

L'intégration des enfants handicapés dans les services de garde

Recension et synthèse des écrits

Mars 2004

**Emploi,
Solidarité sociale
et Famille**

Québec 

**Rapport de recherche présenté au ministère de la Famille
et de l'Enfance du Québec en décembre 2002**

RECHERCHE ET RÉDACTION :

Marie Hélène Saint-Pierre
INRS – Urbanisation, Culture et Société

Sous la supervision de :

Renée B.-Dandurand
INRS – Urbanisation, Culture et Société

COORDINATION :

Hélène Lavoie
Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique
Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille

En collaboration avec :

Johanne Gauthier
Direction des programmes à l'enfance et à la jeunesse
Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille

COMITÉ DE LECTURE :

Suzanne Doré, conseillère à l'évaluation
Direction de la recherche, du développement et des programmes
Office des personnes handicapées du Québec

Francine Julien-Gauthier, agente de recherche
Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Étudiante au doctorat en éducation à l'Université du Québec
à Trois-Rivières (UQTR)

Francine Godin, enseignante en techniques d'éducation à l'enfance
Cégep du Vieux-Montréal

SECRÉTARIAT :

Sylvie Boutin
Francine Talbot

SOUTIEN TECHNIQUE :

Suzanne Lamy

ÉDITION :

Direction des communications
Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille

Pour obtenir un exemplaire de ce document :

Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille
600, rue Fullum, Montréal (Québec) H2K 4S7
425, rue Saint-Amable, Québec (Québec) G1R 4Z1

Numéros de téléphone :
Région de Montréal : (514) 873-2323
Région de Québec : (418) 643-2323
Ailleurs au Québec : 1 800 363-0310
Courriel : famille@messf.gouv.qc.ca
Internet : www.messf.gouv.qc.ca

Le document peut être consulté sous la rubrique « Publications »
du volet Famille du site Internet du ministère de l'Emploi,
de la Solidarité sociale et de la Famille.

Dépôt légal – 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-550-41824-7

© Gouvernement du Québec

Le présent document peut être cité ou reproduit,
à condition que la source soit mentionnée.

AVERTISSEMENT

Le contenu de cette publication reflète les opinions de ses auteurs et n'engage aucunement la responsabilité du Ministère.

Table des matières

INTRODUCTION	9
1. LA DOCUMENTATION RECENSÉE	11
1.1 La recherche de documentation	11
1.2 La documentation mise en contexte	12
1.2.1 Les modes d'accueil des jeunes enfants dans différents pays	12
1.2.2 L'intégration dans différents pays	13
1.2.2.1 La terminologie utilisée dans les écrits	13
1.2.2.2 La situation relative à l'intégration scolaire	14
1.2.2.3 La situation relative à l'intégration des jeunes enfants	14
1.2.2.4 La situation particulière de l'intégration des jeunes enfants aux États-Unis	16
1.3 Précisions concernant différents termes utilisés dans ce document	17
1.4 Quelques écrits et recherches particulièrement intéressants	19
2. LES MODALITÉS D'INTÉGRATION	21
2.1 Divers modèles conceptuels	21
2.2 Diverses modalités de mise en œuvre	21
2.2.1 Aux États-Unis	22
2.2.2 En France	23
2.3 La prestation de services spécialisés dans un contexte d'intégration	23
2.3.1 Diverses formules de prestation des services spécialisés	24
2.3.2 Les deux formules de prestation les plus intégratives	26
2.3.2.1 La consultation	26
2.3.2.2 La thérapie individuelle intégrée à la routine (dispensée par le thérapeute)	27
2.3.3 Le travail en équipe	27
2.3.4 L'approche centrée sur la famille	28
En bref	29

3. LES PRINCIPAUX OBSTACLES À L'INTÉGRATION	31
3.1 Des obstacles communs perçus par tous	31
3.2 Des obstacles relatifs à différents aspects de la classe	33
3.3 Le manque de ressources disponibles dans la communauté	35
3.4 Des difficultés liées à la prestation de services spécialisés ou les obstacles à la collaboration	35
3.4.1 Manque d'engagement des familles dans le processus intégratif	36
3.4.2 Obstacles relatifs à la modification du rôle des intervenants	38
3.4.3 Obstacles organisationnels	41
3.5 Obstacles relatifs aux attitudes et aux croyances	43
En bref	47
4. LES FACTEURS DE RÉUSSITE	49
4.1 Les facteurs favorisant l'amorce et l'implantation d'un programme intégratif	49
4.2 Des facteurs de réussite plus près de l'action éducative	53
En bref	59
5. LA COLLABORATION ENTRE LES PARTENAIRES DE L'INTÉGRATION	61
5.1 La collaboration : de la définition aux modalités	61
5.1.1 Dans la documentation québécoise	61
5.1.2 Dans la documentation américaine	62
5.2 Les obstacles à la collaboration	63
5.2.1 Rappel des principaux obstacles à la collaboration	63
5.2.2 Des obstacles communs, liés à des caractéristiques personnelles	63
5.3 Des facteurs de réussite de la collaboration	64
5.3.1 Principaux facteurs favorisant la collaboration entre les membres d'une équipe (partenariat et coopération)	65
5.3.2 Quelques outils pour appuyer le partenariat	71
5.3.3 Des outils visant une plus grande participation des familles	72
En bref	75

Table des matières

6. LES ASPECTS POSITIFS DE L'INTÉGRATION ET SES LIMITES	77
6.1 Les aspects positifs de l'intégration	77
6.1.1 Effets sur les enfants avec déficience	77
6.1.1.1 Effets sur le développement global	77
6.1.1.2 Effets sur le plan social	78
6.1.2 Effets sur les enfants sans déficience	81
6.1.3 Les aspects positifs pour les parents d'enfants avec déficience	82
6.1.4 Les aspects positifs pour les personnels de garde	82
6.2 Certaines limites de l'intégration	83
En bref	83
CONCLUSION	85
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	89

Introduction

Au Québec, un document récent du ministère de la Famille et de l'Enfance, intitulé *Dossier pour l'intégration d'un enfant handicapé en service de garde*, mentionne :

L'intégration d'un enfant handicapé dans un service de garde lui fournit l'occasion d'explorer ses ressources personnelles et d'apprendre à fonctionner dans un nouveau milieu de vie avec des adultes et d'autres enfants. En plus de lui permettre de prendre sa place dans un service de garde, l'intégration lui donnera la possibilité de se développer et d'atteindre la plus grande autonomie possible (ministère de la Famille et de l'Enfance, 2002 : 4).

Ces objectifs de l'intégration des jeunes enfants s'inscrivent en continuité, d'une part, de la politique du gouvernement du Québec en matière d'intégration (Office des personnes handicapées du Québec, 1989) et, d'autre part, de la Politique d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde du ministère de la Famille et de l'Enfance¹, adoptée initialement par l'Office des services de garde à l'enfance en 1983. Comme on le souligne dans le document *Entrez dans la ronde* : « [...] intégrer un jeune enfant handicapé, c'est le recevoir dans le même service que les autres enfants afin que lui-même et sa famille bénéficient de la même expérience affective, sociale et cognitive » (Baillargeon, 1986 : 6).

Dans la majorité des pays occidentaux, le mouvement pour l'intégration des enfants handicapés a progressé ; la définition de l'intégration s'est modifiée, précédant ou suivant l'adoption de lois en ce sens. Comme le souligne plus largement Fardeau (2000, chap. I, s.-section 5 : 1) :

Le dernier quart du XX^{ème} siècle marque une rupture importante dans les politiques de prise en charge [des personnes handicapées] qui s'est traduite dans les législations de la plupart des pays. L'objectif de permettre aux Personnes Handicapées de s'adapter et de pallier leurs déficiences et incapacités par la réadaptation, par des aides technologiques, humaines ou financières, est remplacé, ou tend à être remplacé, par celui d'une inclusion sans discrimination dans le milieu social pour toutes les personnes frappées de déficiences ou dont les capacités fonctionnelles sont réduites. Une telle inclusion implique la mise en place de systèmes compensatoires dont il convient d'apprécier le caractère « justifié » et « raisonnable ».

Outre l'influence des législations, la définition et la mise en œuvre de l'intégration des enfants handicapés ont également évolué au fil des expérimentations et de l'acquisition des connaissances en découlant. Selon Odom (2002b : 5-6), au sujet de l'intégration des jeunes enfants, il est possible de se référer à la documentation concernant les enfants plus âgés² sur certains thèmes, comme sur celui de la collaboration par exemple. Toutefois, sur la majorité des thèmes, il importe de s'appuyer sur des recherches concernant expressément l'intégration des enfants d'âge préscolaire dans des milieux de vie qui leur sont propres (services de garde ou écoles préscolaires). L'intégration des enfants d'âge préscolaire est en effet particulière à plusieurs égards (*loc. cit.* : 5-6). Du point de vue du développement tout d'abord, les enfants d'âge préscolaire diffèrent des enfants plus âgés. En comparaison de leurs pairs du même âge, l'écart de développement des enfants avec déficience d'âge préscolaire est souvent moins marqué que chez les enfants plus

1. À noter que la Politique d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde du Ministère est actuellement en révision.

2. C'est-à-dire les enfants pour lesquels la fréquentation de l'école est obligatoire, ce qui, de manière générale, renvoie à des enfants de plus de 5 ans.

vieux. De plus, les relations sociales avec les pairs sont moins fermement implantées chez les enfants plus jeunes que chez les plus vieux. Les milieux de vie qui accueillent les enfants se distinguent également selon l'âge, notamment en ce qui a trait à l'approche éducative : alors que dans les services de garde³, le programme est principalement axé sur le développement de l'enfant par le jeu et l'exploration, dans les écoles, le programme est académique et les performances des enfants sont soumises à une évaluation⁴.

La présente recension d'écrits a pour but de repérer les recherches effectuées concernant l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde dans les pays occidentaux et de synthétiser les résultats de ces recherches. Plus précisément, l'objet de la revue des écrits vise à documenter les points suivants :

- modalités de l'intégration ;
- obstacles et problèmes rencontrés vis-à-vis de l'intégration ;

- facteurs de réussite de l'intégration ;
- collaboration entre les personnes concernées par l'intégration : obstacles et facteurs de réussite ;
- aspects positifs et limites de l'intégration du point de vue des divers groupes de personnes concernées.

Nous aborderons chacun de ces points dans une section distincte. Mais auparavant, nous présentons une vue d'ensemble de la documentation recensée, une mise en contexte de celle-ci, ainsi que quelques précisions sur certains termes qui seront utilisés dans ce texte. Enfin, nous mentionnerons quelques écrits ou recherches d'intérêt particulier.

3. Et dans les écoles préscolaires (*preschool*) aux États-Unis.

4. Selon Odom (2002b : 5-6), pour les enfants d'âge scolaire, le fait qu'il y ait une évaluation a un impact sur la planification des programmes (*i.e.* les programmes doivent être élaborés assez étroitement en fonction de la forme et du contenu des examens) et sur l'intégration (*i.e.* hésitations à inclure des enfants avec déficiences dans les classes parce que leurs résultats d'examens entraîneraient une baisse de la moyenne de la classe).

1. La documentation recensée

De très nombreux écrits ont été recensés sur le thème de l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde (ou dans les écoles préscolaires selon l'appellation parfois utilisée dans d'autres pays). La très vaste majorité de ces écrits, de même que ceux qui ont servi à produire cette synthèse, proviennent des États-Unis⁵. Néanmoins, bien qu'ils soient en nombre nettement plus restreint, certains écrits sont l'œuvre de chercheurs québécois, alors que d'autres abordent la situation dans certains pays européens (France, Italie, Allemagne, pays scandinaves). Aussi croyons-nous utile, avant de présenter les résultats, de préciser, d'une part, le contexte des modes d'accueil des jeunes enfants dans ces différents pays et, d'autre part, d'expliquer le concept d'intégration dans chacun d'eux. Mais d'abord, nous désirons présenter quelques informations relatives à la recherche documentaire que nous avons effectuée.

1.1 La recherche de documentation

Le repérage des écrits a été effectué de diverses manières. Dans un premier temps, la recherche a consisté à interroger des banques de références bibliographiques d'articles de périodiques (ERIC, Francis, Web of Sciences⁶) et les banques bibliographiques des bibliothèques de plusieurs universités (Université de Montréal, réseau de l'Université du Québec, Université McGill, Université de

Toronto), ainsi que le centre de documentation de l'Office des personnes handicapées du Québec et divers sites Internet. Cette première étape a permis de recenser plus de 700 titres publiés depuis 1990. Certains articles de périodiques et des livres qui semblaient les plus pertinents dans l'ensemble des écrits répertoriés ont fait l'objet de premières lectures. De ces premières lectures sont ressortis, à l'examen des références bibliographiques des textes les plus récents, d'autres textes pertinents ou complémentaires, que nous avons ajoutés à notre banque bibliographique. En outre, la saisie informatique sur une banque de données ProCite⁷ de toutes les références issues de notre recherche documentaire nous a permis de repérer les périodiques, ainsi que les auteurs, les plus fréquemment cités et donc, sans aucun doute, les plus pertinents à notre sujet de recherche. Nous avons fait un dépouillement manuel des articles dans les numéros les plus récents de ces périodiques⁸, ce qui a encore ajouté à la banque de références. Pour leur part, les noms des auteurs ont fait l'objet de recherches systématiques tant dans les banques de références de périodiques que dans les banques des bibliothèques universitaires.

Par ailleurs, cette première phase de recherche ayant conduit à la constitution d'une banque bibliographique comprenant en majeure partie des références provenant des États-Unis⁹, nous avons employé d'autres stratégies pour trouver

5. Cela indique que les États-Unis publient largement le résultat de leurs expériences, mais n'indique pas forcément que les autres pays ont moins l'expérience de l'intégration des enfants handicapés en services de garde ou dans les écoles préscolaires. Par ailleurs, notant le peu de recherches effectuées en France, Gillig (1999 : 231-232) mentionne que, concernant l'évaluation de l'intégration scolaire, une des rares études françaises qui mérite d'être signalée est celle de Belmont et Vérillon (1997), cette étude ayant examiné l'intégration dans les écoles maternelles.

6. Web of Sciences comprend trois bases de données : Science Citation Index Expanded ; Social Sciences Citation Index ; Arts & Humanities Citation Index.

7. ProCite est un logiciel permettant de créer des banques de références bibliographiques et, ensuite, d'examiner l'information de diverses manières : par auteur, par titre de périodiques, par titre de livres, par mot-clé, etc.

8. Dans les banques de références bibliographiques, le repérage des articles se terminait en 2000 ou 2001.

9. L'interrogation de la banque de références bibliographiques Francis, constituée majoritairement d'articles en provenance de la France et des pays européens, n'a fourni qu'un très petit nombre de textes pertinents.

de la documentation issue d'autres pays. Ayant appris dans le cadre de nos premières lectures (notamment, Fardeau, 2000) que l'Italie et certains pays scandinaves pouvaient être considérés comme des pionniers en matière d'intégration scolaire, nous avons cherché plus d'information concernant ces pays. Pour ce qui est des pays scandinaves, nous avons communiqué par courriel avec le *Nordik Network for Disability Research*, qui regroupe les chercheurs de diverses universités des pays scandinaves impliqués dans le champ de la déficience. À ce jour, nous n'avons pas eu de réponse à notre demande d'information de ce côté. Nous avons également fait des recherches dans certains périodiques scandinaves, publiés en langue anglaise et distribués ici au Québec, notamment *Scandinavian Journal of Educational Research*, mais sans plus de succès. De même, nous avons appris au fil des lectures l'existence d'un projet-pilote d'intégration à l'école enfantine et à l'école ordinaire en Suisse ; le rapport documentant ce projet (Haeberlin et Groupe fribourgeois responsable du projet, 1995) n'a toutefois pas pu être retracé dans les bibliothèques consultées.

Pour la France, des recherches documentaires antérieures à la présente recension ainsi que la consultation de sites Internet nous ont permis de repérer certains périodiques pouvant contenir de l'information pertinente. Ces titres de périodiques nous ont servi à faire une recherche dans la banque de références bibliographiques Francis, complétée d'un dépouillement manuel des numéros les plus récents. Cela a permis d'ajouter un certain nombre de références pertinentes. Concernant l'Italie, aucune information directe ne nous a été accessible. Par contre, notamment au sujet de l'intégration des enfants handicapés dans les institutions destinées à la petite enfance de la municipalité de Reggio Emilia, des sources indirectes ont fourni des informations très intéressantes (en provenance d'auteurs américains, britanniques, suédois).

1.2 La documentation mise en contexte

1.2.1 Les modes d'accueil des jeunes enfants dans différents pays

Une comparaison des modes d'accueil des jeunes enfants doit tenir compte de l'âge de ceux-ci. Au Québec, comme en Allemagne et dans les pays

scandinaves, les enfants de 0 jusqu'à 5 ans¹⁰ fréquentent des services de garde éducatifs. Dans plusieurs pays européens, par contre, une partie des enfants des mêmes âges, ceux de 3 à 5 ans, fréquentent des écoles maternelles faisant partie du système public d'éducation nationale ; c'est le cas entre autres de la France, de la Belgique et de l'Italie.

De plus, en France et en Italie, la fréquentation de l'école maternelle est très élevée. En France, plus du tiers des enfants de 2 ans fréquentent l'école maternelle, alors que pour les 3 ans ou plus, la scolarisation est presque généralisée¹¹. En Italie, alors que peu d'enfants de moins de 3 ans fréquentent le système public de garde d'enfants, c'est plus de 90 % des enfants de 3 à 6 ans qui vont à l'école maternelle (Jenson et Sineau, 1998 : 174). Dans le cas de ces pays, les écrits généraux concernant l'intégration des enfants avec déficience dans les écoles « ordinaires » englobent donc également l'intégration des jeunes enfants (de 2 ou 3 ans jusqu'à 5 ans) dans les écoles maternelles. En conséquence, la documentation relative à l'intégration des jeunes enfants se trouve un peu noyée dans cet ensemble plus vaste et, de la sorte, plus difficilement repérable.

Aux États-Unis, on fait également une distinction entre les modes d'accueil des enfants selon leur âge. Il y a la garde des enfants de moins de 3 ans (*infants* et *toddlers*) pour lesquels on parle de « *child care* » ou de « *child care program* », et celle des enfants d'âge préscolaire (3 à 5 ans) pour lesquels il est majoritairement question de « *preschool* ». Il importe de préciser qu'il n'y a pas véritablement de système de garde¹² aux États-Unis (Gallagher et Clifford, 2000). Certains

10. C'est intentionnellement que nous indiquons « enfants de 0 jusqu'à 5 ans ». Si les services de garde à l'enfance s'adressent aux enfants de 0 à 4 ans au Québec, ailleurs, ils peuvent concerner également des enfants de 5 ans, comme en Suède notamment.

11. Source : < <ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/dpd/etat/etat16.pdf> >.

12. Ce que nous qualifions au Québec de services de garde pour les jeunes enfants inclut, dans le contexte américain, les établissements désignés comme écoles préscolaires (*preschool*). Par ailleurs, l'école maternelle, au sens où on l'entend au Québec, est connue aux États-Unis sous l'appellation *kindergarten*.

auteurs parlent d'ailleurs plutôt d'un « non-système » (Erwin et autres, 2001 : 145). En effet, « les services peuvent être offerts par l'entreprise privée ou le secteur public, être à but lucratif ou non, à vocation éducative ou axés sur la garde, à temps plein ou à temps partiel, réglementés ou non réglementés ; certains services relèvent du gouvernement fédéral, des États ou d'instances locales privées ou publiques, etc. » (Saint-Pierre, 1998 : 37). Ainsi, contrairement aux pays européens mentionnés précédemment, dans le contexte américain, le terme « *preschool* » (écoles préscolaires) ne signifie généralement pas un rattachement au réseau d'enseignement public, même si une certaine partie de ces écoles le sont, notamment les « *public school prekindergarten programs* ».

Il serait sans doute plus exact, dans cette revue de la documentation, de parler d'écrits relatifs à « l'intégration des enfants avec déficience, âgés de 0 à 5 ans, dans des milieux de vie collectifs où ils se retrouvent en compagnie de leurs pairs ».

1.2.2 L'intégration dans différents pays

1.2.2.1 La terminologie utilisée dans les écrits

Si, de manière générale, on utilise le terme « intégration » dans les pays francophones, ailleurs d'autres terminologies ont cours.

Ainsi, dans les écrits de l'Organisation de développement et de coopération économiques (OCDE), on semble privilégier le terme « insertion » :

Depuis quelque temps, on préfère à l'expression intégration scolaire celle d'insertion scolaire [...]. Il ne s'agit pas là d'un simple changement terminologique. L'insertion scolaire va au-delà de l'idée d'intégration, qui consiste à faire assimiler les enfants handicapés par le système scolaire ordinaire existant (voir OCDE, 1994). Elle exige plutôt des changements du système scolaire même, notamment une modification de la manière dont les éducateurs perçoivent la personnalité des enfants, une certaine remise à plat des buts de l'éducation et une réforme du système en général, autant de choses auxquelles il faudra

s'intéresser lors de la mise en place de « l'école de demain » (OCDE, 1999 : 22).

Les États-Unis ont également adopté la version anglaise de ce terme, soit « *inclusion* ». Dans ce pays, la philosophie de l'intégration a évolué au fil de l'adoption de certaines lois. Ainsi, la loi de 1975 posait le principe de « *least restrictive environments* » : en vertu de ce principe, il fallait tendre à intégrer les enfants avec déficience dans l'environnement le moins restrictif possible, donc, privilégier leur intégration parmi leurs pairs. La loi de 1997 ajoutait le concept de « *natural environments* » : l'enfant avec déficience doit être intégré dans l'environnement dit « naturel », c'est-à-dire celui que fréquentent les enfants de son âge sans déficience.

Comme le soulignent Mulvihill, Shearer et Van Horne (2002 : 198), cette évolution légale a précipité un changement philosophique et linguistique dans la manière dont les planificateurs et les concepteurs de programmes intégratifs voient la participation des enfants avec déficience dans leurs installations. Ainsi, le terme « *integrated programs* » a été employé pour désigner les premiers efforts de regroupement des enfants d'âge préscolaire, avec et sans déficience, dans les mêmes milieux de vie ou dans les mêmes programmes (*loc. cit.*, réf. à Allen, Benning et Drummond, 1972 ; Guralnick, 1976) ; toutefois, avant les années 1970, il était rare de trouver des enfants avec déficience dans des programmes élaborés pour les enfants sans déficience. Le terme « *mainstreaming* », qui désigne habituellement l'intégration d'enfants plus âgés en milieu scolaire, a succédé à cette première appellation (*integrated programs*). Mais cette approche intégrative a été critiquée, étant donné qu'un groupe était vu comme le groupe principal par rapport à un autre ; dans un tel contexte, les enfants avec déficience avaient en quelque sorte à gagner leur place dans les activités et les lieux occupés par le groupe principal, i.e. celui des enfants sans déficience. Étant donné que l'intégration était considérée comme étant supérieure sur les plans philosophique et éducatif, une telle façon de procéder est demeurée, de manière inhérente, hiérarchisée et inégale (*loc. cit.*, réf. à Salisbury, 1991). Le terme « *inclusion* » a ensuite remplacé ces deux premiers termes qui avaient fourni un cadre utile durant les premières périodes, mais

que la nature et la signification de la participation respective des enfants avec et sans déficience dans les milieux intégratifs ont fait évoluer (Guralnick, 2001b : 3). En outre, de nombreux professionnels, familles et promoteurs ne limitent pas la signification de l'« *inclusion* » à l'accueil dans des programmes éducatifs, mais l'étendent au concept de participation des enfants avec déficience et de leurs familles dans les activités « normales » de leur voisinage et de leur communauté (*idem*).

1.2.2.2 *La situation relative à l'intégration scolaire*

Comme, dans certains pays, l'intégration des jeunes enfants handicapés relève du système public d'éducation, il n'est pas inintéressant d'examiner la situation au niveau scolaire. En outre, faute d'un portrait semblable en ce qui concerne les services de garde, l'examen de la situation scolaire est révélateur de l'orientation générale en matière d'intégration dans différents pays, ce qui a d'ailleurs partiellement guidé notre recherche documentaire.

Se basant sur une étude de l'OCDE de 1999, Fardeau relève trois types de situation par rapport à l'intégration dans le champ de l'école (Fardeau, 2000, chap. VI, section II : 1-2).

Les pays où l'intégration est la règle

Dans ce premier type de situation, l'auteur distingue deux groupes selon l'ampleur de la mise en œuvre de l'intégration. On trouve d'abord les pays où l'intégration est la plus avancée, ces pays ne recourant qu'exceptionnellement aux écoles spécialisées. Parmi ces pays, on compte l'Italie, souvent présentée comme le « modèle » de l'intégration ; le Canada (Nouveau-Brunswick)¹³ ; le Danemark, où tous les enfants relèvent de la même loi éducative, quelle que soit la nature ou la gravité de leur handicap ; la Norvège et la Finlande. Le deuxième groupe comprend des pays où l'intégration domine sans être totalement généralisée. S'y retrouvent la Suède, qui assure le maintien d'écoles spécialisées pour les enfants ayant des déficiences graves (physiques, sensorielles ou intellectuelles), et les États-Unis, où le

degré d'intégration varie en fonction de la gravité du handicap.

Les pays qui ont conservé une forte tendance ségrégative

Ce groupe comprend notamment la Belgique, l'Autriche, l'Irlande et la France, pays où l'intégration existe à un stade encore expérimental et donc, moins avancé que dans les précédents. L'Allemagne peut aussi être rangée dans ce groupe : le mouvement scolaire intégratif y est inégal, existant davantage dans les régions du Nord que dans celles du Sud, car la politique de l'éducation est sous la responsabilité des régions [*länder*] (Schneider, 2000 : 56).

Les pays où l'intégration est récente

Dans ce groupe, on compte l'Espagne, le Portugal, les Pays-Bas et la Grèce.

1.2.2.3 *La situation relative à l'intégration des jeunes enfants*

Nous n'avons que peu d'informations concernant l'intégration des jeunes enfants dans les services de garde ou les écoles préscolaires dans différents pays. De plus, ces informations sont assez disparates comme on le verra ci-dessous.

Au Québec, le ministère de la Famille et de l'Enfance dispose d'une politique d'intégration des enfants handicapés en services de garde et a mis en place une mesure de soutien financier pour faciliter l'intégration de ces enfants, soit en centre de la petite enfance – volet installation et volet milieu familial –, soit en garderie¹⁴. De plus, la création, il y a près de dix ans, du Comité provincial sur l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde, comité coordonné par le ministère de la Famille et de l'Enfance

13. L'étude de l'OCDE ne mentionne pas le Québec.

14. Voir le *Dossier pour l'intégration d'un enfant handicapé en service de garde*, disponible dans tous les services de garde du Québec. La politique d'intégration du ministère de la Famille et de l'Enfance y est décrite et ce dossier propose en outre une démarche adaptée pour mieux connaître les capacités de l'enfant et établir, en collaboration avec les parents, les objectifs de développement poursuivis pour l'enfant et son plan d'intégration. Voir également les règles budgétaires annuelles du ministère de la Famille et de l'Enfance décrivant les paramètres de l'allocation pour un enfant handicapé.

et regroupant des représentants de plusieurs organismes et réseaux, traduit aussi une volonté de faciliter l'intégration de ces jeunes enfants dans les services de garde québécois. Pour soutenir les services de garde en matière d'intégration, une démarche de concertation et de collaboration entre les partenaires de l'intégration est encouragée par les membres du Comité provincial et, dans cet esprit, le *Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde du Québec* (Comité provincial sur l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde, 2001) décrit les rôles et responsabilités de chacun des partenaires par rapport à l'intégration.

Les services de garde québécois, quoique financés en majeure partie par le gouvernement du Québec, sont des organismes autonomes qui tiennent compte, en ce qui concerne l'ampleur et les modalités de leur prestation de services, des ressources financières, organisationnelles et humaines dont ils disposent. Ainsi, en dépit du fait que le ministère de la Famille et de l'Enfance encourage grandement les services de garde à pratiquer l'intégration, les services de garde peuvent refuser de recevoir un enfant en s'appuyant sur l'article 2 de la Loi sur les centres de la petite enfance et autres services de garde à l'enfance. Dans les faits, le nombre de services de garde accueillant des enfants de 0 à 4 ans avec déficience a plus que doublé entre 1991-1992 et 1998-1999, passant de 285 à 569; en proportions, alors qu'avant 1995-1996, environ 30 % des services de garde accueillait des enfants avec déficience, depuis, c'est autour de 40 %. Le nombre d'enfants avec déficience intégrés en services de garde a aussi plus que doublé durant la période, passant de 622 en 1991-1992 à 1 517¹⁵ en 1998-1999. Mais malgré cette progression, les enfants avec déficience continuent d'être sous-représentés dans la population des

enfants de moins de 5 ans fréquentant les services de garde québécois : en 1998-1999, 25,5 % de l'ensemble des enfants sans déficience étaient accueillis en services de garde comparativement à 9,3 % de l'ensemble des enfants avec déficience (Trépanier et Ayotte, 2000; Doré, 1998 : 14.5-14.8).

En France, l'intégration des enfants à l'école maternelle (enfants de 2 à 5 ans) est plus fréquente qu'aux niveaux d'éducation plus élevés (Belmont et Vérillon, 1997 : 20; Fardeau, 2000). Cette intégration se fait généralement dans les conditions d'effectifs habituels : dans les deux départements étudiés par Belmont et Vérillon, (1997 : 20), la plupart des enfants handicapés étaient accueillis dans des classes de taille « normale », *i.e.* pour les trois quarts d'entre eux dans des classes de 26 à plus de 30 élèves (en maternelle).

L'Italie a été l'un des premiers pays européens (avec la Norvège) à introduire une législation pour l'intégration des enfants dans les écoles ordinaires. En vertu de la loi, s'appliquant également aux écoles maternelles publiques depuis 1980, tous les enfants avec déficience, peu importe la nature ou la gravité de celle-ci, doivent être intégrés dans des classes de l'école ordinaire. La loi stipule également qu'un soutien de la part de spécialistes doit être disponible pour les enseignants. Environ 90 % de tous les enfants de 3 à 5 ans fréquentent l'école maternelle, 47 % des enfants étant dans les écoles maternelles publiques, alors que les autres sont dans des établissements municipaux et privés [religieux ou laïcs] (Philips, 2001 : 49). Les « écoles enfantines » de Reggio Emilia sont des établissements municipaux; il s'agit, d'après différents auteurs (Philips, 2001 : 52; Bennett, 2001), de milieux de vie complètement intégratifs et ce, de par leur approche même. Voulant en connaître davantage sur cette approche intégrative, nous avons fait une quête d'information qui a cependant donné de minces résultats. Une auteure suédoise nous en a peut-être fourni l'explication. Compte tenu de la perspective sociale constructiviste de l'approche de Reggio Emilia, les pédagogues de Reggio sont tout à fait contre l'établissement d'un programme écrit (un cahier décrivant leur pratique avec des règles prescrites, des objectifs et des méthodes). Il n'y a

15. À noter que ces nombres d'enfants correspondent aux nombres d'enfants pour lesquels une subvention du ministère de la Famille et de l'Enfance a été accordée aux services de garde. Il n'est donc pas impossible qu'ils soient sous-estimés, l'intégration de certains enfants ayant une déficience légère pouvant ne pas nécessiter la demande d'une subvention au Ministère.

donc pas de « programme ou un *curriculum* » pouvant aisément être transféré et appliqué dans un autre contexte culturel (Dahlberg, 2000 : 179).

Au Danemark, un système de garde subventionné par l'État est accessible à l'ensemble des familles. Les services de garde danois sont de grande qualité ; l'approche éducative est basée sur le jeu et vise le développement de l'enfant. L'approche de Reggio Emilia sert de fondement pour l'apprentissage intellectuel, et la musique et le mouvement font partie des activités quotidiennes. L'accent est mis sur le jeu coopératif et les activités de groupes intégratives sur le plan social. Il y a un important parti pris contre l'exclusion sous toutes ses formes, même quand il s'agit d'enfants difficiles. Toutes les interventions à l'égard des enfants avec déficience sont faites à l'intérieur du service de garde, des travailleurs sociaux et un psychologue étant régulièrement disponibles sur place (Polakow, 1997, mentionné dans Howard et autres, 2001 : 81-82).

Aux États-Unis, l'intégration des enfants de 3 à 5 ans est requise en vertu de la loi depuis 1986. Toutefois, malgré des progrès importants accomplis depuis 1980, l'accès universel à des programmes intégratifs est loin d'être atteint (Guralnick, 2001b : 8). En outre, l'intégration est plus fréquente dans le cas des enfants ayant des déficiences moyennes que pour les enfants ayant des déficiences graves ; elle est aussi plus fréquente pour les enfants de 3 à 5 ans que pour les plus jeunes (*ibid.* : 9).

1.2.2.4 La situation particulière de l'intégration des jeunes enfants aux États-Unis

Aux États-Unis, l'intégration des jeunes enfants avec déficience dans les milieux de vie des enfants de leur âge est particulière, notamment, parce qu'il existe une distinction selon l'âge des enfants sur au moins deux points. Premièrement, les exigences légales concernant l'intégration ne sont pas les mêmes. En vertu de la loi fédérale, les États¹⁶ sont obligés de fournir, à tous les enfants de 3 à 5 ans ayant une déficience, des services d'éducation publique gratuits, appro-

priés, où ces enfants sont en compagnie de leurs pairs sans déficience et dans l'environnement le plus près possible de celui fréquenté par les enfants de leur âge sans déficience¹⁷. En ce qui concerne les enfants de moins de 3 ans, la loi fédérale n'oblige pas, mais encourage plutôt les États à développer un système leur procurant des services d'intervention précoce. Deuxièmement, dans la plupart des États américains, l'instance responsable des services destinés aux enfants avec déficience diffère selon l'âge des enfants : pour les enfants de 3 à 5 ans, cette responsabilité relève du système d'éducation publique, alors que pour les enfants de moins de 3 ans, elle relève du système d'intervention précoce, généralement sous la gouverne du système de la santé et des services sociaux¹⁸.

En conséquence, les familles recevant des services au cours des premières années de vie de leur enfant avec déficience doivent, lorsque leur enfant atteint l'âge de 3 ans, passer à des services fournis par une instance différente, ce qui signifie de travailler désormais avec de nouvelles personnes ; en outre, elles n'ont plus accès à un coordonnateur des services, droit qu'elles avaient quand les services à la famille étaient sous la responsabilité du système d'intervention précoce (Blasco, 2001 : 181). Soulignons de plus que cette distinction selon l'âge des enfants se marque également par l'existence de plans d'intégration différents selon l'âge. Ainsi, pour les enfants avec déficience de 3 ans ou plus, on parle d'un programme d'éducation individualisé (*Individualized Education Program* – IEP), alors que pour les enfants de moins de 3 ans, il s'agit d'un plan familial de services individualisé (*Individualized Family Service Plan* – IFSP). La différence entre les deux ne semble toutefois pas très marquée. Comme le soulignent Cavallaro et Haney (1999 : 6-7), le IFSP est similaire au IEP, à la seule différence

16. Aux États-Unis, l'éducation et le système d'éducation publique relèvent de chacun des États.

17. C'est-à-dire service de garde ou école préscolaire. Néanmoins, si la gravité de la déficience de l'enfant exige des services plus spécialisés qu'il serait impossible de fournir dans ce contexte « naturel », d'autres formules intermédiaires d'intégration doivent être disponibles pour permettre aux parents de choisir.

18. Dans l'État du Wisconsin, par exemple, le programme « *The Birth to 3 Program* » relève du *Department of Health & Family Services*, alors que l'éducation spécialisée pour les enfants à partir de 3 ans est sous la responsabilité du *Department of Public Instruction*.

qu'il met davantage l'accent sur les préoccupations et les priorités de la famille; de plus, les États peuvent utiliser la formule du IFSP à l'intention des enfants de 3 à 5 ans s'ils le désirent.

Aux États-Unis, l'intégration des enfants de 3 à 5 ans avec déficience dans les milieux de vie des enfants de leur âge se produit dans un contexte différent de celui d'autres pays. D'une part, elle est obligatoire. D'autre part, les milieux d'accueil propices à l'intégration sont généralement difficiles à trouver : souvent, les écoles publiques n'offrent pas de classes d'enseignement préscolaire « ordinaires », c'est-à-dire accessibles à l'ensemble des enfants de 3 à 5 ans (Howard et autres, 2001 : 412; Cavallaro et Haney, 1999 : 96); de plus, comme on l'a vu, les services de garde (incluant les *preschools*) ne constituent pas un système cohérent, mais plutôt un ensemble de modes d'accueil disparates et très variés. Les écoles publiques, responsables de l'éducation spécialisée (et offrant parfois des classes spécialisées pour les enfants d'âge préscolaire), ont donc été contraintes de trouver en dehors de leurs murs des milieux éducatifs « ordinaires » leur permettant de mettre en application la loi fédérale. Elles ont ainsi dû établir des ententes avec des milieux éducatifs existants (programmes *Head Start*, services de garde ou écoles préscolaires privés ou publics, etc.), afin de pouvoir offrir des programmes intégratifs aux parents d'enfants avec déficience de 3 à 5 ans¹⁹ (Howard et autres, 2001 : 412-414; Cavallaro et Haney, 1999 : 96).

19. Cela explique que, dans le cadre de l'examen de 16 programmes intégratifs pour les jeunes enfants aux États-Unis, Odom et autres (1999) aient trouvé une grande variété de contextes organisationnels, notamment : 1) *community-based programs* (services de garde privés, avec ou sans but lucratif, programmes préscolaires en activité dans la communauté); 2) programmes *Head Start* fonctionnant en dehors du système scolaire public; 3) programmes scolaires publics (programmes spécialisés pour enfants susceptibles d'avoir des déficiences; programmes *Head Start*, pour lesquels les écoles publiques sont l'organisation commanditaire; programmes de garde ou d'éducation préscolaire publics, mais pour lesquels une contribution des parents est demandée [*tuition-based programs*]; « *public school prekindergarten program* »).

1.3 Précisions concernant différents termes utilisés dans ce document

Comme il a déjà été mentionné, la majorité des écrits recensés proviennent des États-Unis. Or, comme on l'a vu, le contexte américain diffère du contexte québécois à plusieurs égards, notamment concernant l'accueil des jeunes enfants et différents aspects de l'intégration des enfants avec déficience. La traduction de certains termes non employés au Québec était donc problématique. Il a fallu faire des choix.

Conformément à son emploi dans les pays francophones et au Québec, nous avons retenu le terme « intégration » pour traduire « *inclusion* »²⁰. Par contre, conformément à l'emploi du terme « *children with disabilities* » dans la documentation américaine, nous avons opté pour « enfants avec déficience ». Dans ce texte, l'emploi du terme « enfants avec déficience » constitue ainsi un générique pour désigner les enfants avec déficience physique, motrice, sensorielle ou intellectuelle, de même que les enfants ayant des retards de développement ou des problèmes de santé particuliers.

Aux États-Unis, l'emploi du terme « *programs* » est particulier. Il sert fréquemment pour désigner un service de garde, comme dans « *early childhood community-based program* ». Cependant, il est également employé pour désigner un programme, au sens où on l'entend au Québec, comme dans « *Head Start Program* » où il désigne un programme de garde et d'éducation pour les jeunes enfants qui peut être dispensé dans différents environnements : dans quelques classes d'une école, dans le sous-sol d'une église, dans un centre communautaire, etc. Dans le contexte de l'intégration, on parle également de « *inclusion programs* ». Or, en raison des diverses modalités d'intégration qui existent (voir page 22), un « *inclusion program* » ne signifie pas nécessairement un groupe d'enfants dans un local donné, ni un service de garde ou une

20. À noter que certains écrits québécois récents utilisent le terme « inclusion » (Boudreault et autres, 1998; Boudreault, Moreau et Kalubi, 2001; Tétreault, Beaupré, Gagné, Giroux et autres, 2001).

école préscolaire pris individuellement. Concrètement, les « *inclusion programs* » peuvent concerner plusieurs groupes d'enfants différents dans des locaux distincts, des groupes d'enfants fréquentant deux établissements en alternance, etc. Aussi, en présence d'une expression comme « *in successful inclusion programs* », il était difficile de déterminer s'il était question d'un groupe, d'un lieu ou d'un programme ayant plus d'une composante. Nous avons donc choisi d'utiliser le terme « programmes intégratifs » pour rendre compte de ces programmes. À noter qu'à l'occasion, nous avons employé l'expression « un service de garde intégratif » quand le contexte était évident. Par ailleurs, nous avons également employé le terme « programme » pour rendre compte de « *curriculum* », plus précisément du terme « programme éducatif » tel qu'on l'emploie au Québec.

La documentation américaine recensée concerne très majoritairement l'intégration des enfants de 3 à 5 ans. Or, dans leur cas, le processus d'intégration relève, comme on l'a vu, du système d'éducation publique. Dès lors, il n'est pas étonnant que les écrits sur le sujet empruntent massivement le vocabulaire du monde de l'éducation, c'est-à-dire des termes tels que « *teachers* », « *preschool* », « *class* », « *teaching* », « *instruction* », etc. Il importe de souligner toutefois que les « *preschools* » aux États-Unis ne semblent pas, dans leur orientation à tout le moins, différer de ce qu'on appelle, au Québec, des services de garde éducatifs. En effet, les pratiques recommandées pour le milieu préscolaire (*Developmentally appropriate practice*)²¹ qui constituent, selon Odom et Bailey (2001 : 255), le guide philosophique pour la plupart des établissements d'éducation préscolaire aux États-Unis, mettent l'accent sur le développement global de l'enfant, l'apprentissage par le jeu et l'exploration, etc.

Nous avons employé le terme « éducatrices » pour désigner aussi bien les « *teachers* », appellation retenue pour celles qui travaillent auprès des enfants de 3 ans ou plus dans les « *preschool* », que les « *caregivers* », qui s'occupent

des plus jeunes enfants dans les « *child care* ». Cependant, concernant la traduction d'autres termes relatifs à l'éducation, il était souvent difficile de trouver un terme approprié et nous avons alors choisi de les traduire tels quels. C'est le cas par exemple de « *class* » que nous avons traduit par « classe », parce qu'il couvre à la fois les notions de groupe et de local ; souvent, en effet, il était difficile de savoir de quelle dimension il s'agissait, ou encore l'emploi du terme renvoyait à ces deux dimensions. De même, « *teaching* » a été traduit par « enseignement », « *preschool* » par « école préscolaire ». Il importe donc que les lecteurs et les lectrices comprennent bien que l'usage de ces termes dans le présent texte renvoie toujours, à moins d'indication contraire, au contexte américain de l'éducation concernant les enfants de 5 ans ou moins.

Comme on l'a vu plus tôt, pour chaque enfant avec déficience, selon son âge, un programme d'éducation individualisé (*Individualized Education Program* – IEP) ou un plan familial de services individualisé (*Individualized Family Service Plan* – IFSP) doit être élaboré chaque année. Ce programme ou ce plan semble assez proche de ce qui s'appelle au Québec un « plan de services individualisé »²². Cependant, il ne semble pas y avoir d'autres plans, un plan sectoriel propre au service de garde par exemple. L'extrait qui suit en rend compte : « Chaque enfant ayant un IFSP ou un IEP devrait pouvoir recevoir un enseignement individualisé [dans le cadre de sa fréquentation d'un service de garde]. » (McWilliam, Wolery et Odom, 2001 : 519) [notre traduction]. En conséquence, les termes que nous utilisons sont « plan d'intégration » pour désigner un IEP ou un IFSP et « plan d'intervention individualisé » lorsqu'il est question de la planification de l'« enseignement individualisé » pour un enfant.

Mentionnons enfin que le terme « *early childhood intervention* » a été traduit par « intervention précocce » ou « intervention auprès des jeunes enfants » et le terme « *agencies* » par « organisations ».

21. Le *Developmentally appropriate practice* (DAP) a été défini par la *National Association for the Education of Young Children* (NAEYC). Pour des informations additionnelles sur le DAP, on peut consulter Cavallaro et Haney (1999 : 30).

22. Le IEP ou le IFSP inclut notamment : une évaluation et une description du degré de fonctionnement de l'enfant ; les objectifs poursuivis par l'intervention, y compris des objectifs à court terme permettant d'évaluer les progrès ; la liste des services d'éducation spécialisée et autres services thérapeutiques dont l'enfant a besoin (Cavallaro et Haney, 1999 : 7).

