être avoir une scolarité et une vie comme les autres. Surtout au début, lorsque l'avenir de l'enfant est mal connu. Mais même par la suite, lorsque le handicap de l'enfant est mieux connu et que les parents ont pris conscience des problèmes qui vont se poser, ils continuent de garder en eux secrètement cet espoir. Il nous semble que cette ambiguïté se retrouve chez la plupart des parents d'enfants handicapés, surtout lors des premières années. Elle correspond au fond au deuil difficile, voire impossible, de l'enfant souhaité par rapport à l'enfant réel. L'intégration en crèche peut fonctionner comme un support à cette illusion mais elle n'en est pas la cause.

Le soutien apporté aux parents dans ce cheminement douloureux, à la fois au C.A.E. et dans la crèche même, paraît ici essentiel. Il s'agit d'éviter que les parents en s'installent dans l'illusion d'une normalisation ou la négation du handicap, tout en ne mettant pas d'obstacle aux possibilités évolutives de l'enfant.

#### d) Les relations parents-crèche

Le premier contact des parents avec la crèche a lieu avec la directrice qui prend la décision d'accueillir ou non l'enfant. Dans l'ensemble, les parents sont peu conscients que la décision a été prise par toute l'équipe. Pour eux, c'est la directrice la personne responsable et référente tout au long de l'intégration. Ensuite, vont se tisser des liens quotidiens avec les éducatrices qui s'occupent de l'enfant.

Les liens, aussi bien avec la directrice qu'avec le personnel, sont dans la grande majorité des cas (14 cas) vécus comme positifs de part et d'autre, mais ils sont aussi empreints d'une certaine ambivalence.

Dans un cas seulement, la relation crèche-parents est négative et aboutit au retrait de l'enfant au bout de 5 mois. Il s'agit de Luc dont la mère, très marginale sur le plan social, reste extrêmement méfiante. Il semble que ce soit l'amélioration et l'épanouissement de Luc, au bout de 5 mois à la crèche, qu'elle ne supporte pas. En venant le chercher un soir à la crèche, elle ne le repère pas tout de suite à travers la porte vitrée : que son fils soit devenu "*comme les autres*" dans son aspect et dans son comportement, elle le retire en disant qu'il n'a pas "*besoin de la crèche*".

Dans les autres cas, la crèche est vécue comme très positive et les parents lui expriment une grande confiance.

Cependant, dans plusieurs cas, cette confiance est mêlée à des sentiments plus négatifs : rivalité avec le personnel perçu comme plus compétent qu'eux, peur que l'enfant soit rejeté ou pas assez aimé, crainte que la crèche ne veuille pas garder l'enfant.

Ainsi, dans plusieurs cas, les relations parents-crèche sont très complexes et les équipes des crèches se sentent parfois très démunies face à ces parents plus fragiles et plus difficiles à aborder que les autres.

La mère de Mustapha parle aux auxiliaires en disant "*Quand Mustapha passera son bac...*". Les auxiliaires, sidérées devant cette perception totalement irréaliste de l'enfant, ne

savent que répondre, craignant soit de renforcer la mère dans son illusion, soit de la blesser et de provoquer sa dépression. La mère de Mustapha recherche par là à nier la réalité qu'elle connaît pourtant et il est curieux de remarquer qu'elle ne parle jamais en ces termes à la directrice qui, elle, lui ferait remarquer son illusion.

La mère de Sonia parle souvent d'école pour l'avenir de sa fille, ce qui ne correspond pas du tout à ses possibilités. Un jour, la directrice a parlé à la mère des possibilités d'avenir réelles de Sonia et de la date limite de l'intégration. Cette intervention a permis une prise de conscience et une orientation valable mais il a fallu pour cela que la directrice supporte la réaction agressive de la mère.

Dans le cas de Caroline, la directrice et les parents ont toujours évité de parler ouvertement de l'âge limite auquel l'enfant ne serait plus admise en crèche, essayant tous deux de passer par le C.A.E. pour régler ce problème. C'est peut-être pour cela que les parents acceptent difficilement l'orientation en hôpital de jour et essaient sans cesse de la repousser. La réaction de fuite de la crèche devant un contact ouvert et direct avec ces parents est liée aux sentiments non élucidés face au handicap : peur de rejeter, d'agresser.

La culpabilité ressentie par presque tous les parents d'enfants handicapés vient compliquer les relations parents-crèche. La crèche représente aussi le regard des autres, regard tant redouté par les parents : regard qui fait honte, qui désigne, qui accuse. Ainsi les parents de Caroline projettent sur la crèche leur culpabilité en pensant que certains événements produits à la crèche dans la première année de l'enfant sont peut-être liés à ses troubles.

D'une manière générale, les rapports mère-crèche paraissent moins difficiles que les rapports père-crèche. D'abord les mères seules sont perçues de manière très positive par la crèche, probablement dans un mouvement d'identification et d'entraide. Réciproquement, les mères seules, particulièrement dépendantes de la crèche, expriment une grande confiance. Les cas de relations difficiles avec des parents en dehors de Luc, concernent surtout des pères (2 cas) et la difficulté évoquée est l'absence de contact. Le père de Sonia est perçu comme très déprimé par le handicap de sa fille et il n'arrive à l'exprimer que par la revendication ou la réclamation. Quant au père d'Eve, les auxiliaires sont impressionnées et bloquées par son silence à leur égard et n'arrivent à établir aucun dialogue avec lui. Il semble que ce qui est en jeu ici, hormis le fait que les relations avec les parents d'enfants handicapés sont délicates, c'est la difficulté en général pour les pères d'avoir une place dans le milieu essentiellement féminin qu'est la crèche.



### e) Vécu parental de l'intégration

Comme nous l'avons vu, dans la majorité des cas, les parents vivent l'intégration de leur enfant comme très positive.

Fragilisés et bouleversés à l'extrême, les parents se sentent, par l'acceptation de la crèche, un peu rassurés dans leur narcissisme. A travers le regard de la crèche, ils peuvent voir l'enfant de manière plus positive. Voir l'enfant parmi les autres, c'est voir ce qui en fait un enfant et pas seulement un enfant handicapé. C'est le cas pour les enfants mal-voyants, les enfants handicapés moteurs.

Dans les cas d'enfants plus atteints sur le plan du développement intellectuel, la comparaison avec les autres peut aussi être douloureusement révélatrice. C'est le cas pour Caroline, Fabien, Sonia, par exemple.

Cependant, il semble que la comparaison avec les autres enfants ne soit pas en elle-même parlante, tant il est vrai qu'on ne voit que ce qu'on veut. Ainsi, la maman de Fabien ne nous parle de cette différence qu'au moment où elle en a elle-même conscience.

Plus fréquemment, l'intégration en milieu normal risque au contraire de soutenir les illusions parentales concernant une normalisation de l'enfant, rendant alors beaucoup plus difficile l'orientation future en milieu spécialisé, si celle-ci s'avère nécessaire.

Nous avons rencontré ce problème dans le cas de Hyacinthe, de Mustapha, de Suzanne, de Sonia. Les parents acceptent très difficilement un établissement spécialisé après la crèche. Ils pensent surtout que les autres enfants handicapés ne peuvent rien apporter de positif à leur enfant. Même les parents de Caroline, pourtant très conscients de la gravité des troubles, repoussent sans cesse l'orientation en hôpital de jour, en demandant des prolongations en crèche.

Il nous semble que ce problème de la prise de conscience de l'avenir de l'enfant se pose inévitablement au cours de l'intégration en crèche, puisqu'il s'agit des premières années de l'enfant où les parents font ce cheminement douloureux qui oscille entre l'illusion et le désespoir. Ce sont à la fois la prise en charge au Centre spécialisé et l'attitude de l'équipe de la crèche qui peuvent les aider dans ce travail de prise de conscience. Mais, l'intégration n'est pas à l'origine de cette illusion qui existe de toute façon, l'intégration peut la renforcer ou la soutenir, si, par ailleurs, un certain travail n'est pas fait avec les parents. En aucun cas, l'intégration ne permet de faire l'économie de ce travail.

Dans nos entretiens avec les parents, c'est le vécu positif de l'intégration qui est le plus souvent apparu. Le vécu négatif n'a été exprimé que lors d'un travail clinique plus approfondi et relativement long. Il semble que les parents disent difficilement leurs sentiments ambivalents ou négatifs, leurs critiques ou reproches à l'égard de la crèche. Ils se trouvent dans le même cas que les autres parents de crèche, à savoir qu'il *"faut s'estimer heureux d'avoir une place"*, et leur crainte de perdre cette place est d'autant plus accentuée que leur enfant est handicapé. Dans le cas de Luc, la mère n'a pu dire à personne ce qu'elle ressentait de voir son fils s'épanouir à la crèche, et elle n'a pu s'exprimer que par le passage à l'acte du retrait.

Le soutien immense qu'apporte la crèche aux parents dans certains cas peut susciter des sentiments de culpabilité : coupables de se sentir soulagés, peur de rejeter l'enfant. Il est très important que ces sentiments puissent être verbalisés dans le travail clinique au C.A.E. Ainsi, la mère de Daniel se sent très coupable de confier son enfant à la crèche alors qu'elle ne travaille pas. C'est par l'intermédiaire du travail psychothérapique au C.A.E. qu'elle se reconnaît le droit d'être déprimée, d'être malade et d'avoir besoin des autres dans l'éducation de son fils. L'amélioration de Daniel à la fois la justifie dans ce choix, et la renvoie à la rivalité avec les éducatrices qui réussissent là où elle même a échoué. Mais, l'aspect institutionnel de la crèche rend la rivalité beaucoup moins difficile à vivre.

Ces sentiments de culpabilité et de rivalité existent, bien entendu, chez toutes les mères qui mettent leur enfant en crèche. Il s'agit ici de l'accentuation, du fait du handicap, d'un vécu banal chez tous les parents.

Le vécu parental de l'intégration se déroule aussi à travers plusieurs phases. Avant l'intégration, les parents vivent dans l'angoisse du rejet : refus d'inscription, ou rejet de leur enfant si celui-ci est admis. C'est pourquoi l'appui du C.A.E. a été presque toujours nécessaire. L'entrée en crèche est pour les parents une période d'enthousiasme : découverte de ce nouveau milieu par eux et par l'enfant, découverte de leur enfant dans ce nouveau milieu, nouveau regard sur leur enfant. Les premiers progrès de l'enfant vont de pair avec la confiance sans limites des parents dans la crèche. La deuxième phase que nous avons décrite chez l'enfant (stabilisation des progrès) et chez le personnel de la crèche (lassitude, encouragement) se retrouve chez les parents : apparition des sentiments plus ambivalents dont nous avons parlé plus haut. La troisième phase peut se traduire par la reprise de confiance ou alors par l'installation de la méfiance. Ainsi pour Sonia, lorsque la directrice s'est interrogée sur la suite de l'intégration, la mère s'est repliée sur elle-même, ne gardant le

contact qu'avec l'auxiliaire de Sonia, mais évitant toutes les autres. Cette situation tendue n'aurait certainement pas pu durer si la directrice n'avait provoqué un entretien ouvert où les difficultés ont pu être dites de part et d'autre, permettant que le séjour de Sonia à la crèche se termine dans de bonnes conditions.

La complexité des relations entre les institutions et les parents, ainsi que le vécu parental de l'intégration nous ont conduits à les décrire sans cependant pouvoir les expliquer toujours avec précision, ni en démontrer les mécanismes. Mais, il est certain que cet aspect mériterait une recherche plus approfondie.

## II - BILAN de l'INTEGRATION en CRECHE.

### 1° - Pour l'enfant

Les bénéfices de l'intégration en crèche pour l'enfant sont évidents dans la quasi-totalité des cas observés. Dans certains cas, le diagnostic a complètement changé au bout de deux ou trois ans : Mustapha se présentait comme un débile profond avec des troubles du comportement, il se range actuellement dans la catégorie des déficiences intellectuelles moyennes. André était aveugle et autiste, il ne présente actuellement presque plus de risques psychotiques. En plus, des effets de la prise en charge thérapeutique de l'enfant et de ses parents, l'intégration en crèche nous semble jouer un rôle essentiel dans cette évolution du diagnostic.

La crèche offre à l'enfant des possibilités de stimulation, d'éveil et d'échanges très riches à la fois à travers l'apport pédagogique, et à travers le groupe d'enfants. Les enfants de famille de niveau socio-économique faible et n'ayant pas de frères et de soeurs bénéficient encore plus de l'environnement de la crèche. Selon le type et la gravité du handicap, chaque enfant bénéficie à des degrés divers de l'apport pédagogique, mais il nous semble que tous les enfants, même ceux qui ont des possibilités d'échange très limitées, bénéficient d'une manière ou d'une autre de la présence des autres enfants. Le groupe d'enfants peut même dans certains cas, suppléer à des déficiences des adultes, lors d'une période de découragement par exemple.

A la crèche, l'enfant handicapé est en relation avec des adultes qui ne se sentent pas directement impliqués par son handicap, comme les parents. Cette ambiance affective plus neutre, moins bouleversée, permet certainement à l'enfant

handicapé d'exister avec plus d'autonomie (moins d'attitudes surprotectrices, par exemple). Cette spécificité est particulièrement remarquable avec les enfants aveugles.

Les dangers du rejet de l'enfant handicapé, tant redouté par les parents, nous ne l'avons rencontré que dans un seul cas, et ce rejet n'est apparu qu'au bout de deux ans et demi. Dans tous les autres cas, l'investissement positif de l'enfant handicapé l'a largement emporté sur les sentiments négatifs et cela d'autant plus que les sentiments négatifs ont pu être exprimés et qu'un travail de réflexions en commun de toute l'équipe de la crèche en a permis "l'élaboration".

L'enfant handicapé a, à la crèche, auprès des adultes et dans son groupe, une place bien à lui, place où il est reconnu et accepté avec son handicap. Ceci nous paraît particulièrement important à l'âge où l'enfant prend conscience de son identité.

Cependant, en tant que seul handicapé du groupe, l'enfant se trouve parfois le lieu de toutes les projections aussi bien négatives que positives (rivalité, jalousie, régression, aide, surprotection de la part des autres enfants; culpabilité, pitié, surprotection de la part des adultes). De plus, il n'a pas de possibilités d'une identification en miroir avec un autre pareil à lui. L'intégration simultanée de 2 ou 3 enfants handicapés serait peut-être une solution à ce problème mais n'est absolument pas envisageable dans l'état actuel des conditions de travail dans les crèches.

## 2° - Pour sa famille

L'intégration en crèche permet à la mère de continuer de travailler ou de reprendre une activité professionnelle, ou même de suivre une formation professionnelle. Le travail représente pour la famille à la fois une nécessité économique (9 cas) et une possibilité pour la femme de se tourner vers le monde extérieur et d'échapper au risque si fréquent d'isolement avec son enfant handicapé. De plus, le travail de la femme peut constituer un facteur d'équilibre dans le couple. Dans les trois cas de femmes seules avec leur enfant, le travail est, bien entendu, indispensable.

Par rapport à la nourrice, la crèche est nettement préférée par les parents, à la fois à cause de la compétence du personnel et parce qu'ils confient plus volontiers leur enfant à une institution qu'à une personne isolée (peur du rejet, sentiments de rivalité).

La crèche est pour les parents, très bouleversés et fragilisés par le handicap de leur enfant, une ouverture au monde extérieur. L'intégration atténue le danger du repli de la

famille sur l'enfant et sur elle-même. Le bénéfique est particulièrement important pour les familles transplantées et déracinées.

La crèche est un véritable soutien pour les familles dans la lourde charge qu'elles doivent assumer : soutien matériel, soulagement, réconfort. Ce soutien va parfois plus loin et permet une réelle évolution de l'un des parents, par exemple, dans le sens de la prise de conscience du handicap ou même de la guérison d'un état dépressif, ou encore d'une implication dans les problèmes socio-éducatifs que posent le handicap de l'enfant.

Pour tous les parents, voir leur enfant intégré dans un groupe d'enfants "*normaux*" c'est voir leur enfant avec un autre regard. Ils peuvent le voir comme un enfant et pas seulement (à travers le regard médical) comme un enfant handicapé; voir que leur enfant peut être accepté, aimé, investi par d'autres qu'eux-mêmes, c'est une revalorisation narcissique pour ces parents profondément blessés.

La comparaison avec les autres enfants n'est ressentie comme douloureuse qu'au moment de la prise de conscience du handicap, qui est de toute façon une période très douloureuse. La peur du rejet des adultes ou de la cruauté des enfants est très vive, mais ne trouve que très rarement un support dans la réalité.

Dans la plupart des cas, l'intégration en crèche est beaucoup plus qu'un simple mode de garde de l'enfant, mais une solution aux problèmes spécifiques que pose le handicap de l'enfant. Dans quelques cas, il s'est agi d'un véritable "*sauvetage*" d'une famille dramatiquement bouleversée par l'arrivée d'un enfant handicapé.

### 3° - Pour l'institution

L'intégration d'un enfant handicapé constitue pour le personnel responsable une valorisation de son travail quotidien. Les éducatrices ont un rôle différent, spécifique, dans la mesure où l'enfant handicapé a des besoins propres. Elles se différencient donc plus des parents, et se sentent moins en rivalité. Elles se sentent responsables de tous les progrès de l'enfant, mais aussi de ses plafonnements, ce qui est à l'origine de certaines fluctuations dans leurs attitudes (enthousiasme, découragement...) qui peuvent parfois se comprendre en référence à ce qui se passe chez les parents d'enfants handicapés.

Les problèmes spécifiques de l'enfant handicapé peuvent être une possibilité d'ouverture et même de formation (échanges avec le kinésithérapeute, la psychologue, l'assistante sociale...)

pour le personnel de la crèche. Dans tous les cas, la préparation de l'intégration et le soutien extérieur du Centre spécialisé sont indispensables bien que son intensité varie selon l'institution et selon l'enfant.

Nous avons vu que la présence d'un enfant handicapé fonctionne comme un révélateur dans l'institution : conflits, attitudes, pédagogie... Lorsqu'il existe dans l'institution un désir d'évoluer et un travail en équipe, ce révélateur permet un approfondissement du travail qui profite finalement à tous les enfants, même non handicapés.

La présence de l'enfant handicapé agit également comme un révélateur des difficultés habituelles de la crèche : par exemple, parce qu'il demande un surcroît de travail, l'enfant handicapé met cruellement en lumière le non remplacement en personnel malade.

Sur le plan affectif, la relation avec l'enfant handicapé est particulièrement impliquante, ce qui est certainement un facteur de progrès pour l'enfant mais qui peut parfois être difficile à vivre pour l'adulte (difficulté à laisser partir l'enfant, rivalité). Les relations avec les parents sont, parfois, délicates, faites de gêne et de non-dits de part et d'autre, mais dans l'ensemble elles sont vécues comme largement positives.

Les handicaps très lourds (convulsions, pronostic vital incertain), et les comportements de type psychologique rendent l'intégration particulièrement difficile. Certaines conditions sont alors nécessaires : solidité de l'équipe, soutien extérieur, intégration limitée dans le temps. Mais, les limites de l'intégration tiennent plus aux facteurs institutionnels qu'au type de handicap.

Les limites dans le temps paraissent particulièrement importantes : les problèmes apparaissent en général au cours de la troisième année d'intégration, surtout pour les handicaps très lourds et quand une orientation ultérieure n'est pas encore prévue. Il ressort de notre recherche que la prévision de la date limite de l'intégration et de l'orientation spécialisée est indispensable pour éviter la lassitude et le désinvestissement du personnel, une stagnation de l'enfant et un surcroît d'angoisse chez les parents.

En crèche, l'intégration d'un enfant handicapé est en fin de compte le fait d'une équipe et non d'une personne seule. C'est le consensus de plusieurs personnes travaillant en équipe qui permet d'assumer les problèmes matériels affectifs, sociaux, pédagogiques, que pose le cas de l'enfant handicapé, et de soutenir les motivations personnelles de la personne responsable. Le soutien du Centre constitue la référence extérieure qui permet, à intervalles réguliers mais non fixes de faire le point de cette expérience.

#### 4° - Pour son devenir

Sur les 15 cas observés, 4 enfants sont allés en maternelle, 6 en établissement spécialisé, pour les 5 autres l'orientation n'est pas encore décidée.

L'intégration en crèche permet une certaine progression dans le passage : temps d'observer l'enfant, temps de préparer la famille. En outre, l'intégration donne à l'enfant des possibilités supplémentaires d'utiliser ses potentialités. Au bout de 2 ou 3 ans d'intégration, l'orientation n'est pas toujours celle qui aurait été prévue au départ et qui aurait peut-être enfermé l'enfant dans un certain circuit.

L'orientation de l'enfant se dessine à travers les entretiens avec la famille, la prise en charge de l'enfant et la collaboration entre la crèche et le Centre spécialisé.

Le risque de l'intégration est de faire croire à une normalisation et de soutenir les parents dans une illusion concernant l'avenir de leur enfant. C'est à travers le travail thérapeutique du Centre, et aussi à travers les échanges crèche-parents, notamment en ce qui concerne la date limite de l'intégration en crèche et la recherche d'une orientation, que les parents prendront conscience des possibilités d'avenir de leur enfant.

Le passage est souvent un moment très difficile pour les parents, de même que le relais de la prise en charge dans un autre Centre. Mais le passage de la crèche a donné à l'enfant, comme à ses parents, pendant les années déterminantes de son existence, un lieu de vie, d'échanges chaleureux, d'expériences joyeuses où il était accepté avec sa différence, et non malgré elle. Il nous semble que cette expérience favorise ses facultés d'évolution, d'épanouissement et d'adaptation quel que soit son devenir.

### III - CONCLUSION.

Nous avons étudié l'intégration en crèche de 15 enfants handicapés - 7 garçons et 8 filles, âgés, au moment de notre étude, de un à quatre ans -. La plupart de ces enfants avaient des handicaps graves et associés : quatre enfants atteints de cécité ou de troubles visuels importants associés à des troubles du comportement ou à un retard de développement mental, quatre enfants atteints de retard global associé à des troubles du comportement ou de la structuration de la personnalité, deux

enfant atteints d'infirmité motrice cérébrale associée à un retard de développement. Cinq enfants présentaient un handicap isolé : deux atteints d'infirmité motrice cérébrale, trois d'une déficience mentale, sans troubles associés.

Dans la quasi-totalité des cas, on peut parler d'une réussite de l'intégration portant sur ces trois points principaux :

- Les apports positifs - pédagogiques et socio-affectifs - de la crèche à la vie et au développement de ces enfants sont relevés de façon constante, et ceci même dans les cas où leurs possibilités d'échanges ou d'acquisitions s'avéraient au départ particulièrement limités. Le diagnostic et le pronostic en ont été parfois radicalement modifiés.

Cependant, une certaine vigilance est nécessaire quant à la durée de cette intégration. Au bout d'un certain temps, en général à partir de la fin de la deuxième année, et s'il y a absence de progrès, une certaine lassitude, un certain rejet teinté d'anxiété apparaissent.

- L'intérêt socio-familial de cette insertion est également manifeste :
  - . la crèche permet à la mère d'avoir une activité professionnelle et de ne pas s'isoler face aux problèmes de son enfant;
  - . de par la compétence du personnel et l'accueil de type institutionnel, elle offre aux parents un soutien matériel et psychologique qu'une nourrice ne peut pas toujours fournir;
  - . elle leur offre, enfin, des possibilités de comparer leur enfant aux autres, d'observer ses capacités d'insertion en découvrant aussi bien ses limites que ses potentialités. L'orientation ultérieure - si elle ne s'en trouve pas repoussée de façon injustifiée - bénéficiera de ce temps d'observation et de préparation à l'avenir.
- L'intérêt, pour l'institution elle-même, de cette intégration, est également noté dans la majorité des cas : valorisation des responsabilités et des compétences du personnel, retentissant sur l'ensemble de l'équipe, ouverture du travail quotidien vers d'autres intérêts, participation à un projet thérapeutique et pédagogique.

Cependant, il est important de soutenir cette équipe dans le présent quotidien de l'insertion (car elle souffre souvent d'un manque d'informations, de formation et d'effectif en personnel), et de bien délimiter cette intégration dans un temps imparti et prévisible.



Par la qualité de ses réussites, telle qu'elle est établie dans cette étude, l'intégration de l'enfant handicapé, en crèche, semble devoir être amplement encouragée. Cependant, le soutien de l'institution et de la famille ne doit pas se relâcher pendant cette période qui, si positive soit-elle pour l'enfant et ses parents, est transitoire.



## 3ÈME PARTIE

INTEGRATION DE L'ENFANT HANDICAPE  
EN ECOLE MATERNELLE OU EN JARDIN D'ENFANTS

## I - ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES.

### 1° - L'intégration par rapport aux données concernant l'enfant

#### a) L'âge, la durée de l'intégration

L'âge de l'enfant intervient moins ici que pour les enfants intégrés en crèche, en raison sans doute des besoins très différents d'un très jeune enfant comparés à ceux des enfants de 3 à 6 ans. On doit, cependant, observer que 3 seulement des 25 enfants sont dans la section de leur âge. André, Yves (atteints de cécité) et Christine (IMC intelligente). La majorité des enfants ont au moins une année de retard par rapport à la section correspondant à leur âge réel, ce qui n'est pas sans poser, parfois, des problèmes de taille. On note enfin que pour plusieurs enfants, il s'agit d'une tolérance individuelle de la part de l'institutrice plutôt que d'une correspondance de niveau de développement.

La durée de l'intégration intervient également moins sur la qualité de celle-ci qu'en crèche (où l'on a même pu observer des phases, un seuil de tolérance au-delà d'une certaine durée). Dans la majorité des cas, lorsqu'il y a maintien en maternelle, ce n'est pas pour des raisons socio-familiales mais dans l'intérêt de l'enfant : ses progrès conduisent à surseoir à l'orientation et à ne l'effectuer qu'en toute connaissance de ses possibilités qui sont en pleine éclosion (8 cas) - il est vrai que la notion d'orientation est ancrée actuellement dans les habitudes et les pratiques scolaires, entre 5 et 6 ans - et tant que la date fatidique n'est pas atteinte, la tolérance et la souplesse d'accueil sont, ici, intervenues en faveur du maintien.

#### b) Le handicap de l'enfant

Si on met en relation le degré ou les types de handicap des enfants (cf. tableau II, page 15) avec les données récapitulatives du déroulement de leur intégration (cf. Monographies), il devient rapidement évident que la gravité du handicap n'intervient pas sur la qualité de l'insertion. La répartition des troubles dont sont atteints les enfants, permet même des comparaisons très significatives. Louis ou Thierry ont une infirmité motrice beaucoup moins invalidante que Sylvie, Christine ou Séverine, mais ce sont ces dernières qui profitent le plus de l'école maternelle, et pour Thierry, le groupe scolaire a même été source d'angoisse et de conflits. Julien est plus éveillé que François, et son comportement actif et autonome au C.A.E.

en témoigne : il est pourtant plus isolé et rejeté que Françoise pour qui l'institutrice a cherché ce dont elle pourrait bénéficier. Julien, certes, est mongolien et dans 12 cas sur 25, dans l'interrogatoire avec les directrices ou les institutrices, le "mongolisme" était un cas de rejet par avance. Mais, on décèle envers cet handicap particulier une attitude - un préjugé - qui va peut-être diminuer massivement dans les prochaines années, 11 autres établissements étant ouverts à leur insertion et 2 établissements en ayant accueilli auparavant. De même, Thierry, s'il a des troubles moteurs mineurs par rapport à d'autres, a lui, des troubles du comportement surajoutés. Or, dans les mêmes interrogatoires, les troubles de la personnalité et du comportement sont rejetés dans 17 cas sur 25.

Ici aussi, cependant, on peut s'interroger sur cet a priori : si nous considérons l'insertion des six enfants ayant des troubles de type psychotique, nous observons que non seulement leur intégration a été réussie dans 5 cas sur 6 mais qu'elle a été thérapeutique, modifiant même les impressions diagnostiques et pronostiques initiales.

A l'analyse des données, nous avons découvert que les échecs, transitoires ou durables, n'étaient en fait pas dus au handicap - y compris pour les troubles du comportement et de la personnalité. On a pu les relier à la fragilité socio-affective familiale entourant l'enfant bien avant l'intégration, aux carences pédagogiques des établissements, à une préparation insuffisante. On peut conclure, ici, que des handicaps moteurs, ou sensoriels, ou mentaux, ne sont pas une entrave à une bonne intégration en maternelle. En ce qui concerne les troubles du comportement et de la personnalité, ils n'ont pas été facteurs d'échec pour notre population dans la mesure où, à l'observation longitudinale, ils ont même régressé. Certes, les orientations spécialisées sont, nous semble-t-il intervenues à temps, lorsque le seuil de tolérance de l'établissement risquait d'être dépassé tant sur le plan du fonctionnement que sur le plan relationnel. Et les interventions du C.A.E. ont été, pour ces cas, importantes, ainsi que des soutiens extérieurs (C.M.P.P., etc.).

