

LA SITUATION DE L'AIDE PRÉCOCE ET DE L'ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE EN SITUATION DE HANDICAP EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE

Geneviève Bazier, Michel Mercier

ERES | « [Contraste](#) »

2009/2 N° 31-32 | pages 155 à 180

ISSN 1254-7689

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-contraste-2009-2-page-155.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La situation de l'aide précoce et de l'accueil de la petite enfance en situation de handicap en Communauté française de Belgique

Geneviève BAZIER¹, Michel MERCIER²

Nous tenterons dans ce qui suit de tracer les grandes lignes de l'aide apportée aux familles dont l'enfant est porteur d'une déficience en Communauté française de Belgique. Nous nous centrerons plus particulièrement sur la province de Namur, région que nous avons investiguée à travers différentes recherches menées au département de psychologie de l'université de Namur. Nous aborderons plus particulièrement le suivi et l'accompagnement mis en place pour répondre à la demande des parents dont l'enfant se situe dans la tranche d'âge de 0 à 6 ans, public cible de l'aide précoce en Belgique. Enfin, un accent particulier sera mis sur la question de l'accueil de l'enfant handicapé dans les structures d'accueil ordinaire, zone d'ombre de l'aide précoce et question centrale qui mobilise parents, chercheurs et praticiens à la recherche de solutions face au manque criant d'un cadre législatif adéquat.

-
1. Assistante de recherche, département de psychologie, faculté de médecine, FUNDP, Namur, Belgique.
 2. Professeur de psychologie et psychologie médicale, directeur, département de psychologie, faculté de médecine, FUNDP, Namur, Belgique.

Les réflexions abordées dans ce qui suit s'inspirent largement de deux recherches menées au département de psychologie à Namur : «Un milieu d'accueil ouvert à l'enfant en situation de handicap¹» et «Accueil de la petite enfance en situation de handicap en province de Namur²».

Précisons d'emblée que, sauf mention contraire, nous parlerons le plus souvent du handicap en général, sans distinguer ni les différents types de déficiences (intellectuelles, sensorielles, motrices, ...) ni la gravité de la déficience (légère, modérée, sévère). Nous attirons l'attention du lecteur sur cette généralisation, afin d'éviter tous risques de confusion.

Quelques chiffres indicatifs

Les données sur le nombre d'enfants porteurs d'une déficience dans la Province de Namur (et, plus largement, en Wallonie) sont inexistantes. Cependant, si l'on se réfère à l'ensemble de la population de 6 ans qui se trouve dans l'enseignement primaire de la Communauté française en 2006, on observe que 1,5% se trouve dans l'enseignement spécialisé³ (Danhier, 2008). Ce pourcentage ne représente certainement qu'une approximation minimale du nombre d'enfants de 6 ans porteurs d'un handicap, car certains sont intégrés au sein de l'enseignement ordinaire, d'autres restent à leur domicile, d'autres encore fréquentent des institutions d'hébergement, etc.

-
1. Caroline Canon et Loriane Errico, chercheuses, sous la direction scientifique de Michel Mercier et Geneviève Bazier, département de psychologie, FUNDP en partenariat avec Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet, CERIS – Umh, Jean-Marie Caby, Danielle Henry de Frahan et Corinne Bousquet, pouponnière Reine Astrid, et Myriam Sommer, service «Études et stratégies», ONE avec le soutien du Fonds Houtman.
 2. Marie Wathelet, Michel Grawez et Michel Mercier, département de psychologie, faculté de médecine, FUNDP.
 3. www.enseignement.be/download.php?do_id=1636&do_check=

Notons que, dans la population générale, et selon des chiffres de l'INS¹, 12,9% de la population belge entre 16 et 64 ans connaît, en 1996, un handicap sévère ou modéré.

Concernant le manque global de places d'accueil dans la Province de Namur, le rapport d'activités 2007 de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) met en avant un taux de couverture, en milieu d'accueil subventionné et non subventionné, de 27,45%² pour la population 0-3 ans de la Province de Namur. L'Union européenne (les 27) a un taux de couverture de 26% (allant de 2% en Pologne à 76% au Danemark). Elle a fixé un objectif de couverture de 33%. Par rapport à cet objectif, il manquerait 736 places dans la Province de Namur.

Au sujet de la différence entre zones urbaines et (semi)rurales, les chiffres ne permettent pas de marquer des tendances. Ainsi, le taux de couverture est de 18,5% dans l'arrondissement de Charleroi, de 22,5% à Liège et de 28,5% à Namur, trois arrondissements où se situent les trois premières villes wallonnes.

L'organisation de l'aide précoce

La Belgique comporte plusieurs entités politiques ; à côté de l'État fédéral existent des entités fédérées : Région flamande, Région wallonne, Région Bruxelles Capitale, Communauté française de Belgique (qui regroupe les Wallons et les francophones bruxellois). La prise en charge des services dans le champ de l'aide précoce et du handicap relève donc de trois entités politiques distinctes : l'INAMI (Institut national d'assurance maladie invalidité) au niveau fédéral, l'AWIPH (Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées) au niveau régional et de la Communauté française.

1. http://www.statbel.fgov.be/figures/d364_fr.asp#5

2. Un taux de couverture de 27,45% signifie qu'il y a 27,45 places d'accueil pour 100 enfants de 0 à 3 ans.

Quatre grands types de services sont habilités à répondre aux demandes de parents d'enfants entre 0 et 6 ans. Les premiers services concernent tout enfant quel qu'il soit, valide ou en situation de handicap ; les trois types d'organismes qui suivent sont quant à eux spécifiques au handicap :

- les structures d'accompagnement et d'accueil de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) reconnus et financés par la Communauté française ;
- les Services d'aide précoce (SAP) reconnus et financés par la région wallonne dans le cadre des compétences de l'AWIPH ;
- les centres de référence reconnus et financés au niveau de l'État fédéral par l'INAMI ;
- les centres de réadaptation fonctionnelle agréés par l'AWIPH et financés par l'AWIPH et/ou l'INAMI.