1.4 Quelques écrits et recherches particulièrement intéressants

On remarquera à la lecture de ce texte que certains ouvrages sont fréquemment mentionnés. C'est le cas entre autres du livre publié sous la direction de Michael J. Guralnick en 2001 (a). Cet ouvrage, qui porte d'ailleurs en sous-titre *Focus on change*, fait en quelque sorte une revue des connaissances acquises jusqu'à maintenant aux États-Unis, en ce qui concerne l'intégration des jeunes enfants avec déficience dans les services de garde et les écoles préscolaires « ordinaires ». La plupart des aspects concernant l'intégration y sont abordés, par un certain nombre d'auteurs qui semblent bien être les spécialistes de ce champ de recherche.

Signalons également une recherche américaine de grande envergure, le *Early Childhood Research Institute on Inclusion* (ECRII). Contrairement à de nombreuses recherches qui l'ont précédée et qui, très souvent, étaient des projets-pilotes mis en place par des chercheurs universitaires dans le but d'étudier l'intégration dans certaines conditions précises fixées par eux, l'ECRII a emprunté une autre voie, soit d'étudier l'intégration sur la base de ce qui se pratiquait effectivement aux États-Unis. Cette recherche a été effectuée par un groupe de chercheurs américains qui, au départ, travaillaient dans quatre universités différentes aux quatre coins du pays : Californie, Maryland, Tennessee/Kentucky et Washington (Wolfberg et autres, 1999 : 70).

Dans chaque région, les chercheurs ont demandé à des administrateurs de programmes d'éducation spécialisée et de programmes *Head Start* de les aider à trouver des groupes ou des classes (en services de garde ou dans des écoles préscolaires) accueillant à la fois des enfants avec et sans déficience (Odom, 2002a : 175). Leur demande avait pour but de trouver des programmes intégratifs diversifiés à plusieurs égards : quant à l'approche d'intégration, au type d'installations dans lesquelles ils se déroulaient, à la clientèle servie (enfants et familles de diverses cultures, appartenant à différents groupes socio-économiques, habitant différents milieux [urbain, rural, banlieues]). Seize programmes intégratifs, de chacune des quatre régions des États-Unis, ont participé à la recherche, qui s'est terminée en

août 2000, après six années de travaux. Un livre intitulé *Widening the Circle*, en présentant les principaux résultats, a été publié en 2002 (Odom, 2002a). En outre, cette recherche a donné lieu à au moins une cinquantaine d'articles ou chapitres de livres au fil de son avancement.

Concernant les États-Unis, mentionnons enfin un site Internet, dédié à l'intégration des enfants de 5 ans ou moins et susceptible de fournir de la documentation de recherche pertinente, ainsi que des outils favorisant l'intégration : le *National Early Childhood Technical Assistance Center*.

Au Québec, comme on l'a vu précédemment, peu de recherches ont abordé spécifiquement l'intégration en services de garde des jeunes enfants avec déficience. Néanmoins, plus largement, il nous semble important de souligner ici la contribution de certaines recherches québécoises qui se sont penchées sur un élément crucial dans tout processus d'intégration, à savoir les relations qu'entretiennent entre elles les diverses personnes concernées. À ce propos, mentionnons d'abord une recension des écrits portant « sur la communication comme paradigme d'une véritable participation aux équipes transdisciplinaires » (Boisvert et Vincent, 2002 : 57). Cette revue de la documentation, couvrant la période 1985-2002, est en cours depuis septembre 2001 au Laboratoire départemental de recherche en communication et intégration sociale (LARCIS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

D'un intérêt indéniable pour la présente recension d'écrits, apparaissent également les travaux de Bouchard et de ses collègues, concernant les relations entre les familles de personnes avec déficience et les intervenants de différents milieux leur offrant des services. L'évolution des communications des intervenants avec les familles au cours des quatre dernières décennies fait d'ailleurs l'objet d'un article récent (Bouchard, 1999). En outre, plus proche de notre propos, une recherche a été réalisée sur le thème du partenariat et de la coopération entre les parents et les intervenants au moment de la rencontre en vue de l'élaboration du plan de services ou d'interventions de 42 enfants avec déficience (Bouchard, Talbot, Pelchat et Boudreault, 1996, 1998 ; Bouchard, 1998). De ce nombre, certains enfants fréquentaient un service de garde ; à leur

égard, les intervenants comprenaient l'éducatrice ainsi qu'un ou plusieurs spécialistes. Les résultats de la recherche sont issus de l'observation des parents et des intervenants pendant chacune de ces 42 rencontres. Le contexte théorique de cette recherche est par ailleurs présenté dans Bouchard, Pelchat et Boudreault (1996, 1999).

2. Les modalités d'intégration

Bien qu'ils concernent l'intégration en milieu scolaire et sans que soit précisé de quels pays ils émanent, l'OCDE rapporte que de multiples travaux ont bien montré que :

[...] l'intégration était un processus consistant à abandonner le principe de l'éducation dans des écoles spéciales pour celui de l'intégration à plein temps des enfants dans des classes du système normal [...] sur une base soit géographique (dans le même bâtiment), soit sociale (durant les moments non consacrés à l'enseignement proprement dit – par exemple pendant les récréations ou les activités sportives), soit fonctionnelle (dans la même salle et en suivant le même programme) [OCDE, 1999 : 21, réf. à Warnock, 1978].

2.1 Divers modèles conceptuels

Un rapport de l'OCDE de 1994 dégage différents modèles qui sous-tendent les pratiques de divers pays occidentaux concernant l'éducation spécialisée et l'intégration scolaire des enfants handicapés (rapport mentionné dans Belmont et Vérillon, 1997 : 25).

« Dans le modèle “ médical ” et le modèle de la “ pathologie sociale ”, la prise en charge ségrégative est une étape nécessaire au cours de laquelle on tente de traiter ou rééduquer le jeune handicapé pour qu'il devienne capable de se confronter aux exigences du milieu scolaire. Il n'est alors pas question de changer l'école. » (Belmont et Vérillon, 1997 : 25).

« Le modèle “ environnemental ” met l'accent sur les modifications à apporter à l'environnement et, notamment, à l'école, de façon à offrir aux enfants handicapés des conditions qui leur permettent de se développer au mieux. On reconnaît l'importance d'une intégration précoce, nécessitant des liens étroits entre les actions éducatives ordinaires et les soins spécialisés dont les enfants

ont besoin. » (*loc. cit.*). La France s'apparenterait à ce modèle²³.

« Le modèle “ anthropologique ” insiste sur le développement d'interactions de qualité avec les enfants handicapés. Dans ce modèle, expérimenté en Italie, on reconnaît aux enfants un rôle actif et on s'appuie sur l'analyse et l'utilisation des démarches personnelles qu'ils mettent en œuvre face aux difficultés rencontrées, c'est-à-dire sur leurs propres capacités d'adaptation. C'est une attitude définie comme réaliste, active, en situation et en relation. » (Belmont et Vérillon, 1997 : 25, réf. à Canevaro, 1984).

2.2 Diverses modalités de mise en œuvre

Au vu de ces différents modèles, il apparaît que l'intégration, si elle est préconisée dans un grand nombre de pays, est toutefois mise en pratique de diverses manières. Pour certains pays, l'intégration d'un enfant avec déficience signifie automatiquement son insertion dans une classe ordinaire (ex. : l'Italie), sous réserve qu'il reçoive les soins nécessaires. Dans d'autres pays, entre autres ceux où l'intégration est définie comme un « processus » (concept de *least restrictive environments* [aux États-Unis notamment]), un enfant avec déficience est considéré comme intégré « [...] chaque fois qu'il bénéficie d'une éducation dans un cadre le plus proche de la normale, passant d'une structure ségrégative à une situation moins ségrégative le rapprochant de la normale. Cette définition de l'intégration retient toutes formes intermédiaires d'intégration [...] » (Fardeau, 2000, chap. VI, section II, 2.2 : 2-3).

23. Du moins dans les deux départements étudiés par les auteurs et ce, précisent-elles, « dans la mesure où le partenariat [entre l'école et les structures de soins spécialisés] consiste essentiellement à coordonner les différents moyens mis en place, dans l'environnement de l'enfant, pour l'aider à surmonter ses difficultés » (Belmont et Vérillon, 1997 : 25).

2.2.1 Aux États-Unis

Aux États-Unis, l'intégration des jeunes enfants est généralement prise dans son sens large et fait référence aux enfants avec déficience inclus dans des services où ils ont une participation avec des enfants sans déficience, même si le degré de cette participation peut être minimal (Guralnick, 2001b : 9, réf. à Cavallaro et autres, 1998). Guralnick (2001b : 10-11) distingue ainsi quatre modèles d'intégration :

- intégration complète (*full inclusion*),
- intégration de groupes (*cluster model*),
- intégration inversée (*reverse inclusion*),
- intégration sur une base sociale²⁴ (*social inclusion*).

Une autre modalité est également présentée, soit la participation en alternance (*dual enrollment*).

Intégration complète (*full inclusion*)

Dans ce modèle, les enfants avec déficience sont des participants à part entière dans le groupe. Toutes les activités sont conçues pour être bien adaptées aux besoins des enfants et les plans d'intégration individualisés sont élaborés de manière à s'insérer dans le programme éducatif général. Tous les enfants du groupe sont sous la responsabilité de l'éducatrice, bien que, selon le nombre d'enfants ayant des besoins particuliers dans la classe ou la gravité de la déficience des enfants, des éducateurs spécialisés ou d'autres spécialistes puissent fournir des services sur une base intermittente [consultation] ou permanente [co-enseignement] (*ibid.* : 10).

Intégration de groupes (*cluster model*)

Dans ce modèle, un petit groupe d'enfants avec déficience, incluant le personnel qui lui est affecté, est greffé à un groupe existant d'enfants sans déficience.

Les enfants avec déficience sont censés participer à la plupart des activités, mais pas à toutes ;

24. Nous empruntons cette appellation en français à un ouvrage de l'OCDE (1999 : 21) rapportant ce type d'intégration.

certaines activités ne concernant qu'eux sont aussi planifiées. De plus, le groupe d'enfants avec déficience est souvent assigné à une localisation physique séparée au sein du local, habituellement une alcôve ou une autre aire physique désignée. L'éducatrice est responsable de tous les enfants, mais collabore étroitement avec l'éducateur spécialisé (co-enseignement ou consultation). Selon Guralnick (2001b : 10), ce modèle partage plusieurs caractéristiques avec le modèle de l'intégration complète et peut fonctionner de manière similaire. Cependant, l'existence de deux groupes, la présence constante d'un éducateur spécialisé et la présomption d'un engagement plus grand de celui-ci auprès des enfants avec déficience établissent immédiatement un certain degré de séparation.

Intégration inversée (*reverse inclusion*)²⁵

Ce modèle est plus ou moins l'inverse du précédent. Il se base sur un groupe d'éducation spécialisée auquel se greffe une proportion relativement faible d'enfants sans déficience (entre 25 % et 40 % du total). Le groupe est généralement sous la responsabilité d'un éducateur spécialisé et fonctionne souvent selon cette approche éducative (c'est-à-dire un enseignement plus directif, davantage d'activités en petit groupe, etc.²⁶). Des aménagements à l'intention des enfants sans déficience et des efforts pour développer des activités incluant tous les enfants peuvent créer un groupe qui affiche de nombreuses similarités avec un groupe « ordinaire ». De plus, ce modèle peut facilement intégrer des services fournis par des spécialistes. Dans la pratique, ce modèle intégratif crée des groupes dont les variations peuvent toutefois être importantes, du point de vue de la structure, du programme éducatif ou de la philosophie éducative.

Intégration sur une base sociale (*social inclusion*)

Ce modèle est celui qui entraîne le moins de contacts entre enfants avec et sans déficience. Bien

25. Certains auteurs désignent également ce modèle par l'appellation « *early childhood special education inclusive program* » (McWilliam, Wolery et Odom, 2001 : 505).

26. Ces éléments seraient caractéristiques de l'approche de l'éducation spécialisée selon McWilliam, Wolery et Odom (2001 : 505).

qu'ils soient dans le même environnement physique (service de garde, école, etc.), le groupe d'enfants sans déficience et celui d'enfants avec déficience occupent des locaux distincts et ont du personnel distinct. En conséquence, les programmes, les philosophies éducatives et les autres aspects du service dispensé sont probablement fort différents entre les deux groupes. Des contacts planifiés entre les deux groupes se produisent généralement durant les jeux libres ou durant les récréations et sont censés fournir des occasions d'interactions sociales entre les deux groupes d'enfants.

Participation en alternance (*dual enrollment*)

Cette dernière modalité d'intégration présentée par Guralnick (2001b : 11) implique la participation des enfants avec déficience à deux types de services en alternance : à certaines heures de la journée ou à certains jours de la semaine, ils fréquenteront un programme d'éducation spécialisée, aux autres moments, ils fréquenteront un service de garde. Selon l'auteur, la participation en alternance crée des occasions éducatives et de développement qui peuvent être très différentes selon les cas. D'une part, la plupart du temps, le programme d'éducation spécialisée est conventionnel (non intégratif, notamment) et tous les services spécialisés sont fournis dans ce contexte. D'autre part, le programme intégratif complémentaire est souvent un service axé davantage sur la garde que sur l'éducation des jeunes enfants, peu préparé à accueillir un enfant avec déficience, n'ayant ni les connaissances requises ni du personnel bien formé. En outre, fréquemment, le service de garde n'est pas engagé, ou peu, dans le plan de développement global de l'enfant. Enfin, entre les deux programmes, une communication efficace est extrêmement difficile à réaliser (*loc. cit.*, réf. à Donegan, Ostrosky et Fowler, 1996). Pour d'autres informations, on peut aussi consulter Cavallaro et Haney (1999 : 98).

2.2.2 En France

L'existence de plusieurs modalités intégratives est attestée ailleurs qu'aux États-Unis. Ainsi, en France, on distingue deux formes d'intégration.

D'une part, l'intégration collective, qui consiste à regrouper dans une même classe des enfants avec déficience (classes d'intégration scolaire – CLIS) et ce, au sein d'une école ordinaire ; on escompte que les élèves de la CLIS participent à des actions intégratives communes avec les autres enfants de l'école (Gillig, 1999 : 80). D'autre part, l'intégration individuelle, selon laquelle un ou des enfants sont intégrés dans une classe ordinaire suivant diverses modalités : intégration avec soutien extérieur à l'école ; intégration avec soutien intégré à l'école ; intégration individuelle avec auxiliaires d'intégration (*ibid.*, 1999 : 198 et suivantes). De plus, en France, ces intégrations scolaires (ce qui inclut l'école maternelle) peuvent se faire selon diverses modalités : accueil individuel, accueil en petit groupe, dans l'école du secteur, dans une autre par dérogation, intégration partielle, totale, en alternance avec l'établissement spécialisé, accompagnement par un service de soins et de soutien spécialisés (*ibid.*, 1999 : 138).

2.3 La prestation de services spécialisés dans un contexte d'intégration

L'intégration des jeunes enfants dans des services de garde ou des écoles préscolaires « ordinaires » nécessite qu'ils puissent recevoir les services spécialisés dont ils ont besoin (interventions relevant de l'éducation spécialisée, thérapies diverses telles que physiothérapie, orthophonie, etc.). Selon le mode traditionnel de prestation de services spécialisés, le thérapeute fournissait individuellement à chaque enfant, dans son cabinet ou dans une salle prévue à cet usage, l'intervention nécessaire dans le cadre de sa spécialité. Si un enfant avait besoin de plusieurs types de thérapies, chaque thérapeute procédait ainsi, indépendamment de ses collègues d'autres disciplines. L'émergence du mouvement intégratif a remis en question ce cloisonnement entre services spécialisés et services généraux (c'est-à-dire la garde éducative). On a cherché des façons pouvant permettre d'offrir des services spécialisés mieux intégrés : l'accent s'est alors déplacé vers la prestation de services en contexte et en collaboration avec des partenaires (éducatrices, parents, éducateurs spécialisés, autres spécialistes).

En outre, l'émergence d'une nouvelle approche est étroitement liée au mouvement intégratif. Selon Beckman, Hanson et Horn (2002 : 99), en effet, la prestation de services dans une perspective davantage centrée sur la famille, ainsi que l'intégration, constituent les deux grands mouvements de fond ayant marqué l'évolution de l'éducation spécialisée s'adressant aux jeunes enfants avec déficience.

2.3.1 Diverses formules de prestation des services spécialisés

La prestation de services spécialisés peut se faire de diverses manières, une première distinction étant qu'ils peuvent être dispensés à l'intérieur de la classe ou en dehors de celle-ci. Soucieux d'aller au-delà de cette simple dichotomie et de rendre compte plus adéquatement des diverses modalités possibles, McWilliam (1996b : 161-162) a dégagé pour sa part six modèles de prestation de services spécialisés. Ces modèles qu'il présente en continuum, du modèle le moins intégré (méthode traditionnelle) à un modèle complètement intégré (thérapie individuelle, mais intégrée dans les activités courantes de la classe) pour se terminer par un modèle dans lequel le thérapeute n'a pas de contacts directs avec l'enfant (consultation), sont présentés et caractérisés au tableau qui suit.

À ces six modèles, il faut ajouter le co-enseignement (*team-teaching*), qui permet de pratiquer des interventions en éducation spécialisée à l'intérieur de la classe. Cette pratique, souvent mentionnée dans la documentation américaine, sous-entend habituellement une enseignante et un éducateur spécialisé qui partagent la responsabilité d'une classe intégrative. Les deux intervenants planifient ensemble les activités quotidiennes pour l'ensemble des enfants, mais l'éducateur spécialisé peut aussi faire des interventions spécialisées dans le cadre d'un petit groupe tout autant qu'à l'intérieur des activités courantes de la classe (McWilliam, Wolery et Odom, 2001 : 505).

À la suite de ce portrait général des diverses formules de prestation de services spécialisés et de manière à faciliter la compréhension des thèmes subséquents de cette recension, des informations additionnelles nous semblent nécessaires pour bien situer le propos. Nous abordons d'abord, à la section suivante, les deux formules de prestation les plus intégratives d'après le classement de McWilliam. Puis, nous nous intéressons au travail d'équipe, celui-ci sous-tendant en effet la plupart des formules de prestation de services aux enfants avec déficience, compte tenu du recours habituellement nécessaire à des interventions relevant de différentes disciplines. Enfin, nous présentons quelques éléments de l'approche dite centrée sur la famille.

Description de six modèles de prestation de services spécialisés, en continuum, du plus ségrégatif au plus intégratif

Modèle	Lieu	Orientation de la thérapie	Contexte	Pairs	Rôle de l'éducatrice
Individuel à l'extérieur (<i>individual pull-out</i>)	Dans la salle de thérapie ou un autre endroit à part de la classe régulière	Directement et exclusivement sur le fonctionnement de l'enfant, habituellement sur les sphères des plus grands besoins	Peut varier de l'apprentissage formel (<i>drill to work</i>) à l'intervention basée sur le jeu ; déterminé par le thérapeute	Non présents	Fournir de l'information avant la thérapie et recueillir l'information après la thérapie
Petit groupe à l'extérieur (<i>small-group pull-out</i>)	Dans la salle de thérapie ou un autre endroit à part de la classe régulière	Directement sur le fonctionnement de ou des enfants ayant des besoins particuliers ; une certaine attention aux enfants sans besoin particulier s'il y en a qui sont présents	Peut varier de groupe d'apprentissage formel (<i>drill to work</i>) à l'intervention basée sur le jeu ; déterminé par le thérapeute	Un à six pairs présents, tous ou quelques-uns d'entre eux ayant des besoins particuliers	Fournir de l'information avant la thérapie et recueillir l'information après la thérapie, établir l'horaire des séances de groupe, décider avec le thérapeute quels pairs vont participer

Les modalités d'intégration

Description de six modèles de prestation de services spécialisés, en continuum, du plus ségrégatif au plus intégratif (suite)

Modèle	Lieu	Orientation de la thérapie	Contexte	Pairs	Rôle de l'éducatrice
Individuel, dans la classe (<i>one-on-one in classroom</i>)	Dans la classe, souvent à part des autres enfants	Directement et exclusivement sur le fonctionnement de l'enfant, habituellement sur les sphères des plus grands besoins	Initiative du thérapeute ou de l'enfant, non liée aux activités simultanées et concurrentes qui se déroulent dans la classe	Présents dans la classe, mais non engagés dans la thérapie	Diriger les activités et jouer avec les autres enfants, faire en sorte que les enfants ne dérangent pas la thérapie ; rarement, surveiller la séance de thérapie ; fournir de l'information avant la thérapie et recueillir l'information après la thérapie
Activité de groupe (<i>group activity</i>)	Dans la classe, en petit ou en grand groupe	Sur tous les enfants dans le groupe et sur les interactions entre les pairs, accent mis sur la réponse aux besoins particuliers d'un ou de plusieurs enfants	Initiative du thérapeute ou de l'enfant ; peut être planifié avec l'éducatrice	Tous les enfants dans le groupe ou quelques-uns parmi eux ont des besoins particuliers	S'il s'agit d'un petit groupe, diriger les activités et jouer avec les autres enfants ; si possible, surveiller le groupe du thérapeute ou y participer S'il s'agit d'un grand groupe, surveiller les activités du groupe ou y participer Participer à la planification de l'activité du grand groupe et, si possible, à celle du petit groupe
Individuel, intégré à la routine (<i>individual during routine</i>)	Dans la classe, partout où se trouve l'enfant visé par la thérapie	Directement sur l'enfant visé, mais pas exclusivement	Routines en cours dans la classe, incluant des activités structurées, de l'entraide (<i>self-help</i>), des jeux libres, des jeux à l'extérieur ; principalement lié à l'initiative des enfants	Habituellement présents	Planifier et diriger l'activité (incluant les jeux libres) incluant l'enfant visé, observer les interactions du thérapeute avec l'enfant, fournir de l'information avant la thérapie, échanger de l'information avec le thérapeute après la routine
Consultation (<i>consultation</i>)	Dans la classe ou à l'extérieur de la classe	Sur l'éducatrice, relativement aux besoins de l'enfant ; peut varier du modèle d'expert à un modèle collégial	Le thérapeute ou l'éducatrice propose les sujets à aborder : les inquiétudes, les priorités, les recommandations	Présents si la consultation se passe dans la classe ; non présents si elle se passe en dehors de la classe	Échanger de l'information et de l'expertise avec le thérapeute, aider à planifier les futures séances de thérapie, donner et recevoir les réactions (<i>feed-back</i>), favoriser le partenariat avec le thérapeute

Source : McWilliam, 1996b : 161-162, tableau 1 [notre traduction].

2.3.2 Les deux formules de prestation les plus intégratives

2.3.2.1 La consultation

La consultation, la formule de prestation de services la plus intégrée selon McWilliam, occupe un statut particulier : le thérapeute n'exerce pas d'intervention directe auprès de l'enfant. Il s'agit là d'un changement important dans la pratique de l'intervention des spécialistes dont les écrits font largement écho.

Mais d'abord, qu'est-ce que la consultation ? De façon large, elle peut être définie comme étant « [...] un modèle de prestation de services indirects dans lequel un consultant (physiothérapeute, orthophoniste, éducateur spécialisé, etc.) et la personne qui le consulte (parent, éducatrice) travaillent ensemble autour d'un objectif commun » (Buisse et Wesley, 2001 : 268) [notre traduction], réf. à Brown, Pryzwansky et Schulte, 1998 ; Coleman et autres, 1991 ; Buisse et autres, 1994 ; Wesley, 1994). De plus, la consultation est définie en tant que processus. Bien que le processus puisse varier selon le modèle de consultation adopté, les étapes de la consultation sous-entendent généralement :

- de construire un rapport et d'établir des relations avec un destinataire (*consultee*) ;
- de préciser la nature du problème ou de définir des objectifs ;
- de déterminer les stratégies pour répondre aux besoins ;
- d'implanter ces stratégies ;
- de les évaluer (*loc. cit.*).

La documentation distingue divers modèles de consultation²⁷, notamment selon l'objectif de l'intervention du consultant. Les rôles joués par le consultant et le destinataire dans chaque cas et

ce, aux différentes étapes du processus, découlent de cet objectif. Le tableau présenté par Buisse et Wesley (2001 : 270, citant Babcock et Pryzwansky, 1983) montrent ainsi quatre modèles :

- le modèle expert,
- le modèle médical,
- le modèle en santé mentale,
- le modèle de collaboration.

Dans le modèle expert, le consultant détermine le problème, planifie une intervention pour le résoudre et implante celle-ci. Dans le modèle médical, le consultant détermine le problème et fait des recommandations à mettre en œuvre par le destinataire. Dans le modèle en santé mentale, l'objectif du consultant est d'augmenter l'habileté du destinataire à composer avec un problème semblable à l'avenir. Le consultant aide le destinataire à déterminer le problème, à planifier un mode d'intervention que le destinataire appliquera ensuite. Dans le modèle de collaboration, le consultant et le destinataire travaillent ensemble à toutes les étapes du processus, les interventions recommandées pouvant être mises en œuvre par l'un et l'autre. De plus, ils font ensemble le suivi de l'intervention et modifient celle-ci au besoin.

Si tous ces modèles de consultation demandent une collaboration entre les partenaires, on constate aisément une augmentation progressive du degré de collaboration nécessaire entre le premier modèle (expert) et le dernier (de collaboration).

La consultation de collaboration

Le meilleur modèle à utiliser dans le cas de l'intégration des jeunes enfants en services de garde serait la consultation de collaboration. Selon Buisse et Wesley (2001 : 271), plusieurs études ont montré que les spécialistes et autres professionnels ont une préférence pour ce modèle en matière de consultation (réf. à Buisse et autres, 1994 ; Babcock et Pryzwansky, 1983 ; Schulte, Osborne et Kauffman, 1993). Pour sa part, Bruder (1996 : 37), faisant référence sensiblement aux mêmes auteurs, mentionne que l'évidence suggère que les éducatrices et les éducateurs spécialisés préférèrent un modèle de collaboration plutôt qu'un modèle expert (réf. à Babcock et Pryzwansky, 1983 ; Buisse et autres, 1994 ; Pryzwansky et White, 1983).

27. Un modèle de consultation se situant à un autre niveau est également présenté par Buisse et Wesley (2001 : 268), soit la consultation organisationnelle (*organizational consultation*). Ce modèle se penche sur les problèmes complexes et les solutions potentielles du point de vue des systèmes (ex. : fonctionnement interne d'un service de garde, d'une organisation de services sociaux, relations entre les deux, etc.).

La consultation de collaboration a été définie comme suit :

Un processus interactif qui rend des personnes ayant diverses expertises capables de trouver des solutions créatives à des problèmes mutuellement définis. Le principal résultat attendu de la consultation de collaboration est de procurer aux étudiants ayant des besoins particuliers des programmes complets et efficaces dans le contexte le plus approprié, les rendant ainsi capables d'établir les interactions constructives maximales avec leurs pairs non handicapés (Idol, Paolucci-Whitcomb et Nevin, 1986 : 1, cités dans Bruder, 1996 : 37 [notre traduction]).

Les spécialistes, lorsqu'ils agissent comme consultants auprès des parents, des éducatrices ou d'autres professionnels, sont appelés à porter plusieurs chapeaux, selon le rôle particulier qu'ils assument. Parmi ces différents rôles d'un consultant, on retrouve ceux de conseiller, médiateur, observateur, évaluateur, instructeur, enseignant, conseiller technique, partenaire, modèle, expert (Buysse et Wesley, 2001 : 272, réf. à Champion et autres, 1990). De plus, selon les étapes du processus de consultation, ce rôle peut varier.

Si on revient aux modèles de prestation de services spécialisés présentés au tableau précédent, dans le modèle dit « consultation », la thérapie sera intégrée dans les activités courantes de la classe et dispensée par l'éducatrice, après consultation entre elle et le thérapeute sur la meilleure façon de faire et à quel moment.

2.3.2.2 *La thérapie individuelle intégrée à la routine (dispensée par le thérapeute)*

La différence entre ce modèle et le précédent (consultation) porte essentiellement sur le fait que c'est le thérapeute, et non l'éducatrice, qui dispense la thérapie à l'enfant en classe. Comme la thérapie est intégrée aux activités courantes de la classe, ce modèle demande donc une grande collaboration entre le thérapeute et l'éducatrice, collaboration qui peut très bien prendre la forme d'une consultation de collaboration.

2.3.3 *Le travail en équipe*

La documentation, peu importe dans quelle discipline, reconnaît généralement plusieurs formes d'équipes. Traditionnellement, dans le champ de l'intervention auprès de jeunes enfants, on établit les types d'équipes suivants : l'équipe multidisciplinaire, l'équipe interdisciplinaire et l'équipe transdisciplinaire (Bruder, 1996 : 34-35). Ces types d'équipes diffèrent à la fois dans la description du rôle des membres et dans leur style de fonctionnement.

Dans une équipe multidisciplinaire, les membres travaillent de façon indépendante, chacun en fonction de sa spécialité. Chaque membre effectue une évaluation des besoins de l'enfant en regard de sa discipline et lui fournit des services directs. L'intégration et la collaboration sont minimales entre les disciplines, les membres ne faisant que se rencontrer en groupe épisodiquement, pour partager leurs résultats d'évaluation et leur rapport sur les progrès de l'enfant (Bruder, 1996 : 35 ; Wilson, 1998 : 134 ; Ogletree, 1999 : 4). Selon Bruder (1996), ce type d'équipe est le moins efficace pour les enfants et pour les familles recevant des services spécialisés dans un service de garde.

Dans une équipe interdisciplinaire, chaque membre fournit, indépendamment des autres, une évaluation des besoins de l'enfant dans le cadre de sa spécialité, ainsi que les interventions qui sont nécessaires. Il y a cependant un engagement formel entre les membres à partager l'information dans le contexte des processus d'évaluation des besoins, de planification et d'intervention. Ainsi, bien que chaque membre voie l'enfant selon la perspective de sa discipline propre, les perspectives multiples sont intégrées dans un plan d'intervention holistique (Bruder, 1996 : 35). Selon Bruder, ce type d'équipe se prête mieux à une intervention en services de garde que les équipes multidisciplinaires, dès lors que l'éducatrice agit comme coordonnatrice des services.

L'équipe transdisciplinaire rapproche davantage les professionnels et les disciplines, son but étant de mettre en commun et d'intégrer l'expertise de ses membres de manière à promouvoir une prestation de services plus efficace et complète. Il s'agit, d'une certaine façon, d'une unité

collective de prestation de services. Les membres se partagent les rôles et peuvent même combiner leurs évaluations et leurs thérapies, de sorte que n'importe quel membre puisse assumer la responsabilité de la thérapie et accomplir des tâches habituellement associées à une discipline autre que la sienne [notion de « *role release*²⁸ »]. Pour ce, les membres de l'équipe s'engagent à se donner entre eux la formation nécessaire pour assurer le développement continu des habiletés de chacun (Bruder, 1996 : 35 ; Wilson, 1998 : 135 ; Ogletree, 1999 : 4).

L'équipe transdisciplinaire a été reconnue comme étant idéale pour l'élaboration et la prestation de services à des jeunes enfants recevant des services dans n'importe quel environnement (Bruder, 1996 : 35, réf. à Garland et Linder, 1994 ; Hanson et Hanline, 1989 ; Linder, 1993 ; McGonigel et Garland, 1988 ; McGonigel et autres, 1994). Deux postulats fondamentaux sous-tendent le modèle de l'équipe transdisciplinaire : a) le développement des enfants doit être vu comme intégré et interactif ; b) les services aux enfants doivent être fournis dans le contexte de la famille [approche dite « *family-centered* »] (Bruder, 1996 : 35-36, réf. à McGonigel et autres, 1994).

L'approche de l'équipe transdisciplinaire suppose un degré de collaboration plus élevé que les autres types d'équipes, c'est-à-dire l'établissement, pour reprendre les termes de Bouchard, Pelchat et Boudreault (1996 : 23), d'un partenariat entre ses membres. De plus, la coopération est inhérente à l'équipe transdisciplinaire parce qu'il est demandé aux membres de l'équipe de partager les responsabilités. En conséquence, il y a une diminution du nombre de personnes qui

interagissent avec l'enfant au quotidien (Bruder, 1996 : 36). Ainsi, la prestation de services spécialisés dans le cadre d'une équipe transdisciplinaire se fera généralement suivant les deux modèles les plus intégratifs établis par McWilliam (1996b), c'est-à-dire les modèles dans lesquels la thérapie est intégrée aux activités courantes de la classe et dispensée soit par l'éducatrice (consultation), soit par le thérapeute²⁹.

2.3.4 L'approche centrée sur la famille

Au début des années 1980, l'émergence d'une nouvelle approche dite centrée sur la famille est attribuable à l'insatisfaction tant des professionnels que des parents concernant les relations qu'ils entretenaient entre eux, ainsi qu'à la pression exercée par les parents, collectivement et individuellement, pour être écoutés par les professionnels et davantage mis à contribution auprès de leur enfant (Schulz et Fisher, 1999 : 14). Ainsi, l'approche centrée sur la famille repose sur la croyance en l'importance d'établir entre les professionnels et les familles des relations sur la base desquelles ils puissent travailler (Winton, 1996 : 50). Elle s'appuie également sur la prémisse que la famille est la force centrale et la plus durable dans la vie de l'enfant (Bruder, 1993 : 27) et, en ce sens, elle préconise une approche holistique, c'est-à-dire mettant l'accent sur l'ensemble de la famille et non seulement sur l'enfant (Howard et autres, 2001 : 436).

Les principes fondamentaux de cette approche, tels qu'ils sont rapportés par Winton (1996 : 50 [notre traduction], réf. à Dunst, Trivette et Deal, 1988 ; McGonigel, Kaufmann et Johnson, 1991 ; Shelton, Jeppson et Johnson, 1989) sont les suivants :

- les familles et les professionnels devraient fonctionner comme partenaires dans la prise de décision concernant les processus d'évaluation des besoins et de l'intervention ;

28. L'assouplissement du rôle (*role release*) renvoie à la transgression ou au dépassement systématique des frontières traditionnelles des disciplines par les membres de l'équipe (Bruder, 1996 : 36, réf. à Orelove et Sobsey, 1991). Il implique l'abandon de certaines fonctions traditionnellement associées à une discipline spécifique. Par exemple, le physiothérapeute peut donner de la formation et du soutien à l'éducatrice pour qu'elle soit capable de prodiguer la plupart des interventions « manuelles » à un enfant ayant des troubles moteurs [...] (Bruder, 1996 : 36). Pour les spécialistes, à l'inverse, l'intégration implique qu'ils ont à fournir des services non spécialisés aux enfants, comme de changer le pansement adhésif d'un enfant, de nettoyer les tables après une activité, etc. (McWilliam, 1996a : 8).

29. Selon Bruder (1996 : 37), un mode de prestation de services moins intégré, plus axé sur l'intervention relative à une discipline en particulier, peut parfois être utilisé par une équipe transdisciplinaire. Pour l'équipe, la question est alors de décider ensemble de la nécessité clinique d'une intervention moins intégrée et du maintien des stratégies de consultation de collaboration par tous les membres de l'équipe.

- les priorités des familles et leurs intérêts devraient guider les décisions concernant l'évaluation des besoins et l'intervention ;
- les professionnels devraient se montrer sensibles aux différences individuelles des familles en matière de valeurs, de croyances et de styles de vie ;
- dans le processus d'intervention, l'accent devrait être mis sur la promotion et le renforcement des intérêts et du style de vie des familles et des enfants.

La notion d'appropriation (*empowerment*) par les familles est inhérente à l'approche centrée sur la famille. L'appropriation par les familles est « un processus à travers lequel des individus acquièrent des habiletés pouvant leur permettre d'influencer les gens et les organisations qui affectent leur vie et la vie de ceux dont ils prennent soin » (Vanderslice, 1984 [notre traduction], cité dans Howard et autres, 2001 : 436)³⁰. Le concept d'appropriation signifie généralement de promouvoir l'accès aux ressources, la compétence et l'auto-détermination (Howard et autres, 2001 : 436, réf. à Heflinger et Bickman, 1997).

En bref

Dans la majorité des pays occidentaux, le mouvement en faveur de l'intégration dans les milieux de vie « ordinaires » des jeunes enfants avec déficience constitue une tendance de fond. Sa mise en œuvre peut cependant prendre différentes formes : intégration complète, ou encore intégration partielle selon divers degrés de participation conjointe avec les enfants de même âge sans déficience. Associée à ces différentes modalités d'intégration, l'offre de services spécialisés, souvent nécessaire aux enfants avec déficience, peut être intégrée au milieu de vie d'accueil à divers degrés, allant de services dispensés à l'extérieur du service de garde (ou de l'école préscolaire) à des services fournis dans le contexte des activités courantes du groupe-classe.

30. Une autre définition de ce terme est proposée par Bouchard, Pelchat et Boudreault (1996 : 24) : « L'appropriation (*empowerment*) renvoie à l'acquisition du sentiment de compétence et de confiance en ses ressources nécessaire à la famille pour participer de façon originale au soutien de ce proche [atteint d'incapacités], pour coopérer avec les services professionnels de l'adaptation et de la réadaptation et pour devenir partenaire des différents intervenants professionnels ». De plus, les auteurs définissent ainsi un autre terme qui lui est associé : « L'autodétermination de la famille dans la prise en charge réfère à l'habileté à se rendre capable (*enabling*) d'assumer la responsabilité de décider, de préciser ses besoins et ses objectifs d'intervention, son rôle et d'indiquer la façon dont elle entend développer, éduquer, collaborer à l'adaptation ou à la réadaptation de ce proche atteint d'incapacités. » (*loc. cit.*).

3. Les principaux obstacles à l'intégration

L'intégration des jeunes enfants avec déficience dans les services de garde et les écoles préscolaires « ordinaires » représente un défi tant pour les organisations (services de garde, écoles, organisations offrant des services spécialisés) que pour les personnes concernées (parents, éducatrices, éducateurs spécialisés, spécialistes, administrateurs à différents niveaux). Quoique la tendance de fond soit de promouvoir l'intégration, on peut observer dans la pratique des résistances et des obstacles, d'ordre matériel, humain et logistique.

De nombreuses recherches se sont penchées sur le sujet ; leurs résultats sont essentiellement basés sur la perception de l'existence de tels obstacles et leur reconnaissance par les différents groupes de personnes engagées dans le processus intégratif.

Or, la perception des uns et des autres ne concorde pas nécessairement toujours. Toutefois, selon Buysse, Wesley et Keyes (1998 : 170), bien qu'ils soient conceptualisés et présentés de manière légèrement différente, les obstacles relevés dans diverses études (Odom et McEvoy, 1990 ; Smith et Rose, 1993, 1994 ; Wolery, Huffman, Holcombe, Brookfield, Martin et autres, 1994) étaient généralement cohérents avec les thèmes ou catégories d'obstacles rapportés pour la première fois par Peck, Hayden, Wandschneider, Peterson et autres (1989), c'est-à-dire des problèmes relatifs à la préparation en vue de l'intégration, au caractère adéquat des ressources et aux conflits potentiels entre les divers partenaires (Buysse, Wesley et Keyes, 1998 : 170).

Dans cette partie, nous présentons d'abord les résultats d'une étude qui s'est attardée aux obstacles perçus conjointement par l'ensemble des acteurs concernés. Nous aborderons ensuite plus en détail les différents obstacles relevés dans la documentation.

3.1 Des obstacles communs perçus par tous

Selon Buysse, Wesley et Keyes (1998 : 170), les différences dans la manière dont les obstacles sont perçus par les divers groupes dépendent d'une combinaison de facteurs incluant les expériences personnelles et les croyances concernant la déficience et l'intégration, le rôle professionnel et les idées sous-tendant la pratique professionnelle dans les diverses disciplines. Un second facteur pouvant expliquer l'obtention de résultats différents parmi les recherches effectuées auprès de divers groupes est, selon ces mêmes auteurs, l'utilisation de deux méthodes de recherche distinctes, qualitative ou quantitative³¹, ce qui rend difficile la tâche d'intégrer les résultats et d'en tirer des conclusions. De plus, si sensiblement les mêmes thèmes ressortent de différentes études, il n'y a toutefois pas unanimité sur la question de savoir quels obstacles se révèlent les plus problématiques (*loc. cit.*).

Devant ce constat d'hétérogénéité relative entre les études, Buysse, Wesley et Keyes (1998 : 171) ont élaboré un outil de mesure visant à déterminer les obstacles qui sont communs dans la perception des uns et des autres et à juger de l'importance commune qu'ils y accordent. Plus précisément, le but de leur étude était d'examiner les propriétés psychométriques d'une échelle de classement représentant une approche alternative, pour évaluer à la fois la présence et

31. La première méthode implique l'analyse de résultats d'entrevues qualitatives afin d'élaborer des catégories d'obstacles et d'émettre des hypothèses pour interpréter les résultats (Buysse, Wesley et Keyes, 1998 : 171, réf. à Peck, Hayden, Wandschneider, Peterson et autres, 1989). La seconde approche, qui est employée plus fréquemment, utilise un format d'enquête consistant à utiliser, soit des réponses ouvertes (ex. : demander aux répondants de lister trois obstacles), soit une liste d'obstacles élaborée *a priori* par le chercheur et auxquels les participants à l'étude répondent par oui ou par non (*loc. cit.*, réf. à Smith et Rose, 1993, 1994 ; Wolery, Huffman, Holcombe, Brookfield, Martin et autres, 1994).

l'importance des obstacles et des soutiens relevés dans les recherches précédentes. L'enquête a été effectuée en Caroline du Nord auprès de 201 administrateurs et fournisseurs de services directs dans les champs de l'intervention précoce, de la petite enfance et de l'éducation spécialisée, et auprès de 287 parents d'enfants avec déficience (de 0 à 5 ans) ayant reçu des services. Diverses étapes d'analyses statistiques effectuées sur les données recueillies ont débouché sur les résultats suivants :

Obstacles communs³² perçus par les différents groupes de personnes engagées dans l'intégration, classés par catégorie et par ordre décroissant d'importance (Buysse, Wesley et Keyes, 1998 : 175-177 [notre traduction]).

Qualité des services de garde ou des écoles préscolaires

Cette catégorie regroupe des obstacles relatifs à différents aspects de la classe :

- nombre insuffisant d'éducatrices dans chaque groupe ;
- le fait qu'il s'agit d'un grand groupe ;
- formation et préparation inadéquates des spécialistes ;
- formation et préparation inadéquates du personnel de garde ;
- classes inadéquates pour les enfants avec déficience ;
- manque de temps pour la planification et la coordination des services.

Ressources de la communauté

Cette catégorie fait référence à la disponibilité des ressources dans la communauté :

- options de garde limitées ;

- manque de moyens de transport ;
- nombre insuffisant de services de garde de qualité ;
- normes gouvernementales d'accréditation des services de garde trop basses (l'accréditation est faite par chaque État américain).

Coordination et intégration des services pour les enfants avec déficience et leurs familles

Cette troisième catégorie concerne les obstacles relatifs à la prestation de services spécialisés dans un service de garde ordinaire :

- familles non engagées dans la planification des services spécialisés ;
- manque de communication avec les familles ;
- manque de supervision et de soutien fournis au personnel de garde ;
- normes gouvernementales relatives aux services de garde ne permettant pas de tenir compte des besoins particuliers des jeunes enfants avec déficience ;
- manque de temps pour la planification et la coordination des services ;
- manque de services spécialisés.

Une quatrième catégorie d'obstacles se rapportant aux attitudes et aux croyances des répondants est également ressortie d'une première analyse statistique effectuée auprès des administrateurs et fournisseurs de services, mais elle n'a pas été incluse dans les analyses subséquentes en raison d'une faible cohérence interne. Cependant, comme le soulignent les auteurs :

Ce résultat ne doit pas être mal interprété et suggérer que les attitudes et les croyances ne représentent pas un obstacle significatif au regard de l'intégration. [...] Les résultats de cette étude indiquent plutôt que les aspects concernant les attitudes et croyances figurant sur l'échelle de classement ne peuvent être réduits à un facteur simple, peut-être parce que les attitudes et les croyances des répondants sont très larges et sont plus influencées que les autres facteurs par les expériences et les rôles individuels relatifs à l'intégration. Une autre explication possible serait que les obstacles

32. De fait, il s'agit des résultats issus des premières analyses effectuées sur les données collectées auprès des administrateurs et des fournisseurs de services (présentés dans le tableau 3, p. 175), mais dont l'analyse subséquente à partir des données recueillies auprès des parents a confirmé la cohérence, sauf en ce qui concerne le manque de temps pour la planification et la coordination des services, qui n'est pas ressorti comme variable significative dans le cas des parents (Buysse, Wesley et Keyes, 1998 : 182).

Les principaux obstacles à l'intégration

soumis à l'appréciation des répondants ne reflétaient pas correctement leur vision (*ibid.* : 181) [notre traduction].