### c) La personnalité de l'enfant

Comme en crèche (cf. page 21) elle joue un rôle considérable dans la réussite de l'intégration. Les possibilités de communication socio-affective, l'appétence de l'enfant pour l'environnement, son "intérêt" pour les activités même s'il ne les "réalise" pas, provoque l'attention de l'adulte, motive les éducatrices, suscite même leur admiration. On retrouve, ici, les mêmes observations qu'en crèche : la ténacité, le courage et la gaieté de certains enfants sont des facteurs de réussite de premier plan, par exemple, pour André, Christine, Inès, Léa,

Sylvaine, Sylvie, Yves. Parfois cependant, l'institutrice ne sait pas exploiter toutes les ressources de l'enfant comme c'est le cas pour Sophie dont la cécité est vécue comme inertie : Or, son manque d'initiatives personnelles tombe dès qu'on est en relation individuelle avec elle, pour faire place à des activités organisées très surprenantes. De même pour Julien, si actif au C.A.E. mais si peu individualisé dans sa section, ce n'est pas seulement la trisomie 21 en tant que "*mongolisme*" qui est facteur d'échec de son intégration, mais un environnement scolaire pauvre et peu stimulant pour tous; ceci l'isole et l'attriste plus que les autres enfants, car il a moins de possibilités qu'eux pour compenser.

La communicabilité, le charme, les possibilités d'attirer l'attention, de s'intéresser à l'environnement sont, également, mis en évidence en tant que facteurs de réussite. Ainsi, le faciès ingrat de Françoise et l'aspect lourd et "*vieillot*" de Léa n'ont pas entraîné de rejet : Françoise est vécue comme "*fragile et sensible*", Léa comme "*drôle et susceptible*".

#### d) Le comportement de l'enfant dans son groupe

Ce que nous avons dit pour la crèche se retrouve pour l'école maternelle (cf. Monographie). L'enfant handicapé n'y est pas "*comme*" les autres, mais "*parmi les autres*". A un moment ou à un autre, il ne pourra participer qu'à un degré moindre, ou pas du tout. Mais la manière "*d'être*" parmi les autres peut être qualitativement totalement différente et détermine dans une large mesure l'impression d'échec ou de réussite de l'intégration. Il arrive même que des institutrices expriment avec surprise que l'enfant est "*comme les autres*", par exemple pour Inès, ou pour deux enfants aveugles, André et Yves. Dans l'ensemble, peu d'enfants ont eu des difficultés avec leur groupe. Celui-ci est solidaire de l'enfant handicapé, nous le verrons plus loin; certains petits camarades deviennent même des interlocuteurs ou des protecteurs privilégiés. Mais on observe cependant une certaine fragilité Léa, Louis ont eu des périodes perturbées en récréation et emmenaient un objet transitionnel. Igor provoquait de véritables agressions. Thierry s'est isolé de toutes les activités communes la première année, devenant encoprétiq. Dans la plupart des cas, il s'agit de difficultés transitoires, qui ne sont d'ailleurs pas toujours liées à la collectivité mais à des problèmes familiaux. Lorsque l'enfant, de par son handicap, ne peut participer aux activités et aux réalisations du groupe, nous avons noté qu'il en bénéficiait malgré tout : il observe, il interroge, il imite à son rythme (cf. Monographie). S'il ne peut vraiment être concerné, l'institutrice lui prépare des activités individuelles, ne l'isole pas dans la passivité.

Ainsi n'est-il pas "exclu" : c'est un des facteurs de réussite d'intégration les plus fréquents que nous ayons noté (19 cas sur 25). L'enfant n'est pas "gardé" dans un groupe, il vit avec ce groupe, à sa manière qui est respectée et reconnue.

#### e) L'évolution de l'intégration

Le caractère relativement longitudinal de nos observations - dont deux tiers se sont poursuivies sur deux ans - a permis de mettre en évidence certains types de fluctuations dans le déroulement de l'intégration (cf. Monographies).

Dans certains cas, une première tentative, voire toute la première année, a échoué et a nécessité un changement d'établissement, où l'intégration est alors réussie. Ainsi, pour Sylvain, pour Irène, mais aussi pour Clément, qui avait suscité tant d'espoirs et d'efforts de la part des institutrices qu'elles ont jugé les résultats comme un échec transmis à la mère. Louis, comme Sophie, Suad, Sylvain ou Thierry, ne se sont affirmés et épanouis véritablement que la deuxième année. François, Virginie, ont véritablement bénéficié d'une intégration très progressive, à temps partiel pour s'insérer réellement, eux aussi, en deuxième année.

On peut en tirer plusieurs conclusions : la qualité de l'intégration ne se juge que sur un certain laps de temps et la maturation de l'enfant handicapé, la lenteur de son "organisation" personnelle face à de nouveaux repères multi-formes interviennent certainement ici pour une large part. Mais la qualité du premier accueil - relationnel et pédagogique - joue un rôle de premier plan également. Enfin, la préparation de l'enfant et de sa famille ne sont pas négligeables; les premiers apprentissages de la collectivité au C.A.E. (en groupes d'éveil et en groupes pédagogiques) ou encore en halte-garderie, des essais réguliers mais espacés, une fois par semaine, dans l'établissement d'accueil, ont tous porté leurs fruits.

On note également des fluctuations ponctuelles, des "fléchissements" dans la qualité de l'insertion : à l'analyse on retrouve comme facteurs déclenchants des problèmes familiaux, des changements d'éducatrices, des tensions entre l'établissement et les parents. A long terme, ils sont assez curieusement "gommés" en regard des bénéfices constants que l'enfant retire de sa fréquentation scolaire. Thierry, sur ce plan, est exemplaire : ce dont l'institutrice de deuxième année se plaint le plus, c'est... de son absentéisme.

Enfin, les décisions d'orientation et les problèmes de l'avenir de l'enfant infléchissent certainement dans un sens ou un autre, le déroulement de l'intégration. Pour Françoise,

c'est parce que son passage était vécu comme période transitoire (avant l'orientation dont elle avait besoin) qu'elle a été tolérée puis individualisée de façon si positive. Pour Irène, pour Virginie, au contraire, on retarde l'orientation : devant les progrès de ces enfants, l'école suit le C.A.E. ou le C.M.P.P. pour leur offrir une orientation spécialisée plus adaptée à leurs nouvelles possibilités et maintient l'intégration. Pour Julien, c'est parce que l'intégration était un échec que l'orientation en E.M.P. a été accélérée alors qu'on observe la situation inverse pour Suad, atteinte du même handicap. Dans la majorité des cas, nous le verrons, l'intégration, analysée dans son déroulement témoigne d'une évolution qui se fait dans l'intérêt de l'enfant. Ceci est valable également pour les échecs, source de réflexions, de remises en question et de décisions.

## 2° - L'intégration par rapport aux données institutionnelles

### a) Les conditions d'admission

Dans 16 cas sur 25, les premières démarches ont été assurées par les parents avec l'appui ou l'encouragement du C.A.E. qui pouvait d'autant plus les faciliter que 20 enfants sur 25 bénéficiaient déjà des "groupes d'éveil" (12). Dans certains cas, les parents ont devancé le Centre, en particulier lorsque la prise en charge y était espacée, ou que leur connaissance des écoles du quartier leur permettait cette initiative, appuyée sur une motivation personnelle suffisamment intense. Pour André, Inès, Léa ou Yves, le fait d'avoir eu des frères ou soeurs aînés ayant fréquenté l'établissement a facilité les démarches de la mère et leur admission. Dans 6 cas, c'est le Centre qui a suggéré aux parents les démarches, les a facilitées, et pour 3 cas, il en a pris toute l'initiative de l'intégration; comme pour la crèche, le Centre joue certainement un rôle important dans les conditions d'admission - ce qui n'est pas sans poser de problèmes de disponibilité par la suite face aux demandes de soutien.

Dans 21 cas sur 25, l'admission s'est faite sur acceptation de la Directrice et de l'institutrice qui allait être concernée. C'est secondairement que l'accord de l'Inspectrice est demandé, avec certificat médical, pour couvrir les responsabilités spécifiques engagées par le cas particulier de ces enfants. L'Inspectrice représente, en général, une autorité administrative - le "vêtu" des responsabilités étant assumé essentiellement par la Directrice, en particulier pour les risques accrus d'accidents. L'institutrice se sent "protégée" par la Directrice. Mais cette notion de responsabilité qui incombe à la Directrice va peser, parfois, au-delà de l'admission, en général, sur ses relations avec les parents plus que



sur l'insertion quotidienne de l'enfant. Il est plus rare que le Service Social ait à intervenir directement, ou les inspectrices favorables à l'insertion scolaire de quelques enfants handicapés sur leur secteur. On observe une certaine ambivalence de la Directrice pour le cas de Thierry. Il semble que son acceptation ait été différée en raison du désir de maintenir le "prestige" de l'établissement, désigné comme "pilote" et dont les locaux sont particulièrement luxueux; on doit remarquer que pour Thierry et Julien justement, l'insertion sociale et pédagogique a posé des problèmes et n'a pas été franchement réussie. L'importance du rôle déterminant de la Directrice a été mis en évidence avec une clarté particulière pour Léa : à un changement de Directrice, l'acceptation de l'enfant a été totalement remise en question ainsi que son orientation, les arguments administratifs, les "autorisations" de l'Inspectrice, etc. qui n'avaient guère posé de problèmes auparavant, surgirent aussitôt; mais, l'acquis de la petite fille et la qualité de son intégration se sont avérés suffisants pour le revirement ne prête pas à conséquence. Dans bien des cas, les réticences au moment de l'admission ou dans les premières semaines se sont vite dissoutes dans l'intérêt pédagogique et affectif porté progressivement à l'enfant : "On s'est prises au jeu", disent de nombreuses institutrices, "heureusement qu'il a été admis".

#### b) Le type d'institution

On note 19 écoles maternelles publiques et six jardins d'enfants privés. Deux de ces derniers sont eux-mêmes intégrés dans une école primaire.

Dans les 6 jardins d'enfants, André, Christine, Inès, Clément, Séverine et Sophie, qui sont des cas très lourds (cf. tableau diagnostic), sont bien intégrés et ont une bonne insertion sociale et pédagogique. Le fait qu'il s'agisse de "jardins d'enfants" favorise peut-être l'individualisation en raison du caractère plus intime de ces institutions par rapport à certaines écoles maternelles étudiées - de l'image de leur vocation pédagogique, de leurs relations individuelles plus personnalisées avec leur "clientèle". Il est vrai que les 3 échecs que nous rencontrons se trouvent en maternelle, mais nous devons nuancer : Florence n'était pas préparée à une collectivité normale, le cas de Lydie (surdité accompagnée de troubles psychologiques) reste isolé; seul, l'établissement reste en cause dans l'échec d'intégration de Julien, pour 19 maternelles !

Si on pousse plus loin l'analyse, enfin, on observe que l'intégration, réussie, en maternelle de Irène et de Sylvie était précédée d'un échec en jardin d'enfants privé, et que c'est l'inverse pour Clément. En fait, on ne note pas de différence significative puisqu'on a observé d'excellents groupes pédagogiques en maternelle comme en jardin d'enfants.

qui sont, en dernier ressort, fonction de l'institutrice de la classe même, et non pas du type d'institution.

c) Les conditions de travail dans ces institutions  
et les sections concernées

Pour les 25 enfants, nous n'avons pas rencontré d'établissements qui aient pu obtenir des conditions de travail favorisées en raison de leur présence souvent lourde. Aussi, les personnes concernées par l'enfant évoquent presque toutes le supplément de travail fourni lorsqu'elles ont investi et individualisé l'enfant (20 cas sur 25). L'aide des auxiliaires et des stagiaires, intermittente, est vécue comme précieuse (20 fois sur 25) et surtout celle des femmes de service, en particulier lorsque des problèmes moteurs (portage, déplacements compliqués) se posent, mais remarquent-elles, "*Elles ont, elles aussi, beaucoup de travail*".

L'inadaptation des locaux est également avancée pour argumenter des mauvaises conditions d'accueil d'un enfant handicapé. Cet argument tient surtout lors de la deuxième ou troisième année de certains enfants handicapés moteurs, sans empêcher la montée de classe (par exemple, pour Sylvie). Noté, au début, pour les enfants aveugles, cet argument n'a plus tenu, au contraire, leurs facilités de déplacement, leur construction personnelle de repères a surpris, voire émerveillé les équipes d'accueil.

Les effectifs ont exprimé massivement comme "*trop lourds*", sauf pour un jardin d'enfants et deux écoles maternelles n'ayant pas 20 enfants par section, mais cela semble indépendant de la présence de l'enfant handicapé et objectivé par le nombre (moyenne de 35 enfants par section). Ils pèsent cependant sur la disponibilité consacrée à l'enfant handicapé et sur son comportement dans le groupe. Ils ont joué dans l'échec de Florence et de Julien. Et cet argument est un des premiers qui soit mis en avant par l'institutrice lorsqu'il y a difficultés transitoires dans le déroulement de l'insertion - qu'il y ait alors problème spécifique, lassitude ou inquiétude personnel quant à sa compétence et son utilité.

Enfin, on doit observer que 21 établissements sur 25 ouverts au principe de l'intégration de l'enfant handicapé et en ayant même reçu avant ceux de notre population, ont exprimé qu'ils les réaliseraient plus fréquemment et plus ouvertement si on améliorerait leurs conditions d'accueil et de travail.

d) La préparation du personnel

Dans un premier temps, le rôle de la Directrice est très important dans la préparation de l'institutrice ou éducatrice en ce qui concerne l'accueil de l'enfant handicapé et parfois, c'est elle-même qui motive et soutient l'enseignante, par exemple, pour André, Christine, Léa, Igor, Inès ou Sophie. Mais, pour Françoise, la Directrice a été poussée par l'Inspectrice (mère d'un enfant handicapé); pour Thierry, la Directrice est restée ambivalente. Julien, comme Yves, ont été acceptés parce que leurs aînés avaient fréquenté le même établissement : les Directrices ne se sont plus occupées de ces problèmes; c'est ainsi que l'institutrice de Yves est restée particulièrement isolée.

Dans la majorité des cas cependant (19 sur 25), la Directrice assume l'importance de son rôle à ce niveau et dans bien des cas, elle aide l'institutrice à exprimer ses réticences, ses réserves, ses craintes en sachant qu'elle accueillera l'enfant *"malgré tout"*.

Dans un deuxième temps, l'institutrice prend assez rapidement le relais, mais si nous comparons avec la crèche, elle est relativement isolée, probablement en raison du fonctionnement institutionnel commun aux écoles maternelles et de l'attitude générale qui consiste à n'avoir qu'un minimum de personnes responsables de l'éducation de l'enfant. quoi qu'il en soit, contrairement à la crèche, nous n'avons pas eu l'impression d'une concertation de *"l'équipe"* globale, mais d'une communication limitée aux personnes directement concernées : Directrice, Institutrice, parfois femme de service. Ce cloisonnement accentue l'angoisse des institutrices des sections supérieures qui seraient susceptibles de prendre l'enfant en charge mais freinent le passage (9 cas) comme nous le verrons plus loin.

Le rôle du C.A.E. dans la préparation du personnel est certain mais limité ; son rôle étant plus actif et manifeste en cours d'intégration et quand un problème de pose. Avant l'accueil, il y a toujours des contacts téléphoniques ou écrits entre le référent thérapeutique du C.A.E. et la Directrice et l'institutrice de l'enfant. Cependant, pour les enfants handicapés moteurs et sensoriels, lorsque le kinésithérapeute ou le rééducateur se déplace ultérieurement, la *"demande"* de l'établissement est alors considérable (voir plus loin : la demande de soutien extérieur), vis-à-vis de ceux-ci et on regrette *"qu'ils ne soient pas venus avant"*. Il y a donc une amélioration à envisager certainement dans ce registre de la *"préparation"*. Lorsque le rééducateur s'est décalé au moment même de l'accueil (9 cas sur 25), il est certain en effet, que le démarrage de l'intégration en a été qualitativement amélioré.

L'enfant est transformé quand il voit son rééducateur sur le lieu même de sa scolarité et ceci est très instructif pour l'institutrice qui l'accueille. Il arrive alors qu'elle vienne, elle-même, au C.A.E. assez rapidement, parfois avec la Directrice.

#### e) Les attitudes des institutrices et des éducatrices

Comme en crèche, nous avons constaté, dans la majorité des cas, une importante mobilisation pédagogique et affective, de la part des institutrices et des éducatrices. Dans 14 cas sur 25, elles préparent, inventent même, en dehors de leurs heures scolaires, une pédagogie spéciale pour lui. Elles doivent donc organiser aussi la vie du groupe en fonction de ces activités et de la place particulière de l'enfant handicapé. C'est en grande partie, grâce à cette attitude que nombre de ces enfants se sont progressivement adaptés à une collectivité pédagogique normale, continuent et continueront d'en bénéficier en première année de primaire (cf. Monographies). Pourtant, dans quelques cas, les institutrices ne pratiquent pas de pédagogie spéciale et la place donnée à l'enfant handicapé reflète d'ailleurs la qualité de l'ensemble de la pédagogie fournie aux autres enfants : uniforme, indifférenciée, peu inventive. Mais, la collectivité apporte par elle-même suffisamment de stimulations pour la plupart des enfants. Comme Christine, par exemple, qui s'est trouvée 2 protecteurs, en bénéficie indiscutablement, de leur seule volonté. Pour Françoise ou Clément, l'institutrice a renoncé à leur imposer des activités spécifiques, mais elle a alors choisi d'améliorer leur adaptation globale et leur autonomie (habillage, initiatives), de favoriser leur imitation sociale : *"J'ai vu que c'était surtout dans ce domaine que je pouvais lui "apporter" quelque chose"*, nous disent-elles. Ce qui se retrouve pour François, Louis, Marguerite, Virginie.

Enfin, comme à la crèche, le problème du passage d'une institutrice à l'autre se pose et les attitudes de la seconde ne sont pas toujours dans la continuité pédagogique et socio-affective de la première. La Directrice et les parents en sont conscients, et ceci entre aussi en jeu, nous l'avons vu dans le *"redoublement"* de la section, observé si fréquemment - le rythme de développement de l'enfant étant évidemment en cause également. Nous devons, cependant, approfondir la dimension pédagogique qui intervient ici : les parents, en effet, sont souvent ambivalents, eux-mêmes, vis-à-vis de ce passage, et pas uniquement en raison de leur attachement à l'institutrice. Le *"passage"* est une progression, certes, mais aussi signe du temps qui passe, des problèmes de l'avenir, de la fin de l'école maternelle. De plus, le passage marque un changement de personne, c'est-à-dire l'angoisse d'avoir à revivre avec elle toutes les

étapes déjà si souvent rencontrées : reparler des handicaps, raconter à nouveau son histoire, convaincre, faire reconnaître leur enfant..., être à nouveau parents-d'un-enfant-handicapé. Ceci se pose différemment en crèche où la collectivité, beaucoup moins nombreuse, vit beaucoup plus en communauté.

De même, "*l'attachement*" dont on a essayé de faire une première approche pour la population des crèches (cf. page 41) est beaucoup moins intense et envahit moins la vie professionnelle des institutrices et les relations avec les parents que dans les crèches. Nous avons pu dégager trois raisons à ce constat :

- Les enfants sont, ici, plus âgés et plus autonomes sur le plan socio-affectif (même s'ils ne le sont pas tous sur le plan moteur). Ils ont acquis déjà une "*organisation*" personnelle vis-à-vis de leur déficit (selon l'expression du Professeur AJURIAGUERRA), des compensations, des mécanismes de défense, et ils apparaissent moins fragiles, moins démunis, moins totalement dépendant d'autrui, que l'est tout enfant de moins de trois ans.

- Le groupe de la classe les prend en charge, ou quelques enfants qui ont avec le petit handicapé une relation privilégiée, faite même de tâches précises. C'est, peut-être, un des facteurs de réussite qui a été jusqu'ici le plus méconnu : cette vie du groupe "*avec et autour*" de l'enfant handicapé, décharge certainement l'institutrice - ce qui n'est pas le cas en crèche - et dilue la relation duelle et l'attachement réciproque; elle favorise l'élargissement socio-affectif à un âge où il doit justement s'inscrire dans le développement de tout enfant. L'institutrice, d'ailleurs, dans bien des cas, ne cherche pas à "*se dégager*". C'est la situation de l'enfant en groupe qui crée cette nouvelle dimension : l'enfant n'accepte souvent ce qui lui est demandé que parce que cela vient de son petit camarade, par imitation et sentiment d'égalité, alors qu'il le refuse à l'adulte; il y a de nombreux progrès qui passent par la relation enfant-enfant, et il est positif que l'institutrice, ici, s'efface.

- Enfin, la relation à l'enfant handicapé est certainement plus "*médiatisée*" en maternelle, par les activités pédagogiques qu'elle ne l'est en crèche, où les conduites de maternage restent prépondérantes avec l'enfant handicapé - même s'il est souhaitable de leur en associer d'autres pour favoriser son autonomie. Au jardin d'enfants et à l'école maternelle, nous avons même été frappés par la créativité et l'ingéniosité des institutrices dans leur recherche d'une pédagogie adaptée aux difficultés souvent considérables de l'enfant, et d'un déroulement de leur journée à l'école "*le plus épanouissant*" possible. On voit ici que l'investissement de l'enfant se fait à un niveau d'attachement moins archaïque et très différent qu'en crèche.

Ceci se traduit aussi dans leurs relations avec les parents. Dans l'ensemble, elles sont beaucoup moins intimes et moins proches de la vie familiale que celles de leurs collègues de crèche. Mais, on rejoint, ici, une observation habituelle : les institutrices d'école maternelle, et peut-être le personnel "éducation nationale", en général, ont avec les familles des relations essentiellement limitées aux questions scolaires, alors que le personnel des crèches, et peut-être le personnel "de santé", en général, placent leurs relations avec les parents dans la vie globale de l'enfant. Sept institutrices ont exprimé qu'elles ne voulaient pas "ennuyer" les parents davantage par des conseils ou des questions individualisés, que "*ceux-ci étaient déjà bien éprouvés*", ou encore qu'on ne pouvait pas "*se mêler de l'éducation familiale*". Mais encore faut-il, ici, aussi, approfondir la dimension psychologique venant des parents : presque tous sont motivés, à cet âge de leur enfant, par les acquisitions de type scolaire. De nombreuses institutrices ont exprimé que, si elles essayent de leur faire "*regarder ou écouter autres chose*", elles ne sont guère entendues. Et, il s'agit souvent de petits détails très concrets : par exemple, les parents de Louis le mettaient toujours en difficulté sur le plan des vêtements : attaches, bonnets, emmanchures compliquées. L'institutrice n'a jamais pu modifier cette attitude, reflet d'un déni plus profond du handicap - et n'a plus cherché à aborder le problème au bout d'un certain temps. Par contre, les contacts restaient ouverts sur le "*travail scolaire*" ! Certaines ont précisé : "*Nous avons l'impression de déranger les parents en abordant la vie de leur enfant "hors école" et de s'occuper de ce qui ne nous concerne pas; s'ils se renferment, nous ne serons plus consultées pour quoi que ce soit où nous serions utiles*".

Quoi qu'il en soit, l'attitude générale de l'institutrice est un facteur de premier plan dans la réussite de l'intégration, et les causes d'échec ou de changement d'établissements en relèvent toujours.

#### f) La vie du groupe d'enfants

Les échanges avec les autres enfants s'avèrent être également au premier plan de la qualité de l'insertion de l'enfant dans le groupe. Parfois même, nous l'avons vu, ils compensent l'absence d'individualisation pédagogique ou le manque de participation aux activités "*scolaires*".

Pour Sylvie, Christine, Sophie, Séverine, par exemple, le groupe est solidaire, attentif, parfois trop protecteur. Yves et André se défendent même de cette protection !

Mais on doit noter que, pour Thierry, Louis ou Florence, la collectivité d'enfants a été parfois vécue de façon menaçante et agressive. Léa a même traversé, sur ce plan, une période difficile, mais qu'elle a actuellement parfaitement surmontée, franchissant sur le plan de sa propre agressivité un palier de maturation important, ce qui n'aurait peut-être pas été le cas si elle était restée dans le cocon familial ou dans un milieu plus protégé. Igor, au contraire, a été vécu comme agressif et menaçant pour les autres, au point d'entraîner un véritable rejet de la collectivité - jusqu'à ce que l'amélioration de son propre comportement modifie cette réaction.

Dans 14 cas, l'institutrice a "*préparé*" les autres enfants à l'arrivée de l'enfant handicapé, soit lorsqu'il entrait en cours d'année, soit en profitant du fait qu'on retardait de 3 ou 4 jours son entrée par rapport à la date officielle de la rentrée scolaire. Si non, dans les autres cas, l'institutrice a attendu une occasion propice, une situation concrète lui permettant de verbaliser au groupe les difficultés de l'enfant. Certains enfants posent, par la suite, des questions directes, très spontanées, à l'institutrice, sur les handicaps, de leur camarade et celles qui nous l'ont signalé ne s'y dérobent pas, mais sans s'attarder.

L'acceptation, par les autres enfants, de l'enfant handicapé, est un facteur de réussite qui nous paraît devoir être souligné car il s'agit d'une acceptation "*pleine*" de significations, sociales et affectives, et non d'une simple tolérance. L'enfant handicapé ne s'y trompe pas, ni ses parents. Dans la majorité des cas (20 sur 25), nous retrouvons le même constat qu'en crèche (cf. page 42) Dans la vie du groupe, l'enfant handicapé a "*sa*" place, différente de celle des autres enfants, mais parmi eux, où il peut être reconnu très précocement dans sa différence et son identité.

#### g) Les réactions des autres parents

. Dans 21 cas sur 25, à cette question, l'établissement a répondu "*Qu'ils n'étaient pas directement concernés par ce problème*", que "*Cela ne posait pas de difficultés*", que "*Cela ne regardait pas les autres parents*". Il n'y a pas de réclamations directes, d'entretiens à ce sujet; parfois, tout au plus surgit une question à l'institutrice, vécue comme une "*marque d'intérêt bienveillant*" et non "*comme une curiosité*" déplacée. Igor fait donc, ici, exception, puisque son comportement agressif avait suscité à un moment la pétition d'un certain nombre de parents pour son renvoi - mais il était "*objectivement*" très perturbant et provocateur, et son "*mongolisme*" n'était peut-être pas en cause.

. Dans 2 cas, cependant, les parents ont signalé que leur propre enfant imitait les handicaps de ces petites filles et en étaient un peu inquiets - sans que ceci soit repris par l'institutrice ou la Directrice, un peu démunies alors devant ces constatations.

Il nous paraît intéressant, dans une autre étude, de mieux connaître le "vécu" des autres parents puisqu'il n'apparaît pas ici dans des réactions ou des contacts avec les institutrices et la Directrice.

Par contre, certains des parents d'enfants handicapés nous ont parlé, eux-mêmes, fréquemment du "regard" des autres parents, et de certaines questions qui leur étaient directement posées, ce dont ils souffrent. D'autres, comme ceux d'André, nous ont signalé que, grâce à l'insertion en jardin d'enfants, il avait été invité chez des petits camarades (d'abord à l'occasion d'anniversaires), qu'il avait rendu les invitations et que ces échanges hors-écoles devenaient courants. Il s'agit, à notre connaissance, d'un cas isolé, à associer peut-être en partie du moins, aux habitudes sociales du milieu très privilégié qui fréquente cet établissement.

#### h) Le rôle du Centre d'Assistance Educative du Tout-Petit (cf. tableau V)

##### . Rôle de la prise en charge de l'enfant

Le tableau V témoigne de la prise en charge de ces enfants au Centre avant et après leur admission à l'école maternelle ou au jardin d'enfants. Même si cette prise en charge se réduit alors pour beaucoup d'entre eux, plus ou moins progressivement, ils continuent d'y être suivis et leur évolution est donc surveillée. Selon les cas, c'est la rééducation psychomotrice et les groupes pédagogiques, très individualisés, qui sont poursuivis (colonne groupe d'Eveil) pour d'autres, la kinésithérapie a dû être intensément maintenue, pour d'autre enfin, a commencé l'orthophonie. On a distingué les consultations psychologiques qui ont pour but l'orientation ou l'évaluation des possibilités de l'enfant, et celles qui répondent à une demande plus affective, et on voit qu'elles sont intervenues, dans les 2 cas, à un rythme régulier.