Les structures d'accompagnement et d'accueil de l'ONE

L'Office de la naissance et de l'enfance a deux grands types de missions dans le champ de la petite enfance : l'accompagnement et l'accueil. Signalons que ces missions concernent tous les enfants et qu'elles ne sont aucunement orientées spécifiquement vers la déficience, hormis pour deux structures d'accueil spécialisées : les pouponnières Reine Astrid et La Nacelle.

L'Office a une mission générale d'accompagnement de l'enfant dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social. Il a également pour mission de mener des actions de soutien à la parentalité et de promotion de la santé. Ces missions l'amènent à agréer, à évaluer et à soutenir des consultations prénatales et des consultations pédiatriques. Il organise également des consultations périodiques ainsi que des tournées de cars sanitaires desservant les zones rurales.

Les séances de consultation organisées dans ces structures sont tenues par des gynécologues, des généralistes ou des sages-femmes pour ce

qui est des consultations prénatales et par des médecins généralistes recyclés ou par des pédiatres pour les consultations pour enfants, les consultations périodiques ou les cars sanitaires. L'Office collabore avec plus d'un millier de médecins. Plus de sept cent cinquante travailleurs médico-sociaux (TMS), qu'ils soient infirmiers ou assistants sociaux, assistent les médecins et assurent un soutien aux familles à l'occasion des consultations, dans le cadre de permanences, à l'occasion de visites à domicile ou dans le cadre d'activités collectives.

L'ONE compte également parmi ses missions de base l'accueil de l'enfant en dehors du milieu familial. Il lui revient d'autoriser, d'agréer, de subventionner, de créer ou de gérer des institutions ou des services, d'assurer un accompagnement en aide et conseil et d'exercer un contrôle sur les milieux d'accueil d'enfants de 0 à 12 ans. Au sein de l'institution, le service général de l'accueil (ou département accueil) assure la prise en charge de cette mission.

Parmi les services spécifiques à l'accueil, citons notamment :

- Le service d'accueillantes conventionnées, chargé d'organiser l'accueil des enfants entre 0 et 6 ans chez des accueillantes conventionnées auprès dudit service. Ce peut être une crèche ou une maison communale d'accueil de l'enfance.
- La crèche, conçue pour accueillir en collectivité et en externat des enfants âgés de 0 à 36 mois avec du personnel qualifié. Sa capacité d'accueil est de 18 à 48 places.
- La maison communale d'accueil de l'enfance (MCAE), conçue pour accueillir en collectivité et en externat des enfants âgés de 0 à 6 ans avec du personnel qualifié. Sa capacité d'accueil est de 12 à 24 places. Son pouvoir organisateur est un pouvoir public ou une ASBL¹ ayant une convention avec la commune.

1. Association sans but lucratif.

– L'accueillante autonome (AA), qui est une personne entre 18 et 65 ans assurant un accueil à caractère familial pour des enfants de 0 à 6 ans dans un lieu qui a été adapté. Elle a une capacité d'accueil de un à quatre enfants équivalent temps plein. L'AA doit répondre à des conditions de diplôme spécifiques. Depuis peu, les accueillantes autonomes peuvent se regrouper par deux et devenir co-accueillantes¹. Elles peuvent alors accueillir jusqu'à dix enfants simultanément (quatorze enfants peuvent être inscrits).

– Les pouponnières Reine Astrid et La Nacelle, deux SASPE, Services d'accueil spécialisé de la petite enfance. Leur mission est l'accueil de jour et de nuit d'enfants dont les parents connaissent de graves difficultés qui les empêchent momentanément d'en assurer la garde effective. Ces enfants peuvent bénéficier, si nécessaire, de soins ou d'une surveillance médicale spécialisée ainsi que d'une prise en charge psycho-affective lourde.

Les services d'aide précoce

Être ou devenir parent d'un enfant différent peut susciter beaucoup de questions : que faire pour bien s'en occuper au quotidien ? Comment l'aider à progresser ? Pourra-t-il être accueilli dans une crèche et une école comme tous les autres enfants ? Comment les frères et sœurs vont-ils vivre cette situation ? Quelles sont les démarches pour faire reconnaître son handicap ? Pour répondre à ces questions et soutenir les parents, l'Agence agréée et subventionne dix-huit SAP (services d'aide précoce) répartis sur le territoire wallon.

Les équipes de professionnels qui les constituent sont là pour aider l'enfant et sa famille à vivre au mieux cette période qui va de la nais-

1. http://www.one.be/ONE_typo_test/ONE%20CLEAN/mildac/pdf/infoaccueillantesn5.pdf

sance (ou même avant) jusqu'à l'âge de 7 ans, et cela sur le plan éducatif, social et psychologique.

Dialoguer avec le médecin, coordonner des soins, trouver un rééducateur, conseiller des jeux, parler de développement, d'alimentation, d'avenir, de difficultés psychologiques, évaluer les progrès, trouver des aides techniques, toutes ces actions sont possibles de la part des services d'aide précoce. Pour bien accueillir l'enfant, la crèche et l'école devront peut-être aussi bénéficier d'informations et de conseils. Le service d'aide précoce peut fournir cette aide, en collaboration avec le centre PMS (centre psycho-médico-social) et avec toutes les personnes concernées.

Les parents restent cependant toujours maîtres de l'éducation de leur enfant et des décisions qui le concernent. Le service n'intervient qu'à leur demande et dans les limites qui ont été définies ensemble. C'est également ensemble que sont déterminés les objectifs fixés et le projet d'intervention personnalisé.