Tout en représentant un obstacle à l'intégration, les attitudes et les croyances n'ont donc tout simplement pas pu être hiérarchisées par rapport à d'autres obstacles, en raison d'un manque de convergence entre les divers groupes de personnes interrogées quant à leur nature et à leur importance.

3.2 Des obstacles relatifs à différents aspects de la classe

Composition et taille des groupes

Les parents comme les professionnels ayant participé à l'étude de Wesley, Buysse et Tyndall (1997 : 446) ont mentionné le grand nombre d'enfants dans les classes et le ratio enfants-éducatrices élevé parmi les obstacles à l'intégration. De son côté, McWilliam (1996b : 152) fait remarquer que certaines éducatrices aiment que les enfants quittent la classe pour recevoir leur thérapie ; pour celles-ci en effet, le départ temporaire d'un enfant allège le problème de sureffectifs, diminue le nombre d'enfants dont elles ont à s'occuper et, quelquefois, fait en sorte que l'enfant ayant le comportement le plus difficile quitte la classe pour un moment. À l'inverse, si la thérapie a lieu en classe, on considère dans certains programmes qu'un adulte supplémentaire dans la classe ajoute tout simplement au surpeuplement.

Contexte du local d'accueil inadéquat pour les enfants avec déficience

À l'endroit des spécialistes, McWilliam (1996b : 150) mentionne comme un désavantage potentiel de la thérapie intégrée³³ le fait que certains contextes peuvent être inadéquats pour leur pratique, comme une classe bondée, des enfants indisciplinés ou une classe dépourvue de matériel suffisant. Il ajoute que ces situations néces-

sitent que les spécialistes interviennent auprès des responsables (au niveau de la classe ou du service de garde), rôle auquel ils ne sont pas habitués.

Formation et préparation inadéquates du personnel de garde

Le programme de formation des éducatrices est peu susceptible de les avoir préparées adéquatement à s'occuper d'enfants avec déficience (Morgan et autres, 1993, mentionnés dans Erwin et autres, 2001 : 149). En outre, la plupart des États américains n'exigent qu'une formation minimale ; dans certains États, les exigences d'embauche des éducatrices se bornent à trois points : avoir 18 ans, avoir un permis de conduire et avoir été soumises à une vérification de leurs antécédents judiciaires (Erwin et autres, 2001 : 149). Considérant la situation québécoise au début des années 1990, Terrisse et Nadeau (1994 : 136-137) s'interrogeaient alors sur le bien-fondé de l'intégration en services de garde, entre autres en raison du manque de formation des éducatrices³⁴. Par ailleurs, élargissant le propos, Bricker (2000 : 18) souligne, du côté des éducatrices, l'obstacle important à l'intégration que constitue le manque d'habiletés nécessaires pour gérer les comportements et l'apprentissage d'un groupe d'enfants ayant des besoins diversifiés.

Déjà, des études plus anciennes avaient désigné le manque de formation comme un obstacle à l'intégration. C'est le cas notamment de la recherche de Peck, Hayden, Wandschneider, Peterson et

33. La thérapie intégrée signifie que l'intervention spécialisée ou la thérapie est prodiguée à l'enfant avec déficience à l'intérieur de la classe où il est intégré avec ses pairs sans déficience.

34. Il va sans dire que les auteurs considéraient la situation existant au Québec avant l'adoption des Nouvelles dispositions de la politique familiale de 1997 et, donc, avant l'implantation des centres de la petite enfance et des modifications à la réglementation concernant les exigences relatives à une augmentation du nombre d'éducatrices et d'éducateurs diplômés dans les centres de la petite enfance – volet installation – et dans les garderies. De plus, l'analyse des besoins particuliers d'un ou d'une enfant, dont ceux de l'enfant handicapé, constitue désormais une des compétences à acquérir en techniques d'éducation à l'enfance dans le cadre du diplôme d'études collégiales (DEC). Répertoire des programmes et des cours de l'enseignement collégial (site Internet : <http://www.meq.gouv.qc.ca/ens-sup/ENS-COLL/Cahiers/cahiers.asp>).

autres (1989), sur la base d'entrevues conduites auprès d'administrateurs, d'éducatrices et de parents engagés dans le développement d'un programme intégratif à Washington (résultats rapportés par Lieber et autres, 2000 : 85), ainsi que de celle de Smith et Rose (1993), d'après une enquête nationale menée auprès d'administrateurs, de fournisseurs de services et de parents (résultats mentionnés dans Buysse, Wesley et Keyes, 1998 : 170) et de celle de Odom et McEvoy (1990, résultats rapportés par Wolery, 1996 : 201).

Plus récemment, le manque de formation des éducatrices, surtout lorsqu'il leur est demandé d'accueillir des enfants avec des déficiences plus lourdes, a été rapporté comme un obstacle dans de nombreuses études utilisant des échantillons et des méthodologies différentes (Odom et Bailey, 2001 : 269, réf. à Buysse et autres, 1996 ; Eiserman et autres, 1995 ; Gemmell-Crosby et Hanzlik, 1994 ; Wesley, Buysse et Tyndall, 1997 ; Erwin et autres, 2001 : 149, réf. à California Institute on Human Services, 1997). Une recherche québécoise, menée auprès de 38 éducatrices en garderie de la région de Sherbrooke, rapporte que celles-ci considèrent avoir un faible niveau de connaissance des caractéristiques des clientèles avec déficience, le niveau de connaissance variant toutefois selon le type de clientèles : elles auraient une meilleure connaissance des enfants ayant une déficience intellectuelle ou motrice³⁵ que des enfants ayant une déficience auditive ou visuelle. Par ailleurs, de l'avis de ces mêmes éducatrices, ce serait les enfants ayant une déficience visuelle qui demanderaient le plus d'habiletés de leur part (Gazonni et Beaupré, 1998 ; Gazonni, 1998).

Une autre recherche québécoise a également permis de constater que le manque de formation et de préparation à l'intégration constitue une

entrave à son bon déroulement (Tétreault, Beaupré, Gagné, Giroux et autres, 2001 : 48)³⁶. Malgré que l'étude visait plus particulièrement à examiner les obstacles à la transition vers l'école maternelle d'enfants intégrés en services de garde et les obstacles à l'intégration dans ce nouveau milieu, la présentation de ces résultats nous semble néanmoins pertinente ici. L'étude a été effectuée dans la région de Québec ; les résultats sont basés sur l'analyse des propos des participants à un groupe de discussion, soit ceux de treize personnes représentant différents groupes concernés par l'intégration (parents d'enfants avec déficience, intervenants en réadaptation, en milieu scolaire et en milieu de garde). Pour sa part, l'étude de Dinnebeil et autres (1998 : 124) mentionne que le principal obstacle à l'intégration est le manque de connaissances du personnel de garde concernant la garde d'un jeune enfant ayant une déficience. L'enquête de Dinnebeil et autres (1998) a été effectuée en Ohio auprès de 400 personnes, incluant des directeurs et des éducatrices en services de garde collectifs et des responsables de garde en milieu familial.

Dans ces deux dernières études, la nature des besoins de formation et de préparation des répondants a été examinée. Invités à choisir parmi différents thèmes susceptibles de combler leurs lacunes, les répondants dans l'étude de Dinnebeil et autres (1998 : 124) ont indiqué leurs intérêts pour les apprentissages suivants : 1) comment résoudre les problèmes de comportement chez les enfants (43 % des répondants) ; 2) comment créer des activités d'apprentissage pour les enfants avec déficience (34 %) ; 3) comment utiliser « des aides de communication » (*using assistive communication devices*) [30 %]. Dans l'étude de Tétreault, Beaupré, Gagné, Giroux et autres (2001 : 48), les besoins de préparation exprimés par les enseignantes portent sur l'apprentissage de stratégies d'intervention en classe avec les enfants qui ont des difficultés motrices, l'adaptation du matériel pédagogique et l'équipement spécialisé (*idem*).

35. Une erreur semble s'être glissée dans le texte de Gazonni et Beaupré (1998) duquel nous tirons cette information. Utilisant des acronymes, la phrase originale se lit comme suit : « Elles pensent avoir une meilleure connaissance des enfants DI et DP, comparativement aux enfants DA et DV. » (page 60). Or, à la page précédente, les auteures identifient les acronymes utilisés comme suit : déficience intellectuelle (DI), déficience motrice (DM), déficience auditive (DA) et déficience visuelle (DV). Nous avons donc déduit que le « DP » mentionné à la page 60 devait signifier en fait « DM ».

36. Les grandes lignes d'une autre recherche, qui semble être la suite de cette étude, sont présentées dans l'article de Tétreault, Beaupré, Giroux, Pouliot et autres (2001).

Les principaux obstacles à l'intégration

3.3 Le manque de ressources disponibles dans la communauté

Options de garde limitées

Aux États-Unis, malgré l'obligation légale qui en est faite (en ce qui concerne les enfants de 3 à 5 ans), l'intégration des enfants avec déficience avec leurs pairs sans déficience est particulièrement difficile à implanter. La difficulté consiste, de la part des écoles publiques, à trouver des milieux éducatifs « ordinaires » dans lesquels les programmes intégratifs puissent être implantés³⁷. Cet obstacle est largement mentionné dans les écrits américains (Guralnick, 2001b : 8-9 ; Lieber et autres, 2000 : 84 ; Erwin et autres, 2001 : 127, réf. à Erwin et Soodak, 1995 ; Hanson et autres, 1998).

Manque de moyens de transport

Les professionnels ayant participé aux groupes de discussion dans l'étude effectuée par Wesley, Buysse et Tyndall (1997 : 446) ont mentionné, en sus de divers aspects liés à la classe, la question du transport comme un obstacle à l'intégration. Rappelons que certaines modalités d'intégration aux États-Unis (notamment, la participation en alternance³⁸) nécessitent parfois que l'enfant change d'endroit pour recevoir des services.

Nombre insuffisant de services de garde de qualité

Aux États-Unis, la qualité des milieux d'accueil pour les jeunes enfants (services de garde ou écoles préscolaires) est une question qui préoc-

cupe grandement, autant les chercheurs dans le domaine que les organismes de défense des enfants. Selon Odom et Bailey (2001 : 256), dans ce pays, la qualité des services de garde et des programmes préscolaires pour les enfants sans déficience peut être caractérisée, dans l'ensemble, de médiocre ; de plus, certains de ces programmes sont de piètre qualité, principalement ceux à l'intention des enfants de moins de 3 ans (*loc. cit.*, réf. à Bryant et autres, 1994 ; Burchinal et autres, 1996 ; Helburn, 1995 ; Phillips et autres, 1994 ; voir aussi Wesley, Buysse et Tyndall, 1997 : 446 ; Saint-Pierre, 1998 : 48).

Cette situation générale explique que les chercheurs américains ont cherché à connaître la qualité de l'environnement des enfants dans différents contextes, pour s'assurer que les enfants avec déficience accueillis dans des milieux intégratifs soient au moins aussi bien qu'avant, c'est-à-dire qu'en milieux ségrégatifs, et aussi bien que l'ensemble des enfants, c'est-à-dire qu'en milieux « ordinaires ». Ainsi, sur la base de trois études, Odom et Bailey (2001 : 257) en viennent à la conclusion que la qualité générale des programmes intégratifs va de médiocre à bonne, et qu'elle équivaut au moins à celle des services de garde non intégratifs et des programmes d'éducation spécialisée, ou qu'elle est meilleure.

Par ailleurs, des études ont montré que la qualité des services de garde était liée à la formation des éducatrices (Cost, Quality, and Child Outcomes Study Team, 1995, rapport mentionné dans Erwin et autres, 2001 : 149). Au vu de la formation exigée pour les éducatrices qui est, comme on vient de le voir, minimale, la qualité des services de garde observée dans les études présentées ci-dessus appuie un tel lien.

3.4 Des difficultés liées à la prestation de services spécialisés ou les obstacles à la collaboration

Les obstacles relatifs à la prestation de services spécialisés dans le cadre d'un programme intégratif se rapportent essentiellement, sinon exclusivement, à des difficultés de collaboration entre les divers groupes engagés dans le processus d'intégration.

37. Comme on l'a vu précédemment, aux États-Unis, il n'existe pas de réseau public de services de garde à l'enfance, non plus qu'un système cohérent : les services de garde sont très disparates et de qualité variable, d'où la difficulté de trouver des milieux de garde intégratifs appropriés pour les enfants avec déficience de 0 à 5 ans. En outre, les écoles publiques, en charge de l'intégration des enfants avec déficience de 3 à 5 ans, doivent chercher, en dehors de leurs murs, des programmes éducatifs « ordinaires » dans lesquels intégrer ces enfants car elles-mêmes n'offrent pas de classes « ordinaires » pour les enfants de ces âges (certaines offrent cependant des classes spécialisées). Pour de plus amples détails, voir au premier chapitre (page 17).

38. Voir page 23.

3.4.1 Manque d'engagement des familles dans le processus intégratif

D'entrée de jeu, on peut se demander pourquoi l'engagement des parents dans le processus intégratif est important. Selon l'approche centrée sur la famille, la participation de la famille de jeunes enfants avec déficience au processus intégratif est importante parce que la famille est le principal soutien de l'enfant et exerce sur lui, tout au long de sa vie, l'influence la plus marquante. Dès lors, la collaboration entre parents et professionnels est essentielle si on veut favoriser le développement, la santé et le bien-être des jeunes enfants avec déficience (Erwin et autres, 2001 : 127). Dans le même sens, selon Kalubi, Bouchard et Beckman (2001 : 153) :

Les études axées sur le modèle écologique [...], de même que toutes celles qui privilégient les théories de l'appropriation des savoirs et de l'autodétermination des familles ont permis de reconnaître de façon substantielle qu'un meilleur processus de communication entre les parents et les professionnels apporte du soutien au développement de l'enfant.

Par conséquent – et inversement –, le manque d'engagement des familles dans le processus intégratif peut être vu comme un obstacle éventuel à la qualité des services qui sont offerts à l'enfant.

Dans le contexte d'un programme intégratif, les parents sont appelés à avoir des relations avec plusieurs personnes à des niveaux variés dans la structure de l'école, du service de garde ou du programme, incluant l'administration de district, l'administration de l'école ou du service de garde, les éducatrices et les fournisseurs de services. Si certains parents peuvent choisir de ne pas s'engager dans un tel contexte (Wilson, 1998 : 146), d'autres familles, désireuses de participer pleinement à l'intégration de leurs enfants, peuvent avoir à surmonter différents obstacles pour ce faire. Ces divers obstacles, qui interagissent les uns sur les autres, sont présentés ci-dessous.

Le manque de temps et d'énergie

En raison de l'équilibre à maintenir entre diverses obligations, les parents peuvent manquer de

temps ou d'énergie pour participer comme ils le souhaiteraient au processus d'intégration de leur enfant. De manière générale, les parents d'enfants avec déficience ont, comme l'ensemble des parents, à concilier leurs obligations professionnelles et familiales. Pour les familles d'enfants avec déficience, des responsabilités additionnelles, telles que la thérapie de leur enfant et les rencontres à l'école, viennent augmenter encore le stress et les contraintes de temps inhérents au maintien d'un équilibre entre diverses priorités (Kalubi, Bouchard et Beckman, 2001 : 159 ; Erwin et autres, 2001 : 139, réf. à Soodak et Erwin, 2000 ; Bouchard et autres, 1994). Les travaux de Tétreault, examinant le concept de « surcharge » au regard des parents d'enfants avec déficience, tout particulièrement des mères, vont dans le même sens (Tétreault, 1998, 1991, 1990 ; Tétreault et Vézina, 1990 ; Tétreault et Blanchette, 1990). D'autres recherches (Howard et autres, 2001 : 457, réf. à McLinden, 1990 ; Brotherson et Goldstein, 1992) ont mis en évidence que le temps représente une ressource particulièrement limitée pour ces parents ; en outre, la quantité de temps nécessaire pour s'occuper de l'enfant avec déficience constitue le facteur de stress le plus fréquemment mentionné par ceux-ci.

Une entrée difficile dans le processus intégratif

L'entrée dans le milieu intégratif, c'est-à-dire la plus ou moins grande difficulté que les parents ont eue à trouver ce milieu, à y faire accepter leur enfant, à y faire respecter ce qu'ils souhaitaient pour lui a un effet durable sur leurs interactions avec le personnel de l'école. C'est ce que montre l'étude de Soodak et Erwin (2000, dans Erwin et autres, 2001 : 136) sur la base d'entrevues en profondeur effectuées auprès de dix parents de jeunes enfants ayant des déficiences significatives et fréquentant un environnement éducatif intégratif. C'est également le constat que font les éducatrices interrogées dans l'étude de Brophy, Webb et Hancock (1995 : 57), lorsqu'elles rapportent que travailler avec des parents ayant souvent connu des expériences qui les ont conduits à être méfiants, surprotecteurs, peu engagés et rébarbatifs aux restrictions, représente un défi majeur.

Les principaux obstacles à l'intégration

Un climat d'accueil non réceptif

Selon Soodack et Erwin (2000, dans Erwin et autres, 2001 : 138-139), la qualité du climat de l'école importerait autant que les caractéristiques individuelles des personnes dans l'école. Le climat de l'école est façonné par les éléments formels et informels qui le composent. Sur le plan formel, il y a les politiques de l'école et les pratiques relatives à la participation des parents et à l'intégration des enfants avec déficience. D'un point de vue plus informel, on touche au degré de réceptivité de l'école aux parents : sa plus ou moins grande ouverture à la présence des parents (invitations et occasions de participation offertes par l'école), sa plus ou moins bonne volonté à partager l'information avec les parents (information relative aux réunions d'équipe notamment). Selon Soodack et Erwin (2000), le climat de l'école a un effet très important sur la participation des parents. Il leur indique dans quelle mesure et jusqu'à quel point ils sont les bienvenus dans l'école, alimentant leurs perceptions de la plus ou moins bonne volonté de l'école de collaborer avec eux et, ultimement, de les inclure³⁹. Ainsi, pour une mère dans leur étude, un climat positif dans l'école a facilité la formation de relations et de partenariats efficaces. À l'inverse, une autre mère a senti le besoin de se comporter davantage comme une observatrice et une surveillante dans une école où le climat n'était pas complètement ouvert, réceptif ou compréhensif (*loc. cit.*).

Le manque d'informations et de communication

Le manque d'informations et de communication peut entraver la participation active des familles à la prise de décisions concernant leurs enfants avec déficience. Le manque d'informations peut se faire sentir à différentes étapes du processus. Concernant le choix du type de programme inté-

gratif, les familles sont souvent aux prises avec des informations limitées : au sujet de l'intégration, de leurs droits et du programme en général (Beckman, Hanson et Horn, 2002 : 104), au sujet des services d'éducation générale (services de garde ou écoles préscolaires), des services d'intervention précoce et de soutien aux familles (Able-Boone et autres, 1992 ; Mahoney, O'Sullivan et Dennebaum, 1990 ; Sontag et Schacht, 1994 ; Summers et autres 1990, mentionnés dans Wesley, Buysse et Tyndall, 1997 : 452), ainsi qu'au sujet des interrelations complexes entre les programmes et les organisations (Wesley, Buysse et Tyndall, 1997 : 452). À ce propos, certains parents décrivent le système comme un labyrinthe ou un dédale de services (*ibid.* : 448).

Plus avant dans le processus, le manque d'informations tout court, ou encore le manque d'informations utiles et pertinentes, est rapporté par divers auteurs. Mentionnons que des informations utiles et pertinentes renvoient ici à des informations pouvant être comprises facilement par les parents : par exemple, l'indication par un spécialiste d'une intervention à faire à la maison avec l'enfant devrait être écrite dans des termes non complètement techniques ou spécialisés (Erwin et autres, 2001 : 140, réf. à Soodak et Erwin, 2000 et à McWilliam, 1996a : 9 ; Bouchard, Kalubi, Chatelanat, Mingrone et autres, 1998 : 211). À la fois manque de communication et d'informations, la confusion qu'éprouvent certains parents au sujet de la composition et de la fonction de l'équipe d'intervention ne favorise guère la participation (Wesley, Buysse et Tyndall, 1997 : 446). Pour les parents, la source de cette confusion serait liée au fait qu'ils travaillent avec plusieurs professionnels issus de plusieurs organisations et programmes ; elle serait également liée au fait que les personnes composant l'équipe changent au cours du temps⁴⁰.

La mise en retrait des parents par les autres membres de l'équipe d'intervention

Le manque de transparence de l'équipe d'intervention à l'endroit des parents est rapporté par ces derniers dans certaines études. Ainsi, certains

39. Le climat de l'école détermine également la perception des parents sur un autre point, à savoir comment leur enfant est traité dans l'école. Une école ouverte rassure les parents : le fait qu'il ne semble pas y avoir de secrets leur donne confiance que leur enfant est bien traité. Par contre, une école ayant peu d'ouverture peut alimenter la peur des parents que l'école voie la déficience plutôt que la personne chez leur enfant (Erwin et autres, 2001 : 139, réf. à Soodak et Erwin, 2000).

40. Entre autres, dans le contexte américain, quand les enfants atteignent l'âge de 3 ans. Voir page 16.

parents ont l'impression que l'équipe travaille en secret (Wesley, Buysse et Tyndall, 1997 : 447), ou encore qu'elle se consulte avant de les rencontrer (Erwin et autres, 2001 : 136, réf. à Soodak et Erwin, 2000). D'autres parents ont le sentiment que la décision relative au choix du type de programme intégratif pour leurs enfants avait déjà été prise par les administrateurs ou les éducatrices avant la première rencontre avec eux et que, en conséquence, ce qu'on attendait d'eux était seulement qu'ils donnent leur accord à cette décision (Beckman, Hanson et Horn, 2002 : 104).

Au Québec, la recherche de Bouchard, Talbot, Pelchat et Boudreault (1996 : 46-47), effectuée à partir de l'observation de 42 rencontres relatives au plan de services individualisé, a révélé des pratiques semblables. Pour reprendre les termes de Bouchard, Kalubi, Chatelanat, Mingrone et autres (1998 : 210), il s'agirait d'« une stratégie habilement entretenue par les professionnels » conduisant à une fréquente mise en retrait des parents. De plus, les parents ont rapporté « leurs difficultés à pouvoir exprimer des sentiments face à la façon dont ils sont traités et déconsidérés par les professionnels » (Kalubi et Bouchard, 1998 : 42).

Le manque de confiance

La confiance des parents envers les éducatrices, les spécialistes ou les administrateurs est un élément crucial des relations qui s'établissent entre eux ; elle influence tout autant la nature que la fréquence de la participation des parents dans le programme intégratif de leur jeune enfant. Ainsi, le manque de confiance peut amener certains parents, comme dans l'exemple présenté plus tôt, à jouer davantage un rôle d'observateur et de surveillant plutôt que celui d'un membre d'équipe à part entière (Erwin et autres, 2001 : 139, réf. à Soodak et Erwin, 2000). Le manque de confiance peut inciter certains parents à se retirer du processus intégratif, d'autres à s'y engager âprement, ce qui ne va pas toujours dans le sens d'une collaboration réussie. À noter que plus les parents font confiance aux personnes qui s'occupent de leur enfant au service de garde ou à l'école préscolaire, moins ils ressentent le besoin d'intervenir fréquemment et à propos de tout (*ibid* : 142, réf. à Soodak et Erwin, 2000).

Le manque de confiance des parents peut tirer son origine de divers éléments : le manque d'ouverture de l'école, l'absence d'une vision partagée avec les intervenants concernant l'intégration de leurs enfants, une communication déficiente, la personnalité des intervenants avec qui ils sont en contact, etc.

Le manque de soutien

Le manque de soutien aux familles peut prendre divers visages : manque d'informations, défaut d'un bon système de communication. Il peut aussi se manifester par des attentes trop élevées à leur endroit. Ainsi, dans l'étude de Wesley, Buysse et Tyndall (1997 : 448), les professionnels mentionnaient que, dans certains cas, on s'attend à ce que les parents coordonnent eux-mêmes les services spécialisés dont leur enfant a besoin, à ce qu'ils « portent » l'équipe, ce qui demande une énergie que certains parents n'ont pas. Pour reprendre le titre du texte de Erwin et autres (2001 : 127), il y aurait unanimité parmi les parents sur le fait que : « I Wish It Wouldn't All Depend on Me ». Autrement dit, les parents d'enfants avec déficience veulent généralement s'engager dans l'éducation de leur enfant en contexte intégratif, mais ils ne veulent pas nécessairement être seuls responsables de sa mise en place ou de son succès (*ibid* : 133).

3.4.2 Obstacles relatifs à la modification du rôle des intervenants

Comme le soulignent Lieber et autres (1997 : 68), l'intégration, presque par définition, requiert que les intervenants assument de nouveaux rôles et établissent de nouvelles relations. Selon ces auteurs, cela est vrai pour au moins deux raisons. D'une part, l'intégration implique que les intervenants travaillent avec un plus grand nombre de personnes qu'auparavant. D'autre part, le processus d'accès à de nouveaux rôles demande fréquemment d'établir de nouvelles façons de collaborer entre partenaires et d'acquérir de nouvelles habiletés (*idem*). Plusieurs obstacles à l'intégration, et à la collaboration entre partenaires qui lui est sous-jacente, découlent de cette modification des rôles.

Les principaux obstacles à l'intégration

La perception par les spécialistes d'une menace à leur identité professionnelle

« Surmonter la tendance parmi les spécialistes à prendre un rôle d'expert... est un défi plus grand que ce que l'on croit souvent⁴¹. ». Ces propos de Pugagh et Johnson (1989) ont été rapportés par Fink et Fowler (1997 : 359) en conclusion de leur étude concernant le processus de décision dans un programme intégratif. Au Québec, au moment des rencontres en vue de l'élaboration du plan de services individualisé, une forte proportion d'intervenants (40 %) continuent d'agir, dans les faits, en tant qu'experts malgré un discours préconisant le partenariat avec les familles (Bouchard, Talbot, Pelchat et Boudreault, 1996 : 47 ; Bouchard et Kalubi, 2001). Selon Bruder, les professionnels reçoivent habituellement de la formation dans leur domaine d'expertise seulement et, en cela, se voient principalement comme représentants de leur discipline dans une équipe, plutôt que de se voir comme des individus collaborant au sein d'une équipe (Bruder, 1996 : 42, réf. à Sands et autres, 1990).

Au Québec, la recherche de la Table de concertation pour l'intégration en garderie des enfants présentant une déficience, effectuée en 1997 auprès des partenaires participant à l'intégration dans la région montréalaise, a révélé que le changement de rôles, notamment chez les spécialistes, constituait un obstacle à l'intégration. Les spécialistes disaient connaître peu ou mal la réalité des garderies comme milieux d'intégration, comparativement à leur familiarité avec les centres de jour. Par conséquent, ils admettaient avoir une expertise peu développée au regard de la question de l'intégration en garderie. Les auteurs du rapport concluaient : « Sans nier l'existence de réelles barrières en matière de ressources humaines et matérielles, il ressort clairement que la principale barrière à l'intégration en garderie provient du repliement des partenaires sur leur réalité respective. » (Table de concertation pour l'intégration en garderie des enfants présentant une déficience, 1997 : 37).

Il semble donc que ce soit pour les spécialistes que la modification de rôle que nécessite l'intégration soit le plus problématique. La perception d'une menace à leur identité professionnelle pourrait expliquer cette réticence de la part des spécialistes, comme le montre McWilliam (1996a : 6-8) dont nous reprenons ci-dessous l'argumentation. Selon l'auteur, en raison de leur passage par une formation universitaire spécifique et de leur affiliation quasi obligatoire à une corporation professionnelle, les spécialistes auraient été soumis à des influences très prégnantes, propices au développement d'une identité professionnelle très marquée. Or, l'identité professionnelle se concrétise dans l'accomplissement d'un rôle spécialisé. L'intégration vient donc bouleverser cette donne, car elle nécessite que les spécialistes assouplissent les frontières de leur rôle (*role release*). D'un côté, le processus intégratif demande aux spécialistes de déléguer à d'autres, aux éducatrices tout particulièrement, des interventions thérapeutiques autrefois considérées comme l'apanage de leur rôle d'experts. D'un autre côté, l'intégration leur demande aussi de tenir compte de domaines de développement en dehors de leur discipline⁴², de travailler dans des environnements non familiers (la classe) et, parfois, d'effectuer des activités non spécialisées relevant habituellement de l'éducatrice. En conséquence, une identité professionnelle très marquée chez les spécialistes peut représenter un obstacle à l'intégration, car, plus l'identité professionnelle est fortement ancrée, plus l'intégration est susceptible d'être perçue comme une menace à cette identité professionnelle et, de ce fait, risque d'entraîner des réticences importantes à la modification de leur rôle.

42. Notamment, pour s'assurer de la complémentarité des interventions faites auprès d'un enfant, c'est-à-dire pour s'assurer que l'intervention relevant d'une discipline donnée ne contrecarre pas ou n'affaiblit pas celle relevant d'une autre discipline ; également, quand il s'agit d'intégrer les interventions relevant de deux disciplines différentes (et donc, touchant en même temps à deux domaines de développement de l'enfant) au sein d'une même activité éducative.

41. Notre traduction.

Des réticences chez les éducateurs spécialisés et les éducatrices à l'égard des modifications de leur rôle

Lieber et autres (2002 : 82) présentent les obstacles relatifs au changement de rôle des intervenants dans deux modèles de programme intégratif. Il apparaît alors que, bien qu'ils concernent les mêmes catégories de personnes, les ajustements demandés sont différents selon le modèle de programme. Dans le premier modèle, les services spécialisés sont fournis par des éducateurs itinérants⁴³ offrant des services directs aux enfants ou de la consultation aux éducatrices. Les éducateurs spécialisés ont alors à s'adapter au fait de ne pas avoir leur propre groupe, ils ont aussi à s'adapter au style éducatif de différentes éducatrices et à transmettre efficacement l'information au sujet des besoins de chaque enfant (*loc. cit.*, réf. à Horn et Sandall, 2000).

De leur côté, les éducatrices doivent être disposées à recevoir un éducateur spécialisé dans leur groupe et prévoir du temps pour discuter avec lui au sujet de l'enfant avec déficience intégré dans leur groupe.

Dans le second modèle, les éducateurs spécialisés et les éducatrices fournissent un enseignement en équipe. Les éducatrices, habituées à fonctionner de manière autonome, ont alors à partager les responsabilités éducatives. Les deux parties, les éducatrices et les éducateurs spécialisés, doivent arriver à s'entendre sur la manière de répondre aux besoins d'apprentissage des enfants et trouver une approche éducative mutuellement acceptable (*loc. cit.* : 82-83).

Il peut aussi arriver que, en ce qui a trait à l'intervention des spécialistes, les éducatrices aient du mal à accepter d'avoir à élargir leur rôle : certaines ne voudront pas inclure un éventail d'activités de motricité, apprendre le langage des signes, etc. (McWilliam, 1996a : 8). En outre, selon ce même auteur (1996 : 152), la recherche

aurait montré que la personnalité représente un facteur pouvant prédire le succès ou l'échec de la collaboration, élément crucial du succès de l'intégration. Ainsi, les éducatrices qui sont sûres d'elles pourraient ne pas apprécier qu'un spécialiste s'immisce dans la conduite de leur classe.

La perception d'une inégalité entre les différents acteurs concernés par l'intégration

L'inégalité entre les acteurs du processus intégratif est liée à l'existence d'une hiérarchie des statuts de chacun qui consiste généralement à attribuer un statut inférieur aux généralistes (éducatrices et parents) par rapport à celui des spécialistes.

Plusieurs recherches ont mentionné cette perception de rapports inégaux entre les partenaires, voire son existence. Alors qu'une vraie collaboration est un processus de réciprocité, la revue de la documentation effectuée par Pugagh et Johnson (1989) offrait peu d'illustrations de formes d'assistance spécifique que les éducatrices pouvaient apporter aux spécialistes (rapportée par Fink et Fowler, 1997 : 338). Ailleurs, on constatait que les éducateurs spécialisés sous-évaluaient la contribution potentielle au processus d'intervention précoce des responsables de garde en milieu familial accrédité (Kontos, 1988, dans Fink et Fowler, 1997 : 338). Au Québec, le savoir des parents apparaît souvent dévalorisé de la part des intervenants (Bouchard, Talbot, Pelchat et Boudreault, 1996). De même, Kalubi, Bouchard et Beckman (2001 : 160) font remarquer : « Les difficultés de communication sont amplifiées par des rôles non équivalents dans les microstructures *a priori* équivalentes : le milieu familial et le milieu d'adaptation-réadaptation professionnelle. Le savoir est présenté comme émanant des professionnels, tandis que les parents n'ont que des applications à faire chez eux. »

Le manque d'égalité entre les éducatrices et les éducateurs spécialisés, résultant du changement de rôle des professionnels de la petite enfance, a été particulièrement souligné comme obstacle dans l'étude de File et Kontos (1992, résultat mentionné dans Buysse, Wesley et Keyes, 1998 : 170). De même, les résultats de l'étude de Fink et Fowler (1997 : 358) montrent la perception d'une inégalité entre les éducatrices et l'éducatrice spécialisée malgré le discours tenu par les éducatrices : les éducatrices mentionnaient

43. Les éducateurs spécialisés dits « itinérants » sont généralement des employés de l'école publique, ils travaillent habituellement comme consultants et dispensent leurs services à des enfants intégrés dans plusieurs écoles ou services de garde différents.

Les principaux obstacles à l'intégration

« qu'elles la voyaient [l'éducatrice spécialisée] comme une collègue et une égale – mais comme quelqu'un avec plus de connaissances, d'expérience et d'éducation » [notre traduction]. Pour sa part, un autre auteur posait que l'inégalité salariale peut contribuer à établir des relations tendues entre les éducatrices et les éducateurs spécialisés (Bredenkamp, 1993, dans Fink et Fowler, 1997 : 338).

Toutefois, l'inégalité des statuts n'indique pas nécessairement la perception d'une inégalité entre les partenaires, les caractéristiques personnelles de chacun pouvant en effet exercer une influence déterminante à cet égard. Chez les spécialistes, selon McWilliam (1996a : 8) [notre traduction] : « Une forte identification avec une culture professionnelle n'entraîne pas inévitablement de l'arrogance mais, lorsque combinée avec une personnalité condescendante, l'arrogance peut émerger. » L'arrogance des spécialistes à l'endroit des éducatrices peut prendre deux visages : il s'agira d'une arrogance philosophique lorsque les valeurs entre les deux sont à l'opposé ; il s'agira d'une arrogance intellectuelle si le degré de familiarité avec le jargon technique est différent (*loc. cit.*).

Formation et préparation inadéquates des spécialistes

Selon Bruder (1996 : 27), le manque de coordination entre les services dispensés aux jeunes enfants avec déficience dans les milieux intégratifs résulte principalement de l'accent mis, tant dans les programmes de formation que par les corporations professionnelles, sur la formation et l'accréditation des professionnels dans une discipline ou dans un domaine de développement en particulier, sans considération d'un possible chevauchement des besoins de l'enfant entre les domaines. De plus, comme de nombreux programmes de formation négligent de préparer les étudiants à participer à des équipes de collaboration (Bruder, 1996 : 40, réf. à Bailey et autres, 1990), il en résulte une main-d'œuvre mal préparée à élaborer, implanter et évaluer un modèle de prestation de services en équipe.

Dans l'étude de Wesley, Buysse et Tyndall (1997 : 453), les professionnels ont mentionné leur manque de connaissance des ressources dispo-

nibles comme obstacle à une prestation efficace de services. Les auteures font remarquer que cela diffère des résultats obtenus par Bailey, Buysse, Edmondson et Smith (1992), où les professionnels étaient peu enclins à indiquer des limites personnelles comme obstacles à des changements dans leur pratique professionnelle.

3.4.3 Obstacles organisationnels

Inadéquation des structures organisationnelles

Même si, dans leur étude, Lieber et autres (2000 : 96) ont relevé peu d'obstacles à l'intégration⁴⁴, la structure organisationnelle est le facteur ayant été le plus fréquemment mentionné par les 619 répondants à leur enquête. Ce facteur est défini comme suit : « Les structures qui existent dans un district et entre les différentes organisations de telle sorte que les gens peuvent communiquer entre eux, collaborer et partager les ressources. Cela inclut les ententes formelles inter-organisations. » (*ibid.* : 91, tableau 3) [notre traduction]. Les auteurs soulignent que ce facteur s'est révélé un obstacle particulièrement dans les programmes intégratifs qui avaient de multiples organisations ou systèmes concernés par la prestation de services intégrés pour les enfants.

Au Québec, de nombreux professionnels considèrent que l'ouverture de leur établissement aux ressources de la communauté est une approche nouvelle qui reste à définir. « Pour eux, l'organisation des services vers les milieux de garde implique une nouvelle façon de fonctionner pour les équipes de spécialistes : les modalités de sa mise en œuvre sont à définir par les directions locales et les preuves de son efficacité sont encore à établir auprès des intervenants. » (Table de concertation pour l'intégration en garderie des enfants présentant une déficience, 1997 : 16). Plus largement, dans l'étude de Tétreault, Beaupré,

44. Les auteurs expliquent que les résultats obtenus peuvent venir du fait que les programmes intégratifs examinés étaient dans la phase d'amorce ou d'implantation. Les obstacles à une innovation peuvent devenir plus évidents avec le temps et, éventuellement, peuvent conduire à l'échec du programme lui-même (Lieber et autres, 2000 : 96).

Gagné, Giroux et autres (2001 : 50), tant les parents, les éducatrices que les enseignants manifestent une certaine confusion par rapport au fonctionnement et aux objectifs du processus de transition du service de garde à l'école.

Manque de ressources pour le soutien du personnel et pour la planification et la coordination des services

En France, une enquête a révélé le besoin d'être aidés que ressentent les instituteurs d'écoles maternelles et élémentaires qui accueillent des enfants avec déficience dans des classes ordinaires et ce, notamment pour adapter leur pratique éducative afin de tenir compte des besoins particuliers de ces enfants. Ils apprécient donc les échanges avec les spécialistes « [...] qui leur permettent d'être informés sur les conséquences fonctionnelles du handicap de l'enfant, de mieux apprécier son évolution et comprendre la nature de ses difficultés, de bénéficier de conseils techniques » (Belmont et Vérillon, 1997 : 18, réf. à Lantier et autres, 1994).

Une autre enquête menée dans deux départements français en 1993-1994 montre un lien entre la fréquence des rencontres entre les instituteurs d'écoles maternelles et les spécialistes et la nature de leurs échanges. « Des rencontres espacées permettent difficilement de réfléchir ensemble aux éventuels problèmes au fur et à mesure qu'ils se posent dans la classe et aux moyens pédagogiques à mettre en œuvre. » (*loc. cit.*). Une fréquence de rencontres trop espacée s'avère donc un obstacle au soutien que souhaiteraient ces instituteurs, à savoir une aide centrée sur l'adaptation de leur pratique éducative aux besoins des enfants avec déficience.

L'étude de Stoiber, Gettinger et Goetz (1998 : 119), quant à elle, révèle que, pour les praticiens, le manque de temps et les occasions réduites pouvant permettre la collaboration constituaient l'obstacle majeur à l'intégration. Cette enquête a été menée au Wisconsin, auprès de 415 parents et 120 éducatrices ou spécialistes. La contrainte de temps est également un des défis mentionnés par les éducatrices interviewées, en Ontario, par Brophy, Webb et Hancock (1995 : 57) : manque de temps pour les rencontres entre les parents et les éducateurs spécialisés ; manque de temps pour la planification ; le sentiment d'être déchirées

d'avoir à partager leur temps entre tous les enfants ; de plus, trouver du temps pour s'occuper de la paperasse et pour dispenser de la formation aux bénévoles. L'étude de File et Kontos (1992, mentionnée dans Buysse, Wesley et Keyes, 1998 : 170) rapporte également la contrainte du temps, ainsi que l'importance du nombre de cas (*caseload size*) dont les spécialistes doivent s'occuper comme obstacles spécifiques à l'intégration. Concernant la situation québécoise, Terrisse et Nadeau (1994 : 136) mentionnent que, si chaque enfant intégré devrait pouvoir bénéficier du soutien d'un éducateur spécialisé itinérant : « Dans les faits, compte tenu du nombre d'enfants dont il est responsable et, parfois, de la dispersion de ceux-ci sur un territoire géographiquement étendu, il ne peut leur consacrer tout le temps qu'il (sic) serait nécessaire. »

La question de la logistique et de l'organisation de leur travail a constitué une des préoccupations majeures des éducatrices spécialisées itinérantes rencontrées en groupes de discussion par Gallagher (1997 : 380). Ces éducatrices spécialisées mettaient en évidence l'importance d'avoir accès à un téléphone pour pouvoir répondre aux parents, pour organiser les horaires, etc., étant donné qu'une partie de leur temps se passait en déplacements ; en outre, devant la nécessité de documenter leur intervention, il importait qu'elles aient le temps et un espace approprié pour le faire (*loc. cit.*). L'étude a été effectuée auprès de huit personnes (toutes des femmes), éducatrices spécialisées ou spécialistes qui, auparavant, travaillaient dans leur propre classe et s'étaient portées volontaires pour jouer un nouveau rôle, celui de consultante itinérante auprès d'enfants avec déficience intégrés dans des écoles préscolaires avec d'autres enfants sans déficience (*ibid.* : 365). Ces répondantes ont été rencontrées à quatre reprises au cours de la première année de leur nouvelle expérience.

Plusieurs autres recherches ont montré l'importance des problèmes logistiques comme entrave à la collaboration et à la coordination des services, notamment des différences dans les horaires et la disponibilité de temps de planification payé entre divers systèmes (Fink et Fowler, 1997 : 338, réf. à Donegan, Ostrosky et Fowler, 1996 ; Salisbury, Polambaro et Hollowood, 1993 ; Stegelin et Jones, 1991). Dans le contexte québécois, à l'étape de la transition du service de

Les principaux obstacles à l'intégration

garde à la maternelle, le manque de diffusion adéquate des informations entre les intervenants (concernant l'enfant, le rôle des intervenants en réadaptation, ainsi que les ressources de soutien disponibles) a été souligné par les participants à l'étude de Tétreault, Beaupré, Gagné, Giroux et autres (2001 : 47-48).

Selon Bruder (1996 : 42), le manque de soutien organisationnel pour une approche d'équipe constitue la deuxième raison⁴⁵ expliquant les problèmes que peuvent éprouver les équipes de travail. Ces barrières logistiques peuvent être particulièrement accablantes quand l'équipe est nouvelle ou n'a pas un leadership d'équipe fort.

Les éducatrices interviewées par Brophy, Webb et Hancock (1995 : 57) ont mentionné qu'il est difficile d'avoir le soutien nécessaire dans un programme d'intégration. Maintenir la communication avec le personnel, obtenir le soutien des administrateurs, travailler avec des organisations extérieures et avec les parents, avoir l'équipement et le matériel nécessaires pour conduire le programme correctement leur demandent beaucoup de temps et un travail incessant. Les participants au groupe de discussion dans l'étude de Tétreault, Beaupré, Gagné, Giroux et autres (2001 : 48-49) rapportent pour leur part la difficulté d'accès aux ressources de soutien, de même qu'une certaine méconnaissance de celles-ci.

Enfin, McWilliam (1996 : 152) souligne que pour des éducatrices qui se sentent déjà débordées, il peut être difficile d'avoir à se préoccuper d'objectifs et de stratégies d'intégration ; elles peuvent voir les désavantages d'une responsabilité additionnelle plus clairement que les avantages de mieux servir l'enfant et sa famille.

3.5 Obstacles relatifs aux attitudes et aux croyances

Plusieurs recherches ont clairement établi que les attitudes et les croyances entourant l'intégration constituaient un obstacle à l'implantation de

programmes intégratifs (Buysse et autres, 1996 ; Eiserman et autres, 1995 ; Smith et Rose, 1993, mentionnés dans Buysse, Wesley et Keyes, 1998 : 181).

Différences philosophiques entre les partenaires de l'intégration

De nombreuses personnes sont appelées à participer au processus d'intégration d'un jeune enfant avec déficience dans un milieu de vie où il est en compagnie de ses pairs sans déficience. Lorsque vient le moment d'établir le plan d'intégration pour un jeune enfant avec déficience :

[...] des personnes, participant pour la première fois à une équipe constituée à cette fin, pensent souvent qu'elles seront assez à l'aise dans ce nouveau rôle. Après tout, il est relativement facile pour un médecin, un physiothérapeute, des parents ou d'autres soutiens de famille, un éducateur spécialisé et une éducatrice de se mettre d'accord sur le désir primordial de faire ce qui est le mieux pour l'enfant (Howard et autres, 2001 : 468) [notre traduction].