Comme pour la crèche, la qualité de la prise en charge de l'enfant, au Centre, est en corrélation avec le bon déroulement de son intégration - mais elle n'en est qu'un des facteurs et n'est pas toujours au premier plan. Pourtant, pour Florence, pour Lydie, c'est l'insuffisance de la prise en charge au C.A.E., à laquelle il est remédié, qui est apparue



PRISE EN CHARGE AU C.A.E. des ENFANTS EN FAMILIENNELLE

Tableau 7

N°	Prénoms	Date admission à l'école	Période d'aide au C A E	Kinésithér		Consultat		Psycholog		Orthoph		TOTAL	Avent	Après									
				Mo. Av. Apr.	Mo. Av. Apr.	Mo. Av. Apr.	Mo. Av. Apr.	Mo. Av. Apr.	Mo. Av. Apr.	Mo. Av. Apr.	Mo. Av. Apr.												
16	ANDRE	Nov. 78	5.5.76 au 30.6.79	1	1	9	8	1	16	13	3	-	2	2	95	64	31	1	1	124	89	35	
17	CHRISTINE	Sept. 79	8.3.74 - 11.5.78	40	40	10			2	2				2				1	1	55	55		
18	CLEMENT	Sept. 76	4.4.75 - 25.4.79	16	16	6	3	5						57	1	56	9	8	1	94	28	66	
19	FLORENCE	Janv. 79	14.1.77 - 30.6.79	83	62	21	7	5	2	5	4	1						2	2	100	73	27	
20	FRANCOISE	Sept. 76	23.7.75 - 6.1.79	21	21		4	4	3	1	2			7	2	5	4	4		43	32	11	
21	FRANCOIS	Sept. 77	7.1.76 - 18.5.79			6	2	4	6	6				42	9	33	131	112	19	188	131	57	
22	FRANCINTHE	Sept. 78	1.3.75 - 30.6.79	17	17	8	6	2	6	6				2	1	1	70	70		104	100	4	
23	IGOR	Sept. 77	17.3.78 - 30.6.79			5		5						54	36	54	36			104	104		
24	INES	Sept. 78	10.1.77 - 30.6.79	26	26	34	7	27	4	2	2			1	1	145	81	64		212	117	95	
25	IRENE	Sept. 77	16.1.77 - 30.6.79			3		3		3				32	61	61				99	99		
26	JULIEN	Sept. 77	11.10.73 - 30.6.79	22	22	9	7	2	2	1	1			11	6	5	46	41	1	91	77	14	
27	LEA	Mars 75	10.6.73 - 30.6.79	13	13	10	5	5	12	6	6					42	42			79	64	15	
28	LOUIS	Sept. 77	12.2.75 - 30.6.79	3	3	61	17	44	14	11	3			9	6	3	53	49	4	141	81	60	
29	LYDIE	Avr. 79	27.10.78 - 30.6.79			7	3	4	2	2									25	1114	5	5	23
30	MARGUERITE	Sept. 77	3.1.76 - 30.6.79	119	64	55	10	4	6	13	5	8		3	3	29	29			184	108	76	
31	SEVERINE	Sept. 77	16.5.77 - sept. 78	48	1	47	3	1	2	2	2			1	1	29	5	24		83	7	76	
32	SOPHIE	Sept. 77	15.7.76 - 30.6.79			6	2	4	7	2	5			2	2	157	102	55		174	108	66	
33	SUAD	Sept. 77	12.5.76 - 30.6.79			6	1	5	3	3				5	1	4	16	15	121	18	154	136	
34	SYLVAIN	Janv. 79	2.2.76 - 2.6.79	10	10	2	1	1	3	2	1			3	2	1	6	1		30	24	6	
35	SYLVAIN	Sept. 77	7.9.76 - 30.6.79	51	44	7	3		3	3	1			48	6	42	78			144	52	92	
36	SYLVIE	Sept. 76	16.9.71 - 30.6.79	449	284	165	9	7	10	5	5			9	5	4	21	21	6	700	331	269	
37	THIERRY	Sept. 76	12.10.74 - 30.6.79	46	39	7	12	5	7	9	1			1	1	45	2	43	16	129	47	82	
38	VIRGINIE	Sept. 77	1.10.76 - 26.2.79	91	42	49	4	2	2	6	3	3		1	1	32	10	22	1	138	58	80	
39	YVES	Sept. 78	25.3.78 - 30.6.79			4	2	2	2	2				5	4	1	39	8	31	53	16	37	
40	ZOHRA	Sept. 79	11.9.75 - 30.6.79	187	157	30	17	6	11	2	2			3	1	2	79	64	15	293	230	63	

dans les facteurs possibles de l'échec. Ce qui n'a pu se faire pour Thierry. De même, dans les fluctuations de l'intégration, le soutien des parents de l'enfant joue un rôle important, tant au niveau psychologique que social (tableau V).

· Rôle du C.A.E. en tant que soutien extérieur apporté à l'établissement

Dans tous les cas, le Centre d'Assistance Educative du Tout-Petit a été en liaison avec des établissements d'accueil. Cependant, lorsqu'il s'agit de simples contacts téléphoniques ou de courrier, si utiles soient-ils, ils ne sont pas vécus par celui-ci comme un "soutien", c'est lorsque le kinésithérapeute, la psychologue ou le rééducateur en psychomotricité ont pu se déplacer, que le Centre est véritablement vécu comme soutien extérieur.

Ce soutien extérieur est demandé unanimement, y compris par des établissements ambivalents. Dans ces derniers cas, il devient curieusement la condition au maintien de l'enfant (Thierry, Julien). Mais cet appel n'est pas toujours adressé directement au Centre, et de nombreux établissements se plaignent de ce que les structures environnantes ou même rattachées à eux (C.M.P.P., G.A.P.P., consultations hospitalières, etc.) ne les soutiennent pas, et aident insuffisamment l'enfant. Le cas de Thierry est malheureusement exemplaire, même si la famille est également en cause. A la demande de soutien formulée au C.A.E. s'associe, au minimum, une demande d'informations (23 cas sur 25), et au maximum une demande de formation spécialisée (sessions ou recyclages limités dans le temps, mais permettant de répondre mieux aux déficits de l'enfant). Les institutrices pensent qu'avec un allègement partiel de leurs effectifs, ou une aide supplémentaire, cela leur permettrait de mieux accueillir, et en plus grand nombre, ces enfants.

Comme pour la crèche (cf. page 41), les visites du thérapeute privilégié de l'enfant - quelle que soit sa spécialité - sont énormément investies et valorisées : c'est lui qui peut parler de l'enfant, dans sa continuité et sa globalité, et de l'histoire de déficit. C'est lui qui apporte des conseils, des idées, un autre regard sur l'enfant. Il est un "spécialiste" qui "sait" et peut apporter des solutions, un référent extérieur précieux (cf. pages 41-42). Dans bien des cas, notre "spécialiste" n'a pu qu'admirer l'ingéniosité et l'invention des institutrices - celles-là même qui pourraient douter d'être efficaces pour l'enfant. Il n'a fait que leur apporter une confirmation, un appui quant à la direction

prise par leur projet éducatif. Mais c'était justement ce dont elles avaient besoin. Il est vrai aussi que c'est grâce à la visite du thérapeute de l'enfant que, dans bien des cas, certaines difficultés ont été dénoncées et ceci sur des plans très divers : par exemple, donner des moyens d'aider la station assise ou la marche de Christine, de Sylvie, ou encore de favoriser la compréhension d'Irène, de soulager l'angoisse de Virginie et l'agressivité d'Igor, ou celles de l'institutrice et de la Directrice face à certains parents.

Devant la demande massive, unanime d'un soutien extérieur et face à l'investissement dont il est porteur, on mesure l'isolement et l'anxiété ressentis par ces éducatrices confrontées quotidiennement à un enfant handicapé. Dans bien des cas, les entretiens de soutien ont dépassé le cas précis de l'enfant, révélateur de l'ampleur du problème; par delà la qualité pédagogique de l'éducatrice et la vie de son groupe, c'est la place, présente et future, de ces enfants handicapés, dans la vie scolaire et sociale, qui est posée. Le soutien extérieur du C.A.E. soulage cette anxiété et sort l'éducatrice (comme l'enfant) de son isolement, et valorise son action ultérieure. On comprend qu'il soit un facteur de réussite important, dont on devrait améliorer encore l'organisation.

Parallèlement à ces observations et à ces constats concernant le rôle du C.A.E. en tant que soutien extérieur apporté à l'établissement, on peut noter, en se reportant au tableau V, comment se sont répartis la fréquence et le type de prise en charge de l'enfant, avant et après son intégration.

#### i) Autres types de soutien

Pour les enfants intégrés en école maternelle, le Centre établit de plus en plus fréquemment des relais avec les structures médico-psychopédagogiques qui sont en liaison privilégiée avec ces établissements. Nous avons vu que le relais n'est pas toujours facile, qu'il échoue même parfois. Il est, peut-être, rejeté ou remis dans le temps, par les parents. Dans quelques cas, il est devenu indispensable : pour Christine, Léa, Virginie. Les structures médico-psychopédagogiques se sont avérées, pour nous, facteurs de réussite dans la "continuité" de l'intégration qui se situe, grâce à ces prises en charge extérieures, dans un projet à plus long terme pour l'enfant. Mais, les établissements n'en perçoivent pas toujours l'apport sur ce plan précis, et regrettent de ne pas être plus soutenus dans la pratique quotidienne.

### 3° - L'intégration par rapport aux données familiales

#### a) La situation familiale, le couple parental et le handicap (cf. tableau VI)

Nous avons vu combien le handicap d'un enfant bouleverse, sur tout les plans, une famille (cf. page 43). A l'âge de l'intégration en école maternelle, c'est-à-dire en moyenne entre 3 et 5 ans, pour notre population, ces bouleversements ne sont pas toujours surmontés. Certes, la famille s'est réorganisée dans son mode de vie et a élaboré sur le plan psychologique des mécanismes d'adaptation ou de défense qui lui permettent de faire face. Mais on reste frappé par le nombre de cas, encore importants, qui gardent de très grandes difficultés socio-familiales ou psychologiques (13 cas sur 25). Comme dans la population des crèches, ces difficultés préexistent souvent, avant la venue de l'enfant handicapé. Mais le handicap les aggrave ou les révèle. Dans bien des cas également, il en fait surgir de façon tout à fait imprévisible entraînant des difficultés diverses qui vont de la perte du travail à la dépression (cf. Monographies).

Par exemple, les parents d'André n'ont aucune difficulté socio-familiale. Ils sont aisés et unis. Mais le bouleversement créé par la cécité n'est pas encore surmonté. De même, à l'opposé de l'échelle sociale, les parents d'Igor avaient choisi un mode de vie marginalisé, mais équilibré et créatif. La venue de l'enfant mongolien a créé des cassures qui ne sont pas encore cicatrisées. Dans ces deux exemples, l'enfant est aimé et a sa vraie place.

Pour beaucoup d'entre eux, les rééducations sont encore nécessaires et, comme dans la population des crèches, cela entraîne des sacrifices lourds et pénibles sur le temps de loisir, de repos, ou dans la vie professionnelle : par exemple, le père de Sylvie garde un échelon modeste dans l'entreprise où il travaille et renonce à une certaine "ambition" qui nécessiterait des voyages, pour s'occuper d'elle, et le kinésithérapeute va au domicile pour soulager un peu l'enfant dont l'emploi du temps est si chargé.

La vie conjugale est, elle-même, très fragile pour beaucoup de couples, mais quatre couples seulement parlent réellement de séparation... sans la réaliser : arrivés à cet âge de leur enfant, ils hésitent à rompre l'organisation familiale mise en place, ou à "enfoncer dans la dépression encore plus" l'un des conjoints : parents de Clément, de Françoise, d'Irène, par exemple. Pourtant, nous devons signaler combien certains couples se sont soudés face à leur drame, et la moitié d'entre eux ne présente aucune difficulté.

Dans quelques cas certes, l'attitude du père est une charge supplémentaire pour la mère : soit qu'il démissionne totalement (pour Inès, par exemple), soit qu'il crée, par son comportement et ses réactions, des problèmes surajoutés souvent aigus (chez Irène, par exemple). Mais il arrive qu'on se trompe sur la signification des attitudes parentales : le père de Sylvie, par exemple, n'a jamais participé aux traitements de l'enfant et nous paraissait fuir totalement son problème; l'enquête à domicile a découvert un père qui sacrifie toute sa vie à l'enfant, la surprotège même, organise tout son avenir en fonction de celle-ci.

La fratrie de ces enfants, comme pour la crèche, pose des problèmes directement liés au handicap de leur frère ou soeur, et même parfois à leur intégration scolaire. Lorsqu'ils se trouvent dans le même groupe scolaire, ils sont souvent "*repérés*" par les petits camarades comme le frère ou la soeur d'un enfant handicapé. L'angoisse, l'agressivité, la culpabilité se partagent leur mode de réactions, les parents sont parfois démunis et nous en parlent fréquemment. En général, c'est à travers eux que nous aidons la fratrie de l'enfant handicapé mais il arrive qu'une aide ponctuelle soit organisée, soit en consultation au C.A.E., soit sur le secteur. On doit observer, ici, que 9 enfants handicapés sur 25, ont eu un petit frère ou une petite soeur. Dans 2 cas, les parents l'ont désiré "*pour normaliser la vie de l'enfant handicapé, pour qu'il ne soit pas le centre de tout, pour qu'il ait un compagnon*".

Mais dans la majorité des autres cas, les parents donnent comme argument le handicap de l'enfant pour ne pas envisager une autre grossesse. On note cependant une certaine ambivalence : "*Mon mari ne veut pas, j'essaierai bien*", et "*Maintenant qu'il va à l'école, on se pose la question, mais c'est vrai, on a peur... pourtant, ce serait bien...*". L'intégration scolaire, dans ce qu'elle apporte de normalisant, s'exprime dans le désir d'un autre enfant à 6 reprises - soit au cours des consultations psychologiques, soit dans l'enquête sociale.

La famille élargie est présente dans la moitié des cas, de façon positive, soit sur le plan matériel, soit sur le plan affectif, soit pour une aide ponctuelle (garde, vacances). Pour l'autre moitié, elle manque et plus cruellement que "*Si on n'avait pas un enfant atteint*" : quatre couples ont d'ailleurs pensé déménager pour se rapprocher de leur famille. L'intégration en école maternelle, associée à une prise en charge comme celle du C.A.E., pèse-t-elle sur la décision de se fixer à Paris ou en proche banlieue ? Ces questions se posent à chaque étape de l'orientation. Dans certains cas, la famille élargie a un rôle négatif : rejet, accusations génétiques diverses, fuites qui sont source d'amertume et aggravent les dissensions conjugales. Mais, il nous semble que les sentiments à cet égard sont plus "*stabilisés*" à cet

âge de l'enfant que dans notre population de crèche. De nombreux parents, dans ces situations, nous ont dit "On en a pris notre parti". Dans 3 cas : Clément, Irène, Marguerite, l'isolement par rapport à la famille élargie réactive des blessures anciennes, profondes, qui semblaient "oubliées".

Le déracinement des familles étrangères a trouvé - beaucoup plus que dans la population des crèches - une justification ou une revalorisation inattendue dans le fait que l'enfant "Ici, au moins, bénéficie de l'école". Surtout pour les familles qui sont venues en France "Afin de tout faire, de tout tenter, pour leur enfant handicapé". Mais, l'isolement des parents de Marguerite, le bonheur de ceux de Thierry, quand ils sont en vacances dans leurs pays d'origine, témoignent du poids de ce déracinement.

Dans l'ensemble, les établissements scolaires comme les jardins d'enfants, perçoivent très bien l'incidence de la vie familiale sur le comportement adaptatif de l'enfant handicapé qu'ils accueillent. Mais, nous l'avons vu, cet aspect est peu abordé, d'autant que, dans l'ensemble, l'intégration scolaire améliore la place et l'autonomie de cet enfant dans sa famille, même lorsque celle-ci est perturbée. Thierry, Julien et Florence font, ici, exception.

#### b) Les données socio-économiques

(cf. tableau VI)

Cette population est moins défavorisée que celle concernée par les crèches : un tiers des familles est très aisé; un tiers n'a pas de difficultés socio-économiques majeures. Nous avons vu (cf. page 48), les crèches favoriser l'admission et l'intégration et il arrive qu'en école maternelle, cet argument ait également joué en faveur de l'enfant (6 cas sur 25). Mais Julien est resté rejeté, exclu de la cantine, demandée pourtant à titre temporaire, lorsque sa famille traversait des difficultés graves, heureusement surmontées. Nous n'avons pas observé, en crèche, d'exclusion comparable.

Dans l'ensemble, les données socio-économiques interviennent moins sur le déroulement et la qualité de l'intégration scolaire et elles y sont vécues - ou verbalisées - avec moins acuité que dans les crèches.

#### c) Les motivations des parents

De même, dans la mesure où les relations parents-école sont moins étroites qu'en crèche, il est plus difficile

de cerner si les motivations parentales vont infléchir sur le cours de l'insertion. Dans l'ensemble, une fois franchi l'obstacle de l'admission et des premières prises de contacts, l'organisation de la vie scolaire de l'enfant s'établit assez rapidement et, les premières inquiétudes passées, les parents vivent l'école maternelle ou le jardin d'enfants comme une sorte de palier, de pause, de premier répit, même s'ils l'ont revendiquée ouvertement comme un droit.

Au bout de quelques mois, et surtout lorsque l'intégration est bénéfique, on assiste à une prise de conscience et aussi à l'expression des motivations : *"L'école traditionnelle évite le ghetto... il faut aller le plus loin possible tant que cela est possible"*, disent les parents d'Inès. *"Il n'est pas supportable que nos enfants soient considérés comme les autres, aussi intelligents et débrouillards, pour se retrouver en C.P. dans un sinistre institut d'aveugles"*, disent les parents de Sandra, d'Yves, d'André. Beaucoup ont *"forcé"* l'entrée en maternelle pour *"tenter"* quelque chose, *"défier l'isolement et l'égoïsme de tous"*, mais aussi par déni inconscient des difficultés. Dans ce dernier cas, la prise de conscience que l'intérêt de l'enfant est ailleurs, se fait plus ou moins rapidement, mais se fait. Dès lors que l'école est soutenue, elle patiente jusqu'à ce que les parents soient prêts à envisager une ré-orientation; on fait intervenir un médiateur : le C.A.E., le G.A.P., la C.D.E.S., le médecin scolaire...

On voit ainsi évoluer les motivations parentales au cours de ces deux années, en fonction de l'évolution de leur enfant dans la collectivité et sans qu'il y ait une incidence directe de leurs opinions sur l'insertion même de leur enfant. C'est dans le sens inverse que se joue le mécanisme, ce sont les bénéfiques ou les échecs de l'intégration qui vont, peu à peu, moduler leurs motivations vis-à-vis de celle-ci. Ainsi, en a-t-il été pour les parents d'Igor, de Françoise, de Julien, de Séverine. Par contre, dans les cas de Clément, de Florence, de Marguerite, les motivations parentales sont restées figées sur une position de maintien en école maternelle, par crainte de l'avenir, par refus de prise de conscience, par revendication, qui est aussi un appel et une remise en question des pratiques sociales courantes vis-à-vis des personnes handicapées.

#### d) Les relations parents-établissements

Nous l'avons vu, elles se situent sur un mode beaucoup moins intime et personnalisé qu'à la crèche. Les contacts entre les parents et l'institutrice ou la Directrice sont essentiellement du domaine pédagogique : acquisitions, orientation, vie à l'école. L'enfant, souvent, les facilite en racontant ce qui se passe dans sa vie scolaire, c'est le cas d'André, Igor, Léa, Yves, Sophie et Séverine.

La réserve observée chez les parents est vécue comme une certaine discrétion ou une auto-protection par les éducatrices qui la respecte, mais elle peut être une gêne à l'intégration de l'enfant. La mère de Thierry a eu "honte" lorsque la Directrice lui a signalé les petits troubles de propreté de Thierry; ceux-ci s'en sont trouvés majorés, probablement parce qu'il n'y avait pas d'autres contacts entre elles. Le Centre a dû intervenir pour que l'école prenne mieux en charge le cas de Julien et lui donne les mêmes possibilités de cantine, sieste, plein-temps, qu'à sa soeur pendant le chômage du père, tant les contacts établissements-parents étaient distants.

La "vie scolaire" de l'enfant est très investie par les parents, y compris les pères qui assurent souvent le transport de l'enfant à l'école, ou en partagent la charge avec la mère (14 fois sur 25), parfois au détriment de leur vie professionnelle. Cet investissement est vivement ressenti par les institutrices et c'est, en dernier ressort, ce qui est important dans les relations parents-établissement : ce sentiment que l'intégration et la vie scolaire de l'enfant sont intensément valorisées.

#### e) Le vécu parental de l'intégration

Plus que la crèche, probablement parce qu'elle rentre dans l'image sociale du cycle scolaire de tout enfant, l'école maternelle "normalise" la vie socio-familiale, fait vivre l'enfant handicapé et sa famille au même rythme que les autres, "comme eux". Cette normalisation a souvent un retentissement important sur la cellule familiale et sur le vécu des handicapés par les parents. Certes, pour beaucoup de parents, nous l'avons vu, ils ont aussi "gagné du temps, le plus loin possible".

Cette normalisation s'accompagne dans certains cas, d'une sécurité socio-professionnelle pour les mères. L'école maternelle facilite la continuité de leur travail, l'apport d'un deuxième salaire et l'ouverture à des activités où n'intervient pas le problème de l'enfant handicapé. Dans d'autres cas, les conséquences de l'intégration sont surtout psychologiques : au contact de jardin d'enfants, la mère de Sophie, par exemple, a dépassé la dépression conjugale; elle voudrait un autre enfant et a pris conscience de l'hyperprotection et du fond dépressif de son mari. La mère de Françoise, aussi, a eu un second enfant, retravaillé, et s'est détachée de son mari, très dépressif encore.

Nous avons vu, par contre, que dans bien des cas, cette "normalisation" de la vie quotidienne cautionne chez les parents un déni des difficultés, un recul vis-à-vis de



l'avenir, et alimente les espoirs éloignés de la réalité. On rencontre aussi la situation inverse où la scolarité en classe maternelle a confirmé un potentiel qui n'était pas toujours évident et fait envisager une orientation subnormale mieux adaptée - comme elle a permis, pour d'autres parents, d'accepter et d'investir l'orientation spécialisée qui sera, à présent, plus bénéfique à leurs enfants.

En fait, comme à la crèche, l'intégration de l'enfant handicapé en maternelle doit toujours s'accompagner d'un travail avec les parents sur la valeur et la signification - actuelle et à long terme - de cette intégration qui influence l'avenir de leur enfant.

Quant à l'incidence de l'ensemble des données familiales sur le déroulement de l'intégration scolaire elle-même, celles-ci semblent avoir un rôle moins direct qu'en crèche. Elles n'en sont pas moins très importantes, mais elles ne sont pas chargées de la même intensité affective.

## II - BILAN DE L'INTEGRATION EN ECOLE MATERNELLE OU EN JARDIN D'ENFANTS. (cf. Monographies)

### 1° - Pour l'enfant

Les bénéfices de l'intégration en école maternelle sont manifestes pour 22 enfants sur 25. Dans six cas, le diagnostic initial a considérablement évolué : pour André, dont la cécité est devenue amblyopie sévère, et le Q.D. (Quotient de Développement) s'est normalisé, pour Inès dont la normalisation s'est effectuée sur tous les plans pour ne laisser que le déficit isolé - et compris mal compris - du langage, pour Sylvaine et Sylvie dont l'infirmité motrice cérébrale était telle qu'elle bloquait complètement tout avenir d'insertion (l'une entre au C.P., l'autre au C.E.), pour Yves qui, comme André, comme Sophie, s'est à ce point normalisé, que se posera en fait, comme problème, l'absence de structures adaptées à l'enfant aveugle en milieu normal. On note pour Clément et Léa une progression nettement plus rapide des acquisitions - qui se traduit, d'ailleurs, sur leur Q.D., et pour François, Igor, Irène, Séverine, Virginie, une telle amélioration des troubles du comportement - voire de la structuration de leur personnalité, que l'orientation prévue a été modifiée ou repoussée ultérieurement.

Si on analyse les réussites d'intégration - moins spectaculaires que ces 13 cas - pour 9 autres enfants, on note qu'elles reposent, comme à la crèche (cf. pages 60-61 ) sur l'élargissement social et pédagogique dont l'enfant bénéficie : ses acquisitions s'accélèrent, même si elles restent lentes, sont intéressantes et ses échanges se diversifient, son autonomie, surtout, s'affirme.

Enfin, nous l'avons vu, des insertions qui nous paraissent fragiles la première année, ou superficielles, ont été réussies la deuxième année. Dans ces derniers cas, il est vrai, l'enfant a besoin qu'on respecte sa maturation, mais il nous paraît, à long terme, avoir profité de la collectivité en enregistrant et en accumulant des repères, dans une phase réceptive positive, parfois par comparaison avec un milieu familial encore peu mobilisé pour lui ou ne sachant pas le stimuler.

Dans quelques cas, des inconvénients apparaissent conjointement aux bénéfiques : maintien des parents dans une attitude irréaliste, période de régression lors de changements d'éducatrices ou de section chez les enfants fragiles, inadéquation de l'institutrice aux difficultés ou aux acquisitions de l'enfant, efforts trop importants demandés à des enfants déjà surchargés et fatigables.

Enfin, nous observons trois échecs d'intégration : Florence n'était pas bien préparée à une confrontation avec la collectivité de l'école, Julien n'a pas trouvé une structure pédagogique capable de l'accueillir et elle seule est en cause; Lydie, elle, a souffert de ces deux facteurs : préparation insuffisante et structure d'accueil dépassée par son handicap.

## 2° - Pour sa famille

Nous avons vu que l'intégration de l'enfant handicapé en école maternelle ou en jardin d'enfants "normalise" la vie quotidienne de la cellule familiale, dans ses rythmes, dans son ouverture au monde extérieur, dans le maintien de la vie professionnelle des mères.

A cet âge de la vie de l'enfant, dans la grande majorité des cas, les parents ont pris conscience du handicap - ce qui n'est pas toujours le cas à la crèche - mais ils n'en mesurent pas toujours les conséquences pour l'avenir, et le "temps" de la maternelle, la comparaison avec les autres enfants les aide à évoluer. C'est surtout les réactions et l'évolution de leur enfant "dans" cette insertion scolaire, au fil des mois, qui vont les convaincre dans un sens ou dans un autre - l'avis de l'institutrice, des thérapeutes, des spécialistes ne faisant que ponctuer le plus souvent ce parcours.

Il reste l'inconvénient de donner trop d'espoirs à certains parents, mais nous avons vu, en dimension longitudinale, que, tôt ou tard, cette phase va être dépassée (ce qui ne veut pas dire : surmontée pour tous).

### 3° - Pour\_l'institution

L'intégration d'un enfant handicapé ne laisse jamais indifférente l'institution, même lorsqu'il y a échec; celle de Julien fait, ici, exception. Certes, au jardin d'enfants ou à l'école maternelle, l'institutrice est plus isolée qu'à la crèche et, seule, responsable de sa section. Cependant, tout l'établissement est concerné par les moments d'activités communes (entrées, sorties, récréations, cantine) et par les passages de section.

Dans la très grande majorité, la réussite de l'intégration a revalorisé l'institution et surtout l'institutrice : elles ont, dans 19 cas sur 25, exprimé les retentissements, affectif et personnel, qu'ont eu sur elles la constatation des progrès de l'enfant, la revalorisation venant des parents et du C.A.E. Elles reconnaissent avoir évolué dans leurs pratiques - et parfois, plus profondément, sur un plan personnel - ce dont elles parlent avec leurs collègues. Mais, le surcroît de travail est important, et elles souhaiteraient, pour poursuivre et élargir cette intégration, une formation et un soutien appropriés.

### 4° - Pour\_son\_devenir

Sur les 25 cas suivis, 4 enfants ont été orientés en E.M.P. dans de bonnes conditions, 5 en classe intégrée ou de perfectionnement, 7 enfants suivent une scolarité normale pour leur âge; 3 enfants sont maintenus en école maternelle pour suivre leur évolution, en accord avec l'établissement. Il reste, ainsi, 4 enfants en attente d'orientation, maintenus certes dans l'établissement mais dont les parents et l'institutrice savent qu'une décision est en cours de réflexion, et qu'ils y participent tous.

Ainsi, l'intégration scolaire n'est pas une impasse, mais une période de vie et de changements ou l'intérêt de l'enfant est resté au premier plan des préoccupations de tous, même dans les 3 cas d'échecs. Nous retrouvons, ici, le même constat que dans le bilan des crèches (cf. page 65).

Nous voudrions, cependant, isoler un groupe particulier d'enfants quant à leur devenir : celui des 3 enfants atteints de cécité, intelligents, dont tous les troubles du comportement

ont disparu, vifs, gais, riches dans leur communication et devenus si "débrouillés", Sophie, André et Yves posent un problème aigu : les écoles primaires n'ont pas de place pour les enfants atteints de cécité. Ceux-ci pourtant en bénéficieraient pleinement, et sans aucune difficulté, avec une organisation relativement légère qui intégrerait précocement, en milieu normal, certains apprentissages lexico-graphiques spécifiques. Ils sont trois, dans cette recherche sur 25. Ils sont beaucoup plus nombreux en France.