Les missions principales des SAP sont :

- d'apporter une aide éducative par des interventions – principalement individuelles et qui ont lieu essentiellement dans le milieu de vie – auprès des enfants atteints de handicap(s), mental ou physique ou sensoriel, à partir du moment où le diagnostic est établi et jusqu'à l'âge de 8 ans ;
- de fournir à la famille et au milieu de vie des enfants handicapés une aide éducative, sociale et psychologique, afin de les rendre plus aptes à pallier les difficultés liées au handicap et afin de favoriser ainsi le développement optimal de l'enfant dans son cadre naturel de vie ;
- de promouvoir la prévention et le dépistage des handicaps de toute nature avant, pendant et après la grossesse, et de s'associer ou de collaborer à toute initiative ayant cet objet.

L'aide précoce respecte les principes suivants :

– à partir des demandes formulées par les parents ou les représentants de l'enfant, contribuer à l'élaboration d'un projet pour l'enfant, en cohérence avec sa réalité et qui tienne compte de ses repères socio-culturels et familiaux, dans le respect de leurs convictions idéologiques, philosophiques ou religieuses ;

– veiller à ce que ce projet puisse, chaque fois que c'est possible, se réaliser par un recours aux services généraux.

Pour pouvoir bénéficier d'un service d'aide précoce, l'enfant doit être reconnu en situation de handicap par un des médecins de l'AWIPH.

Les centres de référence subventionnés par l'Institut national d'assurance maladie invalidité

L'objectif de ces centres est de donner aux patients atteints d'une déficience, d'un trouble spécifique, les meilleures chances de bénéficier rapidement d'un diagnostic approfondi et d'une prise en charge appropriée. Ils font la synthèse et tirent les conclusions diagnostiques des examens et actes techniques qu'ils prescrivent (mais qu'ils ne réalisent pas nécessairement eux-mêmes) et assurent la coordination des traitements ou des programmes de rééducation de leurs patients.

Sept centres de référence sur l'autisme, trois centres de référence spina bifida et lésions congénitales de la moelle épinière, deux centres de référence en infirmité motrice cérébrale, sept centres de référence neuromusculaires sont actuellement reconnus en Belgique.

La convention INAMI doit permettre à chaque bénéficiaire de disposer d'un bilan médical diagnostique et d'un bilan fonctionnel aussi complet que possible (mobilité, difficultés d'accès aux structures, à la profession, ...). Ceux-ci doivent être élaborés par l'équipe multidisciplinaire en collaboration avec le médecin traitant et les autres personnes qui interviennent auprès du patient (kinésithérapeute, infir-

mière, psychologue, prothésiste, école...). Puis, sur cette base, qui doit tenir compte du contexte dans lequel vit l'enfant ou l'adulte, l'équipe établit un plan de traitement qui sera communiqué au bénéficiaire et à sa famille.

Les résultats de ce plan de traitement seront réévalués régulièrement avec des mesures objectives toujours en concertation avec l'entourage du patient. Le centre peut aussi donner des avis ponctuels. Il doit fonctionner comme un pivot d'une structure de soins. Ses prestations sont non concurrentielles, mais plutôt conseillères, coordonnatrices des soins. Au contact des patients, le centre va développer une expertise dans la prise en charge médicale, mais également dans les aspects socio-psychologiques et de fonctionnement de l'individu.

Les centres de réadaptation fonctionnelle

Les centres de réadaptation fonctionnelle (CRF) ont pour mission l'amélioration des fonctions motrices, sensorielles ou psychiques par la mise en œuvre de techniques médicales et paramédicales spécifiques à chaque catégorie de personnes handicapées. Dans ce cadre, ils offrent une prise en charge globale tant au niveau physique que psychologique et social.

Les frais de réadaptation fonctionnelle sont pris en charge par l'INAMI, mais des subventions sont octroyées par la Région wallonne. Tous les centres de réadaptation fonctionnelle sont reconnus par l'INAMI.

En quoi consiste la réadaptation fonctionnelle ?

Il s'agit d'une prise en charge multidisciplinaire comme définie dans la convention INAMI :

- rééducation des troubles de la vue, de l'audition, de la parole, du langage, de la communication ainsi que des troubles psychomoteurs ;
- adaptation de prothèses du plus jeune âge à l'âge adulte ;

- suivi et accompagnement des familles et des enfants ;
- guidance psychologique ;
- aide administrative, informations diverses, guidance socio-éducative ;
- collaboration avec des services extérieurs : médecins traitants, hôpitaux, différentes écoles ordinaires accueillant les enfants handicapés, associations de parents, services d'aide précoce.

Composition de l'équipe

L'équipe est pluridisciplinaire et peut être composée d'un médecin directeur, de médecins spécialisés dans la réadaptation de déficiences particulières (audiologues, orthoptistes, ophtalmologues...), de psychologues, de logopèdes, de kinésithérapeutes/psychomotriciens, d'assistants sociaux, de personnel administratif.

L'AWIPH agréée soixante-quinze centres traitant des troubles locomoteurs, psychiques, associés ou non à une déficience mentale, ainsi que les troubles de la parole et de l'ouïe, de la vue et les infirmités motrices cérébrales. Ils sont répartis en trente-neuf centres *extra-muros*, c'est-à-dire n'assurant pas l'hospitalisation, et trente-six centres *intra-muros*, c'est-à-dire intégrés dans une structure hospitalière.

Spécificités de l'aide précoce

On le voit, la Belgique n'a pas de structures spécifiques à l'accompagnement, à l'accueil, au suivi des enfants porteurs de déficiences. Des structures existent cependant toutes avec leurs spécificités, leurs modes de fonctionnement particuliers et leurs champs de compétences ancrés dans des cadres législatifs bien distincts : Région wallonne, Communauté française, État fédéral.