Cependant, « Le problème est de définir ce qui constitue " le mieux ". » (*loc. cit.*).

La différence de philosophies entre partenaires comme obstacle à l'intégration a été mise en évidence par divers auteurs (Peck, Hayden, Wandschneider, Peterson et autres, 1989, mentionnés dans Lieber et autres, 2000 : 85 ; Odom et McEvoy, 1990, mentionnés dans Wolery, 1996 : 201). Dans la documentation, on semble associer souvent les différences philosophiques entre partenaires à des différences qui ont pour base des formations disciplinaires différentes ayant chacune une philosophie et une pratique spécifiques. C'est de cette manière que Fink et Fowler (1997 : 338, réf. à File et Kontos, 1992, et autres auteurs) rapportent que le deuxième obstacle à une collaboration réussie réside dans des différences philosophiques « reflétant les formations diversifiées » des diverses personnes concernées.

Or, selon McWilliam (1996a : 8-9), en matière de croyances, les différences entre les personnes vont bien au-delà de croyances issues de connaissances différentes chez des gens de disciplines

45. La première raison mentionnée par Bruder est la formation des spécialistes, trop strictement orientée vers leur seule discipline.

différentes. Les croyances se fondent sur un spectre nettement plus large :

Ils [les gens] ont souvent des vues très différentes sur le monde, la famille, la déficience, la réadaptation et les enfants. Les vues sur le monde peuvent aller de la croyance que l'évidence empirique (basée sur la recherche) devrait dicter ce que nous faisons, à la croyance que l'intuition (le jugement clinique) devrait être notre guide (*loc. cit.*, réf. à Bogdan et Taylor, 1975). Les vues sur les familles peuvent fluctuer de la vision des parents comme interférences jusqu'à la vision des parents comme partenaires (*loc. cit.*, réf. à Dunst, 1985). Les vues sur l'intervention peuvent aller de modèles de réadaptation jusqu'à des modèles de prévention (*loc. cit.*, réf. à Simeonsson, 1991). La vision des enfants peut aller d'une conception des enfants comme adultes en devenir, non finis, jusqu'à une conception basée sur les modèles de compétence développementale (*loc. cit.*, réf. à Goldberg, 1977) [notre traduction].

Attitudes et croyances des parents d'enfants avec déficience

De manière générale, les parents d'enfants avec déficience ont une attitude positive à l'égard de l'intégration. C'est sur le plan social principalement qu'ils perçoivent des bénéfices pour leurs enfants, alors que les inconvénients sont surtout perçus en ce qui a trait aux apprentissages (Erwin et autres, 2001 : 128-133)⁴⁶.

Ainsi, les parents d'enfants avec déficience s'inquiètent à savoir si leur enfant va recevoir suffisamment d'aide et d'attention de l'éducatrice dans un groupe largement constitué d'enfants sans déficience (O'Brien, 2001 : 238, réf. à Guralnick, 1994 ; Erwin et autres, 2001 : 131-132, réf. à Guralnick, 1994 et à Bennett et autres, 1998) ; ils s'inquiètent également des qualifications du personnel de garde (O'Brien, 2001 : 238, réf. à Bricker, 1995 et à Guralnick, 1994 ; Erwin et autres, 2001 : 131, réf. à Guralnick, 1994), de la

qualité des services de garde disponibles (Erwin et autres, 2001 : 131-132, réf. à Bennett et autres, 1998 ; Guralnick, 1994) et de l'accessibilité à des services spécialisés pour leur enfant si celui-ci fréquente un service de garde ordinaire (Terrisse et Nadeau, 1994 : 137 ; Wesley, Buysse et Tyndall, 1997 : 446 ; Erwin et autres, 2001 : 131, réf. à Guralnick, 1994 ; Beckman, Hanson et Horn, 2002 : 103). Du point de vue social, les parents craignent que le comportement de leur enfant puisse contribuer à son rejet social dans le contexte d'un programme intégratif (Erwin et autres, 2001 : 131-132, réf. à Bennett et autres, 1998 et à Guralnick, 1994 ; O'Brien, 2001 : 238, réf. à Guralnick, 1994 et à Guralnick, Connor et Hammond, 1995). Les premiers résultats d'une étude pancanadienne en cours (Boudreault, Moreau et Kalubi, 2001 : 132⁴⁷) vont dans le même sens : les parents ont une attitude favorable envers l'intégration (89 % d'entre eux estiment que leur enfant devrait participer complètement aux activités de la garderie ou de la maternelle et ce, en raison d'avantages escomptés sur le plan social), mais à condition que l'enfant puisse y recevoir les services particuliers dont il a besoin.

D'après l'étude de Stoiber, Gettinger et Goetz (1998 : 120), les attitudes et les croyances des parents sont associées à certaines caractéristiques démographiques. Les parents d'enfants avec déficience sont plus positifs à l'endroit de l'intégration que les parents d'enfants sans déficience. Des attitudes plus positives ont également été constatées chez les parents ayant un niveau d'éducation plus élevé, chez les parents mariés, chez les parents ayant un ou deux enfants par rapport à ceux qui en ont quatre ou plus (*ibid.* : 117).

Dans un autre ordre d'idées, selon McWilliam (1996b : 154), les perceptions initiales des parents et leurs préférences pour la thérapie ségrégative pourraient constituer un défi considérable pour l'implantation de la thérapie intégrée. Une enquête nationale (McWilliam, Young et Harville, 1995, mentionnés dans McWilliam, 1996b : 154) a montré que les spécialistes reconnaissent le besoin d'utiliser des pratiques plus intégrées que ce qu'ils

46. Pour une description de la plupart des recherches mentionnées dans le paragraphe suivant, voir Erwin et autres, 2001 : 128-133.

47. Une revue de la documentation relative à ce projet de recherche a été préalablement publiée (Moreau et Boudreault, 2000).

Les principaux obstacles à l'intégration

font de manière habituelle. Mais les familles ne le sachant pas nécessairement, elles considèrent que ce qu'elles voient comme pratique courante doit être la meilleure façon d'obtenir de l'aide pour leur enfant et elles acquièrent une grande confiance envers n'importe quel modèle de services que leur enfant reçoit ou dont d'autres personnes leur ont parlé (*loc. cit.*). Il s'ensuit donc que les familles croient en un modèle de prestation de services qui reflète la pratique habituelle, même si cette pratique n'est pas recommandée par ailleurs. Empruntant un terme de marketing, les chercheurs ont nommé ce constat le phénomène du « consommateur mal informé », car la préférence des familles s'appuie sur l'absence d'expériences avec des pratiques autres que la pratique la plus couramment utilisée (McWilliam, Tocci et Harbin, 1995, dans McWilliam, 1996b : 154).

Attitudes et croyances du personnel de garde

En 1990, l'étude de Odom et McEvoy rapportait des attitudes négatives de la part des éducatrices. De même, dans une enquête nationale menée auprès d'administrateurs, de fournisseurs de services et de parents, Smith et Rose (1993) ont trouvé que les attitudes et les valeurs étaient rapportées comme faisant obstacle à l'intégration par une majorité de répondants. Une deuxième enquête nationale a constaté pour sa part que les attitudes négatives ne constituaient pas un obstacle largement répandu parmi les facultés d'études de la petite enfance [*general early childhood faculty*] (Wolery, Huffman, Holcombe, Brookfield, Martin et autres, 1994). Plus récemment, les résultats de deux études ont élargi et raffiné ceux des recherches précédentes (Buisse et autres, 1996 ; Eiserman, Shisler et Healey, 1995). Ces deux études ont montré que les éducatrices avaient généralement des attitudes moins favorables pour s'occuper d'enfants ayant des déficiences plus graves. Les auteurs de ces deux études concluaient que les croyances des professionnels de la petite enfance au sujet de l'intégration étaient liées aux caractéristiques individuelles des enfants et aux besoins particuliers de ceux-ci « plutôt qu'enracinées dans une philosophie globale d'intégration s'appliquant également à tous les types d'enfants ayant des besoins particuliers » (Buisse, Wesley et

Keyes, 1998 : 170, citant Eiserman, Shisler et Healey, 1995 : 157) [notre traduction]⁴⁸.

Au Québec, une étude effectuée auprès de 38 éducatrices en garderie montre que celles-ci manifestent une attitude plutôt favorable concernant l'intégration des enfants avec déficience. Cependant, leur attitude est davantage positive envers l'intégration d'enfants ayant une déficience motrice ou une déficience auditive qu'envers l'intégration de ceux qui ont une déficience visuelle ou une déficience intellectuelle (Gazonni et Beaupré, 1998 ; Gazonni, 1998). Mettant en parallèle connaissance et attitude de la part des éducatrices, les auteurs constatent que les enfants ayant une déficience intellectuelle sont moins bien vus des éducatrices, malgré le fait qu'elles connaissent assez bien leurs caractéristiques et qu'ils soient parmi les plus intégrés dans les services de garde. Cela les amène à conclure : « Il semble donc qu'une connaissance (de l'ordre du savoir théorique) des caractéristiques des enfants ne garantit pas une bonne attitude. » (Gazonni et Beaupré, 1998 : 60).

Pour sa part, l'étude de Stoiber, Gettinger et Goetz (1998 : 121) montre que l'attitude des praticiens à l'égard de l'intégration est liée à leur niveau d'éducation et à leur expérience. En comparaison des éducatrices qui ont un diplôme d'études secondaires (*high school training*), les spécialistes (diplômés universitaires) sont plus susceptibles d'avoir des croyances positives à l'égard de l'intégration et de se sentir mieux préparés pour prodiguer des services à des enfants avec déficience dans un programme intégratif. De la même manière, le personnel qui a plus d'expérience de travail éducatif auprès des enfants a généralement des croyances plus positives.

Considérant la question autrement, quelques recherches ont examiné la relation existant entre les croyances des éducatrices et leur pratique en classe. Ainsi, l'étude de File (1994) a mis en parallèle ce que les éducatrices pensaient de

48. Les études mentionnées jusqu'à ce point, dans cette section, sont toutes rapportées dans Buisse, Wesley et Keyes (1998 : 170).

leur rôle de médiatrices visant à favoriser l'interaction entre les pairs et la manière dont elles intervenaient à ce propos en classe. Il est alors apparu que les éducatrices croyaient que les habiletés sociales des enfants pouvaient être changées et qu'elles pouvaient avoir une certaine influence sur ce processus ; cependant, comme les éducatrices croyaient que le facteur principal dans le développement des habiletés sociales était la nature même de l'enfant (un trait héréditaire en quelque sorte), elles ne fournissaient aux enfants qu'un faible soutien pour le jeu social (Lieber et autres, 1998 : 89, réf. à File, 1994). Compte tenu du résultat fréquemment observé dans diverses recherches voulant que les interactions entre les enfants avec et sans déficience ne puissent se produire sans un soutien approprié (*loc. cit.*, réf. à Odom et Brown, 1993), du point de vue de la recherche, ce résultat en appelait d'autres.

Lieber et autres (1998) ont mené une recherche plus large. À partir d'entrevues avec des éducatrices et d'observations de leurs pratiques en classe, ils ont mis en relation leurs croyances et leurs pratiques. Si les croyances qu'ils ont constatées chez les éducatrices étaient cohérentes avec ce qui avait été relevé dans d'autres études (*ibid.* : 99, réf. à Marchant, 1995 ; Peck, Carlson et Helmstetter, 1992), ils ont cependant constaté des variations considérables sur ces thèmes. Ainsi, bien que les éducatrices utilisent des phrases similaires pour décrire l'intégration, elles imprègnent ces phrases d'un vaste éventail de significations. Nous ne citerons ici qu'un exemple. Les éducatrices rencontrées par Lieber et ses collègues croyaient généralement que les enfants sans déficience devraient bénéficier de l'intégration en raison de l'occasion qui leur était donnée d'apprendre à accepter les différences. Dans la pratique toutefois, cela signifiait pour quelques éducatrices de minimiser les différences en les ignorant, pour d'autres, cela voulait dire de réagir (*deal*) aux questions des enfants au sujet des différences au moment où ceux-ci les poseraient ; pour d'autres encore, il importait que les différences soient mises en évidence et respectées (*ibid.* : 100).

Attitudes et croyances des éducateurs spécialisés

Buysse et Wesley (1993, rapportés dans Wolery, 1996 : 201) ont indiqué que de nombreux éducateurs spécialisés perçoivent une modification de leur rôle, qui passe de celui de fournisseurs de services directs aux enfants à un rôle de fournisseurs de services consultatifs aux éducatrices ; nombre d'entre eux ont rapporté être insatisfaits de ce changement de rôle.

En France, en 1975, la loi a confié officiellement à l'école ordinaire la mission d'accueillir les enfants handicapés. Selon Belmont et Vérillon (1997 : 7), l'adoption de cette loi a suscité de vives réticences de la part, entre autres, du secteur spécialisé. On redoutait que les jeunes handicapés ne puissent plus recevoir, à l'école, les soins spécialisés qu'ils recevaient dans les établissements hospitaliers ou médico-éducatifs ; on craignait également que le développement de l'intégration n'entraîne la disparition des établissements privés.

Attitudes et croyances des spécialistes (thérapeutes)

Les croyances des thérapeutes faisant obstacle à l'intégration renvoient à la modification de leur rôle dans ce contexte. Selon McWilliam (1996a : 4-5), malgré les avantages de la collaboration dans le cadre de l'intégration, de nombreux professionnels ont peur de cette collaboration transposée dans la pratique, car ils craignent qu'elle limite leur indépendance, engendre plus de travail, soit une menace à leur identité professionnelle et remette en question leurs visions de base (plusieurs professionnels sont habitués au modèle médical de prestation de services, qui est différent des modèles éducationnels et centrés sur la famille).

Réticences de la part des administrateurs

Plusieurs administrateurs croient que des modifications majeures devront être faites afin que leurs classes soient accessibles à tous les enfants avec déficience (O'Brien, 2001 : 239, citant Crowley, 1990).

Les principaux obstacles à l'intégration

Attitudes et croyances des parents d'enfants sans déficience

Certains parents d'enfants sans déficience ont peur que les besoins des enfants avec déficience soient si grands que l'éducatrice accorderait moins d'attention à leur propre enfant (O'Brien, 2001 : 238, réf. à Guralnick, 1994). D'autres parents craignent qu'un accent trop grand soit mis sur les soins de santé, ce qui réduirait la qualité ou le degré des stimulations offertes à leur enfant

et la disponibilité d'activités d'apprentissage. D'autres parents encore s'inquiètent d'éventuelles conséquences négatives sur leur propre enfant, à savoir que la déficience de l'enfant intégré dans le groupe puisse en quelque sorte « déteindre » sur le leur et entraîner des changements non souhaités dans le comportement de celui-ci (O'Brien, 2001 : 238). À ce propos, Herrou et Korff-Sausse (1999) parlent d'une peur de la « contagion ».

En bref

L'intégration des jeunes enfants avec déficience dans les services de garde et les écoles préscolaires « ordinaires » représente un défi important tant pour les organisations (services de garde, écoles, organisations offrant des services spécialisés) que pour les personnes concernées (parents, éducatrices, éducateurs spécialisés, spécialistes, administrateurs à différents niveaux). Aussi, l'intégration peut se heurter à certains obstacles. D'un point de vue pratique, différents aspects de la classe liés à la qualité souhaitable, sinon nécessaire, du milieu « ordinaire » accueillant l'enfant avec déficience peuvent faire obstacle : ratio enfants-éducatrice trop élevé et trop grande taille des groupes, local ayant des caractéristiques physiques non appropriées à l'accueil d'enfants avec déficience, formation et préparation inadéquates du personnel de garde. De même, le manque de ressources disponibles dans la communauté peut entraver les possibilités d'intégration : options de garde limitées de manière générale, mais tout particulièrement pour les parents d'enfants avec déficience ; manque de moyens de transport ; nombre insuffisant de services de garde de qualité.

D'autres types d'obstacles peuvent également freiner la bonne marche de l'intégration. Ainsi, le partenariat souhaitable entre les diverses parties concernées par l'intégration peut être entravé par de nombreux écueils : manque de participation des familles au processus intégratif ; difficile acceptation de la modification de leur rôle de la part des intervenants ; obstacles organisationnels de toutes sortes (en ce qui a trait au temps, à la logistique, aux ressources disponibles). De plus, les croyances des uns et des autres relatives au bien-fondé, mais aussi aux limites de l'intégration, peuvent entraîner des divergences de vues incompatibles avec une vision partagée au sujet de l'intégration, laquelle constitue la base, comme on le verra plus loin, de toute intégration réussie.

4. Les facteurs de réussite

Dans la documentation de recherche, la mise en évidence des facteurs de réussite de l'intégration emprunte deux voies : il s'agit soit d'études ayant porté spécifiquement sur la perception des divers acteurs de ces facteurs de réussite (ex. : Lieber et autres, 2000), soit de conclusions auxquelles en arrivent certains chercheurs sur la base de leur expérience globale, c'est-à-dire des recherches qu'ils ont eux-mêmes effectuées et de la connaissance qu'ils ont des recherches des autres chercheurs dans le domaine (ex. : McWilliam, 1996a, 1996b).

La revue de la documentation des facteurs de réussite de l'intégration que nous présentons comporte deux parties, car l'intégration est un processus complexe, mettant en présence des organisations et des personnes :

- se situant à différentes phases du processus intégratif ;
- se situant à différents niveaux de l'action intégrative (système, programme) ;
- concernées par différentes fonctions de l'action intégrative.

Dans un premier temps, nous présentons la recherche de Lieber et autres (2000), dont l'étude examine la première phase du processus intégratif, c'est-à-dire les facteurs facilitant l'amorce (*initiation*) et l'implantation d'un programme intégratif. Cette étude n'aborde toutefois pas les facteurs de réussite qui se situent plus près de l'action éducative comme telle, c'est-à-dire ce qui, à l'intérieur de la classe et dans son déroulement quotidien, favorise l'intégration. La présentation des facteurs de réussite sur ce plan sera faite dans la deuxième partie du chapitre.

4.1 Les facteurs favorisant l'amorce et l'implantation d'un programme intégratif

L'intérêt de l'étude effectuée par Lieber et autres (2000) est qu'elle indique à quel niveau agissent les facteurs de réussite relevés (au niveau du système ou au niveau du programme). De plus, cette étude montre que des facteurs associés à la réussite dans certains cas peuvent s'avérer des obstacles dans d'autres, ce qui rend compte des circonstances singulières du processus de chaque intégration.

Dans cette recherche, l'intégration est étudiée sous l'angle de l'implantation d'une innovation. L'accent est donc mis sur les facteurs associés au début du programme intégratif et à son implantation, selon que ceux-ci ont été favorables au processus ou ont constitué des obstacles. L'étude a été effectuée auprès de personnes associées à dix-huit programmes intégratifs, situés aux quatre coins des États-Unis. Des entrevues semi-structurées ont été conduites auprès de plus de 200 personnes, soit avec des administrateurs à différents niveaux (du service de garde [ou école] ou du district), des éducatrices, des éducateurs spécialisés, des spécialistes ; en outre, dans chaque région, des entrevues ont aussi été effectuées avec les 619 coordonnateurs (*i.e.* dans chacun des États concernés, les administrateurs responsables des services aux enfants avec déficience) [Lieber et autres, 2000 : 87]. Les auteurs présentent ainsi les limites de leur étude : bien que l'échantillon consiste en dix-huit programmes situés aux quatre coins des États-Unis et inclue les écoles publiques, des programmes *Head Start* et des services de garde (*community-based programs*), ils ne sont pas représentatifs de tous les sites préscolaires américains. De plus, dans certains cas, l'intégration n'est pas une innovation, car le programme intégratif avait commencé avant le début de la recherche (*ibid.* : 96).

Bien que ce soit principalement les facteurs de réussite qui nous intéressent à cette étape de notre revue des écrits, le tableau ci-dessous présente l'ensemble des résultats obtenus par la recherche. Dans ce tableau, figure donc le nombre de programmes intégratifs pour lesquels chaque facteur en particulier a représenté, d'une part, soit un élément de réussite, soit un obstacle, ou encore n'a exercé aucune influence et, d'autre part, à quel niveau l'influence s'est exercée (au niveau du système ou à celui du programme).

Notons que, dans l'étude, le niveau dit « système » renvoie à des instances se situant au niveau du district ou de l'État, ou encore à la collaboration entre diverses organisations (ex. : un programme d'éducation spécialisée dans une école et un service de garde) ; le niveau dit « programme » se situe quant à lui au niveau du programme intégratif (école préscolaire ou service de garde) et fait référence tout autant au personnel de direction qu'au personnel de garde.

**Sens de l'influence et niveau d'action de différents facteurs
parmi les dix-huit programmes intégratifs étudiés**

Facteur/Niveau d'action	Influence ¹		
	Positive	Neutre	Négative ²
Influence d'une personne clé	25	4	7
• système	11	2	5
• programme	14	2	2
Vision partagée	21	6	9
• système	10	4	4
• programme	11	2	5
Politiques au niveau national, de l'État ou local et façon dont elles sont décrétées	18	15	3
• système	14	4	0
• programme	4	11	3
Formation et soutien externe	16	16	5
• système	8	8	2
• programme	8	8	3
Structure organisationnelle	16	5	16
• système	6	3	9
• programme	10	2	7
Influence de la communauté	14	20	1
• système	6	10	1
• programme	8	10	0

Source : Lieber et autres, 2000 : tableau 4, p. 92-93 [notre traduction].

1. Les totaux présentés dans le tableau original étant erronés, les résultats présentés ci-dessus sont issus de nos propres additions.
2. Nous avons présenté plus tôt l'explication que donnent les auteurs du fait que relativement peu d'obstacles sont ressortis de l'étude (voir note de bas de page n° 44, page 41).

Les facteurs de réussite

L'influence d'une personne clé

Le facteur de réussite le plus important qui ressort de l'étude est l'influence favorable exercée par une personne clé. Selon les programmes, cette personne pouvait se situer à différents niveaux : des éducatrices dans un service de garde, ou encore le directeur des écoles d'un district (Lieber et autres, 2000 : 93).

Relevant la suggestion de Fullan (1991), les auteurs font remarquer que le soutien d'une personne située à un niveau supérieur est souhaitable, parce que ces personnes, si elles peuvent favoriser le projet, ont aussi le pouvoir de bloquer un changement qu'elles n'aiment pas. Selon le modèle de Fullan (1991), le changement, lorsqu'il est amorcé par les éducatrices, demeure limité à une classe ou à une école parce que les éducatrices n'ont pas le pouvoir ou les contacts nécessaires pour diffuser leur vision. C'est ce qui a été observé dans l'étude : sur les cinq programmes où l'initiative de l'intégration revenait aux éducatrices ou au directeur de l'école, un seul a débordé le cadre de l'école (Lieber et autres, 2000 : 96).

Par ailleurs, lorsque ce facteur représente un obstacle, l'influence peut venir d'une personne clé, une ou des éducatrices par exemple qui, mal préparées ou mal informées, n'apprécient pas du tout le changement qui leur est imposé (*ibid.* : 93).

Une vision partagée

Les auteurs définissent ainsi ce facteur : « La transformation du concept d'intégration qui se produit au fil du temps parmi ceux qui élaborent, dispensent ou utilisent l'éducation intégrative de manière à ce que le concept en vienne à inclure la vision de tous les participants. » (*ibid.* : 91, tableau 3) [notre traduction].

Partager la même vision a facilité l'implantation dans de nombreux programmes étudiés. Les auteurs mentionnent, par exemple, un programme où l'intégration comme philosophie était profondément ancrée dans l'élaboration du programme, si bien que des adultes avec déficience ont été engagés comme assistants dans la classe. Ailleurs, c'est d'une vision partagée entre deux organisations dont il est fait mention : deux orga-

nisations ont formé un groupe de travail, appelé « Full Inclusion Task Force », qui comprenait le directeur d'un programme *Head Start* et celui d'une école offrant des classes spécialisées, ainsi que le personnel intéressé. Dans un premier temps, l'équipe de travail a élaboré sa philosophie, ses définitions de l'intégration et les étapes nécessaires pour implanter un programme intégratif ayant toutes les chances de succès (*ibid.* : 94).

À l'inverse, dans un autre programme, les éducatrices ne partageaient pas la même vision. Ainsi, bien que se réclamant de l'intégration complète, rien dans l'approche qu'utilisait une éducatrice au sein de sa classe ne semblait aller dans ce sens (*loc. cit.*).

Les auteurs soulignent que les résultats obtenus par cette étude sont conformes à ceux obtenus par Peck, Richarz, Peterson, Hayden et autres (1989), qui reconnaissaient le partage d'une même vision comme facteur clé de la réussite de l'intégration. Peck et autres ont trouvé que l'adoption d'une innovation était facilitée lorsque les éducatrices avaient et développaient une philosophie commune ou encore, quand les programmes intégraient leurs approches de l'enseignement.

L'influence des politiques nationales ou de celles des États

L'influence de ce facteur a été particulièrement importante au niveau du système. Il a favorisé l'intégration, notamment en raison de l'obligation des programmes *Head Start* d'accueillir 10 % d'enfants avec déficience ; ailleurs, la politique de l'État oblige quasiment l'intégration, ou encore elle est interprétée comme telle (Lieber et autres, 2000 : 94, 96).

La formation et le soutien externe

La définition de ce facteur est la suivante : « Tout type de soutien octroyé en raison de la mise en œuvre du programme intégratif et s'ajoutant à celui fourni pour la conduite du programme régulier, ce soutien pouvant être dispensé sous forme d'argent, d'accès à de la formation ou de toute autre manière. » (*ibid.* : 91, tableau 3) [notre traduction].

Plusieurs programmes ont utilisé la formation du personnel ou le soutien extérieur pour faciliter l'intégration. Au nombre des méthodes de formation utilisées, mentionnons l'organisation, à l'intention des éducatrices d'un programme donné, de visites dans d'autres programmes où l'intégration représente une réussite, de manière à ce qu'elles puissent voir comment on y travaille. Selon les auteurs, pour ces éducatrices, ce fut : « Le voir, c'est y croire. » (*ibid.* : 94) [notre traduction].

Le soutien et la formation peuvent aussi s'établir au niveau du système : par exemple, dans un programme intégratif qui était associé à une université, le personnel de l'université formait le personnel du programme. Un autre modèle est celui où la coordonnatrice de district des écoles préscolaires a profité de fonds, alloués par l'État, pour augmenter le nombre de classes intégratives, pour organiser un atelier de travail au cours d'une longue fin de semaine afin d'entraîner des équipes constituées d'une éducatrice, d'un éducateur spécialisé, de deux assistants dans la classe, d'un parent et du directeur de l'intégration en utilisant le modèle du co-enseignement. Elle a également obtenu des fonds additionnels pour pouvoir organiser des rencontres de soutien et de suivi pour les éducatrices durant la première année et du matériel que les éducatrices pouvaient utiliser dans leurs classes (*loc. cit.* : 94).

La structure organisationnelle

Rappelons la définition de ce facteur : « Les structures qui existent dans un district et entre les différentes organisations de telle sorte que les gens puissent communiquer entre eux, collaborer et partager les ressources. Cela inclut les ententes formelles inter-organisations. » (*ibid.* : 91, tableau 3) [notre traduction].

Comme le soulignent les auteurs, la structure organisationnelle fonctionne différemment au niveau du programme et au niveau du système⁴⁹.

49. Rappelons que, dans l'étude, le niveau dit « système » renvoie à des instances se situant au niveau du district ou de l'État, ou encore à la collaboration entre diverses organisations ; le niveau dit « programme » se situe quant à lui au niveau du programme intégratif (école préscolaire ou service de garde) et fait référence tout autant au personnel de direction qu'au personnel de garde.

Au niveau de la classe, une structure favorable à l'intégration suppose que les membres du personnel peuvent communiquer entre eux, collaborer et partager les ressources. Par exemple, dans un programme intégratif où les services spécialisés étaient dispensés par un éducateur spécialisé itinérant, le personnel du programme a mis au point un système de communication entre les éducatrices, les spécialistes et les parents, soit, pour chaque enfant, un cahier qui demeurerait dans la classe. Les éducateurs spécialisés et les assistants écrivaient leurs notes après chaque visite, de même que les spécialistes le cas échéant. Une copie des notes de l'éducateur spécialisé était envoyée aux parents, à leur domicile (*ibid.* : 95). L'éducateur spécialisé prévoyait aussi des visites durant la sieste des enfants pour rencontrer les éducatrices et les autres membres du personnel concernés afin de discuter des progrès de l'enfant ; il communiquait aussi régulièrement avec les éducatrices par téléphone. Ces efforts au niveau de la classe ont facilité l'implantation de l'intégration dans ces programmes (*loc. cit.*). Au niveau du système, particulièrement quand deux organisations sont engagées dans l'intégration, il y a souvent un lien formel entre les deux, incluant des ententes inter-organisations.

Rappelons que, dans l'étude, la structure organisationnelle est ressortie comme étant le principal obstacle à l'intégration.

L'influence de la communauté

Les membres de la communauté, particulièrement les parents, ont facilité l'amorce de l'intégration dans plusieurs programmes.

Recommandations pour la réussite de l'implantation d'un programme intégratif

En somme, les recommandations suivantes de Lieber et autres (2000 : 97) [notre traduction] résument les facteurs favorisant une implantation réussie d'un programme intégratif.

- a) Il est très important de repérer une personne clé pour soutenir le changement. Bien qu'il soit possible de commencer avec une éducatrice, la probabilité que l'intégration se répande au-delà d'une simple classe augmente quand des personnes en position de pouvoir appuient l'innovation et en font la promotion.

- b) L'intégration, de par sa nature, implique des éducatrices, des programmes et des organisations qui approchent l'enseignement selon des orientations philosophiques et éducatives différentes. Le temps investi pour s'assurer que tous les participants partagent, ou à tout le moins respectent la vision des autres, exerce une influence majeure sur le succès de l'implantation.
- c) L'intégration a plus de chance de réussir si une formation et d'autres ressources sont fournies aux intervenants. La formation peut prendre plusieurs formes : voir d'autres programmes intégratifs, recevoir de l'information concernant les meilleures pratiques pour l'intégration, assister à des conférences. D'autres auteurs ont aussi relevé la formation conjointe comme facteur de réussite (Lieber et autres, 2000, réf. à Buysse, Wesley et Keyes, 1998).
- d) L'implantation de l'intégration peut être renforcée si les intervenants peuvent mobiliser le soutien de leur communauté, notamment des familles.

4.2 Des facteurs de réussite plus près de l'action éducative

Un programme intégratif affichant une philosophie claire

Les programmes dont le fonctionnement repose sur un ensemble de considérations philosophiques bien définies tendent à générer des services qui sont plus efficaces, à la fois pour les enfants et pour les familles (Bruder, 1993 : 26, réf. à Bricker, 1986 ; Dunst, Trivette et Cross, 1986 ; Foster, Berger et McLean, 1981 ; Karnes et Stayton, 1988 ; Paine, Bellamy et Wilcox, 1984).

Il semble y avoir convergence dans la documentation de ce que pourrait être une philosophie adéquate pour les programmes intégratifs. Ainsi, Bruder (1993 : 26, réf. à Stainback et Stainback, 1990) suggère d'adopter une philosophie qui tourne autour des services intégratifs. Ce pourrait être, selon son exemple : une école intégrative est un lieu où chacun trouve son appartenance, est accepté et soutenu par ses pairs dans la recherche d'une réponse à ses besoins éducatifs individuels.

Selon d'autres recherches, un climat propice à l'intégration est caractérisé par des valeurs et des croyances relatives à l'acceptation des différences et de la diversité humaine ; un tel climat fait que chaque personne appartient et participe à la communauté de l'école (Erwin et autres, 2001 : 146, réf. à Hanson et autres, 1998 ; Janko et autres, 1997 ; Lieber et autres, 1998 ; Peck, Furman et Helmstetter, 1993 ; Schwartz, 1996). Une des conclusions tirée de l'importante recherche du *Early Childhood Research Institute on Inclusion* (ECRII) se lit comme suit : « La reconnaissance de la diversité comme s'étendant au-delà des aspects de la culture ou de la déficience est une valeur importante et peut être une pièce maîtresse d'un programme intégratif. » (Odom, Schwartz et ECRII Investigators, 2002 : 160) [notre traduction].

Enfin, la position de la *Division for Early Childhood* du *Council for Exceptional Children* est la suivante : « L'intégration, comme valeur, soutient le droit de tous les enfants, sans égard à leurs habiletés, de participer activement à des activités dans un environnement naturel dans leur communauté. Ces environnements sont ceux où l'enfant passerait son temps s'il n'avait pas de déficience [...]. » (Bruder, 2001 : 204, tableau 9.1) [notre traduction].

Un milieu d'implantation (service de garde ou école préscolaire) de qualité

À ce sujet, Odom et Bailey sont explicites : « Clairement, il n'est pas souhaitable que l'intégration ait lieu dans un environnement de piètre qualité ou de qualité médiocre ; aussi, les parents et les professionnels doivent accorder une attention spéciale aux indicateurs globaux de qualité dans le choix d'un éventuel service de garde intégratif. » (Odom et Bailey, 2001 : 256, réf. à Bailey et autres, 1998) [notre traduction].

Un aspect fondamental de la qualité d'un service de garde est la teneur de son programme éducatif. Aux États-Unis, le *Developmentally appropriate practice* (DAP) donne les grandes lignes de ce que devrait être un programme éducatif approprié pour les milieux d'accueil des jeunes enfants. Ainsi, un programme éducatif adéquat est individualisé et approprié pour tous les enfants et pour chacun d'eux (Cavallaro et

Haney, 1999 : 32). De plus, selon Bruder (1998 : 180), le programme préconisé par le DAP a deux dimensions : être approprié à l'âge des enfants, d'une part, et être approprié à chaque enfant individuellement (selon sa personnalité, son style d'apprentissage, les antécédents et les expériences de la famille, son stade de développement), d'autre part. L'auteure ajoute qu'il importe que, dans les services de garde accueillant des enfants avec déficience, ces deux dimensions du DAP soient mises en pratique. Un autre aspect de la qualité d'un service de garde, soit la compétence du personnel, est mentionné comme facteur important de la réussite de l'intégration par les parents et les intervenants ayant participé à l'étude pancanadienne de Boudreault, Moreau et Kalubi (2001 : 133).

Par ailleurs, Guralnick (2001b : 14) considère que pour que la qualité générale du service de garde soit maintenue, l'implantation de pratiques intégratives visant à répondre aux besoins des enfants avec déficience ne doit pas se faire au détriment de l'expérience éducative que sont en droit d'attendre les enfants sans déficience. Selon lui, il importe donc d'évaluer correctement l'ampleur des adaptations et aménagements que nécessite l'intégration afin de s'assurer que celle-ci n'entraînera pas une rupture avec la philosophie et le programme éducatif du service. Il ajoute en outre que des données limitées et très préliminaires suggèrent que l'intégrité du programme éducatif peut être maintenue quand des enfants avec déficience sont intégrés.

Des enquêtes effectuées auprès des éducatrices indiquent que l'éventail des activités possibles n'est pas restreint en raison de la présence d'enfants avec déficience ; de plus, les éducatrices considèrent que leurs activités générales peuvent être aisément adaptées pour tenir compte des besoins des enfants avec déficience (*ibid.* : 15, réf. à Wolery, Schroeder, Martin, Venn et autres, 1994). De même, une autre enquête, effectuée auprès d'éducatrices, d'éducateurs spécialisés et de divers spécialistes de domaines connexes, indique également que seules des adaptations mineures leur semblaient nécessaires (*loc. cit.*, citant Stoiber, Gettinger et Goetz, 1998). Cependant, les adaptations nécessaires sont perçues comme devant être plus importantes dans le cas de certaines déficiences (autisme, trouble de comportement, par exemple). De plus, les obser-

vations des modèles d'interactions entre les enfants et les éducatrices dans des services intégratifs suggèrent une écologie qui peut accommoder tous les enfants (*loc. cit.*, citant Kontos, Moore et Giorgetti, 1998).

Des aménagements pour tenir compte des besoins particuliers des enfants avec déficience

Il est couramment admis que l'accueil dans un service de garde de grande qualité est nécessaire, mais non suffisant, pour répondre aux besoins particuliers de la plupart des enfants avec déficience dans le cadre de programmes intégratifs (McWilliam, Wolery et Odom, 2001 : 503, réf. à Carta et autres, 1991). Pour la plupart de ces enfants, il peut être nécessaire de leur fournir un enseignement individualisé dans l'environnement intégratif (*loc. cit.*, réf. à Wolery, Strain et Bailey, 1992). Des aménagements peuvent également être nécessaires sur le plan de l'environnement global de la classe : environnement physique, matériel disponible, composition des groupes d'enfants, composition du personnel. Nous présentons d'abord ce dernier point.

• Des aménagements de l'environnement physique

Les aménagements de l'environnement nécessaires pour répondre aux besoins des enfants avec déficience peuvent impliquer des changements dans : 1) le volume de l'espace, 2) l'aménagement de l'espace, 3) la séquence et la durée des activités, 4) la quantité de matériel, 5) le type de matériel (incluant du matériel préféré), 6) des règles pour avoir accès au matériel, 7) le nombre et le type de pairs disponibles (McWilliam, Wolery et Odom, 2001 : 510).

Diverses études ont été effectuées pour examiner l'effet de la variation de divers facteurs physiques. Par exemple, un espace bien défini pour les activités peut favoriser la formation de groupes d'enfants plus petits et les amener à manipuler davantage le matériel éducatif en place (Odom et Bailey, 2001 : 258, réf. à Sheehan et Day, 1975). Un grand nombre de jouets disponibles peut entraîner une plus grande manipulation du matériel, mais un moindre engagement envers les pairs (*loc. cit.*, réf. à Chandler, Fowlers et Lubeck, 1992). Le type de jouets n'est pas

anodin non plus. Lorsque des jeux sociaux sont disponibles, le jeu coopératif augmente de manière significative ; en présence de jeux solitaires, le jeu coopératif se produit rarement, alors que les jeux sociaux favorisent un meilleur équilibre entre le jeu parallèle et le jeu coopératif (Ivory et McCollum, 1999).

Des modifications du matériel peuvent également être faites avec profit. Par exemple, utiliser une surface non glissante et placer des gardes peut aider à maintenir un plateau stable et aider l'enfant ayant une déficience visuelle grave à se servir d'une cuiller durant le repas (McWilliam, Wolery et Odom, 2001 : 511, réf. à Demchak et Downing, 1996) ; utiliser un horaire visuel peut aider un enfant autiste à négocier les transitions plus facilement (*loc. cit.*, réf. à Mesibov, Schopler et Hearsey, 1994) ; utiliser une bande velcro peut aider un enfant atteint de paralysie cérébrale à manipuler des objets dans l'eau et à participer ainsi avec ses pairs à la table d'eau (*loc. cit.*, réf. à Demchak et Downing, 1996).

L'organisation des activités propices à l'intégration veut aussi dire tenir compte de la position des enfants durant le jeu. Si un enfant avec déficience a besoin de rester allongé sur le ventre sur un tapis de sol pour se reposer, alors d'autres tapis de sol devraient être placés autour de l'éducatrice qui dirige le jeu, que pourront utiliser le reste des enfants participants (O'Brien, 2001 : 234) ; à noter que cette façon de faire évite du même coup la stigmatisation.

De nombreux autres exemples d'aménagements « simples » de l'environnement physique et des interventions des éducatrices sont présentés dans Demchak et Downing (1996, mentionnés dans O'Brien, 2001 : 234). On peut également consulter McWilliam et Bailey, 1992 ; Odom et McLean, 1996 ; Sainato et Carta, 1992 (mentionnés dans McWilliam, Wolery et Odom, 2001 : 510).

• Des adaptations de l'approche éducative

De nombreux écrits existent à ce sujet. Selon Wolery et McWilliam (1998 : 97), un grand nombre de pratiques et de stratégies pédagogiques ont vu le jour au cours des 25 dernières années et plusieurs d'entre elles ont été expérimentées

et évaluées dans des classes préscolaires intégratives. Les auteurs en présentent d'ailleurs une longue liste (*loc. cit.*). D'autres informations sur le sujet sont aussi disponibles dans le texte de McWilliam, Wolery et Odom (2001 : 511-512).

Par ailleurs, Prud'homme et Goupil (2001), dans un article en français, présentent une revue de la documentation sur le groupe de jeu intégré à l'intention des enfants avec déficience. Les auteures reconnaissent essentiellement deux stratégies d'intervention pour favoriser l'interaction des enfants avec déficience avec leurs pairs sans déficience :

- les interventions faites par l'enseignant (*teacher mediated*) ;
- les interventions faites par les pairs (*peer mediated*).

Les interventions faites par l'enseignant comprennent diverses techniques : l'aide verbale, l'aide gestuelle et l'aide physique (*ibid.* : 35). Concernant les interventions faites par les pairs, les auteures font d'abord remarquer : « Dans un contexte d'intégration, le pair n'ayant pas de déficience est la personne la plus socialement compétente, après l'enseignant. » (*ibid.* : 37). L'enfant choisi comme médiateur apprend des techniques et des stratégies pour interagir avec ses pairs avec déficience. L'enseignant supervise la mise en place de l'intervention, mais sans jamais intervenir directement (*loc. cit.*)⁵⁰. À l'égard de ces deux types d'interventions, Prud'homme et Goupil (2001 : 40) présentent les différentes recherches dans lesquelles elles ont été expérimentées et évaluées. En outre, un tableau synthétique résume le résultat des principales études.

Odom, Zercher, Marquart, Li et autres (2002 : 71-76) proposent également des stratégies éducatives pour soutenir la compétence sociale, les relations sociales et l'intégration dans la « culture des pairs ». Ces stratégies, énumérées ci-dessous, sont présentées selon leur intensité, c'est-à-dire

50. Une expérimentation de cette stratégie éducative a été effectuée au Québec auprès d'un enfant fréquentant une classe régulière de maternelle (Moreau, 1995a, 1995b).

selon l'importance, du point de vue de l'éducatrice, du temps requis et du degré des interventions de formation relevant plus ou moins de l'éducation spécialisée.

Quatre niveaux d'intensité (intensité faible à plus élevée) sont déterminés :

a) Interventions auprès de l'ensemble de la classe :

- pratique de développement appropriée et insertion dans un groupe d'enfants sociables et accueillants ;
- interventions affectives pour influencer les attitudes.

b) Interventions « naturalistiques » :

- intervention planifiée propice à l'enseignement de comportements sociaux ;
- activités de groupe stimulant les interactions entre pairs⁵¹ (mode d'intervention expérimenté depuis longtemps).

c) Activités d'intégration sociale.

d) Entraînement explicite aux habiletés sociales.

Un plan d'intégration (IEP ou IFSP⁵²) bien conçu qui dicte les interventions individualisées nécessaires à l'enfant intégré

Le plan d'intégration devrait faciliter le processus par lequel l'équipe d'intervention à l'intention d'un enfant avec déficience (parents, personnel de garde, éducateurs spécialisés, spécialistes) articule les objectifs en ce qui concerne le développement qu'un enfant devrait atteindre et le comportement qu'il devrait acquérir comme résultat de sa participation dans un programme intégratif. Le plan d'intégration est conçu pour être un document de planification, qui façonne et guide les interventions individualisées à faire au jour le jour. Plutôt qu'une liste des habiletés développementales que l'enfant n'a pas encore maî-

trisées (divisées par domaine ou discipline), le plan d'intégration devrait contenir des objectifs individuels, ainsi que des stratégies d'intervention qui sont fonctionnelles et intégrées dans les activités et la routine quotidienne (Bruder, 1993 : 29, réf. à Rainforth et autres, 1992).

Divers auteurs ont examiné quels objectifs devraient être fixés dans un plan d'intégration. Traditionnellement, l'intervention en éducation spécialisée a visé des objectifs de développement d'habiletés spécifiquement destinés à pallier la déficience de l'enfant. Le principe sous-tendant cette approche veut que tous les enfants suivent les mêmes séquences de développement, à la différence près que les enfants avec déficience passent d'une séquence à l'autre plus lentement (McWilliam, Wolery et Odom, 2001 : 507). Des objectifs liés à l'atteinte progressive de séquences de développement de niveau supérieur peuvent être pertinents à inclure dans un plan d'intégration, et quelques-uns ont été transformés en séquences d'enseignement très utiles (*ibid.* : 508, réf. à Bricker, 1993 ; Johnson-Martin, Attermeier et Hacker, 1990 ; Linder, 1993).