### III - LES REFUS D'INTEGRATION.

Nous n'avons pu effectuer une recherche approfondie sur les refus d'intégrer des enfants handicapés, car nous en avons rencontrés beaucoup moins que nous ne le prévoyions. Non pas que la situation se soit idéalement améliorée. Mais, nous n'appuyons les demandes des parents que dans les cas où nous savons que c'est l'intérêt de l'enfant et que les arguments utilisés seront pédagogiquement, institutionnellement, voire socialement, valables et convaincants. Nous savons que, dans de nombreux cas encore, des parents ont rencontré des refus : mais ils en parlent peu "au hasard" d'une consultation, les ayant effectuées souvent à un moment inadéquat, de façon peu réaliste ou maladroite. Nous n'avons pas pu "utiliser" ce matériel - qui s'inscrit dans une dynamique de soutien psychologique - à des fins d'analyse et d'enquêtes.

Trois exemples, cependant, illustrent ces remarques :

Alain est un enfant infirme moteur cérébral présentant une déficience mentale légère (Q.D. zone 75). Cet enfant avait été admis en crèche à la demande du service social, la maman travaillant et la nourrice ne semblant pas compétente. On assiste à une bonne évolution de l'adaptation à la crèche malgré certaines réticences de l'équipe d'accueil au début. Pour des raisons de santé, la maman a interrompu son activité et a repris l'enfant toute la journée. Cet enfant, habitué à des contacts avec d'autres, a bientôt eu besoin d'une intégration scolaire, à temps partiel. La maman fait, personnellement, des démarches auprès de directrices d'écoles maternelles. L'une d'entre elles avait laissé entendre que, l'enfant évoluant, il lui serait éventuellement possible de l'admettre dans une petite section fin 78. Le service social informé par la mère a pris contact avec cette directrice, mais a obtenu un refus : *"L'enfant ne peut se déplacer seul debout, les classes trop petites, l'insuffisance de personnel, le prochain départ en congé-maternité de l'institutrice, l'incapacité temporaire de la directrice d'assumer un enfant handicapé"*, sont les motifs qui nous ont été donnés. Et toute demande d'entretien plus approfondi n'a pas été entendue.

Zorha (observation N° 40 dans notre recherche) a d'abord été rejetée dans une première école avant d'être intégrée dans celle où nous l'avons suivie. Cette enfant a des sœurs plus âgées, scolarisées dans une école proche du domicile. Cette école prenant prétexte de classes surchargées, de la trop grande responsabilité des maîtresses craignant des chutes, a refusé l'admission de Zorha. Le service social du C.A.E. en invoquant des problèmes familiaux a demandé à l'assistante de secteur de bien vouloir intervenir pour obtenir une admission (dérogation dans un autre groupe scolaire). Cette intégration s'est faite avec certaines réticences, l'enfant âgée de 4 ans ayant un développement intellectuel normal n'était admise qu'en petite section car cette classe se trouvait au rez-de-chaussée. L'intervention de l'institutrice de moyenne section, qui avait par une formation complémentaire, une bonne connaissance des problèmes des enfants infirmes moteurs, a permis à cette petite fille d'être acceptée dans la classe de cette institutrice avec les enfants de son âge, bien que la salle se trouve au premier étage. La condition mise par la directrice à ce changement fut l'obligation, pour l'enfant, de porter un casque. Après un trimestre, la directrice, ainsi que le personnel, ont tout à fait intégré la fillette, l'enfant ne porte plus de casque, monte l'escalier seule, participe très activement à la vie de la classe. Elle est reconnue par la directrice comme un élément stimulant pour les autres enfants.

Suzanne, deux ans et demi, est atteinte d'un handicap moteur des membres inférieurs séquelles de poliomyélite.

Sa maman a pris contact, en mars 1978, avec la directrice de l'école maternelle de son secteur, qui propose une classe de plein air à partir de mai ou de juin 1978. La maman n'accepte pas cette solution "pensant qu'il s'agit d'une ségrégation"; elle souhaitait une intégration tous les matins, alors qu'on lui proposait deux après-midi pour un début. Elle se met en rapport avec l'Inspecteur de l'Académie afin de lui demander l'admission de Suzanne dans une classe nouvelle, mais il n'y a plus de place.

En novembre 1978, Suzanne est intégrée à mi-temps en classe de plein air où elle est bien accueillie par son institutrice. Cette classe reçoit des enfants de 3 à 5 ans, en atelier de 25 enfants. La maman pense alors que l'intervention de l'Inspecteur a peut-être permis une insertion plus rapide, et le choix de la classe. Mais elle estime qu'une "école nouvelle" (type Decroly) offrirait à Suzanne une meilleure évolution. Le Directeur répond par un refus pour trois raisons : Ils prennent les frères et sœurs des enfants déjà intégrés; ils ne peuvent répondre déjà aux demandes anciennes; et, en plus, les enfants admis sont tirés au sort. Le C.A.E. propose alors une prise en charge en groupes pédagogiques.

Suzanne est très rapidement admise à l'école maternelle du secteur ! En fait, la directrice est consciente des problèmes des enfants handicapés et n'avait émis quelque réticence, au cours des premiers contacts "que dans l'intérêt de l'enfant". Mais la maman ne l'avait pas vécu ainsi.

#### IV - CONCLUSION.

Nous avons étudié l'intégration en école maternelle, ou en jardin d'enfants, de 25 enfants handicapés - 10 garçons et 15 filles âgés, au moment de notre étude, entre 3 et 7 ans. Cinq enfants étaient atteints de déficience mentale (dont quatre trisomiques 21), sept d'infirmité motrice cérébrale, trois de cécité, sans troubles associés. Cinq enfants étaient atteints d'infirmité motrice cérébrale associée à un retard de développement mental et des troubles du comportement; cinq autres de déficience mentale associée à des troubles du comportement et de la personnalité, dont un atteint de surdité.

Dans 22 cas sur 25, on peut parler d'une réussite de cette intégration portant sur les quatre points suivants :

- Pour ces 22 enfants, les apports pédagogiques et socio-affectifs de l'école maternelle, ou du jardin d'enfants, ont été constants. Ils se sont traduits par une accélération du rythme de leurs acquisitions dans tous les cas et parfois d'une normalisation de leur Q.D. par une diversification de leurs possibilités d'intérêt et d'échanges retentissant sur la structuration de leur personnalité et l'affirmation de leur autonomie. Pour six cas, le diagnostic initial en a été considérablement modifié ainsi que l'orientation prévue.

Cependant, on a observé conjointement quelques difficultés, en particulier l'entretien d'une illusion de normalisation, à long terme, pour certains parents, et d'efforts d'adaptation trop importants demandés par moment à certains enfants. Enfin, trois échecs d'intégration doivent être notés, dus à une préparation insuffisante de l'enfant à la collectivité scolaire, ou à une structure d'accueil mal adaptée au handicap de l'enfant.

- L'intérêt de l'intégration en école maternelle est également manifeste pour la famille : maintien de l'activité professionnelle de la mère, rythme de vie de l'enfant handicapé en homogénéité avec ceux de sa fratrie et de ses parents, observation des possibilités réelles de leur enfant confronté à cette insertion pendant plusieurs mois.

- L'intégration des enfants handicapés revalorise l'institution qui les accueille et surtout les investissements affectifs professionnels des institutrices. Si toutes ont réclamé une aide en raison du surcroît de travail ainsi qu'une information, voire une formation plus poussée, elles ont toutes constaté un enrichissement dans leurs pratiques professionnelles et souvent une évolution personnelle plus profonde.

- Enfin, la réussite de cette intégration est confirmée jusque dans l'orientation des enfants, qui s'est faite au mieux de leur intérêt, dans un établissement spécialisé comme en "*circuit*" normal ou subnormal (12 sur 25). L'évolution et la qualité de l'adaptation des enfants aveugles posent le problème de leur intégration en milieu non spécialisé et ouvrent, ici, une nouvelle voie de recherche et d'action.

Aussi, en tenant compte de certaines difficultés, l'intégration de l'enfant handicapé en école maternelle ou en jardin d'enfants, apparaît au terme de cette étude comme une réussite qui devrait être encouragée et généralisée. Elle nécessite cependant un soutien particulier de l'institutrice et de la famille, et une surveillance de l'évolution de l'enfant, d'autant plus nécessaire que cette période coïncide souvent avec celle de son orientation scolaire ultérieure.





## 4ÈME PARTIE

CONCLUSIONS GÉNÉRALES



## CONCLUSIONS GENERALES.

Cette recherche, portant sur l'intégration sociale du jeune enfant handicapé en collectivité éducative non spécialisée, nous a permis d'apprécier les résultats de l'insertion en crèche, en école maternelle ou en jardin d'enfants, de 40 jeunes enfants atteints de handicaps divers sur le plan moteur, sensoriel ou mental.

Nos principaux objectifs étaient, dans un premier temps, d'évaluer la réalité et la qualité de cette insertion dans son déroulement et dans la perspective de l'avenir de l'enfant. Dans un deuxième temps, nous souhaitions préciser sur quels critères de réussite ou d'échec nous apprécions les bénéfices ou les inconvénients de cette intégration. Dans un troisième temps, nous avons voulu dégager les facteurs qui sont intervenus dans ces réussites ou ces échecs. Enfin, nous avons essayé de mettre en évidence les moyens à mettre en oeuvre pour faciliter l'ouverture de ces milieux d'accueil aux enfants handicapés et la pratique d'une intégration véritable.

### I - BILAN DE L'INTEGRATION DES 40 ENFANTS HANDICAPES

#### EN CRECHE, ECOLE MATERNELLE ET JARDIN D'ENFANTS.

##### 1° - Bénéfices observés

37 enfants sur 40 ont bénéficié de façon évidente de leur intégration dans ces collectivités.

##### a) Sur le plan du développement psychomoteur et mental

Loin de freiner, la crèche, comme l'école maternelle, offre à l'enfant handicapé des possibilités de progrès et d'acquisitions d'autant plus appréciables qu'on pouvait craindre une certaine stagnation pour ces enfants, en collectivité, alors qu'ils ont besoin de stimulations très individualisées. Dans de nombreux cas, nous l'avons vu, elle les favorise même, comme en témoigne l'accélération de la progression observée aux examens psychologiques, ou lors des observations sur le terrain, effectuées au cours de la deuxième année.

b) Sur le plan du développement socio-affectif

Ces collectivités offrent à l'enfant handicapé un lieu de vie éducatif "*normalisant*" dans la mesure où tous les autres enfants peuvent en bénéficier et où il n'est plus le centre des angoisses ou des tensions qui se reportent sur lui dans son milieu familial. Il y a là une sorte de dégagement quotidien, où l'enfant peut être lui-même, de façon différente de ce que l'on observe dans sa famille où il est porteur de préoccupations lourdes de charge affective, que ce soit au niveau du rejet ou de l'hyperprotection. Nous voyons, ici, une des causes à l'épanouissement que nous observons chez ces enfants dans la collectivité, et qui retentit sur leur vie en famille.

c) Sur le plan de son comportement adaptatif

La grande majorité des enfants, y compris ceux qui ont progressé très lentement, ont acquis une meilleure autonomie, et se sont affirmés. De plus, contrairement à nos craintes préalables, les enfants atteints de troubles du comportement et de la communication se sont améliorés, parfois considérablement, modifiant favorablement la structuration de leur personnalité.

Il résulte de ces trois premiers points que des diagnostics initiaux ont changé favorablement, ainsi que les directions d'orientation.

d) Sur le plan socio-familial

Ces collectivités permettent à la mère de travailler, avec ce que cela peut comporter d'avantages matériels et psychologiques. Dans certains cas, le fait de "*libérer*" les parents de l'enfant handicapé dans la journée - plus symboliquement peut-être pour les pères, très concrètement pour les mères - a amélioré parfois spectaculairement des épisodes dépressifs graves, au point qu'on a pu parler de "*sauvetage*" dans six cas (enfants en danger d'agression, mères suicidaires, pères au bord de l'abandon). Or, l'enfant handicapé ne peut pas être appréhendé indépendamment de sa famille et il bénéficie, lui aussi, des aides qui la soulagent.

D'autre part, confrontés à la comparaison avec les autres enfants, face au rythme d'acquisitions de leur propre enfant par rapport aux exigences générales et connaissant son besoin d'aides spécialisées, les parents, peu à peu, prennent conscience de la réalité des difficultés de leur enfant et accompagnent les décisions d'orientation prises au moment opportun. Ils le font d'autant plus activement qu'a

été reconnu, à un moment donné, le droit pour l'enfant de bénéficié d'une collectivité "normale" et qu'ils ont pu constater par eux-mêmes que celle-ci ne convenait plus. L'insertion de l'enfant handicapé dans ces collectivités a facilité, dans de nombreux cas, cette évolution parentale dont l'enfant bénéficie également.

## 2° - Inconvénients ou échecs observés

Les échecs sont rares, nous l'avons vu (3 cas sur 40) et considérés comme tels lorsque : l'enfant ne fait pas d'acquisitions, stagne, n'est pas individualisé, s'isole, semble abandonné, et paraît plus triste et plus passif dans la collectivité qu'en famille ou au Centre. Lorsque l'enfant se dégrade sur le plan socio-adaptatif, avec apparition ou aggravation des troubles du comportement.

Autre inconvénient : dans certains cas, la qualité de l'intégration et l'épanouissement de l'enfant "leurrent" les parents, ou les confortent dans un certain refus de la réalité de ses handicaps, reculant d'autant la prise de conscience nécessaire à l'apparition de défenses ou d'une réorganisation plus adaptées. Ce déni profond est entretenu par la réussite partielle de l'insertion, mais aussi, le plus souvent, par un répit que ces familles se donnent : défense transitoire contre l'angoisse et la dépression.

Enfin, sur un plan plus large, nous avons observé des conséquences de l'intégration sur la personnalité et la vie quotidienne de l'enfant handicapé que nous n'avions pas prévues, et qu'il nous paraît important de dégager : notre volonté d'intégrer ces enfants en milieu normal a comporté en elle-même, un revers difficile à assumer pour certains de ces enfants à un moment donné : être "un" seul, parmi d'autres, sans reflets, sans image semblable, sans "pareil que lui". être seul porteur d'un handicap perceptible à l'âge où se structurent lentement le moi et l'image de soi, n'est pas sans incidence. Certains enfants, dans leur évolution observée au C.A.E. en situation très individualisée et intime, nous ont paru découvrir leur identité de manière négative : "Je suis celui qui ne voit pas", "Qui ne marche pas", "Qui n'a pas les mêmes yeux", "Qui n'a pas la même tête". C'est-à-dire qu'à travers "son" histoire et "l'ensemble des circonstances qui font qu'une personne est bien telle personne déterminée (Larousse) et non une autre", et que "sous tous ses aspects", l'enfant, peu à peu, prend conscience "qu'il est un" (Larousse), il découvre que cette "identité de son Moi ne gagne de force réelle que par la reconnaissance sincère et stable d'une réussite véritable, qui ait un sens dans sa culture" (Erikson, *Enfance et Société* 1959, Delachaux et Nestlé). Or, l'enfant

perçoit son handicap d'autant mieux et d'autant plus fréquemment que les différences et les caractéristiques qui lui sont propres marquent des vicissitudes et des difficultés par rapport aux autres, qu'il se trouve constamment parmi les autres, et non plus confiné dans le seul milieu familial. Psychanalytiquement, on sait combien les reflets, les images de Soi que l'enfant ressent à travers ce qu'expriment les autres de lui, sont déterminantes dans les processus de l'identification. On sait, avec WALLON, comment l'enfant construit peu à peu cette image de soi pour parvenir à la "*conscience de soi*" (stade du personnalisme), combien cette période, entre deux ans et demi et six ans est fragile, justement à l'âge de l'intégration scolaire des enfants de notre étude. Il n'est donc pas étonnant que le cours et le contenu de certaines psychothérapies ou des séances de psychomotricité s'en soient trouvés modifiés; la nécessité de parler beaucoup plus tôt à "*cet*" enfant (et non plus à ses parents) de "*son*" handicap, s'est nouvellement imposée. Mais aussi, nous commençons à poser la question : ne serait-il pas plus sain d'intégrer plusieurs enfants handicapés, ensemble... mais c'est, probablement, une autre étape.

De même, nous n'avions pas toujours perçu quels efforts étaient quotidiennement demandés à certains de ces enfants dans cette intégration, où se passait leur "*enfance*" malgré la gratuité qu'implique cette phase de la vie.

### 3° - Evolution de l'intégration dans le temps

L'observation longitudinale a permis de nuancer les premières impressions de réussites ou d'échecs, de bénéfices ou d'inconvénients. Nous avons, en effet, noté des périodes positives alternant avec des périodes plus difficiles, ou encore des aléas bientôt surmontés. Nous avons décrit des phases, des phénomènes de lassitude ou de scepticisme qui succédaient à une ou deux années d'investissement et qui n'étaient pas toujours justifiés objectivement. Ils s'inscrivaient dans un contexte de répétitions, imminence d'une orientation trop souvent reculée ou encore mal précisée, changement d'éducatrice, rythme de progrès moins spectaculaire ou moins revalorisant pour l'entourage éducatif. Mais nous avons, également, rencontré des situations inverses, où la poursuite de l'intégration dans le temps a permis une réussite non négligeable et des bénéfices appréciables. Dans l'ensemble, cette dimension évolutive a mis en évidence le rôle de l'intégration en tant que période de transition et d'observation très précieuses, facilitant les décisions d'orientation à prendre - souvent délicates lorsqu'il s'agit d'enfants atteints de handicaps surajoutés mais en plein développement.

## II - CRITERES DE REUSSITE OU D'ECHEC DE L'INTEGRATION.

Sur quels critères, au terme de cette recherche, pouvons-nous déterminer si une intégration est réussie ou non ?

. Au premier plan, nous trouvons la progression de l'enfant à un âge où il devrait être en plein développement, la stagnation, les régressions, l'absence de progrès représentent un signe d'alarme objectif, qui est justement vécu comme un échec.

. Cette progression ne se situe pas toujours au simple plan des acquisitions psychomotrices ou mentales, mais aussi au plan de la sociabilité, et l'épanouissement; un gardiennage apparemment peu individualisé, mais qui suscite l'intérêt de l'enfant et élargit son univers social s'est avéré, dans plusieurs cas positif pour l'enfant.

. L'individualisation de l'enfant handicapé, le fait qu'il soit "*reconnu*" avec son handicap et son droit de l'être associée à une période plus adaptée pour lui, est également un critère de la réussite de l'insertion.

. En corollaire, sa participation au groupe et à l'ensemble de la vie éducative est également un critère important, même si c'est à son rythme et selon un type d'inter-relations différent.

. On doit, enfin, évaluer ces critères en fonction de deux autres points :

- Les variables socio-économiques et psychologiques familles, qui donnent dans certains cas une valeur inestimable à une insertion en collectivité de ce type.

- la qualité de ce qui serait offert à l'enfant en famille dans son milieu quotidien, ou en nourrice, quand il a pu y être gardé quelques mois, et qui dans certains cas s'est avérée si médiocre que, là aussi, l'insertion en collectivité éducative a pris une valeur supplémentaire non négligeable.

Il n'en reste pas moins vrai que la fragilité de ces enfants nécessite des attitudes éducatives très individualisées et que les éducatrices fournissent pour eux des efforts qui mériteraient d'être mieux soutenus, tant ils sont au premier plan des facteurs de réussite de cette insertion.

Quoi qu'il en soit, si l'insertion d'un enfant ne correspond pas au moins à un ou deux des critères résumés ci-dessus, on peut douter de la qualité de cette intégration et peut être même, parler d'échec.

### III - FACTEURS DE REUSSITE OU D'ECHEC DE L'INTEGRATION.

La réussite de l'insertion sociale d'un enfant handicapé, en crèche ou en maternelle, dépend d'un ensemble de facteurs dont la rencontre est sans cesse dynamique et créatrice. Il est peut-être donc artificiel de les isoler les uns des autres. De même, il est très difficile, à notre avis, de les hiérarchiser car, selon les cas, un facteur de réussite ou d'échec est privilégié par rapport à l'autre et nous observons ceci pour le même cas au cours de la durée de l'intégration. Cette réserve étant faite, nous pouvons les considérer sous trois angles :

#### 1° - L'enfant

Nous avons vu que le degré, la gravité ou la spécificité des handicaps n'intervenaient pas dans la qualité de l'intégration et nous en avons été particulièrement surpris lorsque les enfants avaient des troubles du comportement ou de la personnalité. Par contre, la personnalité de l'enfant, sa communicabilité, ses possibilités de compensation, son intérêt pour l'environnement jouent un grand rôle, et bien entendu, toute acquisition, toute progression.

#### 2° - L'institution

La Directrice, une certaine solidarité de l'équipe, une ou deux éducatrices privilégiées interviennent, en crèche, alors qu'en maternelle, c'est essentiellement sur une seule institutrice que reposera l'évolution positive ou non de l'insertion de l'enfant - la Directrice intervenant surtout au départ, et comme soutien intermittent - Dans tous les cas, le rôle d'une seule personne nous a paru "le" facteur institutionnel le plus important pour infléchir dans un sens ou dans un autre la qualité de l'intégration.

Le groupe, également, joue un rôle considérable puisque c'est lui qui relaye souvent l'éducatrice, et que les inter-relations qui s'établissent entre lui et l'enfant dépendra la manière dont l'enfant "*pas comme les autres*" sera "*parmi*" les autres.

#### 3° - La famille

Les données socio-familiales interviennent en fin de compte assez peu sur les variations de l'insertion de



l'enfant, dès lors qu'il a été accepté, individualisé, et investi. Elle est même plutôt favorisée lorsque les difficultés socio-économiques ou psychologiques sont graves. Cependant, la communication avec la famille, que l'on retrouve dans presque tous les cas, même si elle est de nature différente en crèche et en maternelle, joue certainement un rôle positif car l'absence ou les difficultés de communication mère-institution ont été notées dans des cas d'échec et dans les phases difficiles.

4° - Enfin, à ces trois niveaux, intervient certainement comme facteur de réussite, le soutien du C.A.E., soit directement, dans son rôle thérapeutique auprès de l'enfant et de sa famille, soit en tant que soutien extérieur conseillant et revalorisant l'établissement, individualisant l'histoire de l'enfant et accroissant ainsi le seuil de tolérance de son milieu d'accueil. Mais, peut-être, aussi joue-t-il un rôle positif en permettant de donner des limites à l'intégration, en devant le désir d'orientation, en intervenant au niveau des thérapeutiques de l'enfant, des parents, pour ne pas tout faire supporter à l'intégration et à l'établissement et en allégeant, en quelque sorte, les responsabilités des personnes concernées.

Les facteurs d'échecs se retrouvent aux mêmes niveaux :

- à celui de l'enfant, lorsque les troubles du comportement ou de la personnalité ne sont pas compensés par des progrès ou des bénéfices divers, envahissent la vie quotidienne, perturbent le groupe et accablent le personnel;
- à celui de l'institution lorsqu'elle a accepté l'enfant handicapé par tolérance, sans l'individualiser et le respecter en tant que tel;
- à celui des parents, lorsque leur anxiété, leur agressivité ne permettent pas à l'enfant de surmonter sa propre angoisse;
- à celui du C.A.E., lorsque son soutien est insuffisant, inopportun, ou qu'il a tenté l'intégration sans préparer suffisamment l'enfant.

Apparaissent alors, au premier plan, des arguments pour justifier le rejet ou les difficultés rencontrées : manque de personnel, effectifs surchargés, locaux inadaptés ou dangereux, efforts inutiles et inefficaces, incompétence, manque de formation, peur d'un accident... Les arguments ne sont pas des alibis; ils sont également exprimés lorsque l'intégration est réussie, mais en second plan, comme des demandes d'aide et des appels.

#### IV - PERSPECTIVES D'AVENIR ET PROPOSITIONS.

La réussite de ces intégrations, pour des enfants atteints souvent de handicaps très lourds, devrait encourager la généralisation de ce qui n'est encore qu'expériences, essais, acceptations exceptionnelles. Mais encore faudrait-il reconnaître les efforts que font ces structures d'accueil pour s'adapter à la fragilité de ces enfants. Ils demandent des attitudes éducatives très individualisées, dans des collectivités dont les effectifs restent surchargés malgré la dénatalité. Des mesures devraient donc être prises si l'on veut favoriser l'intégration des enfants handicapés en milieu normal. En premier lieu, soulager l'éducatrice privilégiée à certains moments, réduire les effectifs, apporter l'information et la formation complémentaire sur les besoins spécifiques de l'enfant selon son handicap, renforcer la collaboration des équipes thérapeutiques avec l'établissement, enfin inscrire l'intégration dans tout le devenir de l'enfant.

A un niveau plus large, il serait important d'améliorer la législation sur la responsabilité civile de la directrice et du personnel, de financer les aménagements architecturaux plus adaptés, de repenser l'ensemble du problème en fonction de l'intégration non plus d'"un" enfant handicapé, comme un cas isolé et particulier, mais de tous les enfants handicapés, nombreux, qui peuvent en bénéficier et y ont droit.

Cela sous-entend qu'on facilite un changement des attitudes sociales et des mentalités, qu'on accepte de vulgariser ce problème au lieu de laisser les familles et quelques structures spécialisées s'épuiser à le résoudre, qu'on fasse connaître et valoriser les expériences réussies. Nous espérons que les résultats de cette recherche, même modestement, y contribueront.

5ÈME PARTIE

A N N E X E S



A N N E X E I



MONOGRAPHIES DES 15 ENFANTS INTEGRES EN CRECHE

MONOGRAPHIES DES ENFANTS EN CRECHE

	Age de la marche	Age à l'entrée	Age à la sortie	Durée de l'intégration
1 - ANDRE	18 mois	1 an 2 mois	3 ans	1 an 8 mois
2 - BRIGITTE	4 ans 2 mois	3 ans 6 mois	4 ans	6 mois
3 - CAROLINE	Ne marche pas seule à 1 an 3 mois	1 an 4 mois	5 ans 3 m.	3 ans 11 mois
4 - CLAUDE	3 ans avec déambulateur	1 an	3 ans	2 ans
5 - DANIEL	23 mois	2 ans	3 ans	1 an
6 - ELIANE	18 mois	1 an	3 ans	2 ans
7 - EVE	Ne marche pas à 2 ans 3 mois	1 an 4 mois	2 ans 3 m.	11 mois
8 - FABIEN	Ne marche pas à 2 ans 3 mois	3 mois	2 ans 1/2	2 ans 3 mois
9 - HYACINTHE	18 mois	2 mois	3 ans 1/2	3 ans 4 mois
10 - LUC	20 mois	2 ans	2 ans 1/2	6 mois
11 - MUSTAPHA	3 ans 2 mois	1 an 9 mois	4 ans 2 m.	2 ans 5 mois
12 - SOLANGE	3 ans 1/2	2 mois	4 ans	3 ans 10 mois
13 - SONIA	4 ans	3 mois 1/2	4 ans	3 ans 8 mois
14 - SUZANNE	4 ans 3 mois	2 ans 1/2	5 ans	2 ans 1/2
15 - SYLVAIN	2 ans 1/2	6 mois	4 ans	3 ans 1/2



I - MONOGRAPHIES DES 15 ENFANTS INTEGRES EN CRECHE.

OBSERVATION N° 1 : ANDRE (2 à 3 ans)

André est un petit garçon menu et pâle, atteint d'une amblyopie très sévère. Grand prématuré né au 6ème mois, pesant 1k300 avec hémorragie intracrânienne; ses parents ont rendu responsable de sa rétinopathie la suroxygénation en couveuse et le procès qu'ils ont intenté au service hospitalier est encore en cours. Le diagnostic de cécité absolue a pesé sur la première année de la vie de l'enfant qui s'est présenté jusqu'à 2 ans et demi avec un retard de développement psychomoteur certain (Q.D. = 70) ainsi que des troubles relationnels et un comportement souvent stéréotypé (rythmies du corps et de la tête, blindismes, écholalies).

La prise en charge au C.A.E. a commencé à 11 mois, sous forme de consultations, de guidance parentale, la mère étant très dépressive et "phobique" à l'égard de l'enfant, ce qui a justifié la demande d'intégration en crèche 4 mois, plus tard associée au traitement du centre (psychomotricité une fois par semaine en groupe d'éveil).

Le milieu socio-familial est, en effet, très aisé, culturellement favorisé, et jamais ses parents n'auraient pensé à une crèche pour leur enfant; la soeur aînée a été gardée par une nurse et il y a également une bonne qui s'occupe de l'appartement très classique et spacieux. Le père d'André s'est cependant senti totalement impuissant et démuni devant le handicap de l'enfant mais est très présent dans sa vie. La mère est encore profondément "choquée" par ce drame, ne l'accepte pas encore vraiment mais au fur et à mesure de la réussite de l'intégration, elle a repris une énergie considérable et lutte pour innover des modalités pédagogiques adaptées au cas de ces enfants.