L'ONE, centré sur les besoins de l'enfant en général ; les services d'aide précoce spécialisés dans le champ de l'accompagnement des familles et du handicap ; les centres de références spécialisés pour le diagnostic et

les suivis thérapeutiques d'un type précis de déficience ; les centres de réadaptation, basés sur la rééducation de troubles spécifiques, autant de complémentarités qu'il s'agit de rassembler pour offrir une offre de services concertée et adaptée à la demande des familles confrontées à la naissance d'un enfant handicapé ou à la révélation postnatale du handicap. La communication entre services et le travail en réseau dans un tel contexte sont plus que nécessaires.

Ajoutons à ce morcellement de l'offre de services qu'il n'existe aucune «traçabilité» de l'enfant. Les données informatives d'ordre médical, sociologique et psychologique restent généralement confinées dans les différents services, les dossiers ne suivant pas l'enfant et sa famille lorsqu'ils sont pris en charge par une nouvelle structure. Un outil tel que le logiciel Interscamp mis en place en France pourrait être le début d'une formalisation des éléments d'information nécessaires au suivi et à la prise en charge coordonnée des enfants handicapés. Un tel outil donnerait la possibilité d'étayer les données quantitatives sur l'aide précoce et d'offrir une photographie longitudinale et globale de la situation. Il constituerait également un outil décisionnel utile pour le législateur, car il permettrait de pointer les manques et les besoins des professionnels et des familles dans le champ de l'aide précoce.

Un accent particulier porté sur l'intégration des enfants handicapés dans les structures d'accueil de l'ONE

L'accueil d'enfants en situation de handicap est à la fois l'expression du droit de chaque enfant à être accueilli dans les structures prévues par la communauté dans laquelle il est né et une chance pour tous d'évoluer, d'apprendre, de vivre une expérience particulièrement enrichissante tant pour eux que pour les autres enfants, les professionnels, les intervenants extérieurs, les parents...

Toutefois, l'accueil d'enfants qui présentent des besoins spécifiques dans les structures d'accueil ordinaire n'en demeure pas moins une

aventure et un défi pour tous les accompagnants de l'enfant : personnel du milieu d'accueil, parents, services d'aide précoce, etc.

Quelques expériences que l'on peut qualifier de «sauvages» ont vu le jour et témoignent des possibilités d'intégration sans toutefois qu'aucune reconnaissance ni aucune formalisation n'existe. Il s'agit souvent d'expériences ponctuelles dues à l'initiative d'un professionnel du secteur, d'un parent et/ou d'un pouvoir organisateur souvent directement confrontés à la problématique du handicap.

Bien que ces quelques expériences témoignent des possibles, il n'en demeure pas moins que des freins et des résistances existent, souvent empreints d'éléments subjectifs liés aux peurs et aux représentations que le handicap suscite chez les différents acteurs.

Parmi les freins à de telles expériences, citons : le manque de formation du personnel d'encadrement ; les représentations sociales négatives relatives au handicap tant chez les professionnels que chez les parents des enfants valides fréquentant le milieu d'accueil, engendrant souvent peurs et angoisses ; les barrières d'ordre architectural et une absence d'information sur les aménagements possibles (ici aussi les représentations jouent un rôle de frein, car souvent on imagine des travaux importants pour rendre le lieu accessible) ; l'accent mis davantage sur les déficiences plutôt que sur les capacités de l'enfant en situation de handicap ; les peurs des parents, qui ont tendance à le surprotéger et à le garder en famille ; le manque de connaissance des besoins ; le manque d'information tant des parents que des professionnels.

L'aventure peut se révéler désastreuse ou particulièrement positive selon les cas. Les recherches actuelles menées dans les crèches ou à l'école démontrent toutefois que des formations et des sensibilisations des professionnels et des parents sont utiles et permettent d'augmenter les chances de réussite du projet d'intégration. La mise en synergie des ressources de terrain et le partage d'expériences sont également des

facteurs de réussite importants. Le manque de services d'accueil a pour conséquence directe que les parents, en particulier la mère, arrêtent de travailler pour se consacrer aux soins, à la garde et à l'éducation de l'enfant handicapé. Il s'agit d'un phénomène de discrimination à l'emploi touchant principalement les femmes (AFrAHM, 2003).

De plus, du côté des enfants handicapés, il a été prouvé que la fréquentation d'un milieu d'accueil ordinaire, non spécialisé, les met en présence de nombreux *stimuli* qui favorisent l'évolution de leurs compétences cognitives et sociales. Cette situation permet aux parents d'être plus en confiance pour le passage de l'enfant dans l'enseignement ordinaire.

À la demande du Fonds Houtman¹, le département de psychologie des facultés universitaires Notre-Dame de la Paix (FUNDP) à Namur, en collaboration avec le Centre de recherche et d'innovation en sociopédagogie familiale et scolaire (CERIS) de l'université Mons-Hainaut et la pouponnière Reine Astrid de La Hulpe, a mené une recherche-action auprès de cinquante-trois milieux d'accueil pour enfants de 0 à 3 ans en Communauté française de Belgique.

L'objectif de la recherche était d'aller à la rencontre du terrain, d'équipes qui avaient ou non déjà vécu une expérience d'intégration, afin de créer des outils de sensibilisation et d'accompagnement à destination des milieux d'accueil désireux de se lancer dans un tel projet. Une valisette pédagogique a été réalisée, elle contient un DVD de sensibilisation et un module d'accompagnement. L'un et l'autre sont étroitement liés et permettent une approche souple et adaptée de la problématique. Leur

1. Le Fonds Houtman est né en 1989 à la suite du legs de feu Herman Houtman en faveur de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE). Il n'a cessé, depuis, de soutenir des actions et des recherches-actions pour l'enfance en difficulté en Communauté française de Belgique.

but est de susciter la réflexion et le débat. Ils permettent de penser et de mûrir, en équipe, le projet d'accueil d'un enfant différent lorsque la demande est formulée ou qu'elle est imaginée. Ces outils s'adressent aux professionnels de l'accueil, aux parents mais également à toute personne travaillant ou désirant travailler dans le domaine de la petite enfance et/ou dans le domaine de l'accompagnement de la personne handicapée (infirmière, assistante sociale, médecin et toute personne en formation initiale dans ces domaines).