En plus de promouvoir le développement d'habiletés, le champ de l'éducation spécialisée devrait mettre l'accent, selon Bailey et Wolery (1992, mentionnés dans McWilliam, Wolery et Odom, 2001 : 507), sur d'autres retombées possibles, par exemple : promouvoir la participation des enfants et la maîtrise de leur environnement, leur compétence sociale, leur habileté à généraliser ou à mettre en pratique leurs acquis ; leur fournir des expériences de vie normale et les préparer à ces expériences, tout en prévenant l'émergence de difficultés futures.

Le concept de la qualité de vie de l'enfant peut orienter un autre ensemble d'objectifs à inclure dans un plan d'intégration (Schalock, 1996, dans *loc. cit.*). Ces objectifs mettront l'accent sur l'enseignement d'habiletés susceptibles de favoriser l'acceptation de l'enfant par les autres, d'augmenter la probabilité que les autres interagissent avec lui, d'augmenter le degré de contrôle de l'enfant sur les événements quotidiens, etc.

Les objectifs à inclure dans un plan d'intégration dépendent de chaque enfant, mais aussi de son environnement. Permettre à l'enfant de bien fonctionner dans son environnement, c'est-à-dire

51. Traduction de « group friendship activities ».

52. IEP ou *Individualized Education Program* à l'intention des enfants de 3 ans ou plus ; IFSP ou *Individualized Family Service Plan* quand il s'agit d'enfants de moins de 3 ans.

d'avoir les habiletés nécessaires pour être indépendant, accepté et valorisé et ce, spécifiquement dans le milieu où il évolue, peut aussi faire partie d'un plan d'intégration (McWilliam, Wolery et Odom, 2001 : 509, réf. à Thurman, 1997). Dans la même veine, l'environnement futur de l'enfant peut donner lieu à l'élaboration d'objectifs particuliers. Il peut être souhaitable pour les jeunes enfants qui vont se déplacer vers un autre environnement (dans un autre programme ou à l'école maternelle, par exemple) que des objectifs visant à développer les habiletés nécessaires pour bien fonctionner dans ce nouvel environnement apparaissent dans leur plan d'intégration (*loc. cit.*, réf. à Rosenkoetter, Hains et Fowler, 1994).

Le plan d'intégration doit être mis en œuvre au jour le jour dans le cadre d'un ensemble d'interventions individualisées. Des objectifs clairs (dictés par le plan d'intégration) et des aménagements effectués pour tenir compte de l'enfant avec déficience (modifications à l'environnement et adaptation de l'approche éducative) ne garantissent pas que l'intervention individualisée va effectivement se produire.

Outre le soutien au personnel de garde, dont nous parlerons plus loin, d'autres facteurs sont susceptibles d'aider à l'implantation de l'intervention individualisée. Selon McWilliam, Wolery et Odom (2001 : 512-514), les interventions devraient être implantées d'une manière résolue et complète ; un équilibre est nécessaire entre la promotion de la participation et celle de l'autonomie ; l'intervention devrait être intégrée dans les activités courantes et les routines ; elle devrait aussi être répartie dans celles-ci et à travers celles-ci ; les occasions d'apprentissage intégré (*i.e.* situations dans lesquelles plusieurs objectifs peuvent être visés dans une même activité) devraient être utilisées ; il importe de saisir l'occasion d'intervenir quand elle se présente ; la généralisation et l'application des habiletés acquises demandent une planification spécifique ; les progrès de l'enfant et l'implantation de l'intervention individualisée devraient être surveillés régulièrement et des ajustements faits si nécessaire. Pour plus de détails sur ces facteurs, voir McWilliam, Wolery et Odom (2001 : 512-514).

Un soutien adéquat au personnel et au programme

Selon Odom, Schwartz et ECRII Investigators (2002 : 167-168), un soutien adéquat est nécessaire pour que l'intégration soit réussie. Ce soutien peut prendre diverses formes : un financement adéquat, l'allocation de personnel et de matériel suffisants, l'allocation de temps suffisant au personnel de manière à favoriser la collaboration et la planification conjointe, l'accès à une formation sur l'intégration.

Comme on le mentionnait précédemment, le soutien au personnel de garde est de première importance pour réussir l'implantation d'une intervention individualisée. Selon McWilliam, Wolery et Odom (2001 : 512, réf. à Scruggs et Mastropieri, 1996 ; Wolery et autres, 1994), il est essentiel pour les éducatrices d'avoir : suffisamment de temps de planification ; une formation pertinente par rapport au contexte de l'enfant et de la classe ; des contacts réguliers avec des spécialistes compétents et d'autres personnes compétentes dans la prestation de l'intervention ; suffisamment de temps pour rencontrer les spécialistes ; un nombre réaliste d'enfants dans la classe, des assistants d'enseignement et un leadership dans l'équipe. De l'avis de McWilliam et de ses collègues, sans de tels soutiens, l'intervention individualisée ne se concrétisera sans doute pas dans plusieurs programmes intégratifs, et même avec ces soutiens, l'individualisation est complexe.

L'ajout d'un adulte pour s'occuper de façon particulière de l'enfant avec déficience qui vient d'être intégré est une stratégie utilisée par certains services de garde. Mais, selon O'Brien (2001 : 235-236), il ne s'agit pas d'une bonne méthode. Puisque l'intégration veut dire l'entière participation de tous les enfants dans toutes les activités, une meilleure façon de faire est d'ajouter une personne, mais de diviser la responsabilité de la garde de l'enfant avec déficience entre tout le personnel de garde présent, comme on le fait pour les enfants sans déficience. De cette manière, toutes les éducatrices assument la responsabilité d'inclure tous les enfants dans n'importe laquelle des activités qu'elles dirigent, mais l'addition d'une personne donne plus de temps pour satisfaire aux besoins individuels des

enfants, ce qui profite à tous. De même, selon O'Brien (2001 : 236), quand les responsabilités de chaque éducatrice sont clairement définies pour l'ensemble de la période de temps et qu'elles alternent les tâches (nourrir les enfants, changer les couches, faire des activités) dans le courant de la journée, le processus d'intégration des enfants avec déficience devient une partie « naturelle » du travail de chaque membre du personnel. En outre, l'enfant est soutenu par l'ensemble des éducatrices, il n'est pas isolé du fait de toujours avoir un adulte à ses côtés.

La formation du personnel est un aspect important pour la réussite de l'intégration. Selon Bruder (1993 : 30) [notre traduction] :

L'implantation d'un programme de formation pour le personnel devrait être planifiée avec soin afin d'inclure des procédures efficaces ayant été élaborées selon une perspective écologique. Cela veut dire que tous les membres du personnel, incluant le personnel administratif, devraient être l'objet des efforts de formation afin que n'incombe pas à un membre de l'équipe en particulier la responsabilité de faciliter le changement chez d'autres membres de cette équipe. Pour être efficace, la formation devrait être basée sur les valeurs et les besoins déterminés par les personnes visées.

D'ailleurs, plus récemment, Bruder (1998) présentait dans un article les grandes lignes d'un programme de formation à l'intention du personnel concerné par l'intégration, intitulé *The Training for Inclusion Project*. Au Québec, un programme de formation s'adressant à la même clientèle était évalué au milieu des années 1990 (Jauvin et autres, 1994).

En matière de formation, Wolery et Bredekamp (1994, mentionnés dans Wolery, 1996 : 201) suggèrent qu'une approche ciblée peut constituer une stratégie plus efficace qu'une approche globale. Par exemple, plutôt que de donner de la formation au personnel concernant toutes les déficiences possibles, la formation devrait être particulière et donnée en fonction des déficiences de l'enfant qui a été intégré dans le programme. Comme le souligne O'Brien (2001 : 236), la formation n'a pas pour objectif de transformer le personnel de garde en éducateurs spécialisés ou encore en assistants thérapeutes.

Une collaboration entre les adultes

En conclusion d'une recherche ayant duré six ans, Odom, Schwartz et ECRII Investigators (2002 : 167-168) signalent que la collaboration est la pierre angulaire des programmes intégratifs efficaces. Selon les auteurs, la collaboration entre les adultes, incluant les professionnels et les parents, à l'intérieur des systèmes et des programmes est essentielle pour les programmes intégratifs ; la collaboration entre les adultes, issus de différentes disciplines et ayant souvent des philosophies différentes, représente l'un des plus grands défis pour l'implantation réussie de programmes intégratifs. Pour les parents aussi, selon l'enquête de Bennett, DeLuca et Bruns (1997, mentionnés dans Erwin et autres, 2001 : 132), le principal ingrédient de l'intégration réussie était la collaboration entre les parties. Compte tenu de l'importance de ce facteur de réussite, nous en traitons de façon distincte à la section suivante.

En bref

Tout d'abord, soulignons deux points primordiaux sur lesquels tous s'entendent concernant l'intégration des jeunes enfants dans les services de garde. Premièrement, il ne suffit pas d'accueillir un enfant avec déficience dans un service de garde en compagnie de ses pairs sans déficience pour réussir une intégration ; il est essentiel que les interventions et les services qui sont nécessaires pour répondre à ses besoins particuliers lui soient fournis. Deuxièmement, chaque intégration constitue un cas unique, une expérience et un processus singuliers.

En outre, il est essentiel que les personnes concernées croient au bien-fondé de l'intégration. Sans l'appui soutenu d'au moins une personne croyant fermement au bénéfice de l'intégration, il est peu probable que celle-ci se réalise. Mais même en présence de personnes favorables à l'intégration, il importe que toutes ces personnes partagent une même vision de ce qui constitue « le mieux » pour l'enfant : en matière d'objectifs à fixer à l'égard de son intégration, des meilleures façons de faire pour y arriver, etc.

Divers autres facteurs contribuant à la réussite d'une intégration ressortent clairement de la documentation. La qualité du service de garde où se fait l'intégration est de toute première importance : le service de garde doit être, au départ, de très grande qualité. Cette qualité initiale recouvre plusieurs aspects. Outre des lieux adéquats, le programme éducatif doit être approprié à l'âge des enfants (notamment, orienté vers le jeu) et approprié pour tous les enfants et pour chacun d'eux individuellement (*i.e.* il doit favoriser l'initiative des enfants et la découverte, et être élaboré sur la base de ces éléments). Le personnel de garde doit être qualifié et compétent ; le service de garde doit avoir une philosophie claire d'ouverture et d'acceptation de la diversité.

L'intégration d'un enfant avec déficience requiert généralement que des aménagements soient faits au sein du service de garde qui l'accueille. Divers aménagements de l'environnement physique peuvent être nécessaires : rampe d'accès s'il s'agit d'un enfant ayant une déficience motrice, modification apportée au matériel (ex. : ajouter des gardes à un plateau pour qu'il demeure stable, etc.), réorganisation de l'espace pour faciliter la circulation d'un enfant ayant une déficience visuelle, etc. Des modifications à l'approche éducative peuvent aussi être requises nécessitant des interventions spécifiques de l'éducatrice pour favoriser la participation de l'enfant avec déficience aux activités.

Les besoins particuliers de l'enfant avec déficience intégré dans un service de garde doivent être définis avec soin, ainsi que les interventions et les services nécessaires à mettre en place pour y répondre. Cette démarche est habituellement réalisée par l'élaboration d'un plan d'interventions et de services individualisé à laquelle participent toutes les personnes concernées par l'intégration de l'enfant (la famille, l'éducatrice, les spécialistes des disciplines correspondant aux besoins de l'enfant ainsi que, éventuellement, le gestionnaire du service de garde et les représentants des organisations concernées par la prestation de services spécialisés). Toutes ces personnes doivent travailler en équipe et collaborer étroitement entre elles.

La mise en place des interventions spécifiques à l'intention de l'enfant intégré, telles qu'elles sont établies dans le plan, est favorisée par différents facteurs. Un soutien adéquat au personnel de garde est nécessaire, ce soutien pouvant prendre diverses formes : formation spécifique concernant l'intégration, allocation de temps pour la planification des activités et pour les échanges avec la famille et avec les spécialistes, allocation de matériel adéquat et de personnel additionnel si nécessaire, appui explicite de la direction du service de garde et des autres membres du personnel. Si des interventions relevant de procédures spécialisées doivent être effectuées, que ce soit par l'éducatrice ou par un spécialiste, ces interventions doivent être soigneusement planifiées en concertation entre l'éducatrice et le ou les spécialistes concernés.

5. La collaboration entre les partenaires de l'intégration

L'intégration des jeunes enfants avec déficience dans les milieux de vie habituels des enfants de leur âge a entraîné un changement majeur dans les pratiques d'intervention à leur endroit. Surtout lorsqu'il est question d'intégration complète (*full inclusion*), le rôle des divers intervenants a été radicalement modifié et ce, dans le sens d'une interaction accrue entre l'action des uns et des autres. De plus, dans le processus intégratif, la place des parents est reconnue. Cette reconnaissance s'inscrit plus largement dans l'évolution, au Québec comme aux États-Unis, des modes d'intervention pour la prestation de services aux familles : guidée par le souci d'une plus grande participation des parents, elle a mené au recours de plus en plus fréquent à une approche centrée sur la famille (Bouchard, 1999, 1992 ; Perreault, 1997).

Compte tenu de ces divers changements, concernant tant les modalités que l'approche d'intervention, les relations qu'entretiennent les diverses personnes engagées dans l'intégration des jeunes enfants avec déficience ont été appelées à se modifier en conséquence. La recherche d'une plus grande collaboration entre les personnes est ainsi devenue un élément essentiel pour une prestation de services appropriée.

5.1 La collaboration : de la définition aux modalités

5.1.1 Dans la documentation québécoise

Selon Bouchard, Pelchat et Boudreault (1996 : 22), il existe au Québec une ambiguïté dans l'emploi des termes caractérisant les relations souhaitées entre les familles et les intervenants de différents réseaux de services. Ces auteurs (1996 : 23-24) définissent ainsi les différentes modalités de relations entre les acteurs :

- Le partenariat est défini « par l'association de personnes (la personne vivant avec des incapacités, ses parents et les intervenants), par la

reconnaissance de leurs expertises et de leurs ressources réciproques, par le rapport d'égalité entre eux dans la prise de décision par consensus entre les partenaires au regard, par exemple, des besoins de la personne et de la priorité des objectifs de réadaptation à retenir ».

- La coopération se définit par le partage des tâches et des responsabilités, alors que le partenariat correspond essentiellement à la prise de décision. La coopération, c'est « " l'opérationnalisation " de la décision prise par consensus entre les partenaires. Avant de coopérer, il faut donc être partenaire dans la prise de décision puisque l'action de coopérer signifie que nous avons décidé ensemble d'objectifs ou d'actions à entreprendre comportant des tâches à accomplir ou des responsabilités à assumer ».
- La concertation⁵³ « renvoie à un échange d'idées en vue de s'entendre éventuellement sur une démarche ou une attitude commune. Cette définition ressemble [...] à celle du partenariat tout en étant différente, puisqu'elle n'implique pas la condition de réciprocité dans la décision puisque chaque partie n'est pas liée par la décision ».
- La collaboration « correspond à la participation à la réalisation d'une tâche ou à la prise en charge d'une responsabilité sans faire intervenir la condition de réciprocité dans le partage de cette tâche ou de cette responsabilité ».

Bien qu'il y ait souvent confusion entre les termes, « Le principe de réciprocité est [...] au centre du partenariat et de la coopération ; ce qui n'est pas le cas pour la concertation et la collaboration. » (*ibid.* : 24).

53. À noter qu'en anglais, le terme « concertation » n'existe pas et n'apparaît donc nulle part dans la documentation américaine.

5.1.2 Dans la documentation américaine

Dans la documentation américaine, celle sur laquelle s'appuie l'essentiel de cette recension d'écrits, le thème de la collaboration est abordé suivant les modalités les plus fréquemment utilisées et les plus recommandées en ce qui a trait à la prestation de services aux enfants avec déficience et à leur famille. Les informations qui suivent visent à mieux situer les propos relatifs à la collaboration.

Une collaboration à divers niveaux

Dans les écrits concernant l'intégration des jeunes enfants avec déficience, deux niveaux de collaboration sont évoqués (Lieber, Hanson, Beckman, Odom et autres, 2000 ; Wilson, 1998 : 127). Bien que l'appellation puisse varier⁵⁴, ces niveaux correspondent à une collaboration, soit au niveau du programme intégratif, soit au niveau du système.

La collaboration au niveau du programme inclut les parents et les professionnels directement concernés par la planification, l'implantation et l'évaluation du programme intégratif de l'enfant. La collaboration au niveau du système sous-entend plusieurs organisations travaillant ensemble pour fournir des services aux jeunes enfants avec déficience et à leurs familles. Comme le souligne Wilson (1998 : 127), ces deux niveaux sont interreliés et interdépendants, en ce sens que le succès de l'atteinte des objectifs fixés à un niveau dépend d'une collaboration réussie à l'autre niveau.

Diverses intensités (ou divers degrés) de collaboration

La collaboration demandée et nécessaire entre des personnes travaillant ensemble n'exige pas toujours la même intensité. Pour illustrer le propos, il faut se reporter aux six modèles de prestation de services de McWilliam (1996) présentés en deuxième partie de ce texte (voir page 24).

Comme il a été mentionné, si tous ces modèles demandent une collaboration entre les individus concernés, les modèles les plus intégratifs (thérapie dispensée en classe) nécessitent toutefois une intensité de collaboration nettement plus élevée [s'apparentant au partenariat et à la coopération] que le modèle le moins intégratif, celui où la thérapie est dispensée en dehors de la classe.

Diverses modalités de collaboration

En matière de collaboration, diverses modalités existent. Ainsi, Buysse et Wesley (2001 : 288, tableau 9.10) distinguent cinq principaux modèles :

- l'assistance technique,
- la consultation,
- le travail d'équipe (*teaming*),
- la formation,
- la supervision et le « *mentorship* ».

Comme le soulignent Buysse et Wesley (2001 : 287), les similarités entre les modèles de collaboration expliquent pourquoi les termes de ces modèles sont souvent utilisés de manière interchangeable.

Les modèles de collaboration, issus de disciplines et de traditions différentes, varient légèrement entre eux quant à l'objectif, au rôle de l'intervenant et au processus⁵⁵. Mais malgré ces distinctions, selon Buysse et Wesley, ils se rejoignent sur le fait que construire une relation de travail en collaboration comprend généralement les étapes suivantes :

- apprendre à connaître quelqu'un et établir une confiance réciproque,
- déterminer les objectifs du changement,
- élaborer et implanter un plan,
- évaluer ces efforts.

Parmi les modèles présentés par Buysse et Wesley, deux en particulier, sous-tendant l'intégration la plus achevée, apparaissent plus

54. Nous employons les termes de Lieber et autres (2000). Pour sa part, Wilson (1998 : 127) fait référence à ces deux niveaux en employant les termes « *collaborative teaming* » pour désigner la collaboration au niveau du programme et « *community collaboration* », pour la collaboration au niveau du système.

55. Pour plus d'informations sur ces distinctions, on peut consulter le tableau 9.10, dans Buysse et Wesley (2001 : 288).

La collaboration entre les partenaires de l'intégration

fréquemment dans la documentation, soit la consultation (de collaboration) et le travail en équipe transdisciplinaire. Au vu de la description de ces deux principaux modèles de relations entre les personnes, on peut sans doute se référer à ceux-ci comme étant des modèles relationnels qui nécessitent et impliquent le partenariat et la coopération, tels qu'ils sont définis par Bouchard, Pelchat et Boudreault (1996).

5.2 Les obstacles à la collaboration

La collaboration, que ce soit dans le cadre de la consultation, du travail en équipe ou du co-enseignement, se heurte à de nombreux obstacles. Plusieurs de ceux-ci ont déjà été présentés au chapitre 3. Du point de vue de la collaboration entre les organisations, on trouve sensiblement les mêmes obstacles qu'entre les partenaires. Selon Bruder (1994, mentionné dans Wilson, 1998 : 127), des philosophies différentes et des buts distincts ont été reconnus comme étant les obstacles les plus fréquents de la collaboration à ce niveau. Par ailleurs, certains obstacles sont communs à tous les partenaires, peu importe à quel titre ils font partie de l'équipe, puisqu'ils concernent certaines caractéristiques personnelles plus difficilement conciliables avec la collaboration.

5.2.1 Rappel des principaux obstacles à la collaboration

Rappelons d'abord brièvement les principaux obstacles à la collaboration entre les personnes concernées par l'intégration.

Le manque d'engagement des familles dans le processus intégratif

La participation des familles au processus intégratif de leurs enfants avec déficience est influencée par de nombreux facteurs : le manque de temps et d'énergie, une mauvaise expérience d'entrée dans le processus intégratif, un climat d'école non réceptif, le manque d'informations et de communication, le manque de confiance et le manque de soutien.

Divers obstacles relatifs à l'assouplissement du rôle des intervenants

L'intégration requiert de tous les intervenants qu'ils comprennent bien leur rôle et leurs responsabilités dans le processus. Mais pour une bonne collaboration entre eux et avec les familles, l'intégration exige également que chacun exerce ce rôle avec une grande souplesse, ce qui sous-entend de déléguer à d'autres certaines de ces interventions ou encore d'intervenir en dehors de son domaine attesté. Des réticences à un tel changement ont été constatées tant chez les spécialistes que chez les éducateurs spécialisés et les éducatrices. En outre, la perception d'une inégalité entre les partenaires constitue une entrave à la collaboration et au travail d'équipe.

Des obstacles organisationnels

Du côté organisationnel, l'inadéquation des structures ainsi que le manque de ressources allouées pour la planification et la coordination des services rendent souvent le processus de collaboration difficile. Le manque de supervision et de soutien fournis au personnel de garde, ainsi que la formation et la préparation inadéquates des spécialistes constituent d'autres facteurs susceptibles de freiner la collaboration.

Des attitudes et des croyances défavorables

Les croyances et les attitudes des divers partenaires peuvent contrecarrer la réussite des efforts de collaboration. Plus spécifiquement, des différences philosophiques entre les partenaires constituent un obstacle à la collaboration et à la concertation, maintes fois relevé dans les écrits.

5.2.2 Des obstacles communs, liés à des caractéristiques personnelles

La collaboration demande un grand nombre de compétences interpersonnelles qui traversent les frontières des disciplines. Cela inclut :

- des habiletés de communication orales et écrites ;
- des caractéristiques personnelles, telles que l'habileté à être attentionné (*caring*), respectueux, empathique, congruent et ouvert ;

- des habiletés de résolution de problèmes en collaboration (Bruder, 1996 : 37, réf. à West et Cannon, 1988).

Ce dernier attribut est primordial pour le développement de relations d'égalité entre les personnes engagées dans le processus de collaboration. L'absence de ces caractéristiques personnelles ou leur faiblesse constitue une entrave à une collaboration efficace et réussie.

En outre, du temps et une formation sont nécessaires pour acquérir les habiletés d'équipe et bâtir les relations qui sont essentielles pour une collaboration efficace. Cependant, ces aspects ne sont habituellement pas vus comme étant prioritaires et, en conséquence, ils ne figurent souvent pas à l'agenda des professionnels (Brown et Conroy, 1997 : 40, tableau 1).

5.3 Des facteurs de réussite de la collaboration

D'entrée de jeu, il convient peut-être de mentionner cet extrait de Buysse et Wesley (2001 : 260) [notre traduction] : « Quelquefois, il est difficile de se rappeler que la collaboration est un moyen, et non pas une fin en soi. À la base, nous cherchons de meilleures méthodes de travailler ensemble pour une seule raison : améliorer la qualité des services dispensés aux jeunes enfants et à leur famille. »

Ce souci d'utiliser la collaboration en tant que moyen, et non pas comme une fin en soi, peut se manifester de différentes manières. Dans un contexte donné, cela peut signifier d'accepter qu'une famille ne veuille ou ne puisse participer au processus d'équipe que par un engagement minimal, quelle qu'en soit la raison (Wilson, 1998 : 146). À ce propos, l'auteure ajoute :

Il importe de se rappeler que le fait que des parents ne participent pas au processus intégratif de leur enfant ne signifie pas qu'il s'agit de parents non engagés envers leur enfant ; les parents peuvent être proches émotivement de leur enfant et interagir avec lui et néanmoins choisir de ne pas participer aux fonctions liées à l'école. Les parents peuvent avoir des besoins et des priorités que ne partagent pas les professionnels de l'équipe d'intervention [notre traduction].

De plus, pour qu'une équipe fonctionne efficacement, la collaboration des individus doit être volontaire (Howard et autres, 2001 : 468).

Dans un autre contexte, utiliser la collaboration en tant que moyen et non comme une fin peut signifier qu'il faille choisir attentivement le modèle de collaboration le plus approprié à la situation. C'est le propos de cet exemple donné par Buysse et Wesley (2001 : 287-288) : si la personne est une éducatrice en service de garde qui a besoin d'une assistance en classe pour travailler avec un enfant avec déficience, la consultation ou l'assistance technique (plutôt que le travail en équipe ou la formation) peut être la forme la plus appropriée de collaboration.

Une revue de la documentation d'après Bruder⁵⁶ (1996)

Selon Bruder (1996 : 32-33), dans le champ de l'intervention auprès des enfants avec déficience, bien que le travail en équipe ait été prôné et valorisé depuis de nombreuses années, les recherches sur le fonctionnement des équipes sont rares. La majeure partie des écrits qui traitent de l'utilisation des équipes a plutôt porté sur le besoin d'adopter des modèles de collaboration pour assurer une plus grande efficacité des services dispensés (Bruder, 1996 : 33, réf. à Bruder et Bologna, 1993 ; Bruder, Lippman et Bologna, 1994 ; File et Kontos, 1992 ; Hanson et Widerstrom, 1993 ; McGonigle, Woodruff et Roszmann-Millican, 1994).

Des études ont toutefois été conduites pour examiner différents aspects du fonctionnement des équipes travaillant auprès des enfants avec déficience, à savoir :

- les degrés individuels de participation parmi les membres (Sands, Stafford et McClelland, 1990, entre autres) ;
- les comportements des membres de l'équipe durant les rencontres (Bouchard, Talbot, Pelchat et Boudreault, 1996, 1998 ; Bouchard, 1998 ; Bouchard, Pelchat et Boudreault, 1996, 1999) ;

56. Sauf en ce qui concerne les références québécoises et les références postérieures à 1996, cette partie est une traduction plus ou moins intégrale de Bruder (1996 : 33) [notre traduction].

La collaboration entre les partenaires de l'intégration

- le processus de prise de décision (Bailey et autres, 1995 ; Fink et Fowler, 1997) ;
- l'élaboration de plans de prestation de services comprenant plusieurs disciplines ;
- l'utilisation de stratégies de collaboration (Hanline, 1990) ;
- la formation au *membership* dans une équipe et ce, tant dans la formation universitaire (Bailey et autres, 1990) que dans la formation dans l'entreprise (Winton et autres, 1992).

5.3.1 Principaux facteurs favorisant la collaboration entre les membres d'une équipe (partenariat et coopération⁵⁷)

Le thème des équipes, n'étant pas l'apanage du processus intégratif, a engendré une abondante documentation en provenance de plusieurs disciplines, incluant le milieu des affaires et celui des services aux personnes. Ainsi, certains auteurs dans le champ de l'éducation spécialisée ont utilisé les résultats de recherches issues d'autres disciplines pour aborder le sujet. C'est le cas entre autres de Bruder (1996) qui s'est appuyée sur l'étude de Larson et LaFasto (1989)⁵⁸ pour présenter ce qu'elle nomme les caractéristiques des équipes efficaces.

Briggs (1993), dont le texte a été publié dans le périodique *Journal of Childhood Communication Disorders*, est la référence principale d'au moins deux groupes d'auteurs : Buysse et Wesley (2001 : 279, tableau 9.7), qui énoncent les qualités d'une équipe d'intervention efficace, ainsi

que Ogletree et autres (1999 : 6-8), qui relèvent les caractéristiques nécessaires au fonctionnement optimal d'une équipe interdisciplinaire.

Enfin, plus récemment, Lieber et autres (2002) ont déterminé sept facteurs essentiels au développement de relations professionnelles positives et efficaces entre les adultes travaillant dans un programme intégratif (collaboration entre professionnels). Cette étude a été effectuée à partir de l'échantillon du *Early Childhood Research Institute on Inclusion* (ECRII), comprenant seize programmes intégratifs aux quatre coins des États-Unis. Les données utilisées sont de plusieurs types : 1) entrevues avec les éducatrices et les administrateurs, 2) observations de l'interaction des adultes dans la classe, 3) observations durant les réunions d'équipe, quand les enfants étaient absents (réf. à Lieber et autres, 1997 ; Lieber, Beckman et Horn, 1999 ; Lieber et autres, 2000).

Ces divers écrits convergent sur de nombreux points concernant les facteurs, qualités ou caractéristiques, peu importe l'appellation donnée, qui font en sorte que le travail en équipe fonctionne au mieux. C'est à partir d'une synthèse de ces différents écrits que nous présentons ci-dessous ce que, pour notre part, nous appelons les facteurs favorisant le partenariat et la coopération :

- une mission, un but et des objectifs clairs,
- un leadership solide,
- des membres apportant une expertise,
- une équipe ayant les qualités nécessaires à l'obtention de résultats,
- un climat propice, basé sur la confiance,
- un bon système de communication,
- du soutien entre membres et du soutien organisationnel,
- une composition appropriée de l'équipe.

Une mission, un but et des objectifs clairs

Tous les membres devraient participer à établir la mission globale de l'équipe, ses objectifs ainsi que les étapes à franchir, les méthodes à utiliser, etc., pour réaliser chaque objectif (Bruder, 1996 : 38, réf. à Shonk, 1982). Dans une équipe efficace,

57. Bien que les références présentées ci-après soient issues principalement de la documentation américaine, nous utiliserons néanmoins, à partir d'ici, les termes « partenariat » et « coopération », car le terme anglais « collaboration » figurant dans les écrits renvoie de toute évidence davantage à ces deux termes qu'à celui de « collaboration » (tels qu'ils sont définis par Bouchard, Pelchat et Boudreault, 1996 : 23-24, voir page 61).

58. Selon Bruder (1996), l'étude de Larson et LaFasto (1989) est l'une des plus complètes sur le sujet. L'objectif de cette étude était d'examiner les caractéristiques des équipes qui fonctionnent efficacement et, pour ce faire, les membres de 27 équipes de travail dans différents milieux (affaires, science, médecine, milieu communautaire, gouvernement, etc.) ont été interviewés.

la mission de celle-ci reflète le propos, les objectifs et la philosophie de l'équipe, considérée en tant qu'unité collective (Ogletree, 1999 : 7, réf. à Briggs, 1993). Parmi les intervenants, des croyances communes au sujet de l'éducation des jeunes enfants facilitent l'entente sur les objectifs du programme éducatif et sur la manière d'atteindre ces objectifs (Lieber et autres, 2002 : 84). La mission et les objectifs de l'équipe sont plus efficaces s'ils sont écrits – d'une manière que les membres comprennent et acceptent – et révisés régulièrement par l'équipe (Ogletree, 1999 : 7, réf. à Pfeiffer, 1991). Toutefois, cela demande un investissement spécial de la part des membres de l'équipe qui peuvent trouver que leur temps est limité.

Une équipe efficace a une compréhension claire de son objectif, la croyance que l'objectif en vaut la peine et que l'atteinte de cet objectif va faire une différence (Bruder, 1996 : 29, 31, réf. à Larson et LaFasto, 1989).

Un leadership solide

Le leadership au sein d'une équipe est une dimension cruciale ; il importe d'avoir un leadership solide selon Ogletree (1999 : 8) et Briggs (1993, rapporté dans Buisse et Wesley, 2001 : 279), un leadership qui repose sur des principes selon Larson et LaFasto (1989, mentionnés dans Bruder, 1996 : 32).

Le leadership a été défini comme étant « un comportement de communication verbale et non verbale qui influence les échanges et le processus des tâches au sein d'une équipe, du fait qu'il permet la satisfaction des besoins des membres et de l'équipe et la réalisation de leurs objectifs »⁵⁹ (Lumsden et Lumsden, 1993 : 260 [notre traduction], cités dans Bruder, 1996 : 39).

Un leader efficace établit une vision, crée le changement et stimule la mise en œuvre des talents (Bruder, 1996 : 32, réf. à Larson et LaFasto, 1989). Un leader d'équipe met aussi l'accent sur la créa-

tion d'un climat propice à la prise de décision, ainsi qu'au processus d'équipe permettant l'atteinte de résultats (Bruder, 1996 : 32, réf. à Larson et LaFasto, 1989 ; Bruder, 1996 : 39, réf. à Garland et Linder, 1994). Une fonction importante de tout leader est d'inciter les autres membres de l'équipe à s'affirmer⁶⁰ (Ogletree, 1999 : 8, réf. à Briggs, 1993).

Deux caractéristiques d'un bon leader d'équipe sont l'engagement personnel envers l'objectif de l'équipe et l'habileté à donner aux membres de l'équipe l'autonomie nécessaire pour atteindre les résultats (Bruder, 1996 : 32, réf. à Larson et LaFasto, 1989). En outre, certaines qualités personnelles ont été reconnues comme étant celles d'un leader efficace : la crédibilité, la capacité d'adaptation, la communication, la confiance en soi (*confidence*), l'engagement et la concentration (Bruder, 1996 : 39, réf. à Lumsden et Lumsden, 1993), l'absence d'égoïsme et d'arrogance (Bruder, 1996 : 39, réf. à Larson et LaFasto, 1989). Une autre qualité, peut-être plus importante encore, est l'habileté du leader à évaluer la maturité de chaque membre de l'équipe par rapport à une tâche spécifique, en fonction de sa capacité à l'effectuer tout autant qu'à la diriger (Bruder, 1996 : 39, réf. à Hersey et Blanchard, 1988).

À l'inverse, deux caractéristiques ont été désignées comme étant indicatives d'un faible leadership : un leader qui veut éviter toute confrontation, et qui, en conséquence, est donc incapable de résoudre les problèmes liés à des performances inadéquates des membres de l'équipe ; un leader qui dilue l'efficacité de l'équipe parce qu'il a trop de priorités (Bruder, 1996 : 32, réf. à Larson et LaFasto, 1989).

Des membres apportant une expertise

Une équipe efficace s'appuie sur le haut degré d'expertise de chacun de ses membres. Larson et LaFasto (1989, dans Bruder, 1996 : 32) parlent quant à eux de standards d'excellence. Ainsi, il est important pour une équipe qu'elle s'oblige à

59. Le texte original se lit comme suit : « Verbal and nonverbal communication behavior that influences a team's transactional and task processes in achieving members' and the team's needs and goals. » (Lumsden et Lumsden, 1993 : 260, cités dans Bruder, 1996 : 39).

60. Le texte en anglais se lit comme suit : « An important function of any team leader is the empowerment of other team members to lead. » (Ogletree, 1999 : 8, réf. à Briggs, 1993).

La collaboration entre les partenaires de l'intégration

établir et à maintenir des standards de performance permettant une amélioration des résultats. Il est aussi important que les membres respectent leurs standards individuels tout autant que les standards de l'équipe. Plus explicitement, chaque membre devrait apporter les qualités suivantes à l'expertise de l'équipe : des connaissances théoriques et pratiques de base, de solides habiletés cliniques, une expérience auprès des enfants avec déficience et leur famille (Ogletree, 1999 : 7, réf. à Briggs, 1993). Il va sans dire que ces qualités sont associées à une formation reconnue et à une solide expérience professionnelle.

De leur côté, les familles apportent l'expertise d'une connaissance approfondie de leur enfant avec déficience. Elles savent ce qui l'enthousiasme et ce qui le frustre. Elles savent le rôle que cet enfant joue dans la structure familiale. De plus, les parents d'un enfant plus âgé n'apporteront pas seulement à l'équipe leur connaissance de celui-ci, mais aussi une connaissance complète de sa déficience (Ogletree, 1999 : 7).

Une équipe ayant les qualités nécessaires pour obtenir des résultats

Larson et LaFasto (1989, mentionnés dans Bruder, 1996 : 31) ont défini trois attributs caractérisant les équipes en fonction de leur habileté particulière à atteindre certains résultats spécifiques :

- l'équipe « résolution de problèmes » affiche un degré de confiance élevé parmi ses membres ; elle est capable de se concentrer sur les questions à résoudre et sur les solutions ;
- l'équipe « créative » met l'accent sur la découverte de nouvelles possibilités et de solutions de rechange. L'autonomie et la liberté par rapport aux frontières traditionnelles d'exécution du travail sont des aspects primordiaux de ce type d'équipe ;
- l'équipe « tactique » est responsable d'élaborer un plan bien défini ; une vision claire du but de l'équipe, des tâches, des standards et des rôles lui est essentielle.

Une équipe ayant ces trois attributs assure l'efficacité optimale du processus d'intégration. C'est ce que montre Bruder (1996 : 33-34) en exami-

nant le processus selon ses diverses fonctions. Ainsi, la première fonction d'une équipe est d'évaluer les besoins de l'enfant avec déficience et de sa famille. Selon Bruder, une équipe d'évaluation efficace pourrait être décrite comme ayant les attributs de l'équipe dite « résolution de problèmes ». Nécessitant un degré de confiance élevé entre les membres et un mode de fonctionnement mettant l'accent sur les questions et problèmes à poser et à débattre, plutôt que sur des positions ou des solutions prédéterminées, l'équipe « résolution de problèmes » convient bien à la singularité de chaque protocole d'évaluation.

La deuxième fonction de l'équipe, la planification des interventions, se produit habituellement dans le contexte de la planification du IEP ou du IFSP⁶¹. L'équipe « créative » semble la plus efficace à cette étape, car l'équipe doit être capable de répondre aux besoins individuels des familles et des enfants à travers une variété de dimensions, incluant la culture, les interventions techniques, l'environnement naturel et des objectifs de résultats fonctionnels (Bruder, 1996 : 34, réf. à Bailey et McWilliam, 1990). L'autonomie par rapport au mode traditionnel de pensée qui caractérise l'équipe « créative » facilite la détermination d'objectifs flexibles et uniques, de même qu'un ensemble clair de standards de performance.

Enfin, pour remplir la fonction de prestation de services, l'équipe « tactique » est la plus adéquate. En effet, cette dernière a comme objectif l'exécution d'un plan bien défini et doit pouvoir compter sur une définition de rôles non ambiguë et un ensemble clair de standards de performance. Comme les services sont fournis à un enfant et à sa famille, l'équipe « tactique » devrait assurer, à la fois, l'efficacité de l'intervention des membres individuels de l'équipe et celle de l'équipe prise dans son ensemble.

D'autres auteurs ont souligné l'importance pour une équipe d'avoir des stratégies efficaces de résolution des problèmes et des conflits (Buysse

61. IEP : Individualized Education Program ; IFSP : Individualized Family Service Plan.

et Wesley, 2001 : 279, réf. à Briggs, 1993). L'utilisation d'un processus systématique de résolution de problèmes devrait faire partie du style de travail d'une équipe de manière à l'assister pour la prise de décision durant les rencontres (Bruder, 1996 : 39, réf. à Shonk, 1982). Toutefois, l'utilisation de la résolution de problèmes dans le contexte du partenariat ne devrait pas prendre le dessus sur la nécessité pour les consultants d'utiliser les habiletés de leur discipline propre afin de répondre aux besoins de ceux qui les consultent (Bruder, 1996 : 37, réf. à Buysse et autres, 1994).

Par ailleurs, peu importe l'attribut de l'équipe, Larson et LaFasto (1989, cités dans Bruder, 1996 : 32) ont aussi établi quatre éléments d'efficacité nécessaires à celle-ci :

- avoir des rôles clairs et l'obligation de rendre des comptes ;
- adopter un système de communication efficace ;
- exercer une surveillance des performances individuelles et fournir une rétroaction ;
- établir des jugements basés sur les faits.

D'autres auteurs ont également relevé certains de ces facteurs de réussite. Ainsi, l'évaluation de la performance de chaque membre de l'équipe et de l'équipe en tant que telle fait partie des dix qualités associées à une équipe d'intervention efficace établies par Briggs (1993, dans Buysse et Wesley, 2001 : 279). Elle est aussi mentionnée dans un autre facteur de réussite présenté par Larson et LaFasto (1989, dans Bruder, 1996 : 32). Ainsi, s'il importe pour une équipe d'avoir des standards d'excellence, il importe aussi que les membres individuels de l'équipe demandent à un autre membre d'agir selon les standards d'excellence établis (Bruder, 1996 : 32, réf. à Larson et LaFasto, 1989). La nécessité d'établir un système efficace de communication est signalée par plusieurs auteurs, comme on le verra plus loin.

Par ailleurs, la clarté des rôles et plus particulièrement, dans le contexte de la nouveauté du processus intégratif, la flexibilité demandée dans la redéfinition des rôles de chacun est abordée par différents auteurs. Ainsi, selon Bruder (1996 : 38-39, réf. à Shonk, 1982), l'ambiguïté quant au rôle de chacun est la cause majeure de conflits

dans une équipe. Aussi, pour qu'une équipe soit efficace, il importe que chaque individu ait un rôle clair et des responsabilités spécifiques. Dans un contexte où de nombreux rôles peuvent se recouper, les membres de l'équipe devraient continuellement clarifier leur rôle du moment en fonction de la tâche en cours : ce sera l'occasion soit de le confirmer de nouveau, soit de le redéfinir si nécessaire. Parmi les programmes intégratifs qu'ils ont étudiés, Lieber et autres (2002 : 85) ont constaté dans certains cas que le manque de clarté, c'est-à-dire quand les responsabilités des membres du personnel n'étaient pas claires ou faiblement comprises, entraînait des insatisfactions dans les relations professionnelles. Ils ont aussi remarqué qu'en ce qui a trait à la modification de leur rôle, les éducatrices qui étaient flexibles dans la redéfinition de celui-ci avaient de bonnes relations professionnelles. En matière d'assouplissement du rôle, il y a un équilibre à atteindre selon McWilliam (1996a : 7-8), c'est-à-dire que les spécialistes doivent assouplir les frontières de leur rôle tout en ne l'abandonnant pas. Mentionnons à ce sujet que l'assouplissement du rôle s'effectue plus facilement quand les membres de l'équipe ont un solide fondement dans leur discipline propre, conjugué à une compréhension des rôles et des compétences des autres disciplines représentées dans l'équipe (Bruder, 1996 : 36).

Un climat propice, basé sur la confiance

Un climat propice au partenariat et à la coopération dans une équipe est établi, d'abord et avant tout, sur la confiance que les membres ont les uns envers les autres. Cette confiance inclut des éléments d'honnêteté, d'ouverture, de cohérence et de respect (Bruder, 1996 : 31, réf. à Larson et LaFasto, 1989). De plus, un climat propice est positif, stimulant ; il accueille favorablement et encourage les idées diverses, le changement et le développement. Il soutient le droit des personnes d'exprimer leurs impressions et leurs opinions (Bruder, 1996 : 39, réf. à Shonk, 1982). Dans une équipe efficace, le climat fait que les membres ont le sentiment qu'ils peuvent bien travailler ensemble (Bruder, 1996 : 31-32, réf. à Larson et LaFasto, 1989).

Prenant appui sur Landerholm (1990), qui a constaté que les équipes efficaces se développent au cours du temps, Ogletree (1999 : 7) a suggéré

La collaboration entre les partenaires de l'intégration

qu'une caractéristique nécessaire pour le fonctionnement efficace d'une équipe pourrait être la familiarité qui s'instaure entre des gens qui travaillent ensemble. Selon cet auteur, la familiarité peut créer un climat propice au développement de la communication, de la confiance et du souci de l'autre entre les membres. Dans leur étude, Lieber et autres (2002 : 85) ont trouvé que la familiarité entre les membres du personnel d'un programme, attribuable à une grande stabilité du personnel, avait un effet positif sur les relations qu'ils avaient entre eux. Ainsi, par rapport à l'introduction d'un processus nouveau comme l'intégration, le directeur de l'éducation spécialisée disait : « [...] nous avons un avantage. Il y a une atmosphère constructive et positive et un degré élevé de coopération parmi les gens » [notre traduction]. Par contre, comme le souligne Ogletree (1999 : 7), la familiarité peut aussi conduire à une communication de piètre qualité due à des idées toutes faites acquises au cours du temps.

Un climat empreint de confiance au sein d'une équipe a de nombreux avantages :

- la confiance permet aux membres de rester concentrés sur un problème, étant donné que la résolution de problèmes s'appuie sur un échange d'informations ouvert (Bruder, 1996 : 32, réf. à Larson et LaFasto, 1989) ;
- la confiance favorise une communication plus efficace et une meilleure coordination entre les membres (Bruder, 1996 : 32, réf. à Larson et LaFasto, 1989 ; Ogletree, 1999 : 7) ;
- la confiance améliore les résultats issus d'un partenariat, notamment parce que les membres n'ont pas peur de prendre des risques (*loc. cit.*) ;
- la confiance donne de l'assurance à l'équipe, car les membres de l'équipe sont capables de compenser les manques de chacun au besoin (Bruder, 1996 : 32, réf. à Larson et LaFasto, 1989).