Le déroulement de l'intégration a subi quelques fluctuations. Mais dès l'entrée d'André en crèche, à 15 mois, le lien entre la directrice et la mère a été très intense et n'a cessé de se consolider, tandis que son auxiliaire s'attachait particulièrement à lui. Grâce à elles, la crèche a mis en place, pour André, une véritable prise en charge thérapeutique, lui apprenant progressivement à se déplacer dans tout l'établissement et à en connaître toutes les personnes (de la cuisine à la lingerie ou au bureau de la directrice), ainsi à 2 ans 3 mois, à un changement de section et à la perte d'une auxiliaire privilégiée, au départ de la directrice qui prend un nouvel établissement, au départ enfin de sa rééducatrice

au C.A.E. des troubles du comportement réapparaissent chez l'enfant tandis que la mère ne parvient pas à surmonter non plus ces changements : elle décide de suivre la directrice (donc de changer les repères et les habitudes d'André), pour retrouver dans le nouvel établissement la même relation protectrice et continue. André bénéficie alors d'une section de "jardin d'enfants" particulièrement attentive aux besoins individualisés de chacun, où les contacts chaleureux, socio-affectifs, sont privilégiés par rapport aux stimulations pédagogiques. Il sort tout à fait de son repli sur soi, poursuit la conquête de l'espace et de son autonomie de façon alors spectaculaire et ininterrompue. La révélation d'un résidu visuel qu'il utilise déjà de plus en plus se confirme quelques mois plus tard, à l'entrée en école maternelle (cf. observation 16).

Les bénéfices de cette intégration réussie ont donc permis une évolution favorable d'André sur plusieurs plans :

- régression des troubles du comportement;
- disparition des mécanismes autistiques;
- accélération du rythme de ces acquisitions permettant d'atteindre à 3 ans un niveau de développement normal (Q.D. = 90).

Le soutien de la mère a été fondamental.

Les difficultés qui persistent sont inhérentes au handicap de l'enfant : sorti de son confinement social, il joue encore peu avec les autres enfants et semble enfermé dans un langage sans fin, qui n'est cependant plus écholalique et qu'il vient, certes, de découvrir.

Les facteurs de réussite reposent certainement : sur la personnalité de la directrice, commune aux deux crèches, à son investissement affectif de la situation mère-enfant et à celui de la jardinière, sur le type de travail fait dans cet établissement et dont la conception s'appuie sur une individualisation de tous les enfants et de leurs parents, dont la place reste importante.

#### OBSERVATION N° 2 : BRIGITTE (3 à 4 ans)

Brigitte est une jolie petite fille actuellement atteinte de cécité complète, diagnostiquée dès la naissance devant sa microphthalmie extrême (presque l'aspect d'une anophthalmie) avec cataracte. Les troubles du comportement, de type psychotique, sont majeurs, avec absence totale de commu-

nication verbale, et la marche n'est pas acquise. C'est devant la dépression maternelle majeure, la fragilité conjugale et les conséquences des handicaps de l'enfant sur sa fratrie que l'insertion en crèche a été proposée par le C.A.E. et acceptée, pour une période courte qui devait être transitoire, en attendant l'organisation d'une orientation adaptée.

Le milieu socio-familial de l'enfant est, en effet, très fragile et les parents se sont séparés en cours d'intégration. Le père, après une période de chômage, a depuis un poste d'ouvrier spécialisé. Il voit rarement l'enfant (3 fois en 6 mois). La mère élève les 3 enfants puisque Brigitte a une soeur âgée de 10 ans, et un frère plus jeune âgé de 2 ans. Cadre moyen dans l'Administration, elle est en disponibilité depuis 2 ans et devrait reprendre son travail dans quelques mois. Brigitte étant en internat à présent.

La prise en charge au C.A.E. a été relativement importante : psychothérapie de l'enfant associant étroitement la mère, psychomotricité au groupe d'éveil, 2 fois par semaine, et les liaisons avec l'établissement d'accueil assez fréquentes sans qu'il s'agisse malheureusement d'un soutien régulier.

Le déroulement de l'intégration s'est effectué sans difficultés importantes pour l'enfant, compte tenu de son handicap et du contexte familial; Brigitte a été prise en charge de manière très intensive et individualisée par l'éducatrice, et a eu pratiquement en permanence une personne pour s'occuper d'elle. Cette attention particulière portée à l'enfant, a, par moments suscité une certaine jalousie dans le groupe, mais les handicaps de Brigitte ont été expliqués et acceptés. L'éducatrice a fait preuve de véritables recherches pour communiquer avec Brigitte et les qualités pédagogiques dont elle s'est servie ont retenti sur l'ensemble de la section.

On note, cependant, après une période de plusieurs mois où Brigitte a énormément progressé sur le plan du contact, de l'autonomie et enfin du langage, une période plus difficile où l'orientation spécialisée de l'enfant attendue ne se réalisait pas. Les progrès étant plus lents, le cas de Brigitte de toute façon très lourd, une certaine lassitude, voire une certaine angoisse à son égard sont apparues, accentuées par les réactions maternelles.

En conclusion, il s'agit d'une intégration relativement réussie quant aux bénéfices observés :

- l'enfant a cessé de stagner et de s'enfoncer dans une structure psychotique de sa personnalité pour faire des progrès notables.
- La mère, bien que gardant des difficultés personnelles importantes (mais pré-existantes) est sortie de sa phase dépressive aiguë.

Les facteurs de réussite reposent :

- sur les motivations et l'imagination pédagogique et relationnelle d'une éducatrice;
- autour de qui cependant, le consensus et le soutien de l'équipe se sont manifestés, sur les progrès psychomoteurs et affectifs de Brigitte.

Les inconvénients sont cependant notables :

- l'intégration a été trop longue;
- l'orientation spécialisée tardive.

Aussi, les derniers mois ont été vécus péniblement, alourdis par la relation rejetante de la mère vis-à-vis de l'enfant et vis-à-vis du travail de la crèche.

- Ici, le soutien du C.A.E. a été certainement insuffisant.

Perspectives : Brigitte est actuellement dans un Centre spécialisé (qui répond beaucoup mieux à ses besoins et à ses possibilités que ne le faisait la collectivité de la crèche les derniers mois). En Jardin d'enfants avec internat (séparée du milieu familial), elle a acquis d'emblée la marche et continue ses progrès. Elle revient dans sa famille en fin de semaine, et la formule actuelle semble positive.

OBSERVATION N° 3 : CAROLINE (4 ans)

Caroline est une jolie petite fille un peu obèse, atteinte d'un autisme grave et d'un déficit psychomoteur important : elle ne marche pas, n'a aucune autonomie. Elle a traversé des périodes d'automutilation, de colères subites et non motivées, de balancements intenses, puis de fuites devant les objets et les personnes traduisant des périodes de régression. Actuellement, on observe des progrès et une amélioration dans les contacts visuels, physiques et verbaux avec un intérêt pour autrui.

La prise en charge au C.A.E.

Elle a été importante : kinésithérapie deux fois par semaine et consultations psychologiques toutes les 6 semaines. Les parents sont pris en psychothérapie en consultation externe à l'hôpital TROUSSEAU, mais c'est surtout le père qui y va régulièrement.

### Le milieu familial

Il est, en effet, fragile : les parents sont tour à tour culpabilisés, désemparés et revendicatifs. Ils ont peur d'avoir un autre enfant, mais le désire. La mère, obèse, est envahissante, logorrhéique, un peu phobique devant les symptômes de l'enfant, mais chaleureuse. En effet, c'est surtout le père qui assume les difficultés de l'enfant, joue un rôle maternant, la garde depuis son départ de la crèche (mars 1979). Chômeur, il est en reconversion professionnelle. Ils espèrent quitter Paris pour se rapprocher de leur famille et intégrer Caroline en hôpital de jour (Chambéry).

### Le déroulement de l'intégration

Il a subi des fluctuations. Admise à 2 mois, Caroline se présentait comme un bébé normal, ses troubles du comportement, son retard ont été notés par les auxiliaires au cours de la première année. Au début, elles lui ont porté beaucoup d'attention, puis se sont découragées avec les périodes de régression et de perturbation, au cours de la deuxième année. En troisième année, elles ont réinvesti le cas de l'enfant devant ses progrès et l'apparition du rire, du regard intéressé pour certains jeux et le groupe. Pourtant, ceci a, en partie, poussé les parents à la maintenir en crèche, malgré l'orientation spécialisée, et les derniers mois ont été trop longs : le chômage du père a permis à l'établissement de lui reconfier l'enfant jusqu'au déménagement à Chambéry (été 1979).

Les bénéfices que l'enfant a retirés de cette intégration sont essentiellement des possibilités d'évolution, mais on doit mettre en premier plan le soutien que cette intégration a représenté pour les parents. D'autre part, les inconvenients ont été aussi importants : relations parents-crèche tendues, revendicatives, intégration trop longue qui a retardé l'orientation spécialisée, soutien insuffisant du C.A.E. pour un cas aussi lourd; périodes de régression de l'enfant venant peut-être de la collectivité. Les facteurs de réussite, ou du moins de maintien, reposent sur l'admission précoce, à 2 mois, avant l'apparition des troubles diagnostiqués par la crèche elle-même, la motivation de la directrice, les bonnes conditions de travail (crèche municipale) et le soutien, même insuffisant, du C.A.E.

Avenir : vient d'entrer à l'hôpital de jour de Chambéry.

OBSERVATION N° 4 : CLAUDE (4 ans)

Claude, un beau petit garçon joueur et coquin, est atteint d'une infirmité motrice cérébrale associée à un certain retard de développement (Q.D. zone 60-70) plus accentué encore sur le plan du langage. Mais il a un regard malicieux et attirant, recherche la communication. Très volontaire, il est capable d'une grande concentration et d'efforts pour être autonome, mais il est parfois craintif et un peu trop sage.

La prise en charge du C.A.E. a été irrégulière, la mère ayant peu investi le centre.

Le milieu familial, il est vrai, a des difficultés dont l'origine est antérieure aux problèmes de l'enfant. La mère a quitté le lycée à 17 ans pour accoucher de Claude et s'est mariée pour quitter ses parents. Dépendante de la crèche, elle est très courageuse et fait une formation de secrétaire de collectivité. Le père est peu présent, il n'a pas investi son fils dont il n'assume pas le handicap et ne soutient guère la mère, souvent dépressive. Mais le couple reste uni.

Le déroulement de l'intégration a posé peu de difficultés. Proposée par le C.A.E. pour aider professionnellement la mère et élargir l'univers socio-éducatif de l'enfant (gardé par elle et des grands mères jusqu'à l'âge de 3 ans), elle a immédiatement profité à Claude qui, dès les trois premiers mois, a fait des progrès spectaculaires : il s'est déplacé seul, a acquis la propreté, a commencé à manipuler avec précision. On a observé une période de stabilisation, mais le découragement du personnel a été de courte durée car les progrès se sont faits sur d'autres plans : sociabilisation, échanges avec le groupe, imitation.

Les bénéfices retirés par l'enfant sont donc évidents : progrès psychomoteurs et sociaux, épanouissement, ainsi que l'aide fournie à sa mère. Les difficultés rencontrées sont inhérentes au handicap moteur de l'enfant qui demande beaucoup d'efforts au personnel dans leurs gestes quotidiens. Les facteurs de réussite sont liés essentiellement à la personnalité très attachante de Claude, à ses progrès considérables dans les premiers mois, au personnel favorable à son maintien.

Avenir : La qualité de cette intégration a peut-être été en partie la cause du retrait de Claude, par sa mère, de la classe spécialisée où il est entré en septembre, pour une tentative d'intégration dans un autre établissement spécialisé dont elle est actuellement satisfaite.

OBSERVATION N° 5 : DANIEL (3 ans)

Daniel est un enfant très fin et harmonieux malgré un déficit pondéral important, atteint d'un retard psychomoteur associé à des troubles du comportement évoquant une psychose infantile (contact indifférent ou difficile, stéréotypies) et à des troubles du sommeil et de l'alimentation.

La prise en charge au C.A.E. s'est effectuée essentiellement avant la mise à la crèche, en psychomotricité 2 fois par semaine, puis en psychothérapie parents-enfants encore maintenue actuellement de façon espacée.

Le milieu familial a été très fragilisé par le handicap de l'enfant (grand prématuré dysmature) et surtout la mère qui a de grandes difficultés relationnelles avec lui ponctuées de périodes dépressives, mais elle est soutenue par le père et par sa famille.

L'intégration à la crèche, proposée par le C.A.E. a modifié le vécu familial du handicap et permis de porter un autre regard sur l'enfant. L'évolution ne cesse d'être bénéfique. Daniel s'est mis à marcher seul, n'a plus de difficultés alimentaires, entre en relation avec les adultes et les autres enfants. Il sort tout à fait de son indifférence et dort mieux.

Les bénéfices retirés par l'enfant sont donc évidents puisqu'on commence à parler de normalisation. Les difficultés proviennent uniquement de sa fragilité globale : chaque épisode somatique le fait régresser spectaculairement mais l'évolution longitudinale de l'enfant n'en est pas moins remarquable. La mère, enseignante, ne souhaite pas retravailler encore en raison des difficultés que Daniel rencontre toujours, mais le milieu familial se rééquilibre nettement. Les facteurs de réussite reposent, ici, essentiellement sur les progrès constants et notables de l'enfant en collectivité et le fait que le personnel exprime que Daniel ne demande pas de prise en charge particulière ou spécialisée.

Avenir : Maintien crèche prévu.

OBSERVATION N° 6 : ELIANE (3 ans et demi)

Eliane est une belle petite fille brune, habillée coquettement, atteinte d'un retard psychomoteur important associé à des troubles du comportement de type psychotique.

Elle a été opérée à 4 mois d'un bec de lièvre dans de bonnes conditions. En fait, c'est surtout après un état de mal convulsif à 7 mois, lors d'une diarrhée sévère avec déshydratation, que l'enfant ne fait plus d'acquisitions.

La prise en charge au C.A.E. a été tardive, à 18 mois, d'abord en kinésithérapie (la marche sera acquise à 2 ans), puis en groupe d'éveil et psychothérapie. Les liaisons avec la crèche qui l'accueille depuis l'âge de 2 mois seront régulières. C'est qu'Eliane était d'emblée un beau bébé qui a été re-admise en crèche sans difficultés après son épisode convulsif et son hospitalisation. Mais très vite, on s'inquiète de la détérioration de son comportement et on suspecte même une surdité pour lesquelles l'aide du C.A.E. est demandée en accord avec la consultation hospitalière.

Le milieu familial de l'enfant est très uni et chaleureux. Portugais, ils ont accueilli une grand'mère et une jeune nièce. Le frère d'Eliane, de 5 ans son aîné, souffre des handicaps de sa petite soeur, qui était très désirée dans la famille. Ils sont très tolérants à son égard et leur courage, leurs difficultés socio-économiques ont essentiellement motivé la crèche à garder l'enfant.

Le déroulement de l'intégration en crèche a, en effet, posé des difficultés. La directrice a décidé du maintien de l'enfant sans l'accord des auxiliaires, qui se sont trouvées rapidement démunies devant les troubles croissants de l'enfant : agressivité permanente dans le groupe ou isolement, absence de participation, dépendance totale pour les repas, les changes, etc. La demande d'aide au C.A.E. est apparue vite ambivalente car, suivie de visites et de soutiens, elle n'a pas eu d'échos véritables.

Les bénéfices de cette intégration reviennent essentiellement à la famille et au soutien de la mère. Les inconvénients restent importants : intégration trop longue et pesant sur la vie du groupe et du personnel. Les facteurs de réussite incombent surtout à la mère, vécue comme très courageuse et simple, forçant une certaine admiration et le désir de tous les aider. Les facteurs d'échec viennent du cas même d'Eliane, très perturbante en collectivité, de son maintien trop long dans la même section (en raison de la présence d'un autre enfant handicapé dans la section supérieure), du manque de consensus de l'équipe.

Avenir : Eliane vient de rentrer dans un E.M.P.



OBSERVATION N° 7 : EVE (2 ans)

EVE est une petite fille brune de 2 ans, au visage rond, au nez épaté, souriante, un peu forte. Opérée à 8 mois d'un épéndynome du lobe cerebelleux gauche et du vernis avec cobaltothérapie, elle garde des séquelles motrices : syndrome pyramidal des membres inférieurs et héli - syndrome cerebelleux gauche, associé à un retard de développement global (Q.D. = zone 60), sans troubles du comportement.

La prise en charge au C.A.E. a commencé à 14 mois avec kinésithérapie une fois pas semaine et soutien psychologique parental, surtout de la mère, une fois par mois.

Le milieu familial, en effet, souffre de difficultés matérielles aggravant l'angoisse inhérente au cas d'Eve; le risque de récidive est connu, les consultations de neurochirurgie mal vécues. Le père, étudiant, travaille aussi comme magasinier; la mère, grâce à l'intégration réussie en crèche, trouve du travail mais reste assez dépressive.

Le déroulement actuel de l'intégration est très réussi, car Eve fait des progrès importants; à la fois sur le plan moteur : à 2 ans elle commence à s'asseoir, utilise le "4 pattes", mais aussi sur le plan du langage et des manipulations, à un niveau beaucoup plus évolué proche de 15 mois. Eve se plait à la crèche, a un bon contact et ses parents en sont soulagés.

Les bénéfices de cette intégration portent surtout sur l'évolution psychomotrice et socio-affective très favorable de l'enfant et sur le soulagement familial. Les inconvénients restent liés à la gravité du pronostic et à la surprotection que cela entraîne de la part du personnel, très impliqué - ceci étant accentué par les difficultés de contact avec les parents, surtout le père qui s'est replié sur lui-même et refuse la communication sur ce sujet actuellement. Les facteurs de réussite reposent surtout sur Eve, dont la personnalité est attachante et les progrès sont gratifiants; sur le travail de l'équipe, et sur le soutien et la rééducation du C.A.E.

Avenir : Prise en charge encore récente. Maintien en crèche.

OBSERVATION N° 8 : FABIEN (3 ans)

FABIEN est un petit garçon de morphologie ingrate, très passif, très dépendant mais affectueux, souriant et, à

plus long terme, attachant (Q.D. zone 50).

La prise en charge au C.A.E. été relativement restreinte, bien que souhaitée, en raison des problèmes d'organisation matérielle de la mère et de ses réactions.

Le milieu familial, en effet, a été très perturbé par la découverte progressive des handicaps de l'enfant, les convulsions, le rejet de la nourrice. Le père a quitté le foyer, sa mère a rejeté sa femme et l'enfant. Il les aide matériellement, mais le divorce est en cours. La mère, de nationalité étrangère, comme son mari, s'est retrouvée, malgré une profession intéressante - cadre supérieur - déracinée et seule. Elle assez rigide, triste et obsessionnelle, vit le handicap de l'enfant comme un malheur et une punition et une aide psychothérapique est restée superficielle.

Le déroulement de l'intégration s'est effectué sans difficultés sauf au moment des convulsions, vécues avec angoisse par l'ensemble de l'équipe mais chaque fois assumées. Les bénéfices retirés par l'enfant sont essentiellement psychosociaux : très passif et trop sage, il est devenu plus ouvert, plus éveillé, même si ses acquisitions sont lentes et peu spectaculaires : le soutien à la mère a été massif. Il n'y a pas d'inconvénients car les épisodes convulsifs sont assumés. Les facteurs de réussite qui interviennent, ici, reposent sur le travail en équipe (avec réunions), la conscience de l'aide fournie à la mère, au comportement affectueux et tranquille de Fabien.

Avenir : Non suivi; la mère a été mutée en province de façon inattendue et Fabien est entré, à 4 ans, en E.M.P.

#### OBSERVATION N° 9 : HYACINTHE (3 ans - 5 ans)

HYACINTHE est une petite fille atteinte de trisomie 21 : très mignonne et rondelette, dont le retard psychomoteur est harmonieux et associé à un bon contact.

La prise en charge au C.A.E., au début kinésithérapie, s'est effectuée en groupe d'Eveil pour consolider les acquisitions faites en crèche où l'enfant avait été admise dès l'âge de 2 mois. En effet, les parents avaient craint, au diagnostic porté dès sa naissance, un refus d'intégration en crèche où l'enfant était inscrite, et l'avaient placée en pouponnière. C'est la directrice de l'établissement qui les a fondamentalement aidés alors.

Le milieu familial initialement ambivalent, a repris confiance et la vie parentale s'est normalisée sans changement notable alors. Les parents, cadres moyens, n'ont pas de difficultés matérielles et l'enfant a sa chambre. Elle a eu récemment une petite soeur qui est en nourrice de jour, laquelle garde Hyacinthe également après l'école maternelle (cf. Observation 22).

Le déroulement de l'intégration a été très positif les premières années, puis plus problématique la troisième année. Ses progrès ont été très gratifiants pour un personnel inquiet de l'atteinte de l'enfant qui, de plus, avait des périodes de difficultés alimentaires et de stagnation globale. Enfin, en deuxième section, une auxiliaire s'est attachée particulièrement à Hyacinthe et ses progrès, son insertion et sa participation au groupe ont été alors constants. Malheureusement, en raison de cet attachement, mais aussi d'un changement de directrice et d'une éducatrice de grande section très réticente, Hyacinthe a eu une intégration moins positive à 3 ans : elle joue le plus souvent seule, se mêle peu aux autres, recherche les contacts avec les adultes.

Les bénéfices de cette insertion restent cependant manifestes car l'enfant continue de progresser et est à l'aise, épanouie et gaie. Les difficultés rencontrées sont à lier aux changements de section et de directrice, et aux réactions parentales, peu réalistes peut-être, mais aussi de défense pour maintenir le plus possible une "normalisation" de l'enfant. Les facteurs de réussite (qui l'emportent sur les inconvénients) reposent sur le consensus de l'équipe autour de la première directrice, aux progrès et au caractère affectueux de Hyacinthe qui ont évité toute rupture en dernière année.

Avenir : Ecole maternelle (cf. Observation 22).

#### OBSERVATION N° 10 : LUC (3 ans et demi)

LUC est un petit garçon chétif, apeuré, très hypotrophique, paraissant d'autant plus démuné que son frère jumeau est bien développé. Ses problèmes de développement et de carence socio-familiale ont été découverts tardivement lors d'une hospitalisation.

La prise en charge au C.A.E. consiste à relayer le service social spécialisé qui échoue auprès de cette famille et à tenter d'intégrer l'enfant en crèche malgré son âge.

Le milieu familial, en effet, est connu des services sociaux d'Aide à l'Enfance pour les 3 aînés. Les parents, âgés, fragiles, à la limite de la débilité, sont repliés sur eux-mêmes et réticents à toute intervention.

Le déroulement de l'intégration est aléatoire. Sans raison, la mère n'amène plus Luc, puis le reconduit. L'équipe d'accueil reste constante, ouverte et tolérante. Les périodes où Luc s'intègre sont très positives pour lui sur tous les plans - éducatifs et staturo-pondéraux - et il garde, en général, les acquisitions faites ou les récupère rapidement. Les bénéfices retirés par l'enfant sont donc évidents, mais les difficultés rencontrées - essentiellement d'origine socio-familiales - ne sont pas surmontées. Les facteurs de réussite sont dus essentiellement à la tolérance de l'équipe d'accueil et aux progrès de l'enfant dans la collectivité. L'échec partiel de cette intégration, discontinu, est cependant également lié à l'absence d'action commune entre la crèche et le service social (dépassé ?) sur lequel l'équipe sociale du C.A.E. a également peu d'impacts.

Avenir : Luc a rejoint son frère jumeau à l'école maternelle. Le relais avec le G.A.P.P. est en cours, en raison de la persistance de certaines difficultés de l'enfant.

#### OBSERVATION N° 11 : MUSTAPHA (3 ans)

MUSTAPHA est un petit garçon brun, très menu, au faciès dysmorphique (front très bombé, fentes palpébrales en antémongoloïdes) dont le caryotype a révélé une anomalie chromosomique (19-20).

La prise en charge au C.A.E. est toujours en cours car l'enfant n'a marché qu'à 3 ans et la surveillance orthopédique lourde - ses troubles de l'attention, son instabilité, ses contacts très fluctuants nécessitaient un soutien psychologique fréquent, associant la mère.

Le milieu familial, en effet, a été un moment dissocié. La mère s'est déprimée au cours de l'instance en divorce, d'autant plus que le départ du père a coïncidé avec la confirmation des handicaps de l'enfant alors âgé de un an. La situation socio-économique des parents étant très modeste, l'Assistante sociale de secteur a alors obtenu pour lui une place en crèche avec le soutien du C.A.E. Puis, le couple parental s'est ressoudé mais la situation reste précaire, le père étant, par périodes, violent, alcoolique, de peu de soutien pour sa femme, fragile et dépressive, mais s'occupant à nouveau de l'enfant.

L'intégration en crèche, à 21 mois, s'est immédiatement accompagnée de progrès spectaculaires. Gardé par sa grand'mère, puis par une nourrice, l'enfant avait été auparavant très peu stimulé. Alors qu'il apparaissait comme un débile psychotique, présentant des balancements fréquents, des accès de rire immotivés, il a acquis la marche, les jeux constructifs, la participation aux activités du groupe en quelques mois. La persistance cependant d'un décalage important entre ses possibilités réelles, limitées et son âge, entraînent chez les auxiliaires le maintien d'une certaine surprotection et d'une gêne vis-à-vis de la mère qui, rassurée par les progrès, manifeste souvent une attitude irréaliste. Les bénéfices de cette insertion sont, il est vrai, considérables : modification du pronostic initial de débilité profonde et psychose, progrès psychomoteurs valorisant l'équipe de cette crèche, très ouverte et impliquée. Les inconvénients reposent sur l'apparition de doutes fondés sur l'atteinte même de l'enfant, aggravés par une convulsion, et le manque de soutien à ces moments ponctuels de la part du C.A.E. - et sur les réactions de la mère qui cherche à se rassurer par le personnel. Les facteurs de réussite reposent sur la présence et la motivation de la directrice qui maintient la cohérence et l'information de son équipe, les progrès et le caractère de plus en plus ouvert et attachant de Mustapha.

Avenir : Maintien en crèche.

OBSERVATION N° 12 : SOLANGE (2 ans)

SOLANGE est une très mignonne petite fille, active, souriante, vive et attirante. Intelligente, elle compense ses problèmes moteurs, très importants, par une communication socio-affective et un comportement de jeux très évolués.

La prise en charge par le C.A.E. a essentiellement reposé sur la kinésithérapie, les parents n'ayant aucune demande d'un autre type d'aide.

Le milieu familial a, en effet, rapidement dépassé le choc et l'angoisse de mort entourant les conditions de vie néo-natale, et a tendance à présent que Solange évolue bien, à les nier. Les parents sont même exigeants, voire rigides, avec elle et revendicatifs avec la crèche qu'ils connaissent bien, car leur fille aînée l'a fréquentée ainsi qu'une petite cousine. Mais cette attitude repose aussi sur une certaine confiance envers l'établissement et l'évolution de leur enfant, très stimulée par sa soeur aînée.

Le déroulement de l'intégration témoigne, d'ailleurs, de ces deux aspects. La directrice et le personnel, très motivés, ont pu surmonter pour Solange les difficultés venant de locaux et de conditions de travail particulièrement défavorables dans cette crèche d'entreprise. Et Solange, par son caractère volontaire et affectueux a séduit tout son entourage, de section en section. Les bénéfices de cette intégration ont donc été permanents : progrès constants, autonomie de l'enfant qui tranche avec ses handicaps encore importants, sociabilité joyeuse qui provoque l'intérêt éducatif de tous. Les inconvénients sont plutôt liés au caractère parfois agressif des parents, qui, en fait, n'ont pas accepté le handicap de Solange. Les facteurs de réussite reposent sur Solange, sa ténacité, son intelligence et son ouverture aux autres, ainsi que sur la qualité socio-éducative de la directrice et de son équipe dans des locaux pourtant particulièrement inadaptes.

Avenir : Grande section de crèche en cours. Ecole maternelle prévue.

#### OBSERVATION N° 13 : SONIA (3 ans)

SONIA est une petite fille atteinte de cécité, très molle, passive, envahie parfois de stéréotypies. Mais elle est sensible aux stimulations par les jeux et la voix, et y prend plaisir. Son retard est considérable ainsi que son absence d'autonomie.

La prise en charge au C.A.E. a été essentiellement kinésithérapique, l'enfant étant également suivie en consultation hospitalière et la mère faisant toute confiance à la crèche qui l'aide à s'adapter à la réalité.

Le milieu familial a, en effet, une attitude assez distante et rationalisante, un peu abandonnique. Le père, ouvrier, s'occupe surtout de son fils aîné - 6 ans - très jaloux et affecté par l'attention portée à sa soeur. Seule, la mère, qui ne travaille plus, est en contact avec la crèche. Ils ont déménagé pour un appartement plus grand, en rez-de-chaussée, après la découverte du handicap de l'enfant à sa naissance, puis viennent de déménager en province pour avoir encore plus de facilités.

L'intégration en crèche où l'enfant était inscrite puis acceptée à trois ans et demi malgré le diagnostic de sa cécité, a reposé sur l'investissement d'une auxiliaire qui, mère elle-même, d'un enfant handicapé, s'est particulièrement consacrée à Sonia. Elle a permis à Sonia de ne pas s'enfoncer

dans l'autisme, d'entrer en contact avec les autres, d'acquiescer un peu d'autonomie. Mais ses collègues n'ont jamais pris le relais devant la découverte de la débilité de l'enfant, et Sonia est restée dans la même section jusqu'à 4 ans. Les bénéfices en sont cependant certains car elle n'avait pas le niveau de s'intégrer à un groupe d'enfants de plus de 18 mois et l'auxiliaire a été très valorisée par cette prise en charge continue. Les inconvénients sont cependant inévitables : intégration trop longue pour la crèche, relations parfois tendues avec la mère (mais permettant la prise de conscience de la nécessité d'une orientation spécialisée). Les facteurs de réussite reposent, ici, sur la permanence dans l'investissement de l'auxiliaire et le soutien de la directrice et du C.A.E.