Les chercheurs ont dans un premier temps rencontré des structures et des personnes de référence, spécialisées dans l'accueil de l'enfant différent. Ces rencontres ont servi de base pour réaliser les outils méthodologiques utilisés par la suite lors des rencontres avec le terrain. Elles ont également permis de nouer les premiers contacts avec des milieux d'accueil qui allaient devenir les milieux partenaires. Les chercheurs ont ensuite mis sur pied des *focus groups* (groupes de discussion) composés de parents et de différents membres du personnel des crèches et élaboré des questionnaires écrits destinés à faire émerger les thèmes à traiter dans les outils de sensibilisation et d'accompagnement. Outre la récolte de données nécessaires à l'analyse des besoins et à l'étude des représentations sociales, les *focus groups* ont aussi permis de repérer les équipes susceptibles de collaborer à la réalisation d'un DVD et à l'expérimentation de modules d'accompagnement.

En lien avec les grands thèmes dégagés lors des *focus groups* et leur analyse, des scénarios ont été imaginés et tournés dans les milieux d'accueil. Les modules d'accompagnement ont été conçus sur les mêmes bases.

Deux grands axes théoriques ont guidé la recherche-action : les représentations sociales des professionnels de l'accueil sur cette intégration et les besoins psychosociaux de l'enfant différent intégré en milieu tout-venant.

Les représentations sociales

Les représentations sociales constituent un «savoir» construit collectivement, se rapprochant à des degrés très variables de la vérité scientifiquement admise. Ce savoir collectif est composé d'images mentales que les membres d'une société se font à propos d'un sujet.

Très souvent, on exprime le malaise de la société par rapport aux personnes handicapées. Aujourd'hui celles-ci relèvent de représentations sociales qui manifestent, du point de vue affectif, des perceptions d'impuissance et d'infantilisation. Du point de vue relationnel, elles sont perçues comme inadaptées et sont souvent ramenées aux techniques palliatives (la chaise roulante, la canne blanche, les prothèses des membres...) qui sont censées compenser le handicap.

Approcher les représentations que les professionnels se font du handicap et de l'accueil des enfants dans cette situation constitue un élément important sur lequel on peut s'appuyer si l'on veut activer le processus d'intégration en milieu ordinaire.

Parmi les représentations les plus fréquentes, soulignons les suivantes :

– l'intégration concerne toutes les personnes de l'équipe : la richesse de l'équipe naît de la différence de chacun (partage des compétences, soutien quand c'est plus difficile pour l'un des membres, apprentissage par imitation, conseils à se donner). La différence fait aussi émerger des conflits (différence d'objectifs, encore plus marquée au sein d'un ensemble pluridisciplinaire). Mais un conflit bien géré fait grandir une équipe, dans sa perpétuelle recherche de solutions d'adaptation optimale à une situation. Que le travail se fasse ou non avec la puéricultrice de référence, il est nécessaire que l'ensemble des professionnels soit sur la même longueur d'onde par rapport à cette décision d'accueil d'un enfant différent. Une même longueur d'onde signifie une envie commune d'accompagner cet enfant dans son épanouissement, même

si certaines personnes de l'équipe sont plus réticentes et pourront prendre le temps d'apprendre à le connaître, à leur rythme, au contact de leurs collègues plus à l'aise ;

– intégrer la demande du personnel supplémentaire : certains pensent qu'accueillir un enfant handicapé nécessite davantage de puéricultrices pour aider à la gestion de l'ensemble des enfants du groupe, d'autres pensent qu'il faut que ce personnel soit spécialisé pour répondre à certains besoins spécifiques de l'enfant porteur de handicap. Le personnel non formé semble poser des problèmes de compétence et de motivation ;

– il est nécessaire de travailler en lien avec les services d'aide précoce. On retient des témoignages fournis lors des *focus groups* que l'appui extérieur, qu'il vienne d'un service d'aide précoce ou d'ailleurs (par exemple de l'ONE : coordinatrice d'accueil, conseiller pédiatre, conseiller pédagogique, ...), est important pour les équipes qui accueillent un enfant handicapé. Celles-ci ont besoin d'un regard extérieur sur leurs observations et interventions, de conseils de professionnels spécialisés pour les gestes quotidiens de l'accompagnement de l'enfant handicapé, d'un suivi psychologique parfois... Tout ce soutien, cet accompagnement, est une sorte de formation continue car les professionnels de l'accueil en retirent un gain de compétences. Par ailleurs, les équipes ont besoin de dialoguer avec les professionnels spécialisés qui encadrent cet enfant pour choisir les interventions optimales qui en favoriseront le développement, mais aussi pour éviter les gestes qui pourraient lui être néfastes. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un apport mutuel entre les professionnels de l'accueil et le personnel spécialisé ;

– l'intégration d'un enfant handicapé est une richesse pour le développement des autres, et, au contraire, l'intégration d'un enfant handicapé peut perturber les autres enfants. D'après les témoignages recueillis lors des *focus groups*, l'intégration d'un enfant handicapé est tantôt une

richesse tantôt une difficulté pour les autres enfants. Comme d'ailleurs la vie en collectivité quelle qu'elle soit. La richesse se traduit par le développement de la coopération, de la solidarité entre les enfants, par l'apprentissage de l'acceptation de la différence dans la vie en groupe... Les difficultés naissent de la dangerosité de certains enfants handicapés, du temps supplémentaire qu'ils demandent, imposant aux autres d'être plus autonomes trop précocement et de subir une certaine carence relationnelle. On peut aussi observer une certaine régression. La question de l'attitude à adopter se pose chez les professionnels : opter pour un comportement différent afin de permettre une dynamique de groupe positive ? Intervenir ou pas ? comment ? Doit-on verbaliser ? L'observation du comportement des enfants et de leurs interactions est en tout cas primordiale pour évaluer la dynamique de groupe et penser les améliorations à y apporter. Il semble aussi important de donner du temps pour que le groupe crée sa dynamique.