Un bon système de communication

Dans une équipe, les membres communiquent entre eux pour partager de l'information, résoudre des conflits, découvrir la contribution de chacun, etc. ; de plus, l'équipe, en tant qu'unité collective, peut avoir à communiquer avec des administrateurs et d'autres fournisseurs de ser-

vices pour défendre ses intérêts (Ogletree, 1999 : 7, réf. à Briggs, 1993).

Comme on vient de le voir, un environnement basé sur la confiance favorise la communication entre les membres d'une équipe. Néanmoins, selon plusieurs auteurs, il importe de créer des moments précis réservés à la communication entre les membres. Ainsi, selon Bruder (1996 : 39, réf. à Shonk, 1982) [traduction libre], une équipe devrait tenir des rencontres régulières durant lesquelles la majeure partie du travail de l'équipe serait accomplie. Sans nier l'importance des communications informelles, une rencontre formelle assure que le processus de l'équipe est maintenu. Trouver du temps pour les rencontres devrait être une priorité et les membres de l'équipe devraient adopter un horaire régulier de rencontres. La fréquence selon laquelle chaque équipe tient des rencontres varie selon les objectifs de l'équipe. Un agenda de rencontres devrait être utilisé pour structurer les temps de rencontres et les résultats attendus à chaque fois ; des règles de base devraient être établies pour assurer la productivité de la rencontre. Un lieu régulier de rencontre devrait être établi, un lieu accessible, convenant à tous et, si possible, exempt de distractions. Les minutes et le suivi des responsabilités devraient être enregistrés et distribués à tous les membres peu de temps après la rencontre. La communication durant la rencontre devrait être ouverte, la prise de décision conjointe devrait être privilégiée. Dans leur étude, Lieber et autres (2002 : 84-85) constataient qu'un système de communication formelle (périodes de temps allouées à la planification suffisamment longues) favorisait de meilleures relations professionnelles : les membres du personnel avaient le temps de se rencontrer et de travailler ensemble.

Cependant, Lieber et autres (2002 : 84-85) ont aussi constaté une amélioration de la communication lorsque les membres du personnel profitaient des occasions d'échanges informels. Ces contacts informels, précisent-ils, peuvent se faire durant le dîner ou pendant que le personnel attend l'arrivée des enfants. Les auteurs donnent l'exemple d'un ergothérapeute qui disait savourer sa chance d'être dans la classe avec l'éducatrice parce que cela leur permettait d'échanger leurs idées (*loc. cit.*).

Par ailleurs, sous l'angle du contenu des échanges d'informations avec les familles, il est crucial que les intervenants reconnaissent le lien important entre la communication, l'accès aux informations et la prise de décision. Selon Beckman, Hanson et Horn (2002 : 106-107), pour que les familles puissent prendre des décisions éclairées au sujet de leur enfant avec déficience et du meilleur programme pour celui-ci, elles doivent avoir accès à une bonne information. Par exemple, dans le contexte du choix du programme intégratif pour leur enfant, un accès réel des parents à l'information ne consiste pas simplement à leur procurer un ensemble d'informations préparé à l'avance par les officiels de l'école. L'information doit être fournie de manière qui soit en harmonie avec la langue, la culture, l'expérience et le niveau d'éducation des membres de la famille. De plus, les intervenants doivent encourager les familles à poser des questions et à explorer les différentes options de manière à réaliser le meilleur appariement du programme avec les besoins de l'enfant et de la famille.

Du soutien entre membres et du soutien organisationnel

Selon Ogletree (1999 : 7-8), les équipes efficaces ont besoin de soutien venant de l'intérieur, c'est-à-dire un soutien que s'assurent les uns aux autres les membres d'une équipe, et d'un soutien extérieur, habituellement fourni par l'organisation (service de garde, école, administrations diverses).

• *Du soutien interne*

Le soutien entre membres favorise un environnement de confiance propice à une bonne communication. De plus, l'équipe « supportante » permet l'expression de la vulnérabilité : ses membres n'ont pas besoin de connaître toutes les réponses, s'ils ont besoin d'aide, l'équipe leur fournira une assistance (*loc. cit.*).

Pour certains auteurs, le soutien interne fait partie des rôles que doivent assumer les membres d'une équipe, ou encore des compétences qu'on attend d'eux. Ainsi, en plus du rôle professionnel individuel, des responsabilités et de la contribution de chaque membre, les membres ont aussi un rôle à jouer pour faciliter le processus de fonctionnement de l'équipe (Bruder, 1996 : 38-39, réf. à Shonk, 1982). Les membres de l'équipe doivent

fournir du soutien, incluant des ressources, du soutien moral et technique, aux autres membres de l'équipe (Bruder, 1996 : 38-39, réf. à York et autres, 1992) et ce soutien doit être continu. De leur côté, Larson et LaFasto (1989, dans Bruder, 1996 : 31) distinguent deux types de compétence chez les membres d'une équipe : l'expertise professionnelle, d'une part, et d'autre part, des compétences partenariales, ce qui comprend un désir fort de contribuer à l'équipe et l'habileté de travailler ensemble pour aborder et résoudre les problèmes.

L'engagement commun envers l'équipe que seuls Larson et LaFasto (1989, dans Bruder, 1996 : 31) rapportent spécifiquement comme facteur de réussite peut sans doute favoriser le soutien entre les membres. Selon ces auteurs, les membres d'une équipe efficace montrent un attachement, voire un dévouement, à la cause ainsi qu'à ceux et celles qui partagent leurs vues, et manifestent une volonté de faire tout ce qui est nécessaire pour que l'équipe réussisse. L'acquisition de ces qualités serait par ailleurs facilitée par la participation des membres à toutes les facettes de la prise de décision de groupe.

• *Du soutien externe ou organisationnel*

Les auteurs s'entendent sur le besoin de soutien extérieur des équipes efficaces. Ce soutien organisationnel dont les équipes ont besoin peut prendre diverses formes. Les administrateurs soutiennent une équipe en reconnaissant la valeur de son travail et la contribution individuelle de ses membres, en favorisant son autonomie pour la prise de décision, en allouant des ressources suffisantes, y compris suffisamment de temps pour permettre les rencontres, en écoutant ce que leurs personnels ont à dire (Lieber et autres, 2002 : 85 ; Larson et LaFasto, 1989, dans Bruder, 1996 : 32 ; Briggs, 1993, dans Ogletree, 1999 : 7-8 et dans Buysse et Wesley, 2001 : 279). Il semblerait que l'absence d'un tel soutien organisationnel est plus soulignée que sa présence (Bruder, 1996 : 32, réf. à Larson et LaFasto, 1989). Par ailleurs, Lieber et autres (2002 : 85) ont constaté dans leur étude que le soutien administratif contribuait à de bonnes relations parmi les membres du personnel.

La collaboration entre les partenaires de l'intégration

Une composition appropriée de l'équipe

Le nombre de personnes dans une équipe peut varier selon les besoins de l'enfant et, également, selon l'étape du processus à laquelle l'équipe est rendue (pour de plus amples détails, voir Bruder, 1996 : 33-34). Aux États-Unis, la loi requiert que les parents fassent partie de l'équipe d'intervention formée à l'intention de leur jeune enfant avec déficience, de même que deux personnes ou plus issues de différentes disciplines, dont les habiletés sont nécessaires pour améliorer le développement de l'enfant. Selon Bruder (1996 : 38), bien que le fait d'ajouter des personnes dans une équipe augmente l'expertise dont peut profiter un enfant, une équipe plus large peut aussi affecter négativement le processus de partenariat : la communication peut devenir difficile et la coordination des membres pour des rencontres peut devenir problématique. À ce propos, des auteurs ont proposé des lignes directrices pour la sélection des membres d'une équipe (Rainforth, York et Macdonald, 1992, cités dans Bruder, 1996 : 38).

5.3.2 Quelques outils pour appuyer le partenariat

Nous présentons dans cette section quelques outils susceptibles d'appuyer le processus de partenariat.

Modèle en sept étapes pour construire une équipe efficace

Le modèle en sept étapes a été élaboré pour le monde des affaires et les corporations (Drexler et autres, 1992, rapportés dans Buisse et Wesley, 2001 : 275-276). Il s'agit d'un processus employé pour amener un groupe de personnes à former une équipe et les aider à définir un terrain commun pour concevoir, implanter et évaluer un plan stratégique. De plus, au regard de l'atteinte d'objectifs communs concernant un contenu spécifique (ex. : adopter l'approche centrée sur la famille, implanter des services, etc.), le principal résultat de ce processus est d'en arriver à fonctionner plus efficacement comme une équipe.

Les sept étapes de ce processus sont les suivantes :

1. Orientation :
« Pourquoi suis-je ici ? »
2. Construction de la confiance :
« Qui êtes-vous ? »
3. Clarification des rôles et des objectifs :
« Qu'est-ce que nous faisons ? »
4. Engagement :
« Comment le ferons-nous ? »
5. Implantation :
« Qui fait quoi, quand, où ? »
6. Évaluation :
« Comment faisons-nous ? »
7. Renouvellement :
« Pourquoi devrions-nous continuer ? »

(Buisse et Wesley, 2001 : 276, réf. à Drexler et autres, 1992) [notre traduction].

À chaque étape de la constitution de l'équipe, les membres doivent répondre à une question clé. Le but est de déplacer l'équipe d'une situation non résolue à une situation résolue.

Modèle de résolution de problèmes

Dans leur présentation de l'implantation d'un programme intégratif, Lieber et autres (2002 : 85-92) rapportent l'expérimentation d'un modèle de résolution de problèmes qui a été faite dans l'un des seize programmes intégratifs de l'ECRII. Ce programme intégratif a été implanté dans un centre accueillant majoritairement des enfants avec déficience [500 enfants avec déficience et 200, sans déficience] (Odom, 2002a : 189). Le programme intégratif concernait deux groupes d'enfants : un groupe avec déficience (8 enfants) et un groupe *Head Start* (17 enfants). Au début de la recherche, le programme intégratif consistait en une période de 30 minutes par jour pendant laquelle les enfants participaient à une activité commune. Pour l'activité commune, deux modalités étaient possibles : les deux groupes en entier pouvaient être fusionnés, ou encore chacun des groupes étant divisé en deux, chaque éducatrice prenait en charge la moitié de son groupe et la moitié du groupe de sa collègue. Le reste de la journée, chaque groupe d'enfants

était dans un local distinct. Pour les enfants avec déficience, les services d'éducation spécialisée étaient dispensés dans le local par l'éducatrice⁶²; les services spécialisés, fournis par un spécialiste, étaient dispensés dans le local ou à l'extérieur du local (*ibid.* : 190).

Reconnaissant que divers obstacles entravent la capacité des adultes de travailler ensemble efficacement, les chercheurs ont élaboré un projet pour aider les équipes, composées d'administrateurs, d'éducatrices, d'autres professionnels et parfois de membres de la famille, à utiliser une approche de résolution de problèmes pour améliorer leur partenariat. Cette approche comporte trois étapes. Dans la première étape, les membres de l'équipe établissent leurs buts par rapport à l'intégration. Dans la deuxième étape, ils déterminent les obstacles qui empêchent l'équipe d'atteindre ces buts. Finalement, l'équipe planifie les manières de surmonter ces obstacles. Alors que les membres de l'équipe utilisaient le modèle, les chercheurs ont assisté aux réunions d'équipes à la fois comme observateurs et comme participants. Ils ont observé les membres de l'équipe dans la classe et ils ont réalisé des entrevues avec eux sur leurs perceptions. Leur objectif était de savoir : 1) si les équipes participantes avaient amélioré leur partenariat grâce à l'utilisation du modèle ; 2) si cela avait entraîné des changements dans leur programme intégratif. Pour une information détaillée au sujet des résultats de cette expérimentation, le lecteur intéressé est invité à consulter les travaux de Lieber et autres (2002).

Stratégies pour améliorer la communication entre les membres d'une équipe

Des stratégies de communication efficace ont été présentées par Rosin et autres (1996, mentionnés dans Brown et Conroy, 1997 : 42) :

- des habiletés d'écoute efficace,
- des questions ouvertes,
- la communication non verbale,
- des perspectives positives.

62. Les deux éducatrices concernées ont un diplôme en éducation spéciale (*certified in special education*) ; l'éducatrice du programme *Head Start* a une formation supplémentaire (*certification in early childhood*).

Des habiletés nécessaires aux membres d'une équipe

Plus près encore de l'action, Rokusek (1995, mentionné dans Ogletree, 1999 : 5) a établi six habiletés nécessaires aux membres travaillant dans une équipe interdisciplinaire [notre traduction] :

- les membres de l'équipe doivent avoir une compréhension du langage professionnel, le leur et celui des autres ;
- les membres doivent être flexibles quant aux tâches à accomplir tout en maintenant leur rôle professionnel ;
- les membres doivent comprendre toutes les options de prestation de services existantes (disponibles) et y être ouverts ;
- les membres de l'équipe doivent communiquer ouvertement et honnêtement ;
- les membres de l'équipe doivent intégrer leurs habiletés professionnelles et leurs qualités personnelles dans l'équipe, et reconnaître les spécificités de toutes sortes (culture, valeurs, traditions, connaissances, formation, émotions personnelles et expériences) que les autres membres apportent à l'équipe, dans un respect mutuel ;
- les membres doivent être préparés et vouloir travailler à construire le consensus.

5.3.3 Des outils visant une plus grande participation des familles

Comme il a été mentionné à plusieurs reprises, il est recommandé que l'intervention pour les jeunes enfants avec déficience soit centrée sur la famille et que les services soient fournis en accord avec la culture, le style de vie, les valeurs et les priorités de la famille. Pour satisfaire adéquatement les besoins individuels de toutes les familles participantes, les éducateurs spécialisés doivent donc être capables de documenter les inquiétudes, les ressources et les priorités des familles, et aussi de communiquer efficacement pour établir en partenariat les objectifs de l'intervention pour les enfants et leurs familles (Lynch et Hanson, 1992 ; Vincent et Salisbury, 1988, mentionnés dans Bruder, 1993 : 27 ; Duis, Summers et Summers, 1997 ; Bosch, 1996, dans Howard et autres, 2001 : 462-465).

La collaboration entre les partenaires de l'intégration

L'appropriation (*empowerment*) par les familles favorise une relation dans laquelle les professionnels perçoivent les familles comme partie égale et réciproque d'un partenariat (Howard, Williams et autres, 2001 : 436, réf. à Swick, 1996). Une des fonctions les plus importantes de l'appropriation est de favoriser le développement d'habiletés faisant la promotion de l'autodétermination. L'appropriation peut se marquer par un changement dans la perception que la famille a d'elle-même, par une confiance accrue en ses capacités, par l'habileté à fixer des objectifs, etc. (Howard et autres, 2001 : 436, réf. à Dunlap, 1997). Sept stratégies visant l'appropriation par les familles sont décrites dans Howard et autres (2001 : 436-437).

Par ailleurs, différents programmes ou stratégies visant un plus grand engagement des familles dans les décisions concernant leur enfant avec déficience ont été élaborés ici et ailleurs. Nous en présentons quelques-uns.

Le modèle de travail d'équipe axé sur le changement

Le modèle de travail d'équipe axé sur le changement⁶³ a été élaboré et testé par Bailey et ses collègues (Buysse et Wesley, 2001 : 275, réf. à Bailey et autres, 1992 ; Winton et autres, 1992). Il a été élaboré spécifiquement pour l'intervention auprès des jeunes enfants, en tant que méthode susceptible de promouvoir parmi les membres des équipes des pratiques basées sur l'approche centrée sur la famille. Plus spécifiquement, l'approche a été développée pour engager les membres de la famille dans les équipes d'intervention auprès des jeunes enfants et pour les aider à y prendre une place significative. Le modèle est basé sur les postulats suivants concernant la manière dont le changement se produit parmi les membres d'une équipe :

- le changement est un processus difficile ;
- le changement est graduel, c'est une démarche à long terme ;

- le changement est plus susceptible de survenir par petites étapes qui mélangent les idées nouvelles et déjà existantes.

(Buysse et Wesley, 2001 : 270) [notre traduction].

Le système intégré d'évaluation de l'enfant, d'évaluation de l'intervention et de programmation (AEPS)

Le système intégré d'évaluation de l'enfant, d'évaluation de l'intervention et de programmation (AEPS)⁶⁴ est conçu de manière à soutenir la collaboration entre professionnels ; il vise aussi à favoriser l'engagement des parents et leur prise en compte dans le processus d'intervention, des outils spécifiques ayant été élaborés à cette fin⁶⁵ (Dionne et autres, 2001 : 22-23).

L'AEPS a été élaboré aux États-Unis au cours des années 1970 et 1980 ; son but est de permettre l'évaluation des enfants dont le développement se situe entre la naissance et 3 ans. En mettant l'accent sur le développement des habiletés fonctionnelles, l'AEPS vise à faciliter l'établissement de liens entre l'évaluation de l'enfant, l'évaluation de l'intervention et la programmation. L'outil compte certaines particularités, entre autres : il associe l'observation et l'évaluation à un curriculum ; il ne se réfère pas à une norme ; il a été élaboré pour être utilisé par des intervenants non expérimentés (*ibid.* : 22-25).

La traduction en français de l'AEPS et son adaptation étaient en cours en juin 2001 (date de parution de l'article de Dionne et autres, 2001) ; de plus, une validation transculturelle auprès d'une population d'enfants québécois était prévue.

63. Traduction de « team based model for change ».

64. AEPS : du nom du programme en anglais, soit « *Assessment, Evaluation and Programming System for infants and children* ».

65. Soit : grille d'évaluation initiale de la famille, grille d'évaluation des intérêts familiaux, guide de planification des activités d'observation et registre des progrès de l'enfant (Dionne et autres, 2001 : 23).

Une stratégie de partenariat : l'évaluation conjointe de l'enfant par les parents et les intervenants

À la suite des constats d'une recherche sur le partenariat et la coopération ayant montré une fréquente mise en retrait des parents durant les rencontres pour le plan de services individualisé de leur enfant avec déficience (Bouchard, Talbot, Pelchat et Boudreault, 1996), il s'est révélé nécessaire « d'explorer de nouvelles voies de collaboration pouvant aider à consolider les relations entre parents et professionnels » (Bouchard et Kalubi, 2001 : 166). L'évaluation conjointe de l'enfant par les parents et les professionnels a ainsi été expérimentée comme moyen pouvant permettre d'établir, tant chez les parents que chez les intervenants, des stratégies favorables à l'appropriation et à l'autodétermination. Les parents ont été accompagnés dans cette démarche par les chercheurs, qui leur ont donné de la formation sur l'outil d'évaluation et diverses autres formes d'aide (Boudreault et Bouchard, 1999). Le résultat a été le suivant : « [...] parents et professionnels mis devant une nouvelle échelle d'évaluation (Brigance) apprennent à s'approprier un langage soutenu et riche touchant les capacités et incapacités de l'enfant » (Bouchard et Kalubi, 2001 : 167, se référant à Bouchard, Pelchat et Sorel, 1998).

Dès lors, les échanges entre parents et professionnels peuvent devenir de véritables relations de partenariat car :

Les enjeux qui se développent autour du savoir, du pouvoir implicite, de prérogatives légales et implicites rendent nécessaire l'instauration d'un mécanisme susceptible de faciliter une pratique de réflexion partagée profitable aux parents, mais surtout à leur enfant qui vit avec des incapacités. L'utilisation conjointe d'un outil d'évaluation offre aussi l'avantage d'introduire cet aspect de réflexion en cours d'action, permettant à chacun des acteurs de s'investir dans une nouvelle démarche, au-delà de ses automatismes routiniers (Bouchard et Kalubi, 2001 : 175).

Un programme d'intervention familiale précoce (PRIFAM)

La naissance d'un enfant avec déficience engendre chez les parents un stress psychologique intense, les plaçant devant une situation de crise. Pour traverser cette crise et parvenir à s'adapter à l'enfant tel qu'il est, les parents doivent faire un cheminement à travers un processus de deuil de l'enfant désiré « parfait ». C'est pour aider les parents en ce sens que le programme d'intervention familiale (PRIFAM) a été élaboré (Pelchat, 1990a, 1990b, 1992, 1995 ; Pelchat et Berthiaume, 1996 ; Pelchat, Bisson, Perreault, Ricard et autres, 1998 ; Pelchat, Bisson, Ricard, Bouchard et autres, 1998 ; Pelchat et Bouchard, 1998 ; Pelchat, Lefebvre et Bouchard, 2000, 2001).

Le programme d'intervention familiale (PRIFAM) s'applique dès la naissance de l'enfant. Il vise « [...] l'autonomie de la famille, la valorisation et l'actualisation optimale de ses ressources internes et externes, et l'appropriation par la famille des compétences utiles à son adaptation et à la prise en charge de l'enfant ayant une déficience » (Pelchat, Lefebvre et Bouchard, 2000 : 17). De plus, si les parents éprouvent habituellement des sentiments d'échec et d'isolement à la suite de la naissance d'un enfant avec déficience, les professionnels vivent souvent des sentiments analogues compte tenu d'un manque de préparation pour aider les parents vivant cette expérience. À cet égard, le programme s'avère également un lieu d'apprentissage pour les intervenantes [infirmières] (Pelchat et Berthiaume, 1996 ; Pelchat et Bouchard, 1998 ; Pelchat, Lefebvre et Bouchard, 2001).

Le PRIFAM s'applique durant les premiers mois de vie de l'enfant (de la naissance à 6 mois environ). Bien que ce programme se situe en marge de la présente recension d'écrits, nous avons cru bon de le présenter ici à titre d'exemple d'un modèle d'accompagnement des parents pouvant être utile, éventuellement, en services de garde. En effet, la plupart des diagnostics de déficience chez un enfant se situent entre 18 mois et 3 ans ; il est donc loisible de penser que certains enfants fréquentent déjà un service de garde à ce moment-là. Or, selon Boudreault et autres (1998 : 116), les parents restent fréquemment en retrait des professionnels au cours de l'évaluation de

La collaboration entre les partenaires de l'intégration

leur enfant, notamment parce que, s'agissant d'un enfant d'âge préscolaire, les parents ne sont souvent pas sortis du processus de deuil.

Des suggestions pour que les parents se sentent plus à l'aise dans les équipes

Les suggestions présentées par Wilson (1998 : 147, Box 8.2) proviennent du *Project PREPARE* (Columbus [Ohio], Ohio Department of Education) [notre traduction] :

1. Avant chaque rencontre ou contact avec un professionnel, rappelez-vous que vous êtes une partie importante de l'équipe d'intervention et que vous avez le droit de participer.
2. Préparez-vous pour les rencontres en planifiant à l'avance les points importants dont vous voulez discuter. Une liste écrite peut être utile.
3. Sentez-vous libre d'amener quelqu'un avec vous. Une autre personne peut prendre des notes, vous aider à faire le point et vous donner du soutien.
4. Quand vous ne comprenez pas quelque chose, posez des questions.

5. Communiquez avec assurance, plutôt que passivement ou agressivement :

- une personne ayant de l'assurance présente clairement son point de vue, tout en demeurant ouverte à ce que les autres ont à dire ;
- une personne passive ne tient pas compte de ses propres idées ou besoins, tout en s'en remettant à une autre personne ;
- une personne agressive ne tient pas compte des idées et des besoins des autres.

L'assurance peut s'exprimer verbalement et non verbalement. Non verbalement, l'assurance peut signifier de prendre des notes et de regarder les gens quand vous vous adressez à eux.

Si vous avez une plainte à formuler, discutez-en d'abord avec la personne la plus directement concernée. Si le problème continue d'être ignoré, formulez votre plainte au niveau supérieur (superviseur, administrateur, etc.).

En plus d'exprimer vos inquiétudes, il est aussi important de faire des compliments et de montrer votre appréciation pour ce qui va bien.

En bref

Une collaboration, voire un partenariat plus on se rapproche de l'intervention directe, est essentielle à la réussite d'une intégration et ce, à différents niveaux : au niveau des organisations concernées par l'intégration, au niveau de l'équipe d'intervention chargée de l'élaboration et de la surveillance des interventions et services individualisés nécessaires pour répondre aux besoins de l'enfant, au niveau des personnes directement engagées dans les interventions et les services individualisés offerts à l'enfant.

La réussite d'une collaboration étroite et du travail d'équipe repose sur un certain nombre de facteurs. Quel que soit le niveau, une vision partagée des objectifs de l'intégration et des moyens à mettre en place pour les atteindre est de toute première importance. Également, un climat propice à la collaboration et au partenariat, basé sur la confiance et la reconnaissance de l'apport singulier des uns et des autres, est une composante essentielle.

Le soutien organisationnel est également primordial, car il se répercute sur l'action aux autres niveaux. Le soutien organisationnel signifie entre autres que les organisations manifestent clairement leur appui au processus d'intégration, qu'elles allouent le temps nécessaire aux rencontres inter-organisations, qu'elles reconnaissent et mettent en place des moyens pour aplanir différents obstacles logistiques (souplesse des horaires de travail, fourniture d'outils de communication adéquats, allègement des charges de travail, etc.).

À un niveau plus près de l'action, le partenariat au sein de l'équipe d'intervention est favorisé, en sus des facteurs mentionnés précédemment, par l'établissement d'objectifs clairs concernant l'intégration de l'enfant, par la présence d'un leadership solide, par le respect de l'apport de chaque membre de l'équipe et par des membres compétents dans leur domaine, y inclus les parents, compte tenu de leur connaissance plus large et plus intime de l'enfant et de ses besoins. À tous les niveaux, mais peut-être plus particulièrement au niveau de l'équipe d'intervention et des personnes directement concernées par la mise en œuvre des interventions en direction de l'enfant, le soutien mutuel, un bon système de communication, ainsi que des caractéristiques personnelles favorisant le travail en équipe ou, à tout le moins, compatibles avec ce type de travail, constituent autant de facteurs propices à la réussite d'une collaboration étroite, du partenariat et de la coopération.

6. Les aspects positifs de l'intégration et ses limites

Dans cette dernière partie, nous présentons d'abord les aspects positifs de l'intégration tels qu'ils sont rapportés dans la documentation. Parmi ces aspects positifs, nous examinons d'abord les effets de la participation à des programmes intégratifs sur les enfants avec déficience, mais aussi sur les enfants sans déficience. Nous abordons également les aspects positifs de l'intégration du point de vue des parents d'enfants avec déficience et de celui des intervenants dans les milieux intégratifs. Enfin, nous présentons certaines limites de l'intégration.

6.1 Les aspects positifs de l'intégration

6.1.1 Effets sur les enfants avec déficience

Deux catégories d'effets de l'intégration sur les enfants avec déficience sont rapportées dans les écrits : des effets sur le développement global des enfants et des effets sur le plan social.

6.1.1.1 Effets sur le développement global

Les effets de l'intégration sur le développement global (c'est-à-dire dans les domaines cognitif, langagier et moteur) des enfants avec déficience ont généralement été évalués à partir des performances de ces enfants selon des mesures standardisées de développement (Odom, 2000 : 24).

Diverses revues de documentation sur le sujet (Odom, 2000 : 20, réf. à Buysse et Bailey, 1993 ; Lamorey et Bricker, 1993 ; Odom et Diamond, 1998) ont conclu que les enfants avec déficience obtenaient d'aussi bons résultats en milieux intégratifs que dans les milieux ségrégatifs traditionnels de l'éducation spécialisée. De plus, quelques études individuelles ont rapporté de meilleures performances dans les milieux intégratifs (*loc. cit.*, réf. à Hundert et autres, 1998 ; Jenkins, Odom et Speltz, 1989). Soulignons que l'étude de Hundert et autres (1998), montrant de meilleures performances des enfants dans les milieux intégratifs, a été effectuée dans la région

du sud de l'Ontario. Comparant l'accueil en milieux intégratifs à l'accueil en milieux spécialisés, l'étude mettait l'accent sur les effets, du point de vue développemental, du mode d'accueil sur les enfants ayant des déficiences graves, catégorie d'enfants qui, selon les auteurs, a été fréquemment exclue des études précédentes.

Pour leur part, Mills et autres (1998) ont examiné l'effet sur le développement des enfants de diverses modalités d'intégration, au moyen de la prise en compte du ratio d'enfants avec et sans déficience dans un groupe. Selon cette étude, les enfants fréquentant un programme d'intégration inversée⁶⁶ (11 enfants avec déficience et 3, sans déficience) ont fait des gains qui dépassaient d'une manière significative le taux de développement normal ; un test relatif aux interactions (*Aptitude X Treatment Interactions*) a montré que les enfants avec déficience qui ont un fonctionnement relativement supérieur profitaient davantage d'un programme d'intégration inversée, alors que ceux qui ont un fonctionnement plus faible tiraient avantage d'une classe ségrégative (enfants avec déficience seulement) ou d'un programme intégratif (5 enfants avec déficience et 9, sans déficience).

Une recherche québécoise (concernant toutefois des enfants fréquentant l'école maternelle ou les premières années du primaire – mais en majorité la maternelle, soit 11 enfants sur 19 –), a examiné l'effet, chez des enfants intégrés présentant une déficience motrice cérébrale, du lieu où leur sont fournis les services spécialisés, c'est-à-dire en classe ou dans un centre de réadaptation (Picard, Lepage et Beaupré, 2002 ; Lepage et autres, 2000). Divers avantages des services spécialisés en classe sont ressortis. Alors que les enfants ayant reçu leur thérapie au centre de réadaptation ont amélioré leurs performances

66. Tel qu'il a été défini par Guralnick (2001b).

sur le plan de l'habillement seulement, les enfants ayant reçu leur thérapie en classe ont montré une amélioration relativement à cet aspect, mais aussi en ce qui concerne les déplacements, les sports et les jeux. De plus, seuls les enfants ayant été traités en classe ont montré une diminution significative de leurs besoins d'assistance (Picard, Lepage et Beaupré, 2002 : 35).

6.1.1.2 Effets sur le plan social

L'objectif ultime de l'intégration des jeunes enfants avec déficience dans les services de garde ou les écoles préscolaires est de favoriser leur intégration sociale au sens large. Sur la base de cet objectif, plusieurs recherches se sont penchées sur la question des interactions sociales et de l'acceptation sociale des enfants avec déficience en milieux intégratifs. Ces recherches ont utilisé des méthodes différentes (observations, mesures sociométriques, entrevues avec les parents ou avec les éducatrices, méthodes multiples d'évaluation) et des échantillons différents (ensemble des enfants de milieux intégratifs dans la communauté [*communitybased*] ou de milieux intégratifs plus restreints [*university-based preschool*], ou encore enfants sélectionnés en vue de la constitution de groupes de jeu planifiés aux fins de la recherche); elles ont aussi été effectuées suivant diverses modalités d'intégration (intégration complète, intégration de groupes, etc.). De manière générale, les enfants avec déficience retirent des avantages de leur participation à un programme intégratif.

Les interactions sociales des enfants avec déficience sont plus fréquentes en milieu intégratif qu'en milieu spécialisé.

De nombreuses recherches appuient ce constat. Une revue de documentation effectuée par Buysse et Bailey (1993, mentionnés dans Guralnick, 2001b : 21) a montré que de nombreuses études ont rapporté que les enfants avec déficience ont plus d'interactions sociales quand ils sont dans un service intégratif que quand ils sont dans un service spécialisé. D'autres recherches menées ensuite sont arrivées aux mêmes résultats (Guralnick, Connor, Hammond, Gottman et Kinnish, 1995, mentionnés dans Okagaki et autres, 1998 : 69 et dans Odom, 2000 : 20 ; Guralnick, Connor,

Hammond, Gottman et Kinnish, 1996, mentionnés dans Guralnick, 2001b : 21).

En outre, sans que soit précisée la nature des bénéfices obtenus, Odom (2000 : 20) rapporte que, lorsque des méthodes d'observation ont été utilisées, les recherches ont montré que le comportement des enfants avec déficience semblait positivement influencé par leur participation aux activités et à des classes comprenant des enfants sans déficience (réf. à Hanline, 1993 ; Hauser-Cram, Bronson et Upshur, 1993 ; Levine et Antia, 1997).

Une autre recherche a montré que la plupart des interactions sociales entre les enfants sont positives. Lieber (1994), dans une étude des conflits entre des enfants d'âge préscolaire avec et sans déficience dans des programmes intégratifs, a constaté que les conflits se produisaient relativement peu fréquemment et étaient de courte durée. Les résultats de Lieber concernant la fréquence et la durée des conflits correspondent à des résultats obtenus dans d'autres écoles préscolaires où il y avait seulement des enfants sans déficience (résultats mentionnés dans Okagaki et autres, 1998 : 83-84).

Cependant, dans un programme intégratif, les enfants avec déficience ont moins d'interactions avec leurs pairs que les enfants sans déficience.

Selon Odom (2000 : 21), il s'agit du résultat qui a été le plus fréquemment obtenu dans les études sur l'intégration des jeunes enfants avec déficience. Diverses recherches en attestent : Guralnick, 1980 ; Guralnick, Connor, Hammond, Gottman et Kinnish, 1995 ; Kopp, Baker et Brown, 1992 (mentionnés dans Odom, 2000 : 21) ; Thouroude, 2000.

En milieu intégratif, les enfants avec déficience s'engagent moins souvent que leurs pairs sans déficience dans les jeux coopératifs. C'est un des résultats qui ressortent de la recherche effectuée par Hestenes et Carroll (2000 : 241). Plus précisément, alors que les enfants sans déficience passent 50 % de leur temps dans des jeux coopératifs, les enfants avec déficience y accordent environ 30 % de leur temps, passant par contre plus de temps dans les jeux solitaires (30 %).

Les aspects positifs de l'intégration et ses limites

La plus grande fréquence d'interactions sociales des enfants avec déficience dans les milieux intégratifs ne signifie pas nécessairement une compétence sociale accrue.

Si la fréquentation d'un milieu intégratif augmente les interactions sociales des enfants avec déficience, il n'y a toutefois aucune évidence d'une augmentation de leur compétence sociale, considérée du point de vue de la création de liens d'amitié avec les pairs (Guralnick, Gottman et Hammond, 1996, mentionnés dans Guralnick, 2001b : 21). Selon Guralnick (2001b : 21, réf. à Guralnick, Connor, Hammond, Gottman et Kinnish, 1995 ; McGee, Paradis et Feldman, 1993), l'augmentation des interactions sociales des enfants avec déficience dans les milieux intégratifs tire probablement son origine surtout de la demande sociale des enfants sans déficience envers leurs pairs avec déficience.

Guralnick (2001b : 23) fait toutefois remarquer que l'objectif d'intégration sociale des enfants avec déficience et celui relatif au développement social sont associés de manière complexe. L'augmentation de la fréquence des interactions sociales, souvent observée dans un environnement intégratif, implique à tout le moins un certain degré d'engagement social des enfants avec déficience avec leurs pairs sans déficience. Selon l'auteur, cet aspect est important parce qu'un degré significatif d'intégration sociale est nécessaire pour que les enfants avec déficience retirent les avantages potentiels de développement sur les plans cognitif, de la communication, du comportement prosocial et d'autres habiletés qui ont été associées à des relations productives avec les pairs (réf. à Howes, 1988 ; Rubin et Lollis, 1988).

En milieux intégratifs, les enfants avec déficience risqueraient plus de subir un rejet social que les enfants sans déficience.

Concernant cet effet de l'intégration, les résultats des recherches ne concordent pas tous. Plusieurs études ont en effet constaté que les enfants avec déficience étaient moins souvent préférés comme compagnes ou compagnons de jeu par leurs pairs que les enfants sans déficience. Selon Guralnick (2001b : 24), les enfants sans déficience préférèrent clairement d'autres pairs sans déficience

que des pairs avec déficience (retard moyen de développement) ; ils interagissent avec les enfants qui ont une déficience pendant la moitié moins de temps que ce qui serait attendu en fonction de la disponibilité des compagnons de jeux (*loc. cit.*, réf. à Guralnick, Gottman et Hammond, 1996 ; Guralnick et Groom, 1987). S'il s'agit de relations plus intimes, d'amitiés, la préférence des enfants sans déficience pour leurs pairs sans déficience est même plus prononcée (*loc. cit.*, réf. à Guralnick, Gottman et Hammond, 1996).

L'étude de Odom et autres (2001) constate également un plus haut risque de rejet social des enfants avec déficience fréquentant des programmes intégratifs comparativement à leurs pairs sans déficience. La recherche a montré qu'un peu plus du quart des enfants avec déficience (22/80)⁶⁷ de l'échantillon étaient socialement rejetés. D'autres recherches ayant établi le rejet social à environ 10 % dans des populations d'enfants sans déficience, les auteurs concluent que le rejet social semble se produire à un degré plus élevé chez les enfants avec déficience (résultats rapportés dans Odom, Zercher, Marquart, Li et autres, 2002 : 63). Enfin, Hestenes et Carroll (2000 : 241) ont constaté que les enfants sans déficience choisissent davantage de passer leur temps avec leurs pairs sans déficience (57,6 % de leur temps) plutôt qu'avec les enfants avec déficience (14,3 %).

D'autres études au contraire ont montré que les enfants avec déficience ne semblaient pas moins favorisés que leurs pairs sans déficience dans le contexte de programmes intégratifs. Dans leur étude, Okagaki et autres (1998 : 76) ont constaté que les enfants sans déficience choisissaient de jouer avec des enfants avec déficience durant les périodes de jeux libres. Les auteures soulignent que ces résultats concordent avec ceux de recherches antérieures (Buysse, 1993 ; Hanline et Fox, 1993). Ainsi, la recherche de Buysse (1993) a montré qu'une majorité d'enfants avec déficience qui fréquentaient un programme

67. À noter que dans le texte d'où provient cette information (Odom, Zercher, Marquart, Li et autres, 2002 : 63-64), les auteurs qualifient cette proportion de 22/80 « d'environ le tiers ».

intégratif avaient au moins une amitié partagée. Pour sa part, dans une étude sur les relations sociales parmi trois enfants ayant des déficiences graves et trois enfants sans déficience dans un programme intégratif d'été de huit semaines pour des enfants de 2 ½ à 5 ans, Hanline (1993) n'a pas trouvé d'évidence de rejet social des enfants avec déficience grave par leurs pairs. En fait, les enfants sans déficience avaient tendance à être davantage persistants pour obtenir une réponse de la part d'un enfant avec déficience que d'un pair sans déficience (les résultats de ces deux études sont rapportés dans Okagaki et autres, 1998 : 68).

En présence de résultats discordants, la question est de savoir comment ces différences peuvent s'expliquer. De nombreux facteurs sont en jeu. Les critères définissant l'acceptation et le rejet social, d'une part, et l'opérationnalisation de ces critères, d'autre part, peuvent faire la différence. Ainsi, par exemple, dans les études menées par Guralnick et ses collègues, la quantification des interactions sociales ne tient compte que du jeu coopératif, alors que dans les études de Okagaki et autres (1998 : 76) et de Hestenes et Carroll (2000 : 242), le codage considère le jeu coopératif et le jeu parallèle. Cela ne peut que faire augmenter les interactions constatées dans les études de Okagaki et autres et de Hestenes et Carroll.

Le contexte et la méthodologie des recherches sont également de première importance. Ainsi, Guralnick et ses collègues ont utilisé une méthodologie de groupes de jeux planifiés, dans lesquels des groupes d'enfants qui ne se connaissaient pas (tous des garçons), appariés sur la base d'une variété de caractéristiques individuelles, étaient mis ensemble pour une période de temps relativement courte (habituellement deux semaines) afin d'étudier les relations sociales des enfants d'âge préscolaire avec et sans déficience (Okagaki et autres, 1998 : 68). Dans l'étude de Okagaki et autres (1998 : 76) et dans celle de Hestenes et Carroll (2000), par contre, il s'agissait d'enfants intégrés dans des services de garde (*community preschool settings*), qui étaient observés après avoir passé environ huit mois ensemble. Les groupes d'enfants sans déficience étaient plus diversifiés (incluant des garçons et des filles, écart d'âges de deux ans entre les enfants) et la taille de la classe était

plus grande (20 enfants comparativement à 6 à 8 dans les études de Guralnick). Par ailleurs, alors que, comme on vient de le voir, il y a plusieurs similarités entre les groupes d'enfants observés par Okagaki et autres (1998) et Hestenes et Carroll (2000), les deux études en arrivent à des résultats contradictoires. S'interrogeant à ce propos, Hestenes et Carroll (2000 : 242) mettent en évidence les différences suivantes : une proportion d'enfants avec déficience plus élevée dans leur étude que dans celle de Okagaki et autres (29 % contre 12 à 16 %) ; pour un de leurs deux groupes, il s'agissait d'une intégration à temps partiel alors que dans l'étude de Okagaki et autres, tous les enfants passaient toute la journée ensemble.

Malgré tout, une minorité relativement importante d'enfants avec déficience est acceptée socialement.

Si l'étude de Odom et autres (2001) montrait qu'un peu plus du quart⁶⁸ des enfants avec déficience qui fréquentaient des milieux intégratifs était rejeté socialement, elle a également constaté une proportion semblable d'enfants qui était bien acceptée (22/80), alors que les autres enfants se situaient entre l'acceptation et le rejet (résultats rapportés dans Odom, Zercher, Marquart, Li et autres, 2002 : 63-64). Utilisant divers outils de collecte pour l'opérationnaliser, les chercheurs ont défini ainsi ce qu'ils entendaient par « acceptation sociale » : un enfant que ses pairs ont classé, en moyenne, comme quelqu'un avec qui ils aimeraient jouer beaucoup ou un peu, un enfant qui joue de manière positive avec ses camarades et pour lequel les parents et l'éducatrice rapportent qu'il a au moins une amitié réciproque (*ibid.* : 64).

Comme le rapporte Odom (2000 : 24), Guralnick (1999) faisait remarquer qu'il n'y a pas encore de critères bien établis pour déterminer le degré indiquant une intégration sociale réussie pour les jeunes enfants avec déficience. À ce propos, Odom considère qu'il importe de considérer à quel niveau on se situe. Ainsi, le critère proposé par Guralnick (1999) suggère que, dans une

68. Voir la note précédente.

Les aspects positifs de l'intégration et ses limites

classe, les enfants avec déficience devraient atteindre un degré de performance sociale comparable à celui des enfants sans déficience. Selon Odom, ce standard normatif est certainement un objectif louable vers lequel les programmes intégratifs devraient tendre ; toutefois, dans une perspective d'intégration et d'intervention, les standards de succès doivent être déterminés individuellement. La réussite de l'intégration sociale devrait être évaluée par les progrès que l'enfant a faits par rapport à ses objectifs individuels. Pour certains enfants avec déficience, le standard normatif peut être un but réaliste. Pour d'autres enfants, simplement répondre à l'ouverture faite par les pairs ou participer activement dans des activités de jeux dramatiques avec les pairs peut être un objectif plus réaliste. Et l'auteur conclut que d'atteindre ces objectifs devrait représenter le standard de réussite pour ces enfants.

Par contre, selon Odom (2000 : 25), au niveau du programme intégratif, un critère global comme l'acceptation sociale ou le rejet social d'enfants individuels avec déficience pourrait être choisi comme mesure permettant de juger de l'intégration sociale. L'objectif de tout programme intégratif étant évidemment que les enfants avec déficience ne soient pas rejetés socialement, un résultat positif du programme pourrait être que les enfants avec déficience soient socialement acceptés par leurs pairs. Cependant, une telle mesure demande des modes de collecte diversifiés (classement par les pairs, observations, rapports des parents et des éducatrices sur les amitiés).

*Parfois dedans, parfois dehors :
l'intégration dans la culture des pairs.*

L'étude de Wolfberg et autres (1999) s'est attardée à décrire le monde social des jeunes enfants dans un programme intégratif, postulant l'existence d'une culture des pairs en son sein. Si l'échantillon est restreint, dix enfants avec déficience et leurs camarades de classe, les modes de collecte d'informations sont diversifiés et détaillés (observations, entrevues ou enquête auprès des parents et des éducatrices sur les amitiés des enfants, mesures sociométriques, collecte de documents).

La recherche visait à cerner l'expérience de l'appartenance à la culture des pairs chez les enfants avec déficience. Elle apporte beaucoup de nuances sur les concepts d'acceptation et de rejet social. Trois grands constats ressortent de l'étude :

- chaque enfant avec déficience exprime d'une manière ou d'une autre le désir de participer à la culture des pairs ;
- chaque enfant expérimente l'intégration dans la culture des pairs. Il existe une variété de manières et de situations dans lesquelles les enfants avec déficience participent pleinement ou partiellement dans les activités de la culture des pairs ;
- la majorité des enfants avec déficience expérimentent l'exclusion de la culture des pairs d'une manière quelconque.