Avenir : E.M.P. spécialisé en province où les parents viennent de déménager.

#### OBSERVATION N° 14 : SUZANNE (5 ans)

SUZANNE est une jolie petite fille blonde, très passive, atteinte de cécité associée à des troubles du comportement en voie de nette amélioration et à un retard important (microcéphalie modérée). Très hypotonique et obèse, elle est devenue, avec l'autonomie de la marche à 5 ans, beaucoup plus mince et active.

La prise en charge au C.A.E. a été importante, en kinésithérapie et en groupe d'éveil, mais c'est essentiellement la ténacité de la mère qui a permis l'intégration en crèche à 4 ans.

Le milieu familial, en effet, a voulu à tout prix normaliser le cas de Suzanne et surtout la mère, très dynamique mais seule au départ dans les rééducations et les multiples démarches pour que l'enfant entre en crèche ou en jardin d'enfants. Bien que travaillant beaucoup, c'est elle qui s'occupe de Suzanne pour tous les traitements, les changements de nourrice - le père s'occupant plus de la fille aînée (10 ans) et de la construction de son pavillon. Mais, il aide actuellement la mère à assumer la réalité des difficultés de sa petite fille et l'orientation spécialisée.

Le déroulement de l'intégration en crèche, en effet, s'il a été facile la première année, pose actuellement des problèmes. Bien acceptée au début, elle a valorisée l'équipe par des progrès notables : l'acquisition de la marche et de

la propreté, l'autonomie alimentaire. Mais, la deuxième année est marquée par une certaine lassitude car les acquisitions psychomotrices de l'enfant sont fragiles et ponctuées d'anomalies du comportement peu gratifiantes pour les autres enfants et les éducatrices (potomanie, blindisme, mérycisme, écholalies).

Les bénéfices de l'insertion sont cependant notables : progrès de Suzanne, temps d'observation et de prise de conscience des parents pour une orientation adaptée. Les inconvénients sont inhérents au cas de l'enfant : insertion trop tardive en raison des rejets précédents, mais aussi trop longue. On y pallie par le début d'orientation spécialisée en cours. Les facteurs de réussite reposent sur la qualité de l'accueil initial puis de la tolérance dans l'attente d'une orientation plus adaptée, de l'évolution positive des parents et du soutien du C.A.E.

Avenir : Maintien en crèche associé à 2 demi-journées au jardin d'enfants de l'Institut Départemental des Aveugles.

#### OBSERVATION N° 15 : SYLVAIN (3 ans)

SYLVAIN est un beau petit garçon, brun, ouvert, atteint d'une infirmité motrice cérébrale mineure gênant la marche, les manipulations puis surtout le langage. On ne note pas de troubles du comportement mais une base souvent considérable.

La prise en charge au C.A.E. en kinésithérapie, puis en groupe d'Eveil, a facilité l'insertion en crèche, dans un établissement sensibilisé aux techniques d'éveil du Tout-Petit et touché par les difficultés de la mère.

Le milieu familial de l'enfant est, en effet, restreint : la mère de Sylvain, espagnole, est célibataire; sa famille avait rejeté la grossesse et ne l'aide pas. Elle avait peu de contacts avec la nourrice, a des conditions de travail (employée de maison) et de logement difficiles.

Le déroulement de l'intégration commencée à 2 mois s'est effectué sans difficulté la première année, en raison de l'investissement d'une auxiliaire qui a établi avec lui un lien privilégié. Les progrès moteurs et socio-affectifs ont été d'emblée importants et revalorisants, au point d'envisager l'insertion en grande section normale. Ici, la jardinière a été plus réservée quant aux possibilités de l'enfant, très gêné sur le plan du langage, et dont la bave dégoutait aussi



bien l'éducatrice que les autres enfants, plus âgés qu'en moyenne section. Mais Sylvain a continué à progresser, à participer à toutes les activités, restant gai et à l'aise. De plus, la mère a maintenu avec la crèche d'excellents rapports. Les bénéfices de cette insertion sont donc notables, et d'autant plus que, par le rejet d'un jardin d'enfants, Sylvain a dû être maintenu (et accepté) à la crèche un trimestre de plus que prévu, consolidant ainsi ses acquisitions et le soutien à la mère. Les inconvénients sont liés à la bave de l'enfant, à un attachement trop personnel d'une auxiliaire en rivalité avec la jardinière, peu inventive dans sa relation pédagogique à l'enfant. Les facteurs de réussite reposent sur l'investissement d'une auxiliaire et le soutien de la directrice, et des bons rapports entre la mère et la crèche.

Avenir : Ecole maternelle et aide en C.M.P.P.  
(cf. Observation N° 34).



A N N E X E I I

MONOGRAPHIES DES 25 ENFANTS INTEGRES  
EN ECOLE MATERNELLE OU EN JARDIN D'ENFANTS



MONOGRAPHIES DES ENFANTS EN MATERNELLE

	âge de la marche	âge à l'entrée	âge à la sortie	durée de l'intégration
16.- ANDRE .....	18 mois	3 ans	maintien	2 ans
17.- CHRISTINE ..	1 an 11 mois	5 ans	maintien	2 ans
18.- CLEMENT ....	26 mois	3 ans	6 ans	3 ans
19.- FLORENCE ...	3 ans ½	3 ans ½	maintien	1 an
20.- FRANCOISE ..	2 ans	4 ans	6 ans	2 ans
21.- FRANCOIS ...	14 mois	4 ans	maintien	3 ans ½
22.- HYACINTHE ..	18 mois	3 ans 10 m.	maintien	3 ans
23.- IGOR.....	20 mois	4 ans	7 ans	3 ans
24.- INES .....	2 ans ½	3 ans ½	maintien	3 ans
25.- IRENE .....	2 ans ½	4 ans	7 ans	3 ans
26.- JULIEN .....	1 an ½	3 ans	6 ans	3 ans
27.- LEA .....	20 mois	3 ans	7 ans	4 ans
28.- LOUIS .....	18 mois	4 ans ½	7 ans	2 ans ½
29.- LYDIE .....	2 ans	4 ans ½	4 ans 8 m.	2 mois
30.- MARGUERITE .	3 ans ½	3 ans 8 m.	6 ans ½	2 ans 10 m.
31.- SEVERINE ...	en déambula- teur	5 ans 6 m.	6 ans ½	1 an
32.- SOPHIE .....	2 ans 11 mois	4 ans	7 ans	3 ans
33.- SUAD .....	18 mois	4 ans	6 ans ½	2 ans
34.- SYLVAIN ....	cf n°15	4 ans	maintien	2 ans
35.- SYLVAINES ...	3 ans ½	3 ans ½	6 ans	2 ans ½
36.- SYLVIE .....	4 ans	4 ans	6 ans 3 m.	2 ans 3 m.
37.- THIERRY .....	20 mois	4 ans	maintien	2 ans
38.- VIRGINIE ...	2 ans 6 mois	2 ans 10 m.	6 ans	3 ans
39.- YVES .....	2 ans	3 ans	maintien	2 ans
40.- ZOHRA .....	3 ans ½	4 ans	maintien	2 ans

I - MONOGRAPHIES DES 25 ENFANTS INTEGRES EN ECOLE MATERNELLE  
OU EN JARDIN D'ENFANTS.

OBSERVATION N° 16 : ANDRE (4 ans)

(cf. Observation N° 1)

ANDRE est devenu un petit garçon fin, gai, rieur. Longiligne, blond et pâle, il est très communicatif en raison d'une excellente utilisation du langage et d'une intelligence normale. Il a cependant encore quelques blindismes.

La prise en charge au C.A.E. s'est poursuivie au rythme d'une fois par semaine en psychomotricité, associée à des entretiens psychologiques espacés, à la demande de la mère ou du rééducateur.

Le milieu familial, très aisé, offre à l'enfant et sa soeur aînée toutes possibilités de réussite scolaire et socio-affective. Le handicap d'André reste un point très douloureux, et provoque des périodes de grande activité pour trouver ou imaginer, créer des structures scolaires plus adaptées mais aussi de constat d'impuissance, de fuite du regard des autres.

L'intégration en jardin d'enfants privé, commencée à 3 ans, à l'essai une fois par semaine alors qu'André allait encore en crèche, a été immédiatement une réussite. Sa soeur fréquentait déjà cet établissement, mais les effectifs y sont lourds et les locaux peu adaptés. Mais, André a étonné tout l'entourage par son aisance de déplacement, son langage. Il est invité à présent dans d'autres familles, accepté pour la section supérieure l'école demandant un certain soutien du C.A.E. à ce sujet. En effet, André est très sensible aux changements de personnes, beaucoup plus qu'aux changements de locaux et régresse alors. Les bénéfices de cette intégration, suite à la crèche, sont importants : André ne s'est pas retrouvé dans une impasse, ni sa famille, l'organisation de vie est restée normale, ses acquisitions sont celles des enfants de son âge. Enfin, le diagnostic initial a évolué. Les facteurs de réussite viennent beaucoup de l'enfant, de son développement car "l'essai" aurait pu ne pas être concluant. Il n'y a pas d'inconvénients.

OBSERVATION N° 17 : CHRISTINE (5 ans)

CHRISTINE est une petite fille mignonne et vive, atteinte d'une infirmité motrice cérébrale qui entraîne surtout actuellement une maladresse manuelle, des troubles articulaires, une grande lenteur. Mais sa volonté et sa ténacité sont constantes.

La prise en charge au C.A.E. vient d'être relayée par une consultation spécialisée plus proche de l'école et qui pourra suivre l'enfant à son entrée en C.P.

Le milieu familial est aisé et après une période difficile correspondant aux premières années de la vie et à la naissance d'un petit frère (3 ans), la vie familiale s'est normalisée et la mère retravaille à mi-temps. Les parents sont très attachés à l'enfant et, en raison de son bon niveau, ont tendance à nier "ce qui n'est qu'un retard moteur", préférant "tout à un retard mental".

L'intégration dans le jardin d'enfants privé a, d'ailleurs, été acceptée par la directrice sur les mêmes arguments (elle aurait refusé un enfant débile ou trisomique). Christine est très bien insérée, participe à son rythme à toutes les activités, s'est trouvé un ou deux protecteurs, reste deux fois par semaine à la cantine avec plaisir, se fait mieux comprendre par les enfants que par les adultes ! Les bénéfices de cette intégration reposent sur la normalisation de la vie socio-scolaire et familiale de Christine, qui poursuit ses acquisitions à un rythme constant et correspondant à celui de son âge, sans inconvénients. Les facteurs de réussite reposent surtout sur l'enfant, sur sa volonté, et peut-être, sur le fait que ses handicaps sont très surmontables, car la tolérance de l'équipe paraît en dernière analyse limitée.

Avenir : Dernière section en cours, puis entrée en C.P. avec poursuite des rééducations psychomotrices (graphique) et orthophonique.

OBSERVATION N° 18 : CLEMENT (5 ans)

CLEMENT est un grand garçon assez triste et fragile, atteint de cécité corticale associée à un important retard de

développement en voie d'amélioration (Q.D. progressant de 55 à 70) et à des troubles du comportement : instabilité, opposition, langage stéréotypé ou incohérent, contacts fluctuants, périodes de régression et de dépression.

La prise en charge au C.A.E., commencée à l'âge de 2 ans alors que Clément commençait à faire des progrès en crèche (après un élevage carencé en nourrice) a consisté en kinésithérapie, puis psychothérapie une fois par semaine.

Le milieu familial déjà fragile, a été très perturbé par le handicap de l'enfant et surtout la mère. Employée, comme son mari, à la S.N.C.F., elle a 10 ans de plus que lui et a fait plusieurs périodes dépressives nécessitant des hospitalisations et des séparations d'avec l'enfant. Le père est également fragile et suivi pour dépressions, mais il reste très proche de Clément. Celui-ci est resté en crèche jusqu'à l'âge de 4 ans, puis un an en école maternelle, à partir de 4 ans.

L'intégration en école maternelle a été un échec, surtout pour la mère, et l'enfant fréquente actuellement un jardin d'enfants privé. En fait, les institutrices de la première école se sont essouffées à vouloir faire évoluer l'enfant et ont fait un constat d'échec quant aux possibilités de l'enfant, tout en lui gardant sa place. Mais la mère a senti un certain désinvestissement et en a souffert. Dans le jardin d'enfants actuel, les bénéfices de l'intégration ont été plus manifestes, sur le plan de la socialisation et des relations affectives. Les inconvénients restent inhérents à la multiplicité des difficultés de l'enfant; plus que la cécité, ce sont les troubles de son comportement, la fragilité de sa santé, ses régressions qui déroutent l'institutrice et la directrice et l'orientation spécialisée, reculée le plus possible, a été enfin posée. Les facteurs de réussite ont donc reposé sur la tolérance et la ténacité de l'institutrice, qui a cherché des activités individualisées pour l'enfant et a permis aux parents de prendre conscience que celui-ci avait besoin d'une pédagogie plus adaptée.

Avenir : Clément est intégré en hôpital de jour et cette insertion est bénéfique pour lui. La mère continue à être aidée en psychothérapie car le changement, bien que progressif, a réactivé, pour elle, les chocs émotionnels précédents.



OBSERVATION N° 19 : FLORENCE (3 ans et demi)

FLORENCE est une petite fille mignonne et sociable, atteinte d'une infirmité motrice cérébrale atteignant surtout les membres inférieurs et rendant la marche difficile, avec cannes ou maintenue. Elle est intelligente, bavarde, malgré ses troubles articulatoires, son langage est riche et expressif.

La prise en charge au C.A.E., commencée à 11 mois, pour ce bébé alors très pataud et hypotonique, est essentiellement kinésithérapique, 2 fois par semaine, puis une fois (trajet important). Le soutien psychologique a été sans doute trop espacé (voir plus loin).

Le milieu familial est socio-culturellement favorisé mais la mère, célibataire, n'a accepté sa grossesse que parce que le père désirait l'enfant et le mariage. Ils sont très chaleureux avec elle, mais ambivalents dans leur attitude vis-à-vis de l'avenir (désir de normalisation, rejet du corps médical trop optimiste, etc.). La mère a cessé son travail pour s'occuper de l'enfant, élevée uniquement avec elle jusqu'à la formulation d'une demande d'école maternelle pour la sociabiliser.

Le déroulement de l'intégration a été très perturbé; on a commencé par 2 après-midi par semaine et les premiers essais ont été réussis. Progressivement, l'enfant en revenait affolée et en larmes, bousculée physiquement et par les questions des autres enfants. Triste, anxieuse, elle a communiqué son échec à sa mère dont l'angoisse a été réactivée. Il semble que la confrontation subite à une collectivité d'enfants valides ait été mal supportée.

Les facteurs d'échec de cette intégration sont, sans doute, à relier à la fragilité socio-affective de l'enfant et de sa mère et à un soutien insuffisant sur ce plan du C.A.E. (problèmes de trajet ne permettant pas les groupes d'Eveil et une socialisation progressive).

Avenir : Organisation en cours pour favoriser avec la kinésithérapie une sociabilisation. Centre spécialisé en vue, mais les parents ne sont pas prêts.

OBSERVATION N° 20 : FRANCOISE (4 ans)

FRANCOISE est une petite fille assez fade, au visage dysmorphique d'aspect mongoloïde, présentant un retard global de développement (Q.D. zone 60), sans troubles du comportement notables si ce n'était, par moments, des impulsions agressives sur un fond de grande passivité.

La prise en charge au C.A.E. a été surtout manifeste avant l'acquisition de la marche, en kinésithérapie, puis il s'est agi surtout de guidance parentale et d'orientation.

Le milieu familial, en effet, n'a pris conscience que très lentement du retard de l'enfant, la dénié longuement et la scolarité en école maternelle, obtenue par les parents pour se conforter dans cette optique de normalité, les a aidés à prendre conscience. Mais ils ont eu un deuxième enfant, surtout pour Françoise, pour la stimuler, et la mère, en retravaillant et en dépassant cette phase difficile a envisagé de se séparer de son mari, comptable insatisfait de sa vie professionnelle, dépressif. Le problème de l'avenir familial s'est re-stabilisé actuellement grâce à l'E.M.P. (voir plus loin).

Le déroulement de l'intégration n'a pas posé de problèmes particuliers en raison de la tolérance de l'institutrice et des bénéfices - même limités - qu'en a retirés l'enfant : autonomie nouvelle, imitation positive, disparition progressive des impulsions. Mais elle est restée peu intéressée par les stimulations, très limitée dans ses possibilités. La comparaison avec les autres enfants, la tolérance de l'institutrice ont permis aux parents de profiter de cette période de transition pour se poser la question de l'intérêt de l'enfant et d'envisager une orientation spécialisée pour ses 5-6 ans. Les facteurs de réussite reposent sur le fait que cette intégration n'a pas été trop longue et utilisée avec profit par Françoise comme par le milieu familial.

Avenir : L'enfant est bien intégrée actuellement dans un E.M.P. où elle a progressé beaucoup plus rapidement - son cas relevant d'aide pédagogique très individualisée. Le couple parental a accepté une aide psychologique et maintient une stabilité relative actuellement.

OBSERVATION N° 21 : FRANCOIS (5 ans)

FRANCOIS est un enfant de très grande taille, au faciès peu expressif et dysmorphique. Il présente un retard mental certain aggravé par des troubles du comportement importants, de type phobique, à tonalité globale psychotique.

La prise en charge au C.A.E. a été tardive car les parents conscients assez précocement des difficultés de l'enfant n'ont consulté que vers 2 ans. Il s'est agi surtout de psychothérapie et d'intégration en groupe d'Eveil, 2 fois par semaine.

Le milieu familial de niveau socio-économique moyen a eu des difficultés relationnelles précoces avec cet enfant. Le père a évolué vers une attitude surprotectrice ainsi que la soeur aînée qui se sent très impliquée (8 ans) par les difficultés de son petit frère. La mère reste plus distante et tendue.

Le déroulement de l'intégration en école maternelle n'a posé aucun problème, à mi-temps, puis matin et après-midi, et cette année avec la cantine, acceptée avec plaisir. François participe aux activités du groupe et communique de plus en plus avec les enfants de son âge, qui le comprennent et sont intéressés par lui. Il reste mutique et opposant avec tout adulte mais l'institutrice l'a bien accepté.

Les bénéfices de l'insertion sont, sur le plan de l'adaptativité globale, du comportement de jeux, des phobies, très importants et les difficultés massivement apparentes de l'enfant ont disparu. Mais, la structuration profonde de sa personnalité reste très perturbée et son retard important. Les facteurs de réussite reposent essentiellement sur l'institutrice qui l'a suivi sur deux sections depuis deux ans, et sur les bonnes relations directrice-mère, permettant d'offrir à cette dernière une image moins dévalorisante de son enfant.

Avenir : Maintien en école maternelle, grande section à 6 ans avec orientation probable plus spécialisée et poursuite actuelle de la psychothérapie au C.A.E.

OBSERVATION N° 22 : HYACINTHE (5 ans)

HYACINTHE (cf. Observation N° 9) atteinte de trisomie 21, a quitté la crèche à 4 ans pour l'école maternelle.

La prise en charge au C.A.E. s'est considérablement espacée, consistant à une surveillance psychologique, un soutien parental, des liaisons avec l'école.

Le milieu familial ne s'est pas détendu au cours de cette intégration, les parents, jeunes, cadres moyens, actifs, vivant dans un appartement agréable et gai, ont eu une autre petite fille élevée en nourrice de jour, qui accueille Hyacinthe après l'école. Hyacinthe n'a pas vraiment investi le bébé. Le père semble plus démuni vis-à-vis d'elle que lorsqu'elle était en crèche; la mère garde la même réticence. A plusieurs reprises, ils ont éprouvé le besoin (et surtout elle) de "dramatiser" certains événements scolaires et la directrice et l'institutrice, qui jugent l'intégration réussie ont exprimé leurs difficultés relationnelles avec les parents. Les bénéfices retirés par l'enfant sont certains : progrès constants, plaisir d'aller à l'école où on s'est adapté à ses besoins et où on juge qu'elle a des possibilités. On souhaiterait que le C.A.E. s'efface pour laisser le G.A.P.P. travailler sur son cas et favoriser une aide "continue" grâce à l'intégration en classe de perfectionnement. Les facteurs de réussite reposent certainement sur l'acceptation des limites et des possibilités réelles de l'enfant, pour qui on a adapté certaines activités, mais aussi sur le projet à long terme qu'on a pour elle. Les inconvénients reposent sur l'attitude parentale, qui n'ont pas profondément accepté le cas de Hyacinthe, et éprouvent le besoin de compliquer des situations simples, sans aborder les vrais problèmes. On retrouve cette fuite dans les consultations au C.A.E., maintenues de façon espacées mais régulières.

Avenir : Maintien en moyenne section de maternelle et classe de perfectionnement. Relais de prise en charge en cours.

#### OBSERVATION N° 23 : IGOR (6 ans)

IGOR est un beau petit garçon, trisomique 21, présentant un retard modéré (Q.D. zone 70) avec troubles du comportement (opposition, agressivité, instabilité) en voie de régression. Sa forte personnalité, inhabituellement décrite dans la trisomie 21 est le reflet de la marginalité et de l'originalité parentales, et révélatrice de toutes les réflexions que peuvent susciter les a priori, non fondés, associés à l'enfant mongolien.

La prise en charge au C.A.E. est régulière en orthophonie et psychomotricité, 2 fois par semaine.

Le milieu familial est particulier : le père, agent hospitalier, a une douzaine d'années de plus que sa femme, au chômage; la grossesse était très désirée et le diagnostic révéla tardivement, 3 mois après la naissance, a suscité un véritable effondrement; le père, depuis, le vit comme un perpétuel combat par rapport à la société et lui-même; la mère passe par des phases dépressives toujours surmontées. Les relations avec Igor sont intenses, passionnelles.

Le déroulement de l'intégration n'a pas été sans difficultés malgré l'accueil chaleureux de la directrice et de l'institutrice, dans cette école maternelle qui accueille souvent des enfants handicapés. Les sources de difficultés sont venues de plusieurs facteurs : changements d'institutrice, taille de l'enfant plus grand que les autres, facilitant son agressivité en récréation, réactions diverses mais également passionnelles des autres parents.

Les bénéfices qu'en tire l'enfant sont très profonds mais demandent un important soutien : amélioration progressive de ses conduites agressives et de son instabilité majeure, progression de toutes les acquisitions, prise de conscience de sa propre image et acceptation; évolution des parents et maturation par rapport à leur propre philosophie.

Les facteurs de réussite sont liés à la qualité de la directrice (sa personnalité) et d'une des institutrices autant qu'à celle d'Igor, personnalité très provocatrice et très riche, à un projet à long terme pour l'enfant qui lui permet de poursuivre en établissement de tout-venant sa scolarité primaire, à la prise en charge très solide du C.A.E.

Avenir : Igor vient d'entrer en classe intégrée d'une école primaire.

#### OBSERVATION N° 24 : INES (4 ans)

INES est une très mignonne petite fille, un peu pataude, qui présente des troubles moteurs considérables, puis du langage, associés à une dyspraxie buccofaciale, et une suspicion de cécité, puis de psychose infantile précoce dans la première année de sa vie. Aussi, son évolution est-elle spectaculaire depuis son arrivée au Centre à 2 ans 3 mois.

La prise en charge au C.A.E. a été très complète : kinésithérapie jusqu'à 2 ans et demi, puis en observation au groupe d'Eveil jusqu'à 3 ans et demi, avant son intégration à l'école. Elle est actuellement aidée en orthophonie une fois par semaine, et deux fois en psychomotricité.

Le milieu familial aisé, a été complètement dépassé par les difficultés de développement de l'enfant, en Province alors (absence totale de contacts avec le monde extérieur). Puis la prise en charge de l'enfant a été assumée par la mère (sa fille aînée ne posant aucun problème) et le père s'étant fixé sur une position démissionnaire.

Le déroulement de l'intégration, en jardin d'enfants privé (fréquenté auparavant par l'aînée), ne pose aucun problème en petite section) mi-temps, un trimestre, Inès est passée en moyenne section à temps complet avec une institutrice très expérimentée, consciente du potentiel intellectuel intact de cette enfant qui n'exprime aucun mot mais dont chaque réussite est partagée et investie. Le groupe (de 35 enfants) est autour d'elle attentif et solidaire, un peu surprotecteur.

Les bénéfices de cette insertion sont manifestes :

- normalisation progressive du comportement socio-affectif de l'enfant dont les conduites sociales sont devenues celles de son groupe d'âge;
- progrès praxiques constants, et dans la compréhension du langage, maintien de la vie professionnelle de la mère qui "sacrifiait tout" à l'enfant sinon.

Il n'y a aucune difficulté actuellement (1).

Les facteurs de réussite sont divers :

- la personnalité d'Inès, volontaire, calme, curieuse de tout et coopérante, et ses progrès;
- implication et renouvellement des méthodes pédagogiques de l'institutrice;
- le soutien du C.A.E.

Avenir : Passage en dernière section. Tentative d'implication progressive du père. Tentative d'une meilleure compréhension étiologique en cours.

---

(1) Mais les relations mère-institutrice se sont établies assez lentement au début.

OBSERVATION N° 25 : IRENE (6 ans)

IRENE est une petite fille très attachante et affectueuse, mais excessivement angoissée et instable, dont le retard psychomoteur semble aggravé par l'immaturité affective et les troubles du comportement plus que par l'hémiplégie.

La prise en charge au C.A.E. a commencé à 4 ans par une intégration en groupe pédagogique deux fois par semaine et une psychothérapie de la mère, qui se poursuivent actuellement.

Le milieu familial, en effet, est très fragile. Irène est née en état de mort apparente et l'opération ultérieure à coeur ouvert n'a fait qu'aggraver l'angoisse et la fatigue des parents. Le père, ouvrier, vit l'état de l'enfant comme une "honte" et boit souvent; la mère met constamment Irène en comparaison et en rivalité avec la soeur aînée, mais malgré son ambivalence elle très dévouée à l'enfant. Le couple s'entend mal et les troubles du comportement d'Irène ont paru très reliés à ce climat plutôt qu'à ses handicaps.

Le déroulement de l'intégration a été difficile dans un premier temps, dans un jardin d'enfants privé qui a paru, à la mère, rigide et punitif. Depuis un an, l'enfant est intégrée dans une école maternelle, en moyenne section, avec une bien meilleure tolérance : ses instabilités, mais aussi ses blocages et son inhibition verbale, traduisant une grande angoisse, ont dérouter au début l'institutrice mais le soutien du C.A.E. a porté ses fruits.

Les bénéfices retirés par l'enfant, peu à peu, sont apparus plus nettement : intégration au groupe, stabilisation, acceptation des frustrations, intérêt nouveau pour certaines réalisations évoluées au point qu'on retarde, à présent, une orientation spécialisée, sachant que l'évolution de l'enfant est favorable.

Les facteurs de réussite reposent essentiellement sur cette amélioration, lente, mais notable et le soutien du C.A.E.

Avenir : Maintien d'une année en maternelle et observation de l'évolution d'Irène et de l'environnement familial.

OBSERVATION N° 26 : JULIEN (5 ans)

JULIEN est un petit garçon très actif, mignon, gai et malicieux, atteint d'une trisomie 21. Le retard psychomoteur est notable (Q.D. zone 50-60) et considérable sur le plan du langage, ce qui accentue parfois ses réactions d'opposition ou de colère.

La prise en charge au C.A.E. a commencé dès les premiers mois de la vie par une kinésithérapie et une guidance parentale, puis à 2 ans une intégration en groupe d'Eveil une fois par semaine pour faciliter l'insertion prévue en maternelle.

Le milieu familial a été très coopérant et chaleureux. Les difficultés socio-économiques des parents se sont améliorées et ils ont eu un troisième enfant. Julien a toujours été bien inséré et stimulé dans sa famille sans surprotection, ce qui explique en grande partie la bonne autonomie de l'enfant. Aussi, la famille a-t-elle mal ressenti le rejet scolaire.

Le déroulement de l'intégration, en effet, n'a pas été positif. Toléré à mi-temps, avec refus de cantine, malgré les difficultés matérielles des parents, l'enfant a eu une première année pénible, où il a été isolé "dans son coin", malgré deux contacts de la part du C.A.E. pour l'individualiser. Un changement d'institutrices et de directrice a laissé espérer une amélioration mais Julien est resté dévalorisé, non stimulé. L'intervention du C.A.E. a été alors ressentie avec ambivalence, Julien étant transformé, actif et plein d'initiative en présence de sa rééducatrice et l'institutrice n'a pas facilité le relais du C.M.P.P. et du G.A.P.P., qui a été inexistant. Il est à noter, que l'ensemble du groupe était abandonné pédagogiquement, les enfants étaient livrés à eux-mêmes, fatigués ou agressifs.