Les besoins psychosociaux

Le modèle des douze besoins de J.-P. Pourtois et H. Desmet (1988) tente d'expliquer la manière dont l'individu se construit une identité. Quatre dimensions essentielles apparaissent comme indispensables à la croissance harmonieuse de tout individu. Il s'agit des dimensions affective, cognitive, sociale et idéologique.

La dimension affective, relative à une quête de liens et d'affiliation, se compose des besoins d'attachement, d'acceptation et d'investissement. Elle concerne les liens interpersonnels.

La dimension cognitive comprend les besoins de stimulation, d'expérimentation et de renforcement. Le développement de ces besoins va permettre à l'individu de comprendre et de maîtriser l'environnement.

La dimension sociale correspond à une quête de pouvoir et à une recherche d'autonomie, elle englobe les besoins de communication, de

considération et de structures. La sollicitation de ces besoins va encourager l'ouverture vers le monde extérieur et l'autonomie de la personne, qui va se différencier de son groupe d'origine et devenir elle-même.

La dimension idéologique relative aux besoins de valeurs représente ce qui est bien, beau et vrai pour la famille et la société.

Parmi les principaux besoins signalés, citons :

1. Les besoins affectifs

L'attachement. – Certains professionnels associent handicap et fragilité. Cela peut entraîner un frein à l'attachement souvent lié à la crainte de «mal s'y prendre» avec l'enfant différent. Toutefois, ils manifestent une envie d'être tendres et câlins vis-à-vis de lui. Certains professionnels envisagent l'attachement selon une vision pointée sur la dynamique de groupe, sur ce qui pourrait émerger des autres enfants. L'enthousiasme est bien souvent présent chez les professionnels désireux d'accueillir. Si des difficultés d'attachement existent ou persistent, certains professionnels finissent par ressentir un sentiment de culpabilité qui leur est important de verbaliser, de pouvoir exprimer en équipe.

L'acceptation. – La première réaction des professionnels face à l'accueil éventuel d'un enfant porteur de handicap est souvent la peur. Des témoignages concernant les moyens nécessaires, le matériel, le temps et la formation traduisent l'inquiétude des professionnels. C'est pourquoi le travail en équipe pluridisciplinaire ainsi que la collaboration étroite avec les parents sont d'une importance capitale pour favoriser l'acceptation de l'enfant porteur de handicap. Une formation particulière permettant de mieux comprendre le handicap facilite l'acceptation de cet enfant.

2. Les besoins cognitifs

La stimulation. – Les professionnels se posent parfois la question de

savoir quelles activités proposer à un enfant porteur de handicap. Il est important de trouver des jeux qui pourront l'intéresser pour ne pas le laisser inactif, tout en étant attentif à ne pas trop le stimuler. La pédagogie différenciée permet au professionnel de s'adapter aux particularités de chaque enfant. «La pédagogie différenciée a pour but une adaptation des contenus aux particularités individuelles. Elle a le souci de la réussite du plus grand nombre, ce qui implique de mobiliser tous les moyens existants afin que chacun trouve celui qui lui convient le mieux» (Pourtois, Desmet, 2004).

L'expérimentation. – L'expérience des professionnels les amène à se questionner sur le fait de pouvoir ou non laisser un enfant porteur de handicap découvrir son milieu et jouer comme les autres enfants. Le besoin d'expérimentation de l'enfant peut être relié à un besoin d'autonomie. Souvent, les intervenants manifestent des craintes concernant le fait de laisser l'enfant différent s'autonomiser. Malgré leurs angoisses, l'accent est mis sur l'importance pour l'enfant différent de pouvoir réaliser certaines activités seul. Une interrogation subsiste sur une possible inégalité d'autonomie entre l'enfant différent et l'enfant dit valide. Au sein de la crèche, le besoin d'expérimentation du premier peut être satisfait grâce à la présence des autres. En effet, dans cet environnement, il va pouvoir explorer, découvrir, expérimenter et évoluer en les imitant.

3. Les besoins sociaux

La communication. – Selon les professionnels, l'observation de l'enfant est primordiale. Elle va permettre d'orienter positivement la communication. Les professionnels mettent en évidence le fait qu'ils doivent pouvoir mettre en place des systèmes, trouver des solutions afin de capter son attention pour parvenir à communiquer avec lui. Certains signalent que si la communication est difficile, il faut pouvoir recourir à des aides. Ils notent la richesse des échanges qui existent entre les

enfants de la crèche, porteurs de handicap ou non, et la facilité que ces derniers ont à communiquer les uns avec les autres, à aller les uns vers les autres. Les enfants dits valides semblent «intégrer» l'enfant différent avec beaucoup de naturel, en allant simplement vers lui pour l'aider, s'occuper de lui.

Les structures. – Les professionnels se posent parfois la question de savoir s'il faut imposer les mêmes règles pour l'enfant handicapé et les autres enfants. Ils ont parfois tendance à surprotéger l'enfant porteur de handicap. L'importance de prendre le temps de lui expliquer les choses est mise en évidence par certains professionnels. En effet, l'enfant différent pourra mettre plus de temps pour comprendre la règle ou la limite qui lui est imposée. Le professionnel doit pouvoir prendre du recul par rapport à ses principes éducatifs et accepter qu'un enfant handicapé ne parvienne pas à intégrer les limites ou les règles imposées. Dès lors, il pourra réfléchir à des méthodes différentes pour lui donner des repères ou plus simplement faire preuve de plus de patience qu'avec un enfant dit valide, l'enfant différent ayant peut-être besoin d'une période plus significative pour adopter la règle.