6.1.2 Effets sur les enfants sans déficience

La fréquentation de programmes intégratifs a des effets positifs sur les enfants sans déficience.

*L'expérience de milieux intégratifs augmente
chez les enfants sans déficience leurs
connaissances au sujet des déficiences.*

Diverses recherches ont montré que le côtoiement d'enfants avec déficience permettait aux enfants sans déficience d'acquérir des connaissances sur les déficiences. Ainsi, Diamond et Hestenes (1996) et Okagaki et autres (1998 : 68) ont constaté que les enfants sans déficience dans des classes intégratives étaient sensibles aux limitations associées aux déficiences physiques ; par contre, ils manifestaient de la confusion au sujet des déficiences sensorielles. Dans une autre étude, Diamond et Hestenes (1994) rapportent que les enfants fréquentant une classe préscolaire dans laquelle un de leurs compagnons était sourd (il utilisait des aides auditives et il y avait un interprète de la langue des signes dans la classe) apprenaient davantage au cours du semestre sur l'audition et sur ce que pouvait vouloir dire d'avoir une perte d'audition que des enfants n'ayant pas vécu cette expérience. De leur côté, Favazza et Odom (1996) ont observé que les enfants d'écoles maternelles

avaient une compréhension du terme « handicapés ». De plus, les enfants d'écoles maternelles qui avaient des contacts avec des pairs avec déficience avaient des attitudes d'acceptation significativement plus accentuées à l'égard des personnes avec déficience en général que les enfants ayant peu ou pas de contacts (résultats mentionnés dans Okagaki et autres, 1998 : 68).

Les enfants sans déficience acquièrent dans les programmes intégratifs des attitudes plus positives à l'égard des enfants et des personnes avec déficience.

Diverses études attestent ce fait, notamment celle de Favazza et Odom (1996) mentionnée plus tôt. Participer à un milieu intégratif est également apparu comme affectant positivement les attitudes des enfants sans déficience à l'égard des enfants avec déficience dans l'étude de Peck, Carlson et Helmstetter (1992, dans Odom, 2000 : 20-21) et dans celle de Diamond et autres (1997). D'autres recherches ont rapporté des attitudes plus positives des enfants sans déficience à l'égard des personnes avec déficience en général, en raison de leur participation à des programmes qui incluaient des pairs avec déficience (Esposito et Reed, 1986 ; Hazard, 1983 ; Voeltz, 1980, dans Okagaki et autres, 1998 : 69).

En outre, certaines études mentionnent également que les parents et les éducatrices croient que la participation à un programme intégratif favorise l'appréciation de la diversité chez les enfants et le développement de comportements prosociaux (Peck, Carlson et Helmstetter, 1992 ; Hanline et Fox, 1993, mentionnés dans Okagaki et autres, 1998 : 68-69).

6.1.3 Les aspects positifs pour les parents d'enfants avec déficience⁶⁹

De 1980 à 2000, les mêmes tendances se dégagent quant à la perception des parents concernant la participation de leurs enfants dans un programme intégratif (Erwin et autres, 2001 : 133). L'aspect le plus positif de l'intégration, du point

de vue de ces parents, est qu'elle permet à leurs enfants d'être en contact avec le « vrai monde », de pouvoir interagir avec des enfants sans déficience pouvant leur servir de modèles (Bailey et Winton, 1987 ; Bennett et autres, 1997 ; Bennett et autres, 1998).

Concernant l'expérience de l'intégration, Diamond et LeFurgy (1994) concluaient que l'attitude des parents était influencée positivement par la participation de leurs enfants dans un programme intégratif. De leur côté, les parents rencontrés par Bennett et autres (1997) disaient croire fermement aux avantages de l'intégration pour leurs enfants et indiquaient que leur expérience à l'égard de l'intégration avait été positive en général. Un an plus tard, ces mêmes parents exprimaient une satisfaction d'ensemble concernant leurs relations avec les professionnels (Bennett et autres, 1998).

Par ailleurs, certains parents étaient capables de développer des relations étroites avec l'éducatrice de leur enfant dans un programme intégratif et l'utilisaient comme source de soutien pour l'éducation et les soins à donner à leur enfant (Bennett et autres, 1997, mentionnés dans O'Brien, 2001 : 241).

6.1.4 Les aspects positifs pour les personnels de garde

Les éducatrices ont rapporté des expériences positives avec les parents d'enfants avec déficience ; ces parents leur servaient de personnes-ressources pour les aider à s'occuper, à l'intérieur de leur classe, des enfants avec déficience (Bennett et autres, 1997, mentionnés dans O'Brien, 2001 : 241).

Certaines éducatrices travaillant dans des programmes intégratifs considéraient qu'elles avaient fait des gains en matière d'habiletés à enseigner : grâce à leurs contacts avec les éducateurs spécialisés, elles avaient eu l'occasion d'apprendre une variété d'approches éducatives (Kontos, 1988, dans O'Brien, 2001 : 241).

69. Les informations mentionnées dans cette partie du document, sauf indication contraire, proviennent de Erwin et autres (2001 : 128-133).

Les aspects positifs de l'intégration et ses limites

6.2 Certaines limites de l'intégration

L'intégration se fait suivant diverses modalités, elle a différentes significations selon les personnes. D'après des chercheurs de l'ECRII, si ces constats peuvent paraître simplistes, ils ont des implications importantes. « Le message à retenir est qu'il n'y a pas une seule "bonne" manière d'implanter un programme intégratif. » (Schwartz et autres, 2002 : 22) [notre traduction]. En conséquence, les programmes doivent être suffisamment flexibles pour répondre aux besoins d'enfants et de familles diversifiés. L'intégration ne peut donc se faire selon un modèle unique (*ibid.* : 24).

Quelques études se sont penchées sur l'intégration du point de vue de la situation des parents d'enfants avec déficience eux-mêmes. De manière

générale, les parents avaient l'impression que l'intégration fonctionne mieux pour leurs enfants que pour eux (Bailey et Winton, 1987, mentionnés dans Erwin et autres, 2001). Ainsi, après neuf mois d'expérimentation du programme intégratif, les parents interrogés par Bailey et Winton (1987) n'avaient pas comblé leurs attentes, soit d'en apprendre davantage sur le développement normal des enfants et d'avoir l'occasion d'interagir avec des parents d'enfants sans déficience. Cette difficulté, pour les parents d'enfants avec déficience, d'établir des relations avec les parents d'enfants sans déficience au sein du même programme intégratif a été relevée également par Bailey et Winton (1989) et par Stoneman (1993) [ces deux études étant mentionnées dans Guralnick, 2001b : 26].

En bref

De manière générale, la recherche a fait ressortir divers aspects positifs de l'intégration des jeunes enfants avec déficience. D'une part, du point de vue du développement de ces enfants, on obtient en milieux intégratifs des résultats équivalents, sinon supérieurs, à ceux qu'on obtient en milieux spécialisés. D'autre part, la participation des enfants avec déficience à des groupes intégratifs en services de garde accroît la fréquence de leurs interactions sociales avec des pairs, même si, en comparaison, leur fréquence d'interactions s'avère moins élevée que celle des enfants sans déficience. Si les enfants avec déficience intégrés dans un service risquent plus de subir le rejet social que leurs pairs sans déficience, une proportion substantielle d'entre eux (plus du quart) seront néanmoins très bien acceptés par leurs pairs sans déficience.

Conclusion

Dans la majorité des pays occidentaux, le mouvement en faveur de l'intégration dans les milieux de vie « ordinaires » des jeunes enfants avec déficience, mais aussi, plus largement, de la population de tous âges avec déficience, constitue une tendance de fond. Sa mise en œuvre peut cependant prendre différentes formes : intégration complète, intégration partielle selon diverses modalités.

Au terme de cette revue de la documentation concernant l'intégration des jeunes enfants avec déficience dans les milieux de vie « ordinaires » des enfants de leur âge (services de garde ou, dans certains pays, écoles préscolaires)⁷⁰, on peut dégager divers constats.

Tout d'abord, il y a deux points primordiaux sur lesquels tous s'entendent concernant l'intégration des jeunes enfants dans les services de garde. Premièrement, il ne suffit pas d'accueillir un enfant avec déficience dans un service de garde en compagnie de ses pairs sans déficience ; pour réussir une intégration, il est essentiel que les interventions et les services qui sont nécessaires pour répondre à ses besoins particuliers lui soit fournis. Deuxièmement, chaque intégration constitue un cas unique, une expérience et un processus singuliers.

Divers facteurs contribuant à la réussite d'une intégration ressortent clairement de la documentation. Ces facteurs renvoient à diverses dimensions du processus intégratif : milieu d'implantation de l'intégration, aménagement requis en raison de l'intégration, élaboration et mise en œuvre d'un plan individualisé d'interventions et de services visant à répondre aux besoins particuliers de l'enfant avec déficience.

La qualité du service de garde où se fait l'intégration est de toute première importance : le service de garde doit être, au départ, de très grande qualité. Cette qualité initiale recouvre plusieurs aspects. Outre des lieux adéquats, le programme éducatif est approprié à l'âge des enfants (notamment, orienté vers le jeu) et approprié pour tous les enfants et pour chacun d'eux individuellement (*i.e.* il favorise l'initiative des enfants et la découverte, et il est élaboré sur la base de ces éléments). Le personnel de garde est qualifié et compétent, notamment, il est capable de gérer des groupes d'enfants ayant des besoins diversifiés. Le service de garde a une philosophie claire d'ouverture et d'acceptation de la diversité.

L'intégration d'un enfant avec déficience requiert généralement que des aménagements soient faits au sein du service de garde qui l'accueille. Divers aménagements de l'environnement physique peuvent être nécessaires : rampe d'accès s'il s'agit d'un enfant ayant une déficience motrice, modification apportée au matériel (ex. : ajouter des gardes à un plateau pour qu'il demeure stable), réorganisation de l'espace pour faciliter la circulation d'un enfant ayant une déficience visuelle, etc. Des modifications à l'approche éducative peuvent aussi être nécessaires : interventions spécifiques de l'éducatrice pour favoriser la participation de l'enfant avec déficience à une activité (sous forme d'aide verbale, gestuelle ou physique) ; mise en place par l'éducatrice d'une intervention destinée à l'enfant avec déficience par l'entremise d'un pair sans déficience.

Les besoins particuliers de l'enfant avec déficience intégré dans un service de garde doivent être déterminés avec soin, de même que les interventions et les services qu'il faut mettre en place pour y répondre. Cette démarche est habituellement réalisée au moyen de l'élaboration d'un plan individualisé d'interventions et de services à laquelle participent toutes les personnes concernées par l'intégration de l'enfant (la famille, l'éducatrice, les spécialistes des disciplines correspondant aux besoins de l'enfant ainsi que,

70. Rappelons que la majeure partie des écrits proviennent des États-Unis, où l'intégration des enfants de 3 à 5 ans est faite principalement dans des écoles préscolaires. Toutefois, pour simplifier la présentation synthétique de cette conclusion, nous utiliserons ici le terme « services de garde » pour désigner les différents milieux de vie des enfants d'âge préscolaire.

éventuellement, le gestionnaire du service de garde et les représentants des organisations concernées par la prestation de services spécialisés). Toutes ces personnes doivent travailler en équipe sur la base d'un partenariat entre elles.

La mise en place des interventions spécifiques à l'intention de l'enfant intégré, telles qu'elles sont établies dans le plan, est favorisée par différents facteurs. Un soutien adéquat au personnel de garde est nécessaire, ce soutien pouvant prendre diverses formes : formation spécifique concernant l'intégration, allocation de temps pour la planification des activités et pour les échanges avec la famille et avec les spécialistes, allocation de matériel adéquat et de personnel additionnel si nécessaire, appui explicite de la direction du service de garde et des autres membres du personnel. Si des interventions relevant de procédures spécialisées doivent être effectuées, que ce soit par l'éducatrice ou par un spécialiste, ces interventions doivent être soigneusement planifiées en concertation entre l'éducatrice et le ou les spécialistes concernés.

Le partenariat est essentiel à la réussite d'une intégration et ce, à différents niveaux : au niveau des organisations concernées par l'intégration, au niveau de l'équipe d'intervention chargée de l'élaboration et de la surveillance des interventions et des services individualisés nécessaires pour répondre aux besoins de l'enfant, au niveau des personnes directement engagées dans la prestation des interventions et des services individualisés en direction de l'enfant.

La réussite du partenariat et du travail d'équipe repose sur un certain nombre de facteurs. Quel que soit le niveau, une vision partagée des objectifs de l'intégration et des moyens à mettre en place pour les atteindre est de toute première importance. Également, une composante essentielle consiste à créer un climat propice au partenariat, basé sur la confiance et sur la reconnaissance de l'apport singulier des uns et des autres.

Le soutien organisationnel est également primordial, car il se répercute sur l'action aux autres niveaux. Le soutien organisationnel signifie entre autres que les organisations manifestent clairement leur appui au processus d'intégration, qu'elles allouent le temps nécessaire aux rencontres inter-organisations, qu'elles reconnais-

sent et mettent en place des moyens pour aplanir différents obstacles logistiques (souplesse des horaires de travail, fourniture d'outils de communication adéquats, allègement des charges de travail, etc.).

À un niveau plus près de l'action, le partenariat et la coopération au sein de l'équipe d'intervention sont favorisés, en sus des facteurs mentionnés précédemment, par l'établissement d'objectifs clairs concernant l'intégration de l'enfant, par la présence d'un leadership solide, par le respect de l'apport de chaque membre de l'équipe, par des membres compétents dans leur domaine, y inclus les parents, compte tenu de leur connaissance plus large et plus intime de l'enfant et de ses besoins.

À tous les niveaux, mais peut-être plus particulièrement au niveau de l'équipe d'intervention et des personnes directement concernées par la mise en œuvre des interventions en direction de l'enfant, le soutien mutuel, un bon système de communication, ainsi que des caractéristiques personnelles favorisant le travail en équipe ou, à tout le moins, compatibles avec ce type de travail, constituent autant de facteurs propices à la réussite du partenariat.

Concrètement, ces facteurs de réussite de l'intégration, même s'ils sont établis, nécessitent des efforts pour être mis en place. L'intégration d'un jeune enfant en service de garde peut se trouver confronté à différents obstacles. À la base, il est essentiel que les personnes concernées croient au bien-fondé de l'intégration. Sans l'appui soutenu d'au moins une personne croyant fermement aux avantages de l'intégration, il est peu probable que celle-ci se réalise.

Mais même en présence de personnes favorables à l'intégration, le processus intégratif peut se heurter à des façons de voir différentes concernant ce qui est « le mieux » pour l'enfant : les parents peuvent avoir leur vision à ce propos, l'éducatrice, une autre vision et les spécialistes, une autre encore. En arriver à une vision partagée sur ce que peuvent être les meilleurs objectifs à fixer à l'égard de l'intégration d'un enfant, tout autant que sur ce que peuvent être les meilleures façons de faire pour y arriver, constitue un défi majeur clairement reconnu dans la documentation.

Les obstacles pouvant entraver l'atteinte d'une vision commune concernant l'intégration d'un enfant peuvent se manifester sur différents plans et à divers niveaux. Le manque de confiance mutuelle entre les membres de l'équipe, notamment des parents à l'égard des intervenants, parce qu'ils ont l'impression de ne pas être écoutés ou encore, de ne pas être des membres à part entière de l'équipe parce qu'on ne leur fournit pas l'information utile et pertinente pour ce faire, peut s'avérer fort problématique.

Plus largement, la perception d'un manque d'égalité entre les membres de l'équipe d'intégration formée à l'intention d'un enfant (généralement, entre les parents ou les éducatrices et les spécialistes) peut entraver sérieusement le processus intégratif, compte tenu de l'importance du travail en partenariat pour la réussite de toute intégration. D'après la documentation de recherche, pour les spécialistes, la modification de leur rôle qu'entraîne l'intégration constitue un obstacle non négligeable pour celle-ci. Plusieurs d'entre eux, même s'ils sont favorables à l'intégration en principe, peuvent avoir des réticences à passer du rôle d'expert dispensant des services de façon indépendante et directement à l'enfant, à celui de consultant, pouvant encore éventuellement fournir des services directs à l'enfant, mais dans le cadre d'une action concertée avec l'éducatrice et aussi, si cela est nécessaire pour l'enfant, dans le cadre d'une action concertée avec des spécialistes d'autres disciplines.

De leur côté, les éducatrices peuvent aussi avoir des réticences à accueillir un enfant avec déficience dans leur groupe : leur formation ne les ayant pas préparées à cette éventualité, elles peuvent avoir des doutes sur leur compétence ; mais même si elles sont favorables à l'intégration, elles peuvent craindre de se retrouver seules à répondre aux besoins particuliers de l'enfant si elles ne se sentent pas assurées du soutien de leurs collègues et du service de garde. D'ailleurs, le manque de soutien au personnel de garde et au processus intégratif en tant que tel, c'est-à-dire dans toutes les dimensions qu'il peut revêtir, constitue un obstacle majeur à l'intégration.

La recherche sur les effets de l'intégration s'est développée à mesure que progressait le phéno-

mène. Pour ce faire, les chercheurs ont exploré diverses formes de théories de l'apprentissage social et la théorie de l'imitation pour suggérer les bénéfices potentiels des environnements intégratifs ; par exemple, dans une perspective développementale, on fondait l'espoir que les enfants seraient mis au défi et apprendraient les uns des autres (Guralnick, 2001b : 4).

De manière générale, la recherche a révélé divers aspects positifs de l'intégration des jeunes enfants avec déficience. D'une part, du point de vue du développement des enfants, on obtient en milieux intégratifs des résultats équivalents, sinon supérieurs, à ceux qu'on obtient en milieux spécialisés. D'autre part, la participation des enfants avec déficience à des groupes intégratifs en services de garde accroît la fréquence de leurs interactions sociales avec des pairs, même si, en comparaison, la fréquence de leurs interactions s'avère moins élevée que celle des enfants sans déficience. Si les enfants avec déficience intégrés dans un service risquent plus de subir le rejet social que leurs pairs sans déficience, une proportion substantielle d'entre eux (plus du quart) seront néanmoins très bien acceptés par leurs pairs sans déficience.

Soulignons en terminant que le mouvement en faveur de l'intégration des personnes avec déficience dans les milieux de vie « ordinaires » a été mis en marche d'abord et avant tout en raison de considérations d'ordre idéologique et théorique (Guralnick, 2001b : 4 ; Odom, 2000 : 20). Ainsi, dans les années 1970, l'émergence des principes de la « normalisation » et du mouvement pour les droits civils a remis en question l'éthique et la légitimité de pratiques décourageant le sens d'appartenance à la communauté pour les familles et les enfants avec déficience. Parallèlement, la reconnaissance croissante de la réduction des occasions de socialisation et de développement inhérente à la ségrégation des enfants avec déficience commençait à poindre, tout comme l'appréciation par la communauté professionnelle que les différences de développement relevaient principalement des variations d'un processus de développement commun à tous les enfants et, de ce fait, demandaient des aménagements plutôt qu'un ensemble d'approches et de pratiques complètement séparées (Guralnick, 2001b : 4).

À l'heure actuelle, bien que la recherche ait apporté un certain nombre de réponses concernant l'intégration des jeunes enfants avec déficience dans les services de garde « ordinaires », le sujet est loin d'être épuisé. Aux États-Unis, par exemple, les chercheurs avouent ne pas avoir encore réussi à établir de critères solides permettant de déterminer si l'intégration est la meilleure solution pour tous les enfants et dans toutes les circonstances ; de même, des pièces manquent encore pour juger rationnellement de la modalité

d'intégration susceptible d'être la plus bénéfique pour tel enfant, dans telle circonstance (*ibid.* : 12). Plus près de nous, au Québec, la recherche sur le sujet donne déjà quelques pistes d'intervention, mais il reste des recherches à faire, tant sur les adaptations nécessaires pour tenir compte des besoins particuliers des enfants et de leurs capacités à s'adapter et à s'épanouir dans un milieu de garde « ordinaire » que sur les modalités de collaboration à établir pour y arriver.

Références bibliographiques

- ABLE-BOONE, H., L. D. GOODWIN, S. R. SANDALL, N. GORDON et autres (1992). « Consumer Based Early Intervention Services », *Journal of Early Intervention*, vol. 16, p. 201-209.
- ALLEN, K. E., P. M. BENNING et W. T. DRUMMOND (1972). « Integration of Normal and Handicapped Children in a Behavior Modification Preschool: A Case Study », dans G. Semb (sous la dir. de), *Behavior Analysis and Education*, Lawrence (Kansas), University of Kansas, p. 127-141.
- BABCOCK, N. L., et W. B. PRYZWANSKY (1983). « Models of Consultation: Preferences of Educational Professionals at Five Stages of Service », *Journal of School Psychology*, vol. 21, n° 4, p. 359-366.
- BAILEY, D. B., R. A. McWILLIAM, V. BUYSSE et P. W. WESLEY (1998). « Inclusion in the Context of Competing Values in Early Childhood Education », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 27-47.
- BAILEY, D. B., V. BUYSSE, R. J. SIMEONSSON, T. SMITH et autres (1995). « Individual and Team Consensus Ratings of Child Functioning », *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 37, p. 246-259.
- BAILEY, D. B., M. R. BURCHINAL et R. A. McWILLIAM (1993). « Age of Peers and Early Child Development », *Child Development*, vol. 64, p. 848-862.
- BAILEY, D. B., P. J. McWILLIAM et P. J. WINTON (1992). « Building Family-Centered Practices in Early Intervention: A Team-Based Model for Change », *Infants and Young Children*, vol. 5, n° 1, p. 73-82.
- BAILEY, D. B., V. BUYSSE, R. EDMONDSON et T. SMITH (1992). « Creating Family-Centered Services in Early Intervention: Perceptions of Professionals in Four States », *Exceptional Children*, vol. 58, p. 298-309.
- BAILEY, D. B., et M. WOLERY (1992). *Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities*, 2^e édition, New York, MacMillan Publishing USA.
- BAILEY, D. B., et R. A. McWILLIAM (1990). « Normalizing Early Intervention », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 10, n° 2, p. 33-47.
- BAILEY, D. B., R. J. SIMEONSSON, D. E. YODER et G. S. HUNTINGTON (1990). « Preparing Professionals to Serve Infants and Toddlers with Handicaps and Their Families: An Integrative Analysis Across Eight Disciplines », *Exceptional Children*, vol. 57, n° 1, p. 26-34.
- BAILEY, D. B., et P. J. WINTON (1989). « Friendship and Acquaintance Among Families in a Mainstreamed Day Care Center », *Education and Training in Mental Retardation*, vol. 24, p. 107-113.
- BAILEY, D. B., et P. J. WINTON (1987). « Stability and Change in Parents' Expectations about Mainstreaming », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 7, p. 73-88.
- BAILLARGEON, M. (1986). *Entrez dans la ronde... L'intégration des enfants handicapés dans les services de garde*, Québec, Les Publications du Québec, 139 p. (Collection Ressources et petite enfance).
- BECKMAN, P. J., M. J. HANSON et E. HORN (2002). « Family Perceptions of Inclusion », dans S. L. Odom (sous la dir. de), *Widening the Circle: Including Children with Disabilities in Preschool Programs*, New York, Teachers College Press, p. 98-108 (Collection Early childhood education series).
- BELMONT, B., et A. VÉRILLON (1997). « Intégration scolaire d'enfants handicapés à l'école maternelle : partenariat entre enseignants de l'école ordinaire et professionnels spécialisés », *Revue française de pédagogie*, n° 119, p. 15-26.

- BENNETT, T. (2001) . « Reactions to Visiting the Infant-Toddler and Preschool Centers in Reggio Emilia, Italy », *Early Childhood Research & Practice*, vol. 3, n° 1, [En ligne], [www.ecrp.uiuc.edu/v3n1/bennett.html].
- BENNETT, T., H. LEE et B. LUEKE (1998). « Expectations and Concerns: What Mothers and Fathers Say about Inclusion », *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, vol. 33, n° 2, p. 108-122.
- BENNETT, T., D. DeLUCA et D. BRUNS (1997). « Putting Inclusion into Practice: Perspectives of Teachers and Parents », *Exceptional Children*, vol. 64, n° 1, p. 115-131.
- BLASCO, P. M. (2001). *Early Intervention Services for Infants, Toddlers and Their Families*, Needham Heights (Massachusetts), Allyn and Bacon, 348 p.
- BOGDAN, R., et S. J. TAYLOR (1975). *Introduction to Qualitative Research Methods: A Phenomenological Approach to the Social Sciences*, New York, John Wiley & Sons.
- BOISVERT, D., et S. VINCENT (Mai 2002). « La communication : pour relever le défi du partenariat », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 13, numéro spécial, Actes du colloque « Recherche Défi 2002 », p. 57-61.
- BOSCH, L. A. (1996). « Needs of Parents of Young Children with Developmental Delay: Implications for Social Work Practice », *Families in Society*, vol. 77, n° 8, p. 477-487.
- BOUCHARD, J.-M., et J.-C. KALUBI (2001). « Relations famille et professionnels : passage obligé ou piège ? », dans J.-C. Kalubi, J.-P. Pourtois, J.-M. Bouchard et D. Pelchat (sous la dir. de), *Partenariat, coopération et appropriation des savoirs*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Éditions du CRP, p. 165-176.
- BOUCHARD, J.-M. (1999). « Familles et savoirs à partager : des intentions à l'action », *Apprentissage et socialisation*, vol. 19, n° 2, p. 47-58.
- BOUCHARD, J.-M., D. PELCHAT et P. BOUDREAULT (1999). « Partenariat entre les familles et les intervenants : Contexte théorique ? », dans M. Mercier, S. Ionescu et R. Salbreux (sous la dir. de), *Approches interculturelles en déficience mentale : L'Afrique, l'Europe, le Québec*, Namur (Belgique), Presses Universitaires de Namur, Actes du 5^e Congrès de l'Association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales (AIRHM), tenu à Dakar en 1996, p. 195-207.
- BOUCHARD, J.-M., D. PELCHAT et L. SOREL (1998). « Évaluation de l'enfant par les parents : stratégie de partenariat avec les intervenants », dans J.-C. Kalubi, B. Michallet, N. Korner-Bitensky et S. Tétreault (sous la dir. de), *Innovations, apprentissages & réadaptation en déficience physique*, [s. l.], Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement (GIRAFE), Centre de réadaptation Le Bouclier et Isabelle Quentin Éditeur, p. 45-55.
- BOUCHARD, J.-M., J.-C. KALUBI, G. CHATELANAT, Y. P. MINGRONE et autres (1998). « Partenariat de recherche sur les malaises des professionnels et des parents », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 9, n° 2, p. 209-214.
- BOUCHARD, J.-M., L. TALBOT, D. PELCHAT et P. BOUDREAULT (1998). « Partenariat entre les familles et les intervenants : qu'observe-t-on dans la pratique ? », dans A.-M. Fontaine et J.-P. Pourtois (sous la dir. de), *Regards sur l'éducation familiale. Représentation – Responsabilité – Intervention*, Bruxelles, De Boeck, p. 189-201.
- BOUCHARD, J.-M. (1998). « Le partenariat entre les parents et les intervenants : de quoi s'agit-il ? », *Fréquences – Bulletin de l'ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec*, vol. 10, n° 4, p. 16-22.
- BOUCHARD, J.-M., L. TALBOT, D. PELCHAT et P. BOUDREAULT (1996). « Les parents et les intervenants, où en sont leurs relations ? (Deuxième partie) », *Apprentissage et socialisation*, vol. 17, n° 3, p. 41-48.

Références bibliographiques

- BOUCHARD, J.-M., D. PELCHAT et P. BOUDREAU (1996). « Les relations parents et intervenants : perspectives théoriques », *Apprentissage et socialisation*, vol. 17, n° 1-2, p. 21-34.
- BOUCHARD, J.-M., D. PELCHAT, P. BOUDREAU et M. LALONDE-GRATON (1994). *Déficiences, incapacités et handicaps : Processus d'adaptation et qualité de vie des familles*, Montréal, Guérin Universitaire, 169 p.
- BOUCHARD, J.-M. (1992). « Intervention auprès de la petite enfance », dans *Élargir les horizons : Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*, chapitre 10, Office des personnes handicapées du Québec, Éditions MultiMondes, p. 573-647.
- BOUDREAU, P., A. C. MOREAU et J.-C. KALUBI (2001). « L'inclusion des enfants qui ont un retard de développement au préscolaire : une préoccupation pancanadienne », dans J.-C. Kalubi, J.-P. Pourtois, J.-M. Bouchard et D. Pelchat (sous la dir. de), *Partenariat, coopération et appropriation des savoirs*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Éditions du CRP, p. 121-137.
- BOUDREAU, P., et J.-M. BOUCHARD (1999). « Partenariat avec la famille : Appropriation par les parents de l'évaluation de leur enfant », dans M. Mercier, S. Ionescu et R. Salbreux (sous la dir. de), *Approches interculturelles en déficience mentale : L'Afrique, l'Europe, le Québec*, Namur (Belgique), Presses Universitaires de Namur, Actes du 5^e Congrès de l'Association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales (AIRHM), tenu à Dakar en 1996, p. 185-193.
- BOUDREAU, P., J.-C. KALUBI, J.-M. BOUCHARD et P. BEAUPRÉ (1998). « La dynamique de l'inclusion pour enfants d'âge préscolaire », dans J.-C. Kalubi, B. Michallet, N. Korner-Bitensky et S. Tétreault (sous la dir. de), *Innovations, apprentissages & réadaptation en déficience physique*, [s. l.], Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement (GIRAFE), Centre de réadaptation Le Bouclier et Isabelle Quentin Éditeur, p. 113-123.
- BREDEKAMP, S. (1993). « The Relationship between Early Childhood Education and Early Childhood Special Education: Healthy Marriage or Family Feud? », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 13, p. 258-273.
- BRICKER, D. (2000). « Inclusion: How the Scene Has Changed », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 20, n° 1, p. 14-19.
- BRICKER, D. (1995). « The Challenge of Inclusion », *Journal of Early Intervention*, vol. 19, n° 3, p. 179-194.
- BRICKER, D. (1993). *AEPS Measurement from Birth to Three Year*, Baltimore, Paul H. Brookes Publishing, vol. 1.
- BRICKER, D. (1986). *Early Intervention of At-Risk and Handicapped Infants, Toddlers, and Preschool Children*, Palo Alto (Californie), Vort Corp.
- BRIGGS, M. H. (1993). « Team Talk: Communication Skills for Early Intervention Teams », *Journal of Childhood Communication Disorders*, vol. 15, n° 1, p. 33-40.
- BROPHY, K., P. WEBB et S. HANCOCK (1995). « Components of Successful Integration in Child Care Centres: An Ontario Study », *Early Child Development and Care*, vol. 112, p. 53-63.
- BROTHERSON, M. J., et B. GOLDSTEIN (1992). « Time as a Resource and Constraint for Parents of Young Children with Disabilities: Implications for Early Intervention Services », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 12, p. 508-527.
- BROWN, D., W. B. PRYZWANSKY et A. C. SCHULTE (1998). *Psychological Consultation: Introduction to Theory and Practice*, 3^e édition, Boston, Allyn & Bacon.
- BROWN, W. H., et M. A. CONROY (sous la dir. de) (1997). *Including and Supporting Preschool Children with Developmental Delays in Early Childhood Programs*, Little Rock (Arkansas), Southern Early Childhood Association, 128 p.

- BRUDER, M. B. (2001). « Inclusion of Infants and Toddlers: Outcomes and Ecology », dans M. J. Guralnick (sous la dir. de), *Early Childhood Inclusion: Focus on Change*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 203-228.
- BRUDER, M. B. (1998). « A Collaborative Model To Increase the Capacity of Childcare Providers To Include Young Children with Disabilities », *Journal of Early Intervention*, vol. 21, n° 2, p. 177-186.
- BRUDER, M. B. (1996). « Interdisciplinary Collaboration in Service Delivery », dans R. A. McWilliam (sous la dir. de), *Rethinking Pull-Out Services in Early Intervention: A Professional Resource*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 27-48.
- BRUDER, M. B., C. LIPPMAN et T. M. BOLOGNA (1994). « Personnel Preparation in Early Intervention: Building Capacity for Program Expansion within Institutions of Higher Education », *Journal of Early Intervention*, vol. 18, n° 1, p. 103-110.
- BRUDER, M. B. (1994). « Working with Members of Other Disciplines: Collaboration for Success », dans M. Wolery et J.S. Wilbert (sous la dir. de), *Including Children with Special Needs in Early Childhood Programs*, Washington (DC), National Association for the Education of Young Children, p. 45-70.
- BRUDER, M. B., et T. M. BOLOGNA (1993). « Collaboration and Service Coordination for Effective Early Intervention », dans W. Thurman, S. K. Brown et L. Pearl (sous la dir. de), *Family-Centered Early Intervention with Infants and Toddlers: Innovative Cross-Disciplinary Approaches*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 103-128.
- BRUDER, M. B. (1993). « The Provision of Early Intervention and Early Childhood Special Education Within Community Early Childhood Programs: Characteristics of Effective Service Delivery », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 13, n° 1, p. 19-37.
- BRYANT, D. M., M. BURCHINAL, L. B. LAU et J. J. SPARLING (1994). « Family and Classroom Correlates of Head Start Children's Developmental Outcomes », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 9, p. 289-304.
- BURCHINAL, M. R., J. E. ROBERTS, L. A. NABORS et D. M. BRYANT (1996). « Quality of Center Child Care and Infant Cognitive and Language Development », *Child Development*, n° 67, p. 606-620.
- BUYSSE, V., et P. W. WESLEY (2001). « Models of Collaboration for Early Intervention: Laying the Groundwork », dans P. Mulhearn Blasco, *Early Intervention Services for Infants, Toddlers and Their Families*, Needham Heights (Massachusetts), Allyn and Bacon, p. 258-293.
- BUYSSE, V., P. W. WESLEY et L. KEYES (1998). « Implementing Early Childhood Inclusion: Barriers and Support Factors », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 169-184.
- BUYSSE, V., P. W. WESLEY, L. KEYES et D. B. BAILEY (1996). « Assessing the Comfort Zone of Child Care Teachers in Serving Young Children With Disabilities », *Journal of Early Intervention*, vol. 20, n° 3, p. 189-203.
- BUYSSE, V., A. C. SCHULTE, P. P. PIERCE et D. TERRY (1994). « Models and Styles of Consultation: Preferences of Professionals in Early Intervention », *Journal of Early Intervention*, vol. 18, n° 3, p. 302-310.
- BUYSSE, V., et D. B. BAILEY (1993). « Behavioral and Developmental Outcomes in Young Children with Disabilities in Integrated and Segregated Settings: A Review of Comparative Studies », *Journal of Special Education*, vol. 26, n° 4, p. 434-461.
- BUYSSE, V. (1993). « Friendships of Preschoolers with Disabilities in Community-Based Child Care Settings », *Journal of Early Intervention*, vol. 17, n° 4, p. 380-395.
- BUYSSE, V., et P. W. WESLEY (1993). « The Identity Crisis in Early Childhood Special Education: A Call for Professional Role Clarification », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 13, p. 418-429.

Références bibliographiques

- CALIFORNIA INSTITUTE ON HUMAN SERVICES (1997). *Hilton/Early Head Start Training Program Quarterly Report*, Rohnert Park (Californie), Sonoma State University.
- CANEVARO, A. (1984). « Apprendre des périphéries pédagogiques », *Perspectives*, vol. XIV, n° 3, p. 225-351 (Paris, UNESCO).
- CARTA, J. J., I. S. SCHWARTZ, J. B. ATWATER et S. R. McCONNELL (1991). « Developmentally Appropriate Practice: Appraising Its Usefulness for Young Children with Disabilities », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 11, n° 1, p. 1-20.
- CAVALLARO, C. C., et M. HANEY (1999). *Preschool Inclusion*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, 416 p.
- CAVALLARO, C. C., M. BALLARD ROSA et E. W. LYNCH (1998). « A Preliminary Study of Inclusive Special Education Services for Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children in California », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 18, n° 3, p. 169-182.
- CHAMPION, D. P., D. H. KIEL et J. A. McLENDON (Mars 1990). « Choosing a Consulting Role », *Training and Development Journal*, p. 66-69.
- CHANDLER, L.K., S.A. FOWLERS et S.A. LUBECK (1992). « An Analysis of the Effects of Multiple Setting Events on the Social Behavior of Preschool Children with Special Needs », *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 25, p. 249-262.
- COLEMAN, P. P., V. BUYSSE, D. L. SCALISE-SMITH et A. C. SCHULTE (1991). « Consultation: Applications to Early Intervention », *Infants and Young Children*, vol. 4, n° 2, p. 41-46.
- COMITÉ PROVINCIAL SUR L'INTÉGRATION DES ENFANTS HANDICAPÉS DANS LES SERVICES DE GARDE (2001). *Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde du Québec*, Québec, ministère de la Famille et de l'Enfance, 56 p.
- COST, QUALITY AND CHILD OUTCOMES STUDY TEAM (1995). *Cost, Quality, and Child Outcomes in Child Care Centers: Public Report*, Denver, University of Colorado-Denver, Economics Department.
- CROWLEY, A. A. (1990). « Integrating Handicapped and Chronically Ill Children into Day Care Centers », *Pediatric Nursing*, vol. 16, p. 39-44.
- DAHLBERG, G. (2000). « Everything is a Beginning and Everything is Dangerous: Some Reflections on the Reggio Emilia Experience », dans H. Penn (sous la dir. de), *Early Childhood Services: Theory, Policy and Practice*, Buckingham (Grande-Bretagne), Open University Press, p. 175-183.
- DEMCHAK, M. A., et J. E. DOWNING (1996). « The Preschool Child », dans J. E. Downing (sous la dir. de), *Including Students with Severe and Multiple Disabilities in Typical Classroom: Practical Strategies for Teachers*, Baltimore, Paul H. Brookes Publishing, p. 63-82.
- DIAMOND, K. E., L. L. HESTENES, E. S. CARPENTER et F. K. INNES (1997). « Relationships between Enrollment in an Inclusive Class and Preschool Children's Ideas about People with Disabilities », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 17, n° 4, p. 520-536.
- DIAMOND, K. E., et L. L. HESTENES (1996). « Preschool Children's Conceptions of Disabilities: The Salience of Disability in Children's Ideas about Others », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 16, n° 4, p. 458-475.
- DIAMOND, K. E., et W. G. LEFURGY (1994). « Attitudes of Parents of Preschool Children toward Integration », *Early Education and Development*, vol. 5, n° 1, p. 69-77.
- DIAMOND, K. E., et L. L. HESTENES (1994). « Preschool Children's Understanding of Disability: Experiences Leading to the Elaboration of the Concept of Hearing Loss », *Early Education and Development*, vol. 5, p. 301-309.

- DINNEBEIL, L. A., W. McINERNEY, C. FOX et K. JUCHARTZ-PENDRY (1998). « An Analysis of the Perceptions and Characteristics of Childcare Personnel Regarding Inclusion of Young Children with Special Needs in Community-Based Programs », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 18, n° 2, p. 118-128.
- DIONNE, C., D. BRICKER, C.-A. TAVARÈS, C. RIVEST et M.-C. HAQUINDEGUY-LINCOURT (2001). « Présentation d'un outil d'évaluation et d'intervention pour jeunes enfants : système intégré d'évaluation de l'enfant, d'évaluation de l'intervention et de programmation (AEPS) », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 12, n° 1, p. 21-29.
- DONEGAN, M. M., M. M. OSTROSKY et S. A. FOWLER (1996). « Children Enrolled in Multiple Programs: Characteristics, Supports, and Barriers to Teacher Communication », *Journal of Early Intervention*, vol. 20, p. 95-106.
- DORÉ, S. (1998). « Le soutien aux familles », dans Office des personnes handicapées du Québec, *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées : état de situation multisectoriel. Décembre 1998. Version corrigée suite à la Régie du 15 décembre*, chapitre 14, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, p. 14.1-14.44.
- DREXLER, A., D. SIBBET et R. FORRESTER (1992). « The Team Performance Model », dans W. B. Reddy et K. Jamison (sous la dir. de), *Team Building: Blueprints for Productivity and Satisfaction*, Alexandria (Virginie-Occidentale), NTL Institute for Applied Behavioral Science and University Associates.
- DUIS, S., S. SUMMERS et C. R. SUMMERS (1997). « Parent versus Child Stress in Diverse Family Types: An Ecological Approach », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 17, n° 1, p. 53-73.
- DUNLAP, K. M. (1997). « Family Empowerment: One Outcome of Cooperative Preschool Education », *Child Welfare*, vol. 76, n° 4, p. 501-519.
- DUNST, C. J., C. M. TRIVETTE et A. DEAL (1988). *Enabling and Empowering Families: Principles and Guidelines for Practice*, Cambridge (Massachusetts), Brookline Books.
- DUNST, C. J., C. M. TRIVETTE et A. CROSS (1986). « Mediating Influences of Social Support: Personal, Family and Child Outcomes », *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 90, n° 4, p. 403-417.
- DUNST, C. J. (1985). « Rethinking Early Intervention », *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, vol. 5, p. 165-201.
- EISERMAN, W. D., L. SHISLER et S. HEALEY (1995). « A Community Assessment of Preschool Providers' Attitudes toward Inclusion », *Journal of Early Intervention*, vol. 19, n° 2, p. 149-167.
- ERWIN, E. J., L. C. SOODAK, P. J. WINTON et A. TURNBULL (2001). « "I Wish It Wouldn't All Depend on Me": Research on Families and Early Childhood Inclusion », dans M. J. Guralnick (sous la dir. de), *Early Childhood Inclusion: Focus on Change*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 127-158.
- ERWIN, E. J., et L. C. SOODAK (1995). « I Never Knew I Could Stand Up to the System: Families' Perspectives on Pursuing Inclusive Education », *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, vol. 20, p. 136-146.
- ESPOSITO, B. G., et T. M. REED (1986). « The Effects of Contact with Handicapped Persons on Young Children's Attitudes », *Exceptional Children*, vol. 53, p. 224-229.
- FARDEAU, M. (2000). *Personnes handicapées : Analyse comparative et prospective du système de prise en charge*, Rapport au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au Secrétaire d'État à la Santé, à l'Action Sociale et aux Handicaps, Paris, Gouvernement de la France, ministère de la Santé (Document en ligne, consulté le 5 juillet 2002).
- FAVAZZA, P. C., et S. L. ODOM (1996). « Use of the Acceptance Scale to Measure Attitudes of Kindergarten-Age Children », *Journal of Early Intervention*, vol. 20, p. 232-248.

Références bibliographiques

- FILE, N. (1994). « Children's Play, Teacher-Child Interactions, and Teacher Beliefs in Integrated Early Childhood Programs », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 9, n° 2, p. 223-240.
- FILE, N., et S. KONTOS (1992). « Indirect Service Delivery through Consultation: Review and Implications for Early Intervention », *Journal of Early Intervention*, vol. 16, n° 3, p. 221-233.
- FINK, D. B., et S. A. FOWLER (1997). « Inclusion, One Step at a Time: A Case Study of Communication and Decision Making across Program Boundaries », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 17, n° 3, p. 337-362.
- FOSTER, M., M. BERGER et M. McLEAN (1981). « Rethinking a Good Idea: A Reassessment of Parent Involvement », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 1, p. 55-66.
- FULLAN, M. G. (1991). *The New Meaning of Educational Change*, 2^e édition, New York, Teachers College Press.
- GALLAGHER, J., et R. CLIFFORD (2000). « The Missing Support Infrastructure in Early Childhood », *Early Childhood Research & Practice*, vol. 2, n° 1, [En ligne], [www.ecrp.uiuc.edu/v2n1/gallagher.html].
- GALLAGHER, P. A. (1997). « Teachers and Inclusion: Perspectives on Changing Roles », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 17, n° 3, p. 363-386.
- GARLAND, C. W., et T. W. LINDER (1994). « Administrative Challenges in Early Intervention », dans L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. Lamontagne, J. B. Jordan et autres (sous la dir. de), *Meeting Early Intervention Challenges: Issues from Birth to Three*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 133-166.
- GAZONNI, P. (1998). *L'intégration des enfants déficients : les attitudes, les connaissances et les conditions dans les milieux*, Mémoire de maîtrise en sciences de l'éducation, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 196 p.
- GAZONNI, P., et P. BEAUPRÉ (Mai 1998). « Intégration en garderie : attitudes, connaissances des éducatrices et conditions en place », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 9, numéro spécial, Actes du colloque « Recherche Défi 1998 », p. 58-61.
- GEMMELL-CROSBY, S., et J. R. HANZLIK (1994). « Preschool Teachers' Perceptions of Including Children with Disabilities », *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, vol. 29, n° 4, p. 279-290.
- GILLIG, J.-M. (1999). *Intégrer l'enfant handicapé à l'école*, 2^e édition revue et complétée, Paris, Dunod, 258 p.
- GOLDBERG, S. (1977). « Social Competence in Infancy: A Model of Parent-Infant Interaction », *Merrill Palmer Quarterly*, vol. 23.
- GURALNICK, M. J. (sous la dir. de) (2001a). *Early Childhood Inclusion: Focus on Change*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, 569 p.
- GURALNICK, M. J. (2001b). « A Framework for Change in Early Childhood Inclusion », dans M. J. Guralnick (sous la dir. de), *Early Childhood Inclusion: Focus on Change*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 3-35.
- GURALNICK, M. J. (1999). « The Nature and Meaning of Social Integration for Young Children with Mild Developmental Delays in Inclusive Settings », *Journal of Early Intervention*, vol. 22, n° 1, p. 70-86.
- GURALNICK, M. J., J. M. GOTTMAN et M. A. HAMMOND (1996). « Effects of Social Setting on the Friendship Formation of Young Children Differing in Developmental Status », *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 17, p. 625-651.
- GURALNICK, M. J., R. T. CONNOR, M. A. HAMMOND, J. M. GOTTMAN et K. KINNISH (1996). « The Peer Relations of Preschool Children With Communication Disorders », *Child Development*, vol. 67, p. 471-489.