Les facteurs d'échec, ici, semblent uniquement imputables à la structure d'accueil.

Avenir : Enfant bien intégré actuellement en E.M.P. au grand soulagement de ses parents.

OBSERVATION N° 27 : LEA (6 ans)

LEA est une petite fille lourde et pataude, myope, au visage disgracieux. Son retard psychomoteur important dans les premières années de la vie s'est à peu près compensé (Q.D. 60 - Q.I. zone 80). Elle est ouverte et coopérante, et son aspect l'a certainement dévalorisée dans un premier temps.



La prise en charge du C.A.E., kinésithérapie au début, a surtout évolué vers une guidance parentale et une surveillance psychologique favorisant la sociabilisation puis la scolarisation de Léa.

Le milieu familial, en effet, aisé, cadre supérieur et enseignant, est anxieux et motivé depuis le début pour une vie scolaire "normale" de Léa. Les deux aînés faisant une scolarité facile et revalorisante.

Le déroulement de l'intégration n'a guère posé de problème, si ce n'est l'angoisse des parents à chaque "montée" de section soulevant des hésitations justifiées des institutrices, jusqu'au maintien d'une année de plus en dernière section. Le centre est intervenu plusieurs fois pour l'orientation de l'enfant au changement d'une directrice en raison des difficultés relationnelles parents-directrice, mais la vie scolaire quotidienne, Léa n'en a pas pâti.

Les bénéfices de cette intégration reposent sur le fait que Léa a pu manifester dans le groupe, de section en section, ses possibilités réelles. Elle a surpris au départ les institutrices (et le C.A.E.) puis convaincu.

Les facteurs de réussite reposent sur elle, mais aussi sur ses institutrices et, de façon ponctuelle, certaines interventions du C.A.E.

Avenir : Léa vient de rentrer dans un C.P. à petit effectif, après un maintien en maternelle de 6 à 7 ans. Les parents ne sont pas hostiles à une classe de perfectionnement ultérieurement (ou une école privée adaptée). Relais pris par le G.A.P.P.

#### OBSERVATION N° 28 : LOUIS (5 ans)

LOUIS est un petit garçon vif et sociable, dépendant et immature, affectueux, mais facilement instable et agité. D'un état de mal convulsif à 4 mois, il garde une hémiplégie et une déficience mentale modérée (Q.D. zone 75), une certaine lenteur de réalisations.

La prise en charge au C.A.E., à 2 ans, a reposé sur une intégration en groupe d'Eveil et une psychothérapie parents-enfant, puis récemment en orthophonie.

Le milieu familial, en effet, est très fragile. La mère a été surmenée par la naissance puis la maladie de Louis, survenue alors que sa fille aînée n'avait qu'un an et demi. Elle passe par des phases de rejet et d'hyperprotection qui perturbent Louis. Le père a nié ces difficultés, s'est montré très exigeant avec son fils et commence seulement à voir l'avenir avec objectivité.

Le déroulement de l'intégration en école maternelle s'est modifié favorablement. L'insertion a été moyenne la première année, où l'enfant paraissait assez passif et isolé, avec un rejet, ou un déni de ses difficultés; mais il profitait sur le plan de la sociabilisation, de la collectivité. La deuxième année semble positive : Louis n'est plus vécu comme une charge (en raison de sa lenteur à l'habillement, pour la propreté, dans les escaliers, etc.) et ses difficultés sont évoquées en leur opposant les acquisitions, qui sont importantes actuellement, en particulier sur le plan du langage et de la stabilisation du comportement.

Les facteurs d'échec de la première année semblent liés aux difficultés même de Louis et de ses parents, mais aussi à la pédagogie peu dynamique pour tout l'ensemble de sa classe de l'institutrice.

Les facteurs de réussite actuelle reposent sur l'institutrice et la maturation de l'enfant.

L'avenir : Proposition d'un maintien en maternelle pour effectuer une orientation correspondant à l'évolution actuellement favorable à Louis. Aide du C.A.E. poursuivie.

#### OBSERVATION N° 29 : LYDIE (4 ans et demi)

LYDIE est une petite fille brune, fragile si elle n'est pas familiarisée avec l'environnement, atteinte de surdité.

La prise en charge au C.A.E., en orthophonie, deux fois par semaine, a pris la suite, à 4 ans, d'une rééducation commencée à 3 ans dans un autre centre et interrompue par les ennuis de santé de sa mère : Lydie fut envoyée quelques mois en Algérie.

Le milieu familial est, en effet, très fragile et en particulier la mère (algériens, ils se sentent déracinés). La famille paternelle reproche à la mère, de santé précaire et dépressive, la surdité de l'enfant, dépistée tardivement

par un bilan de santé. Très isolée dans un logement d'une pièce avec sa mère, Lydie a peu de contacts avec d'autres enfants. Le C.A.E. a donc demandé une insertion scolaire et un relogement.

Le déroulement de l'intégration à l'école maternelle du quartier est un échec. Lydie n'avait pu bénéficier de groupe d'Eveil au C.A.E. en raison des trajets et on a demandé pour elle une intégration progressive, mais qui n'a pas été supportée par l'enfant. Son comportement s'est détérioré et la fragilité de sa personnalité est apparue : mécanisme de défense peu structuré, repli sur elle-même, stéréotypies.

Les facteurs d'échec sont divers : prise en charge spécialisée et préparation insuffisante pour cette petite fille très fragile, pédagogie de la classe trop organisée et de l'âge réel de Lydie, qui aurait mieux bénéficié d'une moyenne section, anxiété de l'établissement.

Avenir : Prise en charge plus intensive au C.A.E., orientée actuellement sur la psychothérapie avec orthophonie, et en groupe pédagogique pour observer l'évolution de l'enfant.

#### OBSERVATION N° 30 : MARGUERITE (5 ans et demi)

MARGUERITE est une petite lourde et pataude, atteinte d'une infirmité motrice cérébrale associée à un retard de développement global. Sans troubles du comportement. Elle est affectueuse et calme.

La prise en charge au C.A.E. a commencé à 2 ans et demi, en kinésithérapie, alors que Marguerite, d'abord en nourrice, était élevée avec une tolérance inégale dans la crèche où sa mère travaillait. L'aide s'est diversifiée avec l'orientation de l'enfant en maternelle, à 4 ans : groupe d'Eveil, puis orthophonie et psychomotricité une fois par semaine.

Le milieu familial est coopérant avec des périodes dépressives venant du handicap de l'enfant qui ne marche toujours pas. Modestes, très unis, d'origine polonaise, ils s'occupent beaucoup de Marguerite, mais sont facilement revendicatifs à l'égard de son cas. Son frère aîné (11 ans) est ambivalent à son égard, protecteur, ou "honteux", et rejetant.

Le déroulement de l'intégration est satisfaisant. En première section, l'enfant s'est trouvée sous la protection de la directrice, stimulante. Le passage en moyenne section ne

correspond pas à ses possibilités, limitées, mais l'insertion socio-affective est bonne; on laisse Marguerite s'occuper à son rythme sans l'isoler, et le personnel de service est solidaire de l'enfant (et peut-être de la mère) pour aider l'institutrice.

Les bénéfiques de cette insertion sont donc essentiellement sociaux : Marguerite aime l'environnement scolaire et ses parents ne se sentent pas rejetés avec "une enfant de 6 ans qui ne marche pas", mais qui progresse lentement.

Les inconvénients. Ils reposent sur l'attitude douloureuse des parents devant l'avenir, entretenue par une scolarisation "normale" obtenue par le C.A.E.

Avenir : Maintien en école maternelle avec tolérance individuelle et aide des parents pour accepter une orientation spécialisée à laquelle on a toujours du mal à les préparer.

#### OBSERVATION N° 31 : SEVERINE (6 ans)

SEVERINE est une petite fille encore lente et passive, atteinte d'une infirmité motrice cérébrale atteignant surtout les membres supérieurs, elle ne marche pas, associée à une déficience mentale (Q.D. zone 65), mais elle est bavarde et attachante, et ce sont surtout ses difficultés de réalisation qui entraînent une certaine passivité et des fluctuations d'attention.

La prise en charge au C.A.E. a été tardive; de 3 à 5 ans; l'enfant avait été mise à Garches en internat avec réactions d'hospitalisme grave nécessitant le retour au foyer. La kinésithérapie a été régulière et poursuivie jusqu'à l'orientation actuelle.

Le milieu familial a été très touché par le diagnostic et l'évolution de l'enfant, très désirée après 6 ans d'attente et née prématurée avec détresse respiratoire. La mère, après 3 ans de multiples consultations et même un placement à Garches, a repris son travail de coiffeuse et le père, ingénieur commercial, très touché par le cas de l'enfant, voyage beaucoup. C'est surtout la grand'mère qui le relaye alors près de Séverine.

Le déroulement de l'intégration, en école privée, à mi-temps, a été très positif comme une transition entre Garches et l'établissement spécialisé en externat où elle est actuellement.

Les bénéfices qu'en a tiré l'enfant sont surtout qualitatifs : intérêt nouveau pour l'entourage, réassurance, mémorisation des stimulations de la collectivité, sociabilisation. Il n'y a pas eu d'inconvénients.

Les facteurs de réussite sont, ici, multiples :

- qualités pédagogiques de l'institutrice;
- groupe d'enfants calmes, organisés, solidaires de l'enfant;
- mi-temps;
- bonne collaboration avec la grand'mère;
- soutien du C.A.E.;
- intégration non prolongée inutilement.

Avenir : Bonne adaptation actuelle en E.M.P. spécialisé.

#### OBSERVATION N° 32 : SOPHIE (5 ans)

SOPHIE est une charmante petite fille, joufflue et coquine, gaie, volontaire, atteinte de cécité. Elle est bavarde, communicative (langage évolué riche), mais garde quelques petites inhibitions motrices.

La prise en charge au C.A.E. a commencé à 2 ans et demi, en psychomotricité, deux fois par semaine avec des périodes de fluctuation - la mère envisageant un établissement spécialisé pour l'enfant - puis une aide avec le C.M.P.P. attaché au jardin d'enfants, puis réinvestissant avec le C.A.E. en raison de l'évolution de l'enfant et d'un changement de rééducateur.

Le milieu familial est très touché par le cas de l'enfant qu'il surprotège très longtemps. Actuellement, le père, gardien d'usine, qui ne s'est jamais impliqué dans les rééducations de Sophie, est seul dans cette attitude, et ne veut pas d'autres enfants. La mère a beaucoup évolué, en même temps que Sophie, et aurait souhaité "normaliser" sa vie, elle garde un autre enfant.

Le déroulement de l'intégration en jardin d'enfants privé s'est effectué de façon très positive, mais c'est très progressivement que les bénéfices retirés par l'enfant sont apparus aussi profonds et importants. La première année a été surtout marquée par une bonne insertion dans le groupe, la constitution de repères, la valorisation de la communication verbale, la sortie d'un milieu familial confiné. La deuxième

année est celle où l'enfant a fait de réelles acquisitions, normalisant tout à fait ses possibilités psychomotrices, ses déplacements, sa présence socio-affective en groupe.

Les inconvénients. Ils reposent sur l'institutrice qui n'a pas suivi la normalisation de l'enfant, vit sa cécité comme une inertie sans percevoir ses demandes, ne répond pas à l'évolution maternelle. Les relations se sont tendues sans que les progrès de l'enfant n'en pâtissent, bien qu'ils soient peu utilisés.

Avenir : Sophie pose le problème des enfants atteints de cécité isolée, qui pourrait suivre un C.P. si les structures d'accueil existaient.

OBSERVATION N° 33 : SUAD (5 ans et demi)

SUAD est une jolie petite fille atteinte de trisomie 21, présentant une déficience mentale globale modérée, sans troubles du comportement.

La prise en charge au C.A.E. a été très espacée au début, lorsqu'elle avait 3 ans (consultations psychologiques) en raison de la domiciliation en Algérie, mais c'est l'aide du C.A.E. qui a décidé les parents à venir s'installer à Paris pour l'enfant.

Le milieu familial de l'enfant est aisé. Suad a un frère aîné et une petite soeur qui a également été source d'anxiété pour ses parents (angrémie). Elle a été, par moments, un peu sous éduquée dans la fratrie, au cours des déménagements et en raison des réactions un peu dépressives de la mère. Mais, on se remobilise rapidement pour elle dès qu'on le peut.

Le déroulement en école maternelle de l'intégration, suivie par le C.A.E. proche, s'effectue sans difficulté.

Les bénéfices observés se manifestent lentement, mais sûrement, activités de plus en plus personnelles et autonomie, investissement récent du langage et de la communication avec les autres enfants. Alors qu'elle le réservait surtout à son institutrice. Mise en place, récente, aussi du graphisme. Il n'y a pas d'inconvénients.

Les facteurs de réussite : tiennent, ici, à la qualité pédagogique de l'établissement, à l'évolution douce mais réelle de Suad, au soutien du C.A.E. Autant de justifications pour les parents de leur séjour à Paris.

Avenir : Maintien en moyenne action avec participation partielle en grande section (pour observation des possibilités d'orientation en classe intégrée) et rééducation orthophonique commencée.

OBSERVATION N° 34 : SYLVAIN (4 ans)

(cf. Observation N° 15).

Evolution actuelle : SYLVAIN est un beau petit garçon qui garde des difficultés mineures sur le plan moteur (lenteur, maladresse), un certain décalage sur le plan du développement mental (Q.D. zone 80) et un retard du langage très important, accentué sans doute par le bilinguisme maternel.

Le déroulement de l'intégration en école maternelle (après un échec en jardin d'enfants privé) est satisfaisant et l'enfant en retire de nombreux bénéfices :

- intégration dans une section d'enfants plus jeunes de un an;
- il est à leur niveau;
- participe à toutes les activités, ne s'en distingue pas;
- les échanges nombreux se font à égalité et sans surprotection.

Les facteurs de cette réussite sont à relier aux qualités pédagogiques globales de l'institutrice (sa classe est détendue, chaleureuse), à l'attitude de la directrice dont l'école est très ouverte, qui se "*sent responsable*" des progrès de Sylvain. Elles ont beaucoup moins de demandes à l'égard de l'enfant et leur tolérance à l'égard des réactions de bave, leur compréhension de la dimension psycho-affective qui s'y rattache à présent, en témoignent, mais elles se préoccupent de son avenir et du retard de langage : Sylvain est très gai, épanoui et s'affirme actuellement, mais elles craignent que le décalage avec les autres enfants ne s'accroisse vers 5-6 ans.

Avenir : Enfant individualisé à la C.D.E.S. et suivi actuellement en orthophonie au C.M.P.P. Aide psychothérapique mère enfant envisagée.

OBSERVATION N° 35 : SYLVAINE (5 ans)

SYLVAINE est une adorable petite fille, de petite taille, atteinte d'une infirmité motrice cérébrale, rendant la marche difficile, mais autonome, et entraînant une grande lenteur dans les réalisations manuelles et l'articulation. Sociable, intelligente, volontaire, elle est drôle et attachante.

La prise en charge au C.A.E., commencée à un an et demi, par la kinésithérapie, a été suivie avec une grande régularité et très investie malgré les trajets. Elle consiste actuellement en un soutien pédagogique, avec orthophonie deux fois par semaine.

Le milieu familial est chaleureux et stable. Les parents, enseignants, désiraient beaucoup l'enfant (dont on leur a dit qu'elle serait une "plante verte" dès la naissance), et ont fait face aussitôt. Ils se sont fait aider par une cousine et une garde à domicile, en réorganisant leurs horaires professionnels, le père a été d'un grand soutien pour la mère, plus dépressive et anxieuse et a été pour beaucoup dans la normalisation de la vie quotidienne. Ils viennent d'avoir un autre enfant.

Le déroulement de l'intégration en école maternelle a été facilité par la directrice durant la première année, le personnel étant plus réticent. Les progrès et l'insertion sociale très aisée de Sylvaine ont convaincu les institutrices et Sylvaine suit actuellement une moyenne section.

Les bénéfices qu'en retire l'enfant sont évidents sur le plan des stimulations : il existe un décalage encore net entre ses potentialités normales et ses possibilités de réalisation et la collectivité scolaire est une source d'émulation et de stimulations pour elle. Elle vit dans un milieu familial favorisé qui aurait surtout privilégié son bien être et son équilibre affectif et qui, très conscient des efforts que l'école fait faire à l'enfant et de ses acquisitions, revalorise l'action de l'institutrice.

Les inconvénients portent sur l'avenir : Sylvaine a de grandes difficultés encore sur le plan du rythme et du langage et ses parents, très attachés à la normalisation apportée par l'école, ne souhaitent pas "envisager" un établissement spécialisé.

Les facteurs de réussite reposent sur cet ensemble : enfant attachante et gratifiante dans ses progrès, école mobilisée, parents très présents par rapport à l'intégration.

Avenir : Espoir de grande section prévu à 6 ans avec maintien des rééducations au C.A.E. et peut-être essai d'un C.P.



OBSERVATION N° 36 : SYLVIE (7 ans)

SYLVIE est une jolie petite fille, douce et sociable, dont l'infirmité motrice cérébrale rend encore la marche difficile, actuellement, et lente, bien que autonome. Intelligente, volontaire mais émotive, elle est attachante et très mignonne.

La prise en charge au C.A.E. a été très régulièrement suivie et très investie, alors que la petite fille avait pu être réintégrée à la crèche, qu'elle avait quittée durant plusieurs mois en raison de son handicap. A la kinésithérapie (3 fois par semaine) et poursuivie au domicile, a succédé la prise en charge psychomotrice et orthophonique une fois par semaine, toujours maintenue.

Le milieu familial très coopérant a été très touché par le déficit de Sylvie et surtout le père, qui prend en charge les trajets, les rééducations, s'est limité dans son travail et son avenir professionnel (couvreur dans une entreprise où il aurait pu avoir des ambitions et des initiatives personnelles). La mère a revécu, à travers les démarches multiples pour intégrer Sylvie à l'école, son angoisse et son agressivité envers les médecins et les conditions d'accouchement. Opératrice en imprimerie, la mère est une jeune femme très active et dynamique et elle bouscule beaucoup Sylvie. Le père également est exigeant pour l'enfant et s'ils justifient cette attitude pour "*L'armes envers l'avenir*", c'est probablement pour surmonter eux-mêmes. Ils ont eu une autre petite fille il y a deux ans, "*pour Sylvie surtout*".

Le déroulement de l'intégration en école maternelle s'est effectué sans difficultés. La réussite de l'insertion en crèche et des essais en maternelle une fois par semaine contribuant certainement à cette insertion en moyenne section.

Les bénéfiques que l'enfant en a retiré ont été constants : rythme d'acquisitions correspondant à la section (soit un décalage de un an), sociabilisation riche et intense, l'enfant suscitant par son charme et sa volonté des amitiés et une grande solidarité. Poursuite d'une vie familiale normale.

Les facteurs de réussite reposent sur la qualité globale de cette école, les effectifs relativement moins lourds qu'ailleurs, la solidarité du personnel de service, mais aussi la personnalité de Sylvie. Il n'y a pas eu d'inconvénients. Si ce n'est que devant les bénéfiques de cette insertion et après l'adaptation remarquable de l'enfant en grande section, un C.P. a été proposé.

L'intégration en école primaire a été plus difficile, en raison de l'hostilité du directeur, du moins pour les parents (qui ont revêcu les rejets des précédents établissements privés), mais c'est une réussite pour Sylvie. Avec un an de retard, elle a acquis le niveau du C.P. et s'intéresse énormément à la vie scolaire.

Des inconconvénients pourtant apparaissent : cette scolarité a demandé à l'enfant des efforts considérables, ajoutés à ceux qui lui sont demandés dans ses rééducations et dans sa vie familiale, et on la sent, parfois, un peu plus passive avec un désir de régression. Le groupe scolaire est un peu moins protecteur qu'en maternelle et on peut craindre des difficultés socio-affectives ultérieures.

Avenir : Pourtant, les bénéfices l'emportent à tel point sur ces inconconvénients que Sylvie, cette année, est en C.E.1. où l'instituteur l'a acceptée, et où elle continue de bien s'adapter.

#### OBSERVATION N° 37 : THIERRY (5 ans)

THIERRY est un beau petit garçon brun, fin, rieur, très émotif, atteint d'une hémiplégie et d'un certain retard dans ses acquisitions globales, il a présenté des blocages, une inhibition verbale (qui a fait craindre une surdité) alternant avec des réactions d'agitation et de régression. Les facteurs psychosociaux sont apparus alors prédominants.

La prise en charge au C.A.E. a été très irrégulière en raison justement des difficultés socio-familiales (famille portugaise très modeste, naissance d'un deuxième enfant, trajets importants) et des handicaps non majeurs de l'enfant : peu de troubles de la marche, possibilités d'utilisation des membres supérieurs.

Le milieu socio-familial est chaleureux mais fragile et dépassé. Les conditions de logement sont très mauvaises et la mère n'investit aucune aide pour l'enfant. Toutes les tentatives de reçois (C.M.P.P. - G.A.P.P.) ont échoué. La maman ne s'éclaire que lorsqu'elle est sur le point de partir dans son pays, ou à son retour. En dehors de cette période, elle fuit les contacts et aucun projet éducatif ne peut être formulé. Le père, ouvrier maçon, est présent et affectueux, mais ne s'implique pas plus. Une troisième naissance est intervenue récemment qui favorisera au moins un relogement.

Le déroulement de l'intégration en école maternelle a subi d'importantes fluctuations, la première année, puis s'est améliorée cette année. Les relations entre la mère et l'école, surtout la directrice, ont été très tendues au début en raison des difficultés de l'enfant (instabilité et surtout encopresie qui angoissait et blessait la mère). L'absentéisme de l'enfant a été fréquent puis la scolarité s'est détériorée au point de faire un constat d'échec. Sur intervention du C.A.E. une meilleure tolérance a été obtenue au niveau de l'institutrice, et l'enfant a, peu à peu, trouvé sa place dans le groupe et les activités, sans qu'on puisse encore parler de bénéfices réels mais en constatant que l'école n'était plus pour lui et sa mère une source d'angoisse. La deuxième année est bénéfique, l'enfant est monté dans une section de moyens où l'institutrice a commencé une pédagogie spéciale pour Thierry et utilisé le groupe pour l'aider (bien que ce soit des enfants plus jeunes). Thierry imite, "copie", s'épanouit, communique enfin.

Les bénéfices sont, ici, évidents et les troubles du comportement ont pratiquement disparu.

Les facteurs de réussite sont imputables à l'institutrice et peut-être à une amélioration des tensions familiales à partir des séjours au Portugal.

Les inconvénients restent sensibles : aucune aide, ni psychomotrice, ni orthophonique n'est prévue ou organisée pour l'enfant sur place et le problème se pose si ce maintien en maternelle n'empêche pas la fréquentation d'un E.M.P. où Thierry bénéficierait de ce type d'aide.

Avenir : Tentatives renouvelées d'une aide ambulatoire associée au maintien en école maternelle, ce dont le cas de Thierry relève; orientation en E.M.P. réservée, mais envisagée.

#### OBSERVATION N° 38 : VIRGINIE (4 ans et demi)

VIRGINIE est une petite fille blonde, assez inexpressive et molle, présentant un retard global important (Q.D. zone 55) et des troubles moteurs typiques, chutes volontaires impressionnantes, réactions subites d'agrippement, majorant le handicap global de l'enfant.

La prise en charge au C.A.E. commencée à 18 mois en kinésithérapie deux fois par semaine, s'est poursuivie au groupe d'Eveil à 2 ans et demi à l'acquisition de la marche,

puis en psychomotricité. La dimension relationnelle dans la persistance de certains troubles a conduit à une psychothérapie faite à présent sur le C.M.P.P. de secteur.

Le milieu familial, modeste, a été très touché par l'évolution de l'enfant, mais aussi démuné et mal adapté à ses difficultés. Le chômage de la mère a cependant favorisé une certaine mobilisation de celle-ci auprès d'elle, d'autant plus que le père, cuisinier, participe aux rééducations, puis la scolarité et les progrès de l'enfant les ont encouragés.

Le déroulement de l'intégration, en effet, s'est effectué de façon positive compte tenu des difficultés multiples de Virginie. Elle a commencé en petite section, avec la directrice, 2 fois par semaine, et ses troubles du comportement (cris, hurlements, chutes) se sont rapidement atténués. Le C.A.E. a favorisé, cette année, un accueil à mi-temps qui est réussi.

Les bénéfiques, pour l'enfant, sont manifestes. Elle est intégrée et stimulée, s'intéresse aux activités de musique et d'expression corporelle, puis à des réalisations de jeux. Son Q.D. est actuellement dans la zone 70-75, associé à une communication plus gaie et plus soutenue, à une dépendance moins lourde. Ceci a été une révélation pour la mère qui a accepté le relais psychothérapeutique et comprend l'intérêt d'un E.M.P. Il n'y a pas d'inconvénients.

Les facteurs de réussite reposent sur la qualité pédagogique de l'accueil et les progrès de l'enfant.

Avenir : Le C.M.P.P. souhaite une poursuite de cette intégration pendant une année, acceptée par l'école qui sait qu'une orientation spécialisée s'organise.

#### OBSERVATION N° 39 : YVES (3 ans et demi)

YVES est un bel enfant, sociable et bavard, atteint de cécité. Intelligent, il utilise déjà un langage évolué et n'a plus de troubles du comportement (maladie de Leber).

La prise en charge au C.A.E. a commencé en psychomotricité à 2 ans, avec inquiétude sur le pronostic. Yves présentait un certain retard dans ses acquisitions et des troubles du comportement (stéréotypies, passivité). En fait il était peu sollicité par ses parents dépressifs.

Le milieu familial, en effet, a été doublement touché, la soeur de Yves, 6 ans, est atteinte de la même maladie et les parents accusent les médecins de ne pas les avoir avertis du risque. Très repliés sur eux-mêmes, ils ne sont pas venus régulièrement au C.A.E. au début, puis Yves a été amené régulièrement par une aide familiale. Sa soeur aînée va à la même école que lui et ceci n'a pas posé de problèmes. (Mais, l'orientation de Magali en C.P. pose à présent, pour elle, le même problème que pour les autres enfants aveugles, intelligents, que nous connaissons).

Le déroulement de l'intégration n'a posé aucune difficulté puisque l'école avait déjà intégré Magali depuis 2 ans, l'institutrice cependant, qui n'avait jamais été confrontée à ce type de situation, a eu des réactions d'affolement dans les premiers temps, et le soutien du C.A.E. a été nécessaire (classe de 35 enfants). Très vite, elle a été conquise par les possibilités de l'enfant, lui prépare certaines activités, fait participer le groupe à la présence de Yves, qui d'ailleurs se défend de la surprotection parfois de ses amis.

Les bénéfices qu'en a retirés l'enfant sont considérables : dépendant et phobique au début, pleurant à la séparation, passif, il a acquis progressivement (avec l'aide du C.A.E.) des repères, une autonomie, a dépassé la dépression au profit d'une intense participation aux activités et des progrès spectaculaires du langage, la normalisation est totale et le retentissement sur la mère très important. (Mais la fragilité de celle-ci reste importante, comme le témoigne la dépression par rapport à l'orientation de Magali, et l'enfant, encore petit, en dépend).

Les inconvénients résident dans le fait que l'adaptation parfaite de ces enfants rendent insupportable une ségrégation scolaire. Or, il n'existe pas de classe intégrée pour eux, ni de structures habituelles aménageables.

Les facteurs de réussite reposent sur l'évolution de l'enfant et sa personnalité, le soutien du C.A.E. à des moments ponctuels mais déterminants, aux qualités d'accueil de l'école et de l'institutrice.

Avenir : Moyenne section d'école maternelle, aide du C.A.E.

OBSERVATION N° 40 : ZORHA (6 ans)

ZORHA est une petite fille souriante et gracieuse, atteinte d'une infirmité motrice cérébrale rendant la marche encore lente et difficile (mais acquise à 4 ans et demi), associée à un retard de développement mental (Q.D. initial zone 70) et une acuité visuelle faible (petite microcéphalie). Mais Zorha est sociable, ouverte, très sensible.

La prise en charge au C.A.E. a commencé à 3 ans de façon très espacée, en kinésithérapie avec guidance parentale, la famille habitant en Algérie. La famille s'est installée en banlieue un an après pour une prise en charge régulière de l'enfant, en kinésithérapie, associée, l'année suivante, à des séances de psychomotricité, puis de groupes pédagogiques, deux fois par semaine, avant l'insertion en école maternelle.

Le milieu familial, cultivé et aisé en Algérie, vit ici dans des conditions modestes dont le père souffre. Mais la vie familiale est chaleureuse autour de Zorha qui a deux soeurs et un frère aîné et un frère plus jeune.

Le déroulement de l'intégration en école maternelle s'est effectué (à plein temps avec des repos aménagés en fonction de la fatigue de Zorha) sans difficulté, ce qui est notable puisque l'école du secteur l'avait refusée.