Il s'agit d'un découpage arbitraire permettant une classification et une analyse de ces réalités qui en fait sont imbriquées et qui s'influencent les unes les autres. Ces besoins sont fondamentaux dans le développement de l'identité de l'être humain.

L'absence ou le surinvestissement de l'un ou de plusieurs de ces indicateurs peut entraver sérieusement le développement de l'enfant. Ce paradigme poursuit une fin particulière : l'établissement de repères dans l'éducation des enfants.

Parents, professionnels ou éducateurs peuvent y trouver un tableau représentatif des diverses composantes psychopédagogiques indispensables aux besoins de l'enfant. Ainsi des propositions de pratiques éducatives répondant au mieux à ces besoins peuvent-elles en découler.

Des pistes à explorer pour favoriser l'intégration d'un enfant handicapé dans les milieux d'accueil ordinaire

La recherche que nous avons menée pour le Fonds Houtman a clairement mis en évidence la nécessité de mener des actions en concertation avec tous les acteurs de terrain.

Il s'agirait, plus particulièrement :

1. de développer la formation du personnel de tous les milieux d'accueil, collectifs ou à domicile, en matière de handicap et d'accueil de l'enfant handicapé : des formations dans le champ du handicap plus nombreuses ; un service de puéricultrices volantes pour libérer des membres de l'équipe pour leur formation continue ; une supervision des équipes pour répondre de façon adéquate aux attentes en matière de formation à l'accueil de l'enfant porteur de handicap ; une formation et un encadrement des milieux d'accueil à la transition vers l'école maternelle ;
2. de développer des aides spécifiques dans le cas de l'arrivée d'un enfant handicapé en milieu d'accueil : des subsides en vue de l'engagement d'une personne supplémentaire ; la présence de puéricultrices volantes prioritairement disponibles pour la structure menant un projet d'intégration ; l'intervention d'une puéricultrice extérieure à des moments clés de la journée (repas, jeux, etc.).

Dans le Brabant wallon, un projet pilote de puéricultrices volantes dans les crèches (projet Caravelle), né d'un groupe de travail rassemblant l'AWIPH et l'ONE, a pour objectif de favoriser l'accueil des enfants porteurs de handicap au sein de crèches. Deux puéricultrices formées à l'accueil de ces enfants en bas âge sont à disposition des crèches du Brabant wallon pour aller offrir leur savoir-faire dans les structures d'accueil (subventionnées) qui accepteraient, parmi les bambins dits ordinaires, un enfant handicapé. «Les puéricultrices ne viennent pas

pour s'occuper directement des enfants handicapés, mais en renfort, pour diffuser leur formation, lors d'une période déterminée. Ce renfort compense le *nursing* indispensable à faire à cet enfant handicapé. Une fois que l'équipe a intégré ce savoir, la puéricultrice est disponible pour une autre équipe. Cette présence sert à dédramatiser la situation. Cela permet d'enlever les peurs. Les crèches sont parfois opposées à l'accueil d'enfants handicapés, car les personnes ont peur de ne pas avoir les bons gestes» ;

3. d'informer sur les adaptations spécifiques : réaliser une brochure d'information et un site Internet pour informer les professionnels et les parents sur les adaptations utiles pour permettre l'accueil d'enfants handicapés (matériel de sécurité, matériel pédagogique, matériel de jeux, outils de communication, ...) ; mettre sur pied une banque de données du matériel adapté existant dans les milieux d'accueil, dans les services et dans les associations ;

4. de développer la visibilité des services d'aide précoce (SAP). Le SAP répond à de nombreuses attentes, que ce soient celles des parents ou celles des structures d'accueil. Il peut être une ressource, un soutien, une aide à l'organisation, à la planification des différentes étapes du quotidien, etc. Le manque de visibilité de l'offre semble une réalité dans le milieu de la petite enfance. Une action d'information spécifiquement destinée aux professionnels de la petite enfance nous semble indispensable ;

5. en cas de suspicion de problèmes par les équipes des milieux d'accueil, de mettre en place les moyens de gérer la problématique : qui alerter ? Comment motiver l'équipe ? Comment annoncer aux parents ? La structure d'accueil, que ce soit *via* le pédiatre ou *via* la responsable (infirmière, assistante sociale, etc., dont le rôle est central dans les relations médicales), doit en cas de soupçons de déficience, rencontrer les parents, leur faire part de leur suspicion (ils jouent un rôle de «sonnette

d'alarme»), diriger les parents vers le médecin traitant et s'assurer que le suivi a bien lieu. Clarifier cette mission et former les professionnels dans ce sens sont indispensables.

Conclusions générales et perspectives

Partir des représentations et des besoins que suscite l'intégration d'un enfant en situation de handicap constitue un point fondamental, un levier important pour un changement de regard de tous les acteurs. En effet, ces deux points d'ancrage permettent de travailler les peurs de chacun et d'asseoir les possibles sur des bases solides après avoir pris en compte tous les facteurs subjectifs et objectifs qui pouvaient faire écran à une telle expérience.