- GURALNICK, M. J., R. T. CONNOR et M. A. HAMMOND (1995). « Parent Perspectives of Peer Relationships and Friendships in Integrated and Specialized Programs », *American Journal on Mental Retardation*, vol. 99, n° 5, p. 457-476.
- GURALNICK, M. J., R. T. CONNOR, M. A. HAMMOND, J. M. GOTTMAN et K. KINNISH (1995). « Immediate Effects of Mainstreamed Settings on the Social Interactions and Social Integration of Preschool Children », *American Journal on Mental Retardation*, vol. 100, n° 4, p. 359-377.
- GURALNICK, M. J. (1994). « Mothers' Perceptions of the Benefits and Drawbacks of Early Childhood Mainstreaming », *Journal of Early Intervention*, vol. 18, n° 2, p. 168-183.
- GURALNICK, M. J., et J. M. GROOM (1987). « The Peer Relations of Mildly Delayed and Nonhandicapped Preschool Children in Mainstreamed Playgroups », *Child Development*, vol. 58, p. 1556-1572.
- GURALNICK, M. J. (1980). « Social Interaction among Preschool Handicapped Children », *Exceptional Children*, vol. 46, p. 248-253.
- GURALNICK, M. J. (1976). « The Value of Integrating Handicapped and Nonhandicapped Preschool Children », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 46, p. 236-245.
- HAEBERLIN, U., et GROUPE FRIBOURGEOIS RESPONSABLE DU PROJET (1995). *Prise en charge individualisée à l'école enfantine et à l'école ordinaire: Documentation sur un projet pilote d'intégration*, Berne (Suisse), Éditions Paul Haupt, 221 p.
- HANLINE, M. F. (1993). « Inclusion of Preschoolers with Profound Disabilities: An Analysis of Children's Interactions », *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps* (JASH), vol. 18, n° 1, p. 28-35.
- HANLINE, M. F., et L. FOX (1993). « Learning within the Context of Play: Providing Typical Early Childhood Experiences for Children with Severe Disabilities », *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps* (JASH), vol. 18, p. 121-129.
- HANLINE, M. F. (1990). « A Consulting Model for Providing Integration Opportunities for Preschool Children with Disabilities », *Journal of Early Intervention*, vol. 14, n° 4, p. 360-366.
- HANSON, M. J., P. WOLFBERG, C. ZERCHER, M. MORGAN et autres (1998). « The Culture of Inclusion: Recognizing Diversity at Multiple Levels », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 185-209.
- HANSON, M. J., et A. H. WIDERSTROM (1993). « Consultation and Collaboration: Essentials of Integration Efforts for Young Children », dans C. A. Peck, S. L. Odom et D. D. Bricker (sous la dir. de), *Integrating Young Children with Disabilities into Community Programs: Ecological Perspectives on Research and Implementation*, Baltimore (Maryland); Toronto, Paul H. Brookes Publishing, p. 149-168.
- HANSON, M. J., et M. F. HANLINE (1989). « Integration Options for the Young Child », dans R. Gaylord-Ross (sous la dir. de), *Integration Strategies for Students with Handicaps*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 177-194.
- HAUSER-CRAM, P., M. B. BRONSON et C. C. UPSHUR (1993). « The Effects of the Classroom Environment on the Social and Mastery Behavior of Preschool Children with Disabilities », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 8, p. 479-497.
- HAZARD, A. (1983). « Children's Experience with, Knowledge of, and Attitude toward Disabled Persons », *Journal of Special Education*, vol. 17, p. 131-139.
- HEFLINGER, C. A., et L. BICKMAN (1997). « A Theory-Driven Intervention and Evaluation to Explore Family Caregiver Empowerment », *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, vol. 5, n° 3, p. 184-192.
- HELBURN, S. (sous la dir. de) (1995). *Cost, Quality, and Child Outcomes in Child Care Centers: Technical report*, Denver, University of Colorado at Denver, Center for Research in Economic and Social Policy, Department of Economics.

Références bibliographiques

- HERROU, C., et S. KORFF-SAUSSE (1999). *L'intégration collective de jeunes enfants handicapés : semblables et différents*, Ramonville Saint Agne (France), Érès, 157 p. (Collection Connaissances de l'éducation).
- HERSEY, P., et K. H. BLANCHARD (1988). *Management of Organisational Behavior: Utilizing Human Resources*, Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice Hall.
- HESTENES, L. L., et D. E. CARROLL (2000). « The Play Interactions of Young Children with and without Disabilities: Individual and Environmental Influences », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 15, n° 2, p. 229-246.
- HORN, E., et S. SANDALL (2000). « The Visiting Teacher: A Model of Inclusive ECSE Service Delivery. Natural Environments and Inclusion », *Young Exceptional Children*, p. 49-58 (Monograph Series, n° 2).
- HOWARD, V. F., B. FRY-WILLIAMS, P. D. PORT et C. LEPPER (2001). *Very Young Children with Special Needs: A Formative Approach for the Twenty-First Century*, 2^e édition, Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice-Hall, 508 p.
- HOWES, C. (1988). « Peer Interaction of Young Children », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 53, n° 1 (Serial n° 217).
- HUNDERT, J., B. MAHONEY, F. MUNDY et M. L. VERNON (1998). « A Descriptive Analysis of Developmental and Social Gains of Children with Severe Disabilities in Segregated and Inclusive Preschools in Southern Ontario », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 13, p. 49-65.
- IDOL, L., P. PAOLUCCI-WHITCOMB et A. NEVIN (1986). *Collaborative Consultation*, Austin (Texas), PRO-ED.
- IVORY, J. J., et J. A. MCCOLLUM (1999). « Effects of Social and Isolate Toys on Social Play in an Inclusive Setting », *The Journal of Special Education*, vol. 32, n° 4, p. 238-243.
- JANKO, S., I. SCHWARTZ, S. SANDALL, K. ANDERSON et autres (1997). « Beyond Microsystems: Unanticipated Lessons about the Meaning of Inclusion », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 17, n° 3, p. 286-306.
- JAUVIN, N., F. LAVOIE, R. TESSIER et C. PICHÉ (1994). *Évaluation du « Développement et formation du personnel de garderies et agences de garde en milieu familial dans une perspective d'intégration d'enfants handicapés »*, Rapport final, Québec, Société pour les enfants handicapés du Québec.
- JENKINS, J. R., S. L. ODOM et M. L. SPELTZ (1989). « Effects of Integration and Structured Play on the Development of Handicapped Children », *Exceptional Children*, vol. 55, p. 420-428.
- JENSON, J., et M. SINEAU (sous la dir. de) (1998). *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 303 p. (Collection Droit et société, n° 21).
- JOHNSON-MARTIN, N. M., S. M. ATTERMEIER et B. J. HACKER (1990). *The Carolina Curriculum for Preschoolers with Special Needs*, Baltimore (Maryland); Toronto, Paul H. Brookes Publishing, 334 p.
- KAGAN, S. L. (1991). *United We Stand: Collaboration for Child-Care and Early Childhood Services*, New York, Teachers College Press.
- KALUBI, J.-C., J.-M. BOUCHARD et P. BECKMAN (2001). « Regards sur les difficultés de communication entre parents et intervenants », dans J.-C. Kalubi, J.-P. Pourtois, J.-M. Bouchard et D. Pelchat (sous la dir. de), *Partenariat, coopération et appropriation des savoirs*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Éditions du CRP, p. 151-164.
- KALUBI, J.-C., et J.-M. BOUCHARD (Mai 1998). « Les relations entre professionnels et parents des personnes vivant avec une déficience intellectuelle : situations d'aise et de malaise », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 9, numéro spécial, Actes du colloque « Recherche Défi 1998 », p. 41-45.

- KARNES, M., et V. STAYTON (1988). « Model Programs for Infants and Toddlers with Handicaps », dans J. Jordon, J. Gallagher, P. Hutinger et M. Karnes (sous la dir. de), *Early Childhood Special Education: Birth to Three*, Reston (Virginie), The Council for Exceptional Children, p. 67-108.
- KONTOS, S., D. MOORE et K. GIORGETTI (1998). « The Ecology of Inclusion », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 18, n° 1, p. 38-48.
- KONTOS, S. (1988). « Family Day Care As an Integrated Early Intervention Setting », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 8, p. 1-14.
- KOPP, C. B., B. L. BAKER et K. W. BROWN (1992). « Social Skills and their Correlates: Preschoolers with Developmental Delays », *American Journal on Mental Retardation*, vol. 96, p. 357-367.
- LAMOREY, S., et D. D. BRICKER (1993). « Integrated Programs: Effects on Young Children and Their Parents », dans C. A. Peck, S. L. Odom et D. D. Bricker (sous la dir. de), *Integrating Young Children with Disabilities into Community Programs: Ecological Perspectives on Research and Implementation*, Baltimore (Maryland); Toronto, P. H. Brookes Publishing, p. 249-269.
- LANDERHOLM, E. (1990). « The Transdisciplinary Team Approach in Infant Programs », *Teaching Exceptional Children*, p. 66-70.
- LANTIER, N., A. VÉRILLON, J. P. AUBLÉ, B. BELMONT-ANDRÉ et E. WAYSAND (1994). *Enfants handicapés à l'école : des instituteurs parlent de leurs pratiques*, Paris, L'Harmattan, Institut national de recherche pédagogique, 245 p. (Collection CRESAS, n° 11).
- LARSON, C. E., et F. M. J. LaFASTO (1989). *Team Work: What Must Go Right/What Can Go Wrong*, Beverly Hills (Californie), Sage Publications.
- LEPAGE, C., P. BEAUPRÉ, R. PICARD, M.-E. BÉDARD et autres (2000). « Impact de la réadaptation en milieu scolaire sur la famille, les services de réadaptation et les relations avec le réseau scolaire », dans P. Beaupré, J.-C. Kalubi, J. Trahan et M. Gratton (sous la dir. de), *Partenariat en recherche : Un atout pour les intervenants et les familles des personnes vivant avec des incapacités*, Montréal, Éditions Nouvelles, p. 35-45.
- LEVINE, L. M., et S. D. ANTIA (1997). « The Effects of Partner Hearing Status on Social and Cognitive Play », *Journal of Early Intervention*, vol. 21, p. 21-35.
- LIEBER, J., R. A. WOLERY, E. HORN, J.R TSCHANTZ et autres (2002). « Collaborative Relationships Among Adults in Inclusive Preschool Programs », dans S. L. Odom (sous la dir. de), *Widening the Circle: Including Children with Disabilities in Preschool Programs*, New York, Teachers College Press, p. 81-97 (Collection Early childhood education series).
- LIEBER, J., M. J. HANSON, P. J. BECKMAN, S. L. ODOM et autres (2000). « Key Influences on the Initiation and Implementation of Inclusive Preschool Programs », *Exceptional Children*, vol. 67, n° 1, p. 83-98.
- LIEBER, J., P. J. BECKMAN et E. HORN (1999). « Working Together to Provide Services for Young Children with Disabilities: Lessons from Inclusive Preschool Programs », dans S. Graham et K. R. Harris (sous la dir. de), *Teachers Working Together: Enhancing the Performance of Students with Special Needs*, Cambridge (Massachusetts), Brookline Books, p. 1-29.
- LIEBER, J., K. CAPELL, S. R. SANDALL, P. WOLFBURG et autres (1998). « Inclusive Preschool Programs: Teachers's Beliefs and Practices », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 13, n° 1, p.87-105.
- LIEBER, J., P. J. BECKMAN, M. J. HANSON, S. JANKO et autres (1997). « The Impact of Changing Roles on Relationships between Professionals in Inclusive Programs for Young Children », *Early Education and Development*, vol. 8, n° 1, p. 67-82.
- LIEBER, J. (1994). « Conflict and its Resolution in Preschoolers with and without Disabilities », *Early Education and Development*, vol. 5, p. 5-17.

Références bibliographiques

- LINDER, T. W. (1993). *Transdisciplinary Play-Based Assessment: A Functional Approach to Working with Young Children*, édition révisée, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing.
- LUMSDEN, G., et D. LUMSDEN (1993). *Communicating in Groups and Teams*, Belmont (Californie), Wadsworth.
- LYNCH, E., et M. HANSON (1992). *Developing Cross Cultural Competence: A Guide for Working with Young Children and their Families*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing.
- MAHONEY, G. J., P. O'SULLIVAN et J. DENNEBAUM (1990). « A National Study of Mothers' Perceptions of Family-Focused Early Intervention », *Journal of Early Intervention*, vol. 14, p. 133-146.
- MARCHANT, C. (1995). « Teachers' Views of Integrated Preschools », *Journal of Early Intervention*, vol. 19, n° 1, p. 61-73.
- McGEE, G. G., T. PARADIS et R. S. FELDMAN (1993). « Free Effects of Integration on Levels of Autistic Behavior », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 13, n° 1, p. 57-67.
- McGONIGEL, M. J., G. WOODRUFF et M. ROSZMANN-MILLICAN (1994). « The Transdisciplinary Team: A model for Family-Centered Early Intervention », dans L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. Lamontagne, J. B. Jordan et autres (sous la dir. de), *Meeting Early Intervention Challenges: Issues from Birth to Three*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 95-131.
- McGONIGEL, M. J., R. KAUFMANN et B. JOHNSON (1991). *Guidelines and Recommended Practices for the Individualized Family Service Plan*, 2^e édition, Bethesda (Maryland), Association for Care of Children's Health.
- McGONIGEL, M. J., et C. W. GARLAND (1988). « The Individualized Family Service Plan and the Early Intervention Team: Team and Family Issues and Recommended Practices », *Infants and Young Children*, vol. 1, n° 1, p. 10-21.
- McLINDEN, S. E. (1990). « Mothers' and Fathers' Report of the Effects of a Young Child with Special Needs on the Family », *Journal of Early Intervention*, vol. 14, p. 249-259.
- McWILLIAM, R. A., M. WOLERY et S. L. ODOM (2001). « Instructional Perspectives in Inclusive Preschool Classrooms », dans M. J. Guralnick (sous la dir. de), *Early Childhood Inclusion: Focus on Change*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 503-527.
- McWILLIAM, R. A. (1996a). « Service Delivery Issues in Center-Based Early Intervention », dans R. A. McWilliam (sous la dir. de), *Rethinking Pull-Out Services in Early Intervention: A Professional Resource*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 3-25.
- McWILLIAM, R. A. (1996b). « How to Provide Integrated Therapy », dans R. A. McWilliam (sous la dir. de), *Rethinking Pull-Out Services in Early Intervention: A Professional Resource*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 147-184.
- McWILLIAM, R. A., L. TOCCI et G. L. HARBIN (1995). *Services are Child-Oriented – and Families Want Them That Way*, Chapel Hill, University of North Carolina, Early Childhood Research Institute on Service Utilization, Frank Porter Graham Child Development Center.
- McWILLIAM, R. A., H. G. YOUNG et K. HARVILLE (1995). *Themes Related to Specialized Services for Infants, Toddlers, and Preschoolers with Disabilities*, Texte soumis pour publication (mentionné dans McWilliam, 1996b : 154).
- McWILLIAM, R. A., et D. B. BAILEY (1992). « Promoting Engagement and Mastery », dans D. B. Bailey et M. Wolery, *Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities*, New York, Macmillan Publishing USA, p. 229-255.
- MESIBOV, G. B., E. SCHOPLER et K. A. HEARSEY (1994). « Structured teaching », dans E. Schopler et G. B. Mesibov (sous la dir. de), *Behavioral Issues in Autism*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 195-207.

- MILLS, P. E., K. N. COLE, J. R. JENKINS et P. S. DALE (1998). « Effects of Differing Levels of Inclusion on Preschoolers with Disabilities », *Exceptional Children*, vol. 65, n° 1, p. 79-90.
- MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (2002). *Dossier pour l'intégration d'un enfant handicapé en service de garde. Information générale et marche à suivre*, Québec, ministère de la Famille et de l'Enfance, 8 p.
- MOREAU, A. C., et P. BOUDREAU (Mai 2000). « Intégration en services de garde des enfants présentant un retard de développement », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 11, numéro spécial, Actes du colloque « Recherche Défi 2000 », p. 58-62.
- MOREAU, A. C. (1995a). « Apprendre à interagir positivement pour mieux s'intégrer socialement : quelques stratégies pédagogiques », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 6, n° 2, p. 143-150.
- MOREAU, A. C. (1995b). « Comment favoriser les interactions sociales positives dans le contexte d'intégration à la maternelle », dans S. Ionescu, G. Magerotte, W. Pilon et R. Salbreux (sous la dir. de), *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle*, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières et AIRHM, Actes du III^e Congrès de l'Association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales (AIRHM), tenu à Trois-Rivières du 23 au 25 août 1993, p. 135-140.
- MORGAN, G., S. AZER, J. COSTLEY, A. GENSER et autres (1993). *Making a Career of It*, Boston, The Center for Career Development in Early Care and Education at Wheelock College.
- MULVIHILL, B. A., D. SHEARER et M. L. VAN HORNE (2002). « Training, Experience, and Child Care Providers' Perceptions of Inclusion », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 17, p. 197-215.
- NATIONAL EARLY CHILDHOOD TECHNICAL ASSISTANCE CENTER. *Keys to Natural Environments and Inclusion*, [En ligne], [www.nectas.unc.edu/inclusion], (consulté le 1^{er} novembre 2002).
- NORDIK NETWORK FOR DISABILITY RESEARCH. *Scandinavian Journal of Disability Research (SJDR)*, [En ligne], [www.nndr.dk], (consulté le 18 juin 2002).
- O'BRIEN, M. (2001). « Inclusive Child Care for Infants and Toddlers: A Natural Environment for All Children », dans M. J. Guralnick (sous la dir. de), *Early Childhood Inclusion: Focus on Change*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 229-251.
- ODOM, S. L. (sous la dir. de) (2002a). *Widening the Circle: Including Children with Disabilities in Preschool Programs*, New York, Teachers College Press, 212 p. (Collection Early childhood education series).
- ODOM, S. L. (2002b). « Learning About the Barriers to and Facilitators of Inclusion for Young Children with Disabilities », dans S. L. Odom (sous la dir. de), *Widening the Circle: Including Children with Disabilities in Preschool Programs*, New York, Teachers College Press, p. 1-9 (Collection Early childhood education series).
- ODOM, S. L., I. S. SCHWARTZ et ECRII INVESTIGATORS (2002). « So What Do We Know from All This? Synthesis Points of Research on Preschool Inclusion », dans S. L. Odom (sous la dir. de), *Widening the Circle: Including Children with Disabilities in Preschool Programs*, New York, Teachers College Press, p. 154-174 (Collection Early childhood education series).
- ODOM, S. L., C. ZERCHER, J. M. MARQUART, S. LI et autres (2002). « Social Relationships of Children with Disabilities and Their Peers in Inclusive Preschool Classroom », dans S. L. Odom (sous la dir. de), *Widening the Circle: Including Children with Disabilities in Preschool Programs*, New York, Teachers College Press, p. 61-80 (Collection Early childhood education series).
- ODOM, S. L., et D. BAILEY (2001). « Inclusive Preschool Programs: Classroom Ecology and Child Outcomes », dans M. J. Guralnick (sous la dir. de), *Early Childhood Inclusion: Focus on Change*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 253-276.

Références bibliographiques

- ODOM, S. L., C. ZERCHER, S. LI, J. M. MARQUART et autres (2001). *Social Relationships of Preschool Children with Disabilities*, Manuscrit soumis pour publication, selon Odom, Zercher, Marquart, Li, Sandall et Wolfberg (2002 : 79).
- ODOM, S. L. (2000). « Preschool Inclusion: What We Know and Where We Go from Here », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 20, n° 1, p. 20-27.
- ODOM, S. L., E. M. HORN, J. M. MARQUART, M. J. HANSON et autres (1999). « On the Forms of Inclusion: Organizational Context and Individualized Service Models », *Journal of Early Intervention*, vol. 22, n° 3, p. 185-199.
- ODOM, S. L., et K. E. DIAMOND (1998). « Inclusion of Young Children with Special Needs in Early Childhood Education: The Research Base », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 3-25.
- ODOM, S. L., et M. E. McLEAN (sous la dir. de) (1996). *Early Intervention/Early Childhood Special Education: Recommended Practices*, Austin (Texas), PRO-ED.
- ODOM, S. L., et W. H. BROWN (1993). « Social Interaction Skill Training for Young Children with Disabilities in Integrated Settings », dans C. A. Peck, S. L. Odom et D. D. Bricker (sous la dir. de), *Integrating Young Children with Disabilities into Community Programs: Ecological Perspectives on Research and Implementation*, Baltimore (Maryland); Toronto, Paul H. Brookes Publishing, p. 39-64.
- ODOM, S. L., et M.A. McEVOY (1990). « Mainstreaming at the Preschool Level: Potential Barriers and Tasks for the Field », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 10, n° 2, p. 48-61.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1989) *À part... égale : l'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Québec, Les Publications du Québec, 350 p.
- OGLETREE, B. T. (1999). « Introduction to Teaming », dans B. T. Ogletree, M. A. Fisher et J. B. Schulz (sous la dir. de), *Bridging The Family-Professional Gap: Facilitating Interdisciplinary Services for Children with Disabilities*, Springfield (Illinois), Charles C. Thomas Publisher, p. 3-11.
- OKAGAKI, L., K. E. DIAMOND, S. J. KONTOS et L. L. HESTENES (1998). « Correlates of Young Children's Interactions with Classmates with Disabilities », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 67-86.
- ORELOVE, F. P., et M. SOBSEY (1991). *Educating Children with Multiple Disabilities: A Transdisciplinary Approach*, 2^e édition, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE) (1994). *L'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés : Ambitions, théorie et pratiques*, Paris, OCDE.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE) – Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement (1999). *L'insertion scolaire des handicapés : Des établissements pour tous*, Paris, OCDE, 425 p.
- PAINE, S., T. BELLAMY et B. WILCOX (1984). *Human Services That Work: From Innovation to Standard Practice*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing.
- PECK, C. A., G. C. FURMAN et E. HELMSTETTER (1993). « Integrated Early Childhood Programs: Research on the Implementation of Change in Organizational Contexts », dans C. A. Peck, S. L. Odom et D. D. Bricker (sous la dir. de), *Integrating Young Children with Disabilities into Community Programs: Ecological Perspectives on Research and Implementation*, Baltimore (Maryland); Toronto, Paul H. Brookes Publishing, p. 187-205.
- PECK, C. A., P. CARLSON et E. HELMSTETTER (1992). « Parent and Teacher Perceptions of Outcomes for Typically Developing Children Enrolled in Integrated Early Childhood Programs: A Statewide Survey », *Journal of Early Intervention*, vol. 16, n° 1, p. 53-63.

- PECK, C. A., L. HAYDEN, M. WANDSCHNEIDER, K. PETERSON et autres (1989). « Development of Integrated Preschools: A Qualitative Inquiry into Sources of Resistance among Parents, Administrators, and Teachers », *Journal of Early Intervention*, vol. 13, n° 4, p. 353-363.
- PECK, C. A., S. A. RICHARZ, K. PETERSON, L. HAYDEN et autres (1989). « An Ecological Process Model for Implementing the Least Restrictive Environment Mandate in Early Childhood Programs », dans R. Gaylord-Ross (sous la dir. de), *Integration Strategies for Students with Handicaps*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 281-298.
- PELCHAT, D., H. LEFEBVRE et J.-M. BOUCHARD (2001). « Le partenariat : contextes d'apprentissage », dans J.-C. Kalubi, J.-P. Pourtois, J.-M. Bouchard et D. Pelchat (sous la dir. de), *Partenariat, coopération et appropriation des savoirs*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Éditions du CRP, p. 43-56.
- PELCHAT, D., H. LEFEBVRE et J.-M. BOUCHARD (2000). « L'efficacité d'un programme d'intervention familiale précoce (PRIFAM) sur l'adaptation des parents d'enfant ayant une déficience », dans P. Beaupré, J.-C. Kalubi, J. Trahan et M. Gratton (sous la dir. de), *Partenariat en recherche : Un atout pour les intervenants et les familles des personnes vivant avec des incapacités*, Montréal, Éditions Nouvelles, p. 15-24.
- PELCHAT, D., J. BISSON, N. RICARD, J.-M. BOUCHARD et autres (1998). *Effets longitudinaux d'un programme d'intervention infirmière familiale systémique sur l'adaptation des familles suite à la naissance d'un enfant avec une déficience*, Rapport de recherche, Montréal, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, 85 p.
- PELCHAT, D., et J.-M. BOUCHARD (1998). « Retombées d'un programme d'intervention précoce à la naissance d'un enfant ayant une déficience : actualisation des ressources et des compétences de chacun des acteurs », dans J.-C. Kalubi, B. Michallet, N. Korner-Bitensky et S. Tétreault (sous la dir. de), *Innovations, apprentissages & réadaptation en déficience physique*, [s. l.], Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement (GIRAFE), Centre de réadaptation Le Bouclier et Isabelle Quentin Éditeur, p. 67-74.
- PELCHAT, D., J. BISSON, M. PERREAULT, N. RICARD et autres (1998). « Une intervention infirmière familiale systémique appliquée dès la naissance d'un enfant ayant une déficience : les effets sur l'adaptation des parents », *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières/Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 30, n° 3, p. 99-121.
- PELCHAT, D., et M. BERTHIAUME (1996). « Intervention précoce auprès de parents d'enfant ayant une déficience : un lieu d'apprentissage pour les familles et les intervenants », *Apprentissage et socialisation*, vol. 17, n° 1-2, p. 105-117.
- PELCHAT, D. (1995). « La famille et la naissance d'un enfant ayant une déficience physique », dans F. Duhamel (sous la dir. de), *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur, p. 103-125.
- PELCHAT, D. (1992). « Processus d'adaptation des parents d'un enfant atteint d'une déficience et élaboration d'un programme d'intervention précoce à leur intention », *Revue canadienne de santé mentale communautaire/Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 11, n° 1, p. 63-80.
- PELCHAT, D. (1990a). « Problématique familiale lors de la naissance d'un enfant atteint d'une déficience physique », *Revue canadienne de santé mentale communautaire/Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 9, n° 2, p. 45-59.
- PELCHAT, D. (1990b). « Programme d'intervention précoce auprès des parents d'un enfant atteint d'une déficience physique », dans S. Dansereau, B. Terrisse et J.-M. Bouchard (sous la dir. de), *Éducation familiale et intervention précoce*, Montréal, Éditions Agence d'Arc, p. 434-444.
- PERREAULT, K. (1997). *Pour mieux comprendre la différence : Une étude sur les besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle et sur ceux de leurs proches*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Références bibliographiques

- PFEIFFER, J. W. (sous la dir. de) (1991). *The Encyclopedia of Team-Development Activities*, San Diego (Californie), Pfeiffer.
- PHILIPS, S. (2001). « Special Needs or Special Rights ? », dans L. Abbott et C. Nutbrown (sous la dir. de), *Experiencing Reggio Emilia: Implications for Pre-School Provision*, Buckingham (Grande-Bretagne) ; Philadelphia (États-Unis), Open University Press, p. 48-61.
- PHILLIPS, D. A., M. VORAN, E. KISKER, C. HOWES et M. WHITEBOOK (1994). « Child Care for Children in Poverty: Opportunity or Inequity ? », *Child Development*, vol. 65, p. 472-492.
- PICARD, R., C. LEPAGE et P. BEAUPRÉ (Mai 2002). « La réadaptation en milieu scolaire chez des enfants ayant des difficultés d'apprentissage ou une déficience intellectuelle associée à une déficience motrice cérébrale », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 13, numéro spécial, Actes du colloque « Recherche Défi 2002 », p. 33-36.
- POLAKOW, V. (Avril 1997). « Who Cares for the Children ? Denmark's Unique Public Child-Care Model », *Phi Delta Kappan*, p. 604-610.
- PRUD'HOMME, M.-H., et G. GOUPIL (2001). « Un moyen de favoriser l'insertion sociale : le groupe de jeu intégré », *Handicap – Revue de sciences humaines et sociales*, n° 90, p. 29-45.
- PRYZWANSKY, W. B., et G. WHITE (1983). « The Influences of Consultee Characteristics on Preferences for Consultation Approaches », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 14, n° 4, p. 457-461.
- PUGACH, M. C., et L. J. JOHNSON (1989). « The Challenge of Implementing Collaboration Between General and Special Education », *Exceptional Children*, vol. 56, p. 232-235.
- RAINFORTH, B., J. YORK et C. MACDONALD (1992). *Collaborative Teams for Students with Severe Disabilities: Integrating Therapy and Educational Services*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing.
- ROKUSEK, C. (1995). « An Introduction to the Concept of Interdisciplinary Practice », dans B. Thyer et N. Kropf (sous la dir. de), *Developmental Disabilities: A Handbook for Interdisciplinary Practice*, Cambridge (Massachusetts), Brookline, p. 1-12.
- ROSENKOETTER, S. E., A. H. HAINS et S. A. FOWLER (1994). *Bridging Early Services for Children with Special Needs and Their Families: A Practical Guide for Transition Planning*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing.
- ROSIN, P., M. GREEN, L. HETCH, L. TUCHMAN et S. ROBBINS (1996). *Pathways: A Training and Resource Guide for Enhancing Skills in Early Intervention Service Coordination*, Madison (Wisconsin), Waisman Center at the University of Wisconsin-Madison.
- RUBIN, K. H., et S. P. LOLLIS (1988). « Origins and Consequence of Social Withdrawal », dans J. Belsky et T. Nezworski (sous la dir. de), *Clinical Implications of Attachment*, Mahwah (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 219-252.
- SAINATO, D. M., et J. J. CARTA (1992). « Classroom Influences on the Development and Social Competence in Young Children with Disabilities », dans S. L. Odom., S. R. McConnell et M. A. McEvoy (sous la dir. de), *Social Competence of Young Children with Disabilities: Issues and Strategies for Intervention*, Baltimore (Maryland), P. H. Brookes Publishing, p. 93-109.
- SAINT-PIERRE, M. H. (sous la supervision de R. B.-Dandurand) (1998). *La prise en charge des enfants aux États-Unis : Présentation d'une recension informatisée des écrits*, Montréal, INRS-Culture et Société et Université de Montréal, 65 p.
- SALISBURY, C. L., M. M. POLAMBARO et T. M. HOLLOWOOD (1993). « On the Nature and Change of an Inclusive Elementary School », *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, vol. 18, p. 75-84.

- SALISBURY, C. L. (1991). « Mainstreaming during the Early Childhood Years », *Exceptional Children*, vol. 58, p. 146-155.
- SANDS, R. G., J. STAFFORD et M. McCLELLAND (1990). « “ I Beg to Differ ”: Conflict in the Interdisciplinary team », *Social Work in Health Care*, vol. 14, n° 3, p. 55-72.
- SCHALOCK, R. L. (sous la dir. de) (1996). *Quality of Life: Conceptualization and Measurement*, Washington (DC), American Association on Mental Retardation, vol. 1.
- SCHNEIDER, C. (2000). « Intégration scolaire en France et en Allemagne : à la recherche d'un tissu social », *Handicap – Revue de sciences humaines et sociales*, n° 87, p. 55-77.
- SCHULTE, A. C., S. S. OSBORNE et J. M. KAUFFMAN (1993). « Teacher Responses to Two Types of Consultative Special Education Services », *Journal of Educational and Psychological Consultation*, vol. 4, n° 1, p. 1-27.
- SCHULZ, J. B., et M. A. FISHER (1999). « The Parent-Professional Relationship », dans B. T.Ogletree, M. A. Fisher et J. B. Schulz (sous la dir. de), *Bridging The Family-Professional Gap: Facilitating Interdisciplinary Services for Children with Disabilities*, Springfield (Illinois), Charles C. Thomas Publisher, p. 12-31.
- SCHWARTZ, I. S., S. R. SANDALL, S. L. ODOM, E. HORN et autres (2002). « “ I Know It When I See It ”: In Search Of a Common Definition of Inclusion », dans S. L. Odom (sous la dir. de), *Widening the Circle: Including Children with Disabilities in Preschool Programs*, New York, Teachers College Press, p. 10-24 (Collection Early childhood education series).
- SCHWARTZ, I. S. (1996). « Expanding the Zone: Thoughts about Social Validity and Training », *Journal of Early Intervention*, vol. 20, n° 3, p. 204-205.
- SCRUGGS, T. E., et M. A. MASTROPIERI (1996). « Teacher Perceptions of Mainstreaming/ Inclusion: 1958-1995: A Research Synthesis », *Exceptional Children*, vol. 63, p. 59-74.
- SHEEHAN, R., et D. DAY (1975). « Is Open Space Just Empty Space? », *Day Care and Early Education*, vol. 3, p. 10-13.
- SHELTON, T. S., E. S. JEPPSON et B. H. JOHNSON (1989). *Family-Centered Care for Children with Special Health Care Needs*, 2^e édition, Bethesda (Maryland), Association for Care of Children's Health.
- SHONK, J. H. (1982). *Working in Teams: A Practical Manual for Improving Work Groups*, New York, AMACOM.
- SIMEONSSON, R. J. (1991). « Primary, Secondary, and Tertiary Prevention in Early Intervention », *Journal of Early Intervention*, vol. 15.
- SMITH, B. J., et D. F. ROSE (1994). *Preschool Integration: Recommendations for School Administrators. Policy and Practice in Early Childhood Special Education Series*, Research Institute on Preschool Mainstreaming, Pittsburgh (Pennsylvanie); Saint Peter's Child Development Centers, 16 p.
- SMITH, B. J., et D. F. ROSE (1993). *Administrator's Policy Handbook for Preschool Mainstreaming. Administrative Issues for Education Series*, Cambridge (Massachusetts), Brookline Books, 150 p.
- SONTAG, J. C., et R. SCHACHT (1994). « An Ethnic Comparison of Parent Participation and Information Needs in Early Intervention », *Exceptional Children*, vol. 60, p. 422-433.
- SOODAK, L. C., et E. J. ERWIN (2000). « Valued Member or Tolerated Participant: Parents' Experiences in Inclusive Early Childhood Settings », *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps* (JASH), vol. 25, n° 1, p. 29-41.
- STAINBACK, S., et W. STAINBACK (1990). « Inclusive Schooling », dans S. Stainback et W. Stainback (sous la dir. de), *Support Networks for Inclusive Schooling*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 3-24.

Références bibliographiques

- STEGELIN, D., et S. JONES (1991). « Components of Early Childhood Interagency Collaboration: Results of a Statewide Study », *Early Education and Development*, vol. 2, n° 1, p. 54-67.
- STOIBER, K. C., M. GETTINGER et D. GOETZ (1998). « Exploring Factors Influencing Parents' and Early Childhood Practitioners' Beliefs About Inclusion », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 107-124.
- STONEMAN, Z. (1993). « The Effects of Attitude on Preschool Integration », dans C. A. Peck, S. L. Odom et D. D. Bricker (sous la dir. de), *Integrating Young Children with Disabilities into Community Programs: Ecological Perspectives on Research and Implementation*, Baltimore (Maryland); Toronto, Paul H. Brookes Publishing, p. 223-248.
- SUMMERS, J. A., C. DELL'OLIVER, A. P. TURNBULL, H. A. BENSON et autres (1990). « Examining the Individualized Family Service Plan Process: What Are Family and Practitioner Preferences? », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 10, p. 78-99.
- SWICK, K. J. (1996). « Building Healthy Families: Early Childhood Educators Can Make a Difference », *Journal of Instructional Psychology*, vol. 23, n° 1, p. 75-82.
- TABLE DE CONCERTATION POUR L'INTÉGRATION EN GARDERIE DES ENFANTS PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE (1997). *Concertation et partenariat : des atouts pour l'intégration. Rapport de recherche sur la problématique de l'intégration dans les garderies de Montréal des enfants présentant une déficience*, Montréal, Table de concertation pour l'intégration en garderie des enfants présentant une déficience, 39 p.
- TARDIF, M., C. LESSARD et L. LAHAYE (1991). « L'évolution de l'enfance inadaptée et l'insertion en milieu scolaire des orthopédagogues », *Apprentissage et socialisation*, vol. 14, n° 3, p. 203-215.
- TERRISSE, B., et M. NADEAU (1994). « L'intégration des jeunes enfants déficients mentaux en garderie », dans B. Terrisse et G. Boutin (sous la dir. de), *La famille et l'éducation de l'enfant : de la naissance à six ans*, Montréal, Les Éditions Logiques, Collection Théories et pratiques dans l'enseignement, p. 127-145.
- TÉTREAU, S., P. BEAUPRÉ, M.-E. GAGNÉ, M. GIROUX et autres (2001). « Obstacles à l'inclusion scolaire des enfants d'âge préscolaire ayant des besoins spéciaux », *International Journal of Early Childhood*, vol. 33, n° 2, p. 44-56.
- TÉTREAU, S., P. BEAUPRÉ, M. GIROUX, A. POULIOT et autres (Mai 2001). « Programme de préparation à l'intégration et de soutien à la transition de la garderie à l'école d'enfants présentant des déficiences multiples », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 12, numéro spécial, Actes du colloque « Recherche Défi 2001 », p. 32-35.
- TÉTREAU, S. (1998). « Analyse du fonctionnement des familles vivant avec un enfant ayant une incapacité motrice », dans J.-C. Kalubi, B. Michallet, N. Korner-Bitensky et S. Tétreault (sous la dir. de), *Innovations, apprentissages & réadaptation en déficience physique*, [s. l.], Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement (GIRAFE), Centre de réadaptation Le Bouclier et Isabelle Quentin Éditeur, p. 33-44.
- TÉTREAU, S. (1991). « La mère de l'enfant handicapé : le concept de surcharge », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 2, n° 2, p. 155-168.
- TÉTREAU, S., et L. BLANCHETTE (1990). « Réflexion sur la condition de la mère de l'enfant handicapé : une intervention féministe à développer », *Service social*, vol. 40, n° 2, p. 117-143.
- TÉTREAU, S. (1990). « La situation vécue par la mère de l'enfant handicapé : revue de la documentation », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 1, n° 2, p. 121-131.
- TÉTREAU, S., et A. VÉZINA (1990). *La surcharge de la mère de l'enfant handicapé : une recension des écrits*, Sainte-Foy (Québec), Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.

- THOUROUDE, L. (2000). « Évaluation des relations sociales à l'école maternelle : le cas particulier des enfants handicapés », *Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, n° 1, p. 73-109.
- THURMAN, S. K. (1997). « Systems, Ecologies, and the Context of Early Intervention », dans S. K. Thurman, J. R. Cornwell et S. Ridener Gottwald (sous la dir. de), *Contexts of Early Intervention: Systems and Settings*, Baltimore (Maryland) ; Toronto, Paul H. Brookes Publishing, p. 3-17.
- TRÉPANIÉ, S., et S. AYOTTE (2000). « Intégration des enfants ayant des incapacités dans les services de garde à l'enfance au Québec », *Stat Flash – Bulletin d'information statistique*, Office des personnes handicapées du Québec, n° 12, p. 1-4.
- VANDERSLICE, V. (1984). « Empowerment: A Definition in Progress », *Human Ecology Forum*, vol. 14, n° 2, p. 2-3.
- VINCENT, L., et C. SALISBURY (1988). « Changing Economic and Social Influences on Family Involvement », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 8, n° 1, p. 48-59.
- VOELTZ, L. (1980). « Children's Attitudes toward Handicapped Peers », *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 84, p. 455-464.
- WARNOCK, M. (1978). *Special Educational Needs: Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*, Londres, HMSO.
- WESLEY, P. W., V. BUYASSE et S. TYNDALL (1997). « Family and Professional Perspectives on Early Intervention: An Exploration Using Focus Groups », *Topics in Early Childhood Special Education*, vol. 17, n° 4, p. 435-456.
- WESLEY, P. W. (1994). « Providing On-Site Consultation to Promote Quality in Integrated Child Care Programs », *Journal of Early Intervention*, vol. 18, n° 4, p. 391-402.
- WEST, J. F., et G. S. CANNON (1988). « Essential Collaborative Consultation Competencies for Regular and Special Educators », *Journal of Learning Disabilities*, vol. 21, p. 56-63.
- WILSON, R. A. (1998). *Special Educational Needs in the Early Years*, London ; New York, Routledge, 272 p.
- WINTON, P. J. (1996). « Family-Professional Partnerships and Integrated Services », dans R. A. McWilliam (sous la dir. de), *Rethinking Pull-Out Services in Early Intervention: A Professional Resource*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 49-69.
- WINTON, P. J., P. J. McWILLIAM, T. HARRISON, A. M. OWENS et autres (1992). « Lessons Learned from Implementing a Team-Based Model for Change », *Infants and Young Children*, vol. 5, n° 1, p. 49-57.
- WOLERY, M., et R. A. McWILLIAM (1998). « Classroom-Based Practices for Preschoolers with Disabilities », *Intervention in School and Clinic*, vol. 34, n° 2, p. 95-102, 117.
- WOLERY, M. (1996). « Early Childhood Special and General Education », dans R. A. McWilliam (sous la dir. de), *Rethinking Pull-Out Services in Early Intervention: A Professional Resource*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 185-215.
- WOLERY, M., C. SCHROEDER, C. G. MARTIN, M. L. VENN et autres (1994). « Classroom Activities and Areas: Regularity of Use and Perceptions of Adaptability by General Early Educators », *Early Education and Development*, vol. 5, n° 3, p. 181-194.
- WOLERY, M., et S. BREDEKAMP (1994). « Developmentally Appropriate Practice and Young Children with Special Needs: Contextual Issues in the Discussion », *Journal of Early Intervention*, vol. 18, p. 331-341.
- WOLERY, M., K. HUFFMAN, A. HOLCOMBE, J. BROOKFIELD, C. G. MARTIN et autres (1994). « Preschool Mainstreaming: Perceptions of Barriers and Benefits by Faculty in General Early Childhood Education », *Teacher Education and Special Education*, vol. 17, n° 1, p. 1-9.

Références bibliographiques

- WOLERY, M., P. S. STRAIN et D. B. BAILEY (1992). « Applying the Framework of Developmentally Appropriate Practice to Children with Special Needs », dans S. Bredekamp et T. Rosegrant (sous la dir. de), *Reaching Potentials: Curriculum and Assessment for 3 to 8 year olds*, Washington (DC), National Association for the Education of Young Children, p. 92-113.
- WOLFBERG, P. J., C. ZERCHER, J. LIEBER, K. CAPELL, S. MATIAS, M. HANSEN et S. L. ODOM (1999). « " Can I Play With You ? " Peer Culture in Inclusive Preschool Programs », *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps* (JASH), vol. 24, n° 2, p. 69-84.
- YORK, J., M. F. GIANGRECO, T. VANDERCOOK et C. MACDONALD (1992). « Integrating Support Personnel in the Inclusive Classroom », dans S. Stainback et W. Stainback (sous la dir. de), *Curriculum Considerations in Inclusive Classroom Facilitating Learning for All Students*, Baltimore (Maryland), Paul H. Brookes Publishing, p. 101-116.