L'école maternelle étant plus éloignée du domicile, c'est le service social du secteur qui est intervenu et l'institutrice de la moyenne section, monitrice d'enfants handicapés en été, a accepté de faire l'essai. Actuellement, en grande section, les bénéfices que Zorha en retire sont importants. On note une progression plus rapide de ses acquisitions sur tous les plans, langage, graphisme, affirmation de soi.

Les facteurs de réussite sont imputables à l'institutrice et la section elle-même, composée d'enfants socialement défavorisés, regroupés pour une pédagogie adaptée. La famille a été également très soulagée et voit ses sacrifices justifiés.

Avenir : Devant les progrès actuels de l'enfant, maintenue en grande section, on envisage un C.P. pour infirmes moteurs, en classe intégrée dans un an.

A N N E X E I I I





RESULTATS DU DEPOUILLEMENT DE 126 QUESTIONNAIRES  
CONCERNANT L'INTEGRATION DE L'ENFANT HANDICAPE EN CRECHE  
(S. SAUSSE)

INTEGRATION DE L'ENFANT HANDICAPE EN CRECHE

Simone SAUSSE, psychologue  
du Centre d'Assistance Educative  
du Tout-Petit

*Cette étude présente les résultats d'une enquête que le Centre d'Assistance Educative a réalisée en 1977 auprès des crèches dans le but de mieux connaître les besoins, les difficultés, les demandes de soutien que suscite l'intégration d'un enfant handicapé en crèche.*

*Cette enquête réalisée par questionnaire a été analysée et rédigée par Madame S. SAUSSE. Ses premiers résultats avaient été présentés en 1978 aux médecins de PMI et publiés dans le Revue Réadaptation (n° 243 - septembre/octobre 1978).*

Dépouillement de 126 questionnaires remplis par des crèches, des crèches familiales et des consultations de la P.M.I. de Paris et de la Région parisienne.

I.- Les Crèches.

- 1) l'admission
- 2) les types de handicaps
- 3) les réactions des autres enfants
- 4) les réactions des autres parents
- 5) les réactions du personnel
- 6) les difficultés rencontrées
- 7) le problème de la formation et du soutien extérieur
- 8) Bilan et limites.

II.- Les crèches familiales.

III.- Les consultations.

Nous avons reçu en tout 126 questionnaires remplis par des établissements de la P.M.I.

80 crèches dont 13 de Paris intra muros  
67 de la région parisienne  
(départements de la couronne)

7 crèches familiales

39 consultations.

## I - LES CRECHES.

### 1) L'admission

Une première donnée, assez surprenante et significative : 41 % des crèches n'ont jamais reçu de demande d'inscription pour un enfant handicapé. Ce pourcentage très élevé montre bien la crainte des parents d'enfants handicapés à s'adresser à un établissement pour "*enfants sains et normaux*".

Prendre une inscription en crèche, c'est pour les parents, offrir leur enfant handicapé au regard d'autrui, risquer d'être refusé, rejeté. De plus, certaines mères ont le désir de s'arrêter de travailler pour cet enfant qui a besoin qu'on s'occupe de lui plus qu'un autre. Notons cependant que de plus en plus souvent les parents surmontent ces hésitations et ces craintes et choisissent la crèche non seulement comme mode de garde mais comme un milieu stimulant pour leur enfant, et rassurant pour eux-mêmes.

Parmi les 80 crèches qui nous ont répondu, 52 (soit 65 %) ont fait l'expérience de l'intégration d'au moins un enfant handicapé. Pour un certain nombre de ces enfants (que les données du questionnaire ne permettent pas de préciser) le handicap a été découvert en cours de séjour à la crèche et la décision a alors été prise de continuer à accueillir l'enfant. Dans la majorité des cas, la crèche a admis l'enfant en connaissant, au moins partiellement, l'existence d'une difficulté. L'âge d'entrée en crèche ne permettant pas, le plus souvent, un diagnostic ni un pronostic précis. Il est intéressant de voir que plus de la moitié, soit une bonne vingtaine, des crèches ont déjà l'expérience de deux ou trois enfants handicapés, voire même plus. Une fois surmontées les

premières craintes devant l'inconnu et ayant vu que "*c'est possible*", le personnel des crèches semble avoir un certain intérêt pour ces enfants qui leur permettent d'avoir une conception enrichie de leur travail et cherche à répéter l'expérience.

Dans deux tiers des cas, les enfants entrent à la crèche avant 6 mois. Pour un tiers, l'entrée s'échelonne entre 6 mois et deux ans et demi. Pour les entrées tardives, il s'agit probablement d'un désir d'intégration en collectivité plutôt qu'un simple mode de garde.

En ce qui concerne l'âge de sortie, un tiers des enfants restent en crèche au-delà de l'âge de 3 ans. Dans ces cas, on estime que l'enfant peut encore bénéficier de la vie en crèche ou on attend qu'une solution satisfaisante soit trouvée pour la suite. C'est dire que le règlement de la crèche s'adapte alors aux besoins individuels de l'enfant.

## 2) Les types de handicaps

La moitié à peu près des enfants intégrés en crèche présentent un retard du développement psycho-moteur d'étiologies diverses (trisomie 21, microcéphalie...) ou sans étiologie. Ensuite, viennent les handicaps moteurs (1/5 à peu près) de gravité très variable, les handicaps sensoriels (15 à peu près). Il n'y a que très peu de troubles du comportement ou de psychose infantile (6 %), mais ce sont pourtant ces cas qui posent le plus de problèmes. On ne peut probablement pas dire que c'est pour cela qu'il y en a si peu, car ces difficultés ne deviennent visibles que bien après l'âge habituel d'entrée en crèche.

Les types de handicaps qui paraissent compatibles ou incompatibles avec l'intégration en crèche sont très variables bien sûr selon les crèches. Certaines Directrices mettent des limites assez restreintes à l'intégration : "*enfants ayant la marche pour qu'ils puissent participer aux activités*", handicaps moteurs pas trop importants. D'autres, au contraire, pensent qu'il n'y a pas de handicaps incompatibles avec la vie en crèche : "*Je pense que tout enfant handicapé qui peut être gardé dans sa famille, peut être gardé en crèche, avec un personnel suffisant, informé, formé*".

Cependant, plusieurs tendances se dégagent. Les handicaps qui paraissent incompatibles avec la vie en crèche, ou en tout cas posent beaucoup plus de problèmes, troubles du comportement (enfants "*caractériels*") et particulièrement comportements agressifs ("*Il y a trop de risques pour les autres enfants sachant que les parents réagissent déjà très mal quand leur enfant a été mordu ou a une bosse*").

- Enfants dont le pronostic vital est en jeu *"cela provoque trop d'angoisse"*. Cependant, deux témoignages nous parlent d'un enfant décédé en crèche comme une expérience difficile mais qui constitue un *"immense secours"* pour les parents de l'enfant, une collaboration et un soutien très étroit parents-crèche et à l'intérieur de l'équipe.

- Handicaps très graves ou multiples ou pouvant se compliquer à brève échéance.

En dehors de ces cas particuliers, il semble que pour la plupart des crèches le problème de l'intégration n'est pas principalement celui du type de handicap : *"Peu importe le handicap si l'enfant est bien entouré par le personnel"*. Il est intéressant de noter que le type de handicap qui paraît compatible avec l'intégration est souvent celui dont la crèche a l'expérience, et le handicap qui paraît incompatible celui qu'on ne connaît pas ou qui est plus grave.

### 3) Les réactions des autres enfants

Les questionnaires sont quasi-unanimes : les réactions des autres enfants sont bonnes, il n'y a aucun problème particulier à introduire un enfant handicapé dans un groupe d'enfants normaux.

Voici les mots qui reviennent pour décrire les comportements des autres enfants : *"protecteurs"*, *"acceptent bien leur camarade handicapé"*, *"l'entouraient énormément"*, *"comportement normal"*.

Il y a aussi quelques réserves : *"régression du groupe si l'enfant handicapé est peu autonome"*, *"l'enfant est le plus grand de sa section, il est agressif, les autres ont peur et lui cèdent"*, *"agressivité des enfants (qu'elle ennuyait constamment dans leurs jeux)"*.

Ce sont des difficultés assez isolées mais qui peuvent certainement se poser à un moment donné pour chaque enfant handicapé, comme pour chaque enfant tout court.

Les réactions varient, bien sûr, selon l'âge : c'est vers 18 mois-2 ans que les directrices situent le moment où les autres enfants passent de l'indifférence à la prise de conscience du handicap de leur camarade, avec l'apparition de curiosité et de questions, des comportements d'aide et de protection. *"A partir de 2 ans, ils s'aperçoivent du handicap mais l'admettent très vite et n'y font plus attention"*. *"Tendance à aider chez les 2-3 ans, chez les plus petits, ils jouent avec eux comme avec les autres"*.

Quelques questionnaires ont eu des enfants porteurs d'un appareil et il est intéressant de voir la réaction des autres : *"Avec l'enfant sourd, les autres enfants étaient parfaitement habitués à son appareillage et n'y touchaient pas"*.

On peut se demander dans quelle mesure les comportements protecteurs décrits par les puéricultrices sont spontanés ou induits par l'adulte. En tout cas, on peut faire l'hypothèse que les réactions des autres enfants dépendent beaucoup de l'ambiance du groupe et de l'attitude des adultes : manière d'accueillir l'enfant handicapé, de répondre aux questions des enfants, d'intervenir ou non dans les handicaps, éventuellement agressifs, entre enfants. Il nous semble que la présence d'un enfant handicapé suscite chez l'adulte des mouvements affectifs très forts qui peuvent se traduire par des attitudes extrêmes : désir de traiter l'enfant handicapé comme les autres, au risque de méconnaître la différence et de nier le handicap - désir de protéger cet enfant faible, malade, avec le risque de le freiner dans son autonomie et de biaiser les échanges avec les autres enfants.

C'est une des difficultés de l'intégration d'un enfant handicapé en crèche, et non des moindres, que de se situer entre ces deux pôles et de permettre à l'enfant d'avoir des échanges, même agressifs, avec ses camarades, tout en tenant compte de ses limites et de son besoin d'être aidé.

Non seulement pour l'enfant handicapé, la vie en groupe est, bien sûr, une source de stimulation considérable, mais encore, pour les autres enfants, comme le disent les directrices, *"Il est bon pour eux d'être au contact des réalités qu'ils rencontreront plus tard"*.

*"Les enfants accepteront peut-être mieux les handicapés plus tard s'ils les ont côtoyés très petits"*.

#### 4) Les réactions des autres parents

Plus de la moitié des réponses à cette question indiquent qu'il n'y a eu aucune réaction particulière de la part des autres parents. D'autres parlent d'une réaction positive d'emblée... parents heureux de cette décision.

Les autres réponses décrivent des attitudes de *"pitié"*, *"curiosité"*, *"étonnement"*, une certaine inquiétude qui se traduit par des questions.

L'enfant handicapé éveille chez chacun d'entre nous des interrogations angoissées et une émotion très forte. Cela est

bien naturellement aussi le cas pour les autres parents de la crèche, d'autant qu'il s'agit de couples jeunes susceptibles d'avoir d'autres enfants et se sentant donc directement concernés par ce problème.

Cette angoisse s'exprime plus ou moins selon les crèches; les questions éventuelles sont ressenties comme "embarrassantes" ou alors permettant aux parents de prendre conscience du problème et de l'accepter. Un témoignage raconte qu'un enfant mongolien était mal accepté par les autres parents, mais qu'une réunion de parents a permis un changement d'attitude... "Ils ont pris conscience des difficultés et de la souffrance des parents d'enfants handicapés". "Beaucoup s'intéressent aux progrès des enfants qui ont un retard". En fin de compte, l'attitude des autres parents dépend certainement de la possibilité de parler spontanément avec l'équipe de la crèche de ce problème comme des autres problèmes que pose la vie en crèche.

#### 5) Les réactions du personnel

Les réactions sont décrites comme "bonnes" dans la grande majorité des cas, tout en soulignant les difficultés rencontrées (voir plus loin) et les résistances. Le point le plus important paraît être l'accord et la préparation du personnel :

" Admission en accord avec le personnel, donc par de problème majeur ".

" Chaque enfant est accepté par l'auxiliaire avant son entrée ".

" Cela a toujours été décidé ensemble; il n'y a jamais eu de rejet d'emblée, elles ont toujours voulu essayer ".

" Le personnel est d'accord et je pense qu'il est très important qu'il se sente concerné ".

La réussite de l'intégration dépend à la fois de l'existence d'une équipe qui soutient et coopère, et d'une personne qui se sent motivée et capable de prendre en charge un enfant handicapé. Cela implique de tenir compte et de respecter les limites de chacun. Comme le dit une directrice : "Il est difficile d'imposer à quelqu'un de donner des soins à un handicapé si elle n'est pas d'accord. Si j'avais une demande, je chercherais d'abord comment rendre possible cette adaptation et qui s'occuperait de l'enfant".

Une fois les premières résistances surmontées ce sont souvent "les progrès de l'enfant lui-même qui encouragent le personnel".

## 6) Les difficultés rencontrées

Il est peut-être utile de rappeler, ici, la liste de difficultés que nous avons proposée :

Le manque de formation (cité 23 fois) est de loin la difficulté la plus importante que rencontre la crèche en intégrant un enfant handicapé.

" Pas assez de soutien, sentiment d'être isolée, peu aimée ".

" Manque d'informations éducatives pour les enfants ayant des troubles du comportement ".

Les difficultés le plus souvent citées sont ensuite : le manque de personnel (cité 14 fois) (problème auquel certaines crèches tentent de répondre en réduisant l'effectif de la section d'un enfant). La peur de l'accident (14 fois) et la crainte des responsabilités encourues (8 fois). Ceci semble varier en fonction du handicap de l'enfant (surtout hydrocéphalie, cardiopathie, convulsions...). Une crèche précise : " Peur de l'accident et des poursuites ". Une autre, en revanche, dit " Pas plus que pour les autres enfants ". La peur de mal faire (14 exemples) nous semble correspondre aussi au désir de formation dont nous allons parler plus loin.

Le manque de place (5 exemples) et la crainte des réactions du personnel (6 exemples) ne semblent pas être des problèmes majeurs.

Une seule crèche cité la crainte des réactions des autres parents.

Cette liste n'est certainement pas exhaustive et d'autres difficultés peuvent se rencontrer lors de l'intégration d'un enfant handicapé. L'une d'elles revient à plusieurs reprises dans les réponses et nous semble particulièrement importante : " Les difficultés psychologiques des contacts avec les parents de l'enfant handicapé ". Ces contacts ne vont pas de soi, ils sont souvent complexes. Souvent ces contacts sont chaleureux et confiants, et pour la grande majorité des crèches, l'intégration est bénéfique pour les parents de l'enfant : *"Les parents sont très heureux de voir leur enfant évoluer avec les autres et savoir qu'elle était considérée comme eux". "Très bénéfique pour la mère déjà traumatisée d'avoir un enfant différent des autres"*.

Cependant, plusieurs difficultés peuvent se présenter.



Lorsque le handicap est découvert en cours de séjour à la crèche, la crèche joue parfois le rôle délicat de révélation du handicap et les relations avec des parents en plein processus de prise de conscience, bouleversés, parfois agressifs ou revendicants, ne sont pas simples. Plusieurs crèches parlent de ce problème.

*" Les parents ont nié le handicap et ont refusé d'aller à la consultation spécialisée qu'on leur avait conseillée "*.

*" Les parents ont retiré l'enfant de la crèche (au bout de six mois) après que le médecin de la crèche ait demandé une consultation spécialisée "*.

Il peut arriver aussi que la crèche accepte très bien un enfant handicapé et ne supporte pas une attitude rejetante de la part des parents.

*" Difficultés avec les parents de l'enfant qui n'arrivent pas à l'aimer comme un autre "*.

*" Difficultés de contact avec les parents qui rejettent l'enfant. Notre objectif est d'arriver à faire accepter l'enfant par les siens "*.

Dans ce cas il est difficile pour la crèche de se dégager d'une position moralisante qui ne fait qu'aggraver la situation en culpabilisant les parents et suscitant la méfiance de part et d'autre. Là encore il s'agit d'un problème de formation et de sensibilisation à la psychologie des parents d'un enfant handicapé.

## 7) Le Problème de la formation et du soutien extérieur

A la question *"Avez-vous été aidée dans cette prise en charge"*, il y a presque autant de réponses négatives que positives, c'est dire que le soutien extérieur est insuffisant.

Lorsqu'elle a existé, cette aide consistait surtout en visites de kinésithérapeutes ou de psychomotriciennes venant assurer la rééducation de l'enfant à la crèche et former et soutenir le personnel. Une séance de rééducation dans la salle de jeux, en présence du personnel constitue en soi déjà une formation et un soutien.

La grande majorité des enfants handicapés sont cependant suivis dans un établissement (hôpital, centre spécialisé... et on peut donc penser que les relations entre ces établissements et la crèche sont insuffisants, voire inexistant.

Les crèches regrettent cette absence de coopération, non seulement parce que le personnel souhaite avoir un apport d'informations, mais aussi parce qu'il pense à juste titre pouvoir apporter à l'équipe spécialisée, des observations intéressantes concernant l'enfant.

Certaines crèches précisent que la présence régulière d'une psychologue les a aidées dans cette expérience.

D'autre part, un certain nombre de crèches (17) ont eu la formation aux techniques de l'Eveil du Tout-Petit.

Très peu de crèches mentionnent la possibilité d'avoir du personnel supplémentaire, c'est pourtant un souhait qui revient très souvent : *"Souhaitons du personnel supplémentaire car l'enfant handicapé demande plus de patience, de disponibilité, de temps, de compétence"*.

Au niveau des souhaits, c'est l'aide d'un *"spécialiste"* qui est demandée le plus souvent.

*"Des spécialistes de chaque handicap"*.

*"Contact avec personne compétente qui suit déjà l'enfant"*.

Il s'agit à la fois de la demande d'un savoir *"informations sur l'avenir social de l'enfant"*. *"Documentation, films sur les handicapés"* et d'un savoir-faire.

*"Bien informer le personnel de gestes à faire en cas d'accidents"*.

*"Apporter quelques directives afin de mieux les aider et les comprendre"*.

*"Explications simples et pratiques pour une action positive auprès de l'enfant"*.

Ainsi, le besoin d'une aide et d'un soutien extérieur et la nécessité d'une formation sont étroitement liés et constituent, à notre sens, avec celui de la suffisance du personnel, le point central dont dépend la réussite de l'intégration de l'enfant handicapé en crèche.

Cependant, ces problèmes ne sont pas spécifiques à l'intégration d'un enfant handicapé. Ils se posent aussi avec acuité par rapport aux autres enfants de la crèche : pas assez de personnel, formation insuffisante, besoin d'une personne extérieure à la crèche (psychologue, psychomotricienne, médecin).

## 8) Bilan et limites

Sur les 52 crèches qui ont accueilli au moins un enfant handicapé, 6 cas seulement ont dû renoncer. Dans un cas, ce sont les parents qui ont retiré l'enfant de la crèche, après que le médecin de la crèche ait demandé une consultation spécialisée; dans les autres cas, c'est la crèche qui a dû renoncer à garder l'enfant à la suite d'une aggravation du handicap qui ne pouvait être assumée par le personnel (2 cas de trisomie 21 avec cardiopathie et un cas de psychose infantile).

Dans tous les autres cas, l'expérience a pu être menée jusqu'au bout et toutes les réponses sont unanimes pour dire que l'intégration est bénéfique pour l'enfant lui-même.

Quant à la question : "*Souhaitez-vous avoir d'autres enfants handicapés ?*", la réponse est rarement non (2), parfois oui (13 cas), mais le plus souvent (30 cas) une réponse positive assortie de réserves et de conditions.

Ces conditions et ces réserves sont :

- le type de handicap : "*tout dépend du handicap*";
- un seuil à ne pas dépasser : "*oui, mais pas plus d'un ou deux enfants à la fois afin de faire du bon travail avec le personnel et permettre à l'enfant de s'intégrer*";
- l'accord du personnel : "*chaque cas doit être examiné avec le personnel*";
- la formation : "*oui, si nous avons une formation*";
- personnel suffisant : "*oui, si personnel supplémentaire*".

Si les difficultés sont multiples, l'intégration d'un enfant handicapé peut être une expérience enrichissante pour toute la crèche.

" La présence d'un handicapé oblige à réfléchir, fait progresser le personnel sur le plan pédagogique, ce qui les valorise, et d'autres enfants sans handicap peuvent bénéficier de cet acquis ", nous dit une directrice.

## II - LES CRECHES FAMILIALES.

Nous avons reçu 7 réponses de crèches familiales qui posent quelques problèmes spécifiques.

Quatre parmi elles ont reçu des demandes d'inscription pour un enfant handicapé. Dans un cas, il n'a pas été possible de trouver une nourrice habitant en rez-de-chaussée et pouvant assumer le travail que cela représentait, c'est-à-dire qu'elle n'aurait dû garder que cet enfant. Les autres enfants ont pu être accueillis chez des nourrices qui ont très bien réagi une fois qu'elles avaient accepté. L'une des directrices note, cependant, que "sur nos 50 nourrices il n'y en a que très peu (4 à 5) à qui nous pourrions demander ce genre de travail, et aucun supplément salarial n'est prévu".

Les directrices ne notent aucun problème avec les autres enfants, mais, en revanche, "certains parents ont refusé de mettre leur enfant chez des gardiennes gardant ou ayant un enfant trisomique 21. D'autres ont accepté comprenant facilement les difficultés des familles".

Les limites semblent donc un peu plus étroites dans le cas de la crèche familiale, car la nourrice se trouve seule avec l'enfant handicapé, sans soutien direct d'une équipe et sans compensation salariale à un travail plus important.

### III - LES CONSULTATIONS.

Une quarantaine de centres P.M.I. de Paris et surtout de la banlieue parisienne nous ont renvoyé le questionnaire sur l'intégration des enfants handicapés en consultation P.M.I.

Un premier chiffre : une dizaine de ces 40 centres P.M.I. soit le quart, n'accueillent pas d'enfants handicapés, car il ne s'en est jamais présenté. Cette proportion assez importante pourrait faire croire que les parents d'enfants handicapés se détournent des centres P.M.I. pour faire suivre plutôt leur enfant en privé. Ils croient, peut-être, comme pour les crèches, que la P.M.I. est réservée aux enfants normaux, ou craignent le regard d'une équipe plus nombreuse que chez un médecin privé, ou les réactions des autres mères en salle d'attente.

Dans une trentaine de consultations, des enfants handicapés sont suivis régulièrement. Parfois, il s'agit de cas isolés, mais plus souvent une même consultation a en charge 5 ou 6 enfants. Au total, les 30 consultations suivent environ 80 enfants.

Tous les handicaps sont représentés : les handicaps moteurs et mentaux en premier lieu, sensoriels ensuite, puis

ce qui a été regroupé sous le terme de "caractériel".

Le degré de prise en charge des enfants est extrêmement variable selon la consultation. Dans quelques cas, peu nombreux, la consultation ne tient pas à suivre l'enfant handicapé et l'orienté d'emblée vers un service de pédiatrie. Mais le plus souvent, le centre P.M.I. continue à suivre l'enfant, tout en l'adressant dans la majorité des cas, à une structure spécialisée. Comme le note une puéricultrice, cette orientation pose parfois des problèmes relationnels très complexes avec les parents, car elle peut être le premier pas de la révélation d'un handicap passé jusqu'alors inaperçu.

La collaboration avec les structures spécialisées est souhaitée dans tous les cas, mais ne semble pas toujours facile.

Un certain nombre de consultations P.M.I. travaillent de façon privilégiée avec un dispensaire de l'intersecteur de psychiatrie infantile, un centre de guidance infantile, ou un C.M.P.P. Ces liens sont favorisés par la proximité des lieux ou certaines solutions originales, telles que des réunions communes, possibilité pour une psychologue ou une rééducatrice de venir aux consultations de la P.M.I., possibilité pour le personnel P.M.I. d'assister aux réunions de synthèses concernant les enfants suivis en commun.

La collaboration est plus difficile quand il s'agit de services hospitaliers ou de centres de rééducation spécialisés. L'insuffisance des liaisons, le manque d'information donnent, bien souvent, aux responsables de la consultation l'impression que la prise en charge de l'enfant leur échappe et qu'on ne tient compte ni de leurs possibilités, ni de leur volonté d'aider l'enfant handicapé, ni de leur position auprès de la famille, plus proche de la réalité quotidienne et des problèmes concrets que le service spécialisé. Ecoutons une puéricultrice : *"Nous aimerions travailler plus en liaison avec les services spécialisés auxquels nous avons à faire. Etant en banlieue, nous cherchons à éviter au maximum les déplacements pénibles aux familles. Si les services hospitaliers voulaient bien comprendre ces problèmes et ces difficultés sociales auxquelles nous nous heurtons, nous pourrions être utilisés comme relais, et je pense que nous pourrions faire économiser beaucoup de temps et d'argent à tout le monde".*

Cette insatisfaction est à l'origine du souhait de certaines consultations d'avoir en leur sein un personnel spécialisé pour pouvoir faire face à tous les problèmes posés par les divers handicaps. Ainsi, les puéricultrices souhaitent la présence de psychologues, de kinésithérapeutes ou psychomotriciens, et même de travailleurs sociaux.

Cependant, il est bien évident que pour la plupart des types de handicaps, la structure spécialisée a un rôle spécifique et irremplaçable et que le contact direct et privilégié parents-centre spécialisé est à préserver. Le problème est celui de la liaison entre le centre spécialisé et la consultation P.M.I.

Un peu moins de la moitié des consultations bénéficie de la présence régulière d'un collaborateur attaché à la consultation : psychologues (13 cas), kinésithérapeutes (4) et - ou - psychomotriciennes (3). Comme nous l'avons noté plus haut, un certain nombre de consultations souhaitent ce type de collaboration régulière. Il nous semble effectivement que, de même que toutes les prises en charge ne peuvent être assurées au centre P.M.I., de même une collaboration même étroite avec un centre de guidance ne peut remplacer une activité régulière au sein de la consultation : travail de réflexion sur les problèmes spécifiques de la P.M.I. (relations avec les familles, visites à domicile, travail de l'équipe, problèmes posés par les familles immigrées...).

Quelques consultations abordent le problème de liaison avec les crèches et maternelles du quartier et l'intégration des enfants handicapés dans ces collectivités. Mais il semble que ces relations soient encore peu développées.

A N N E X E IV

BIBLIOGRAPHIE





BIBLIOGRAPHIE

- 1.- A.P.A.J.H.  
Enquête Nationale : 4127 réponses de familles d'enfants handicapés, 1975.
- 2.- AZEMA-ARTHAUD (D.)  
Autres que les autres. Mémoire pour le diplôme de directeur d'établissement spécialisé, Suresnes : C.N.E.F.E.I. 1977.
- 3.- BOITEL (P.)  
Les hommes blessés, ou trois millions d'handicapés. Paris Ed. Stock 1975.
- 4.- LENOIR (R.)  
Les exclus. Paris : Le Seuil 1974.
- 5.- BOLTANSKY (E.) et coll.  
L'enfance handicapée.- Paris : Privat 1977.
- 6.- MANCIAUX (M.)  
Scolarisation et perspectives d'avenir des jeunes handicapés moteurs. Réadaptation ; Nov.1975, pp.22-24
- 7.- SIMON-SAIAS (M.)  
Réactions affectives des parents d'enfants arriérés, documents audiovisuels, B.D.H. (40 rue Pascal, Paris XIII) 1977
- 8.- SALINES (N.)  
Enquête sur les expériences d'intégration d'enfants handicapés dans le milieu scolaire normal, Bulletin de liaison Suresnes, Vol.5 p P -9-20
- 9.- SOFRES  
Enquête nationale : "Opinion des français sur les handicapés physiques". Réadaptation ; n°230, Mai 1976.
- 10.- LEVY (J.)  
Le Centre d'Assistance Educative du Tout-Petit - Réadaptation, juin 1976.
- 11.- LEVY (J.)  
L'Eveil du tout petit. Paris, Le Seuil 1972.  
L'Eveil au monde, Paris, Le Seuil 1980

- 12.- LEVY (J), RAPOPORT (D)  
Un enfant parmi les autres, Film, A.E.R. (29 rue du Colonel Rozanoff, Paris XII<sup>e</sup>) 1977
- 13.- LEVY (J), SAUSSE (S)  
L'intégration des enfants handicapés en crèche  
Réadaptation, sept. Octobre 1978, pp.4-20
- 14.- SALBREUX (R.) DENIAUD (Y.M.) TOMKIEWICZ (S) MANCIAUX (M)  
Typologie et prévalence des handicaps sévères et multiples dans une population d'enfants. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Janv. février 1979, pp5-28
- 15.- Textes législatifs :
  - a - Loi d'Orientation en faveur des personnes handicapées. Assemblée Nationale - Décret n° 75-534 du 30 Juin 1975
  - b - Circulaire n° DGS 782 P.M.E. du 16 décembre 1975 (règlementation des crèches)

Édité par le C.T.N.E.R.H.I.  
Tirage par la Division Reprographie  
Dépôt légal : Mai 1988

Le Directeur : Christine PATRON