Les résultats des recherches que nous avons menées au département de psychologie de l'université de Namur ont démontré le besoin réel des professionnels de pouvoir disposer d'un accompagnement lorsqu'ils abordent la problématique de l'intégration d'un enfant en situation de handicap. Les tables de discussion se révèlent riches d'enseignements et d'échanges pour des professionnels en demande. Forts de ce constat, les chercheurs du département de psychologie ont élaboré des outils de sensibilisation et de formation regroupés sous la forme d'une valisette pédagogique (Mercier, Bazier, 2008). Cet outil comprend un DVD de sensibilisation riche en témoignages de parents et de professionnels, des fiches pédagogiques sur les représentations et les besoins des enfants handicapés épinglés par les professionnels de l'accueil, un «photo-langage» ainsi qu'un carnet d'accompagnement proposant des pistes pour l'animation de *focus groups*. Les outils pédagogiques créés répondent à une préoccupation fondamentale des différents acteurs : sensibiliser et accompagner dans la réflexion toute personne concernée par la problématique de l'intégration de l'enfant porteur de handicap en milieu collectif ordinaire.

La rencontre avec des professionnels qui ont vécu des expériences d'in-

tégration d'enfants handicapés en milieu d'accueil collectif ordinaire montre que l'expérience, le vécu et le bon sens sont, dans ces situations, plus importants qu'une formation. Une information médicale sur le type de handicap peut aussi s'avérer très utile pour démystifier certaines peurs ou croyances. L'importance du dialogue avec les parents, le personnel médical et spécialisé autour de l'état de santé, et de l'évolution de l'enfant, est aussi mis en évidence, en soulignant le fait que l'apprentissage est mutuel et non à sens unique. La rencontre et l'échange avec d'autres professionnels ayant vécu des expériences différentes sont importants également. On remarque l'idée originale d'un *coaching* au sein de l'équipe, qui correspondrait à une passation d'expérience, un encadrement interne. On peut donc considérer que, dans le domaine du handicap, la formation continue des professionnels de l'accueil doit s'ancrer dans leur pratique. Des recherches montrent d'ailleurs que trop de formations spécialisées dans le domaine peuvent freiner la motivation à accueillir. On note enfin que l'accueil d'un enfant différent est lui-même formateur, car il permet au professionnel de relativiser et d'apprendre.

La rencontre des réalités de terrain et la réalisation des outils de sensibilisation et d'accompagnement ont fait émerger des pistes de réflexion et de travail pour favoriser l'intégration des enfants différents dans notre société :

- penser à la formation des formateurs qui utiliseront la valisette pédagogique ;
- créer un centre de ressources matérielles et humaines ;
- créer des temps et des lieux de rencontres entre les structures de l'ONE, qui gère la petite enfance dans sa globalité, et les structures de l'AWIPH ;
- lancer une recherche sur le vécu et l'expérience des parents pour compléter les résultats de ce travail ;

– réfléchir sur la différence, au sens de différence par la situation de handicap, mais aussi par le milieu social, par la culture dans laquelle baigne l'enfant.

L'intégration du tout jeune enfant pose naturellement la question des structures qu'il pourra retrouver tout au long de sa scolarité. Comment lui assurer une intégration continue, tout en respectant ses différences et ses limites ? Quels outils mettre en place pour favoriser cette intégration et la continuité de cette intégration ? ■

Bibliographie

Abric J.-C. (1994), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF.

AFrAHM (2003), *Handicap de grande dépendance. Difficulté de concilier vie familiale et vie professionnelle pour les parents*, AFRAHM, av. A. Giraud, 24, B-1030, Bruxelles.

ANECAMSP (1994-1996), *Nous accueillons des enfants handicapés : réflexions et propositions*, Paris.

Canon C., Errico L., «Un milieu d'accueil ouvert à l'enfant en situation de handicap», sous la direction de M. Mercier et G. Bazier en collaboration avec J.-P. Pourtois et H. Desmet, CERIS-UMH et la pouponnière Reine Astrid de La Hulpe, PUN, septembre 2008.

Danhier J. (2008), *L'Âge des élèves dans l'enseignement spécialisé*, Papier de travail, Bruxelles, Etnic.

Gouvernement de la Communauté française (2003), arrêté portant approbation des modalités fixées par l'Office de la naissance et de l'enfance en vertu de l'article 18 de l'arrêté du gouvernement de la Communauté française du 27 février 2003 portant réglementation générale des milieux d'accueil.

Herrou C., Korff-Sausse S. (1999), *L'Intégration collective des jeunes enfants handicapés en milieu d'accueil*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Jodelet D. (1999), *Les Représentations sociales*, Paris, PUF (6^e édition).

Mercier M. (1992), «Comprendre et expliquer des conduites de jeunes adolescents marginalisés par l'interprétation d'observations au sein d'un groupe d'analyse», in J. Delville (éd.), *Vie de familles. Représentations des relations familiales en milieu défavorisé*, Paris, éditions Vie ouvrière.

Mercier M. (2004), *L'Identité handicapée*, Namur, PUN (Presse universitaire de Namur).

Mercier M., Bazier G. (direction scientifique) (2008), «Un milieu d'accueil ouvert à l'enfant en situation de handicap», valisette pédagogique, PUN, septembre 2008.

Montulet I. (1991), *La Qualité de vie des personnes présentant un handicap*, vol 4 : SAP, UMH, département d'orthopédagogie.

Morvan J.S., Paicheler H. (éds) (1990), *Représentations et handicaps : vers une clarification des concepts et des méthodes*, Paris, Cternhi-MIRE.

Moscovici S. (1989), «Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire», in D. Jodelet, *Les Représentations sociales*, Paris, PUF.

ONE Fonds Houtman (2002), *Accueillir les tout-petits, oser la qualité. Un référentiel psychopédagogique pour des milieux d'accueil de qualité*, Bruxelles, Éditions ONE-Fonds Houtman.

Pourtois J-P., Desmet H. (1988), *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Liège, Pierre Mardaga éditeur.

Pourtois J-P., Desmet H. (2004), *L'Éducation postmoderne*, Paris, PUF (4^e édition).

Wathelet M., Grawez M., Mercier M. (2009), *Accueil de la petite enfance en situation de handicap en Province de Namur*, rapport de recherche, département de psychologie, faculté de médecine, université de Namur.