



Enfants à besoin particulier, Processus Inclusif et Liens aux pairs (EPIL)

Responsabilités scientifiques du projet

**Clémence Dayan, Maître de Conférences et Régine Scelles, Professeur en psychopathologie,
Laboratoire CLIPSYD, EA 4430**

**Laurence Joselin, Ingénieure de recherche
Laboratoire Grhapes, INSHEA**

Responsabilité de certaines des actions de recherche

**Chantal Zaouche Gaudron, Professeure, et Olivia Paul, post doctorante (Université
Toulouse Jean Jaurès, UMR 5193 LISST-Cers)**

**Cristina Kupfer, Professeur à l'université de Sao Paulo (Brésil)
Rossella Bo et Alberto Sacchetto, psychologues (Italie)**

Contributions au recueil des données, à l'analyse du corpus et à la rédaction du rapport final

**Juliette Hennessy, Hassan Njifon Nsangou, Viviani Carmo Huerta, psychologues,
doctorants et docteurs en psychologie (Laboratoire CLIPSYD, EA 4430),
Stéphanie Pinel-Jacquemin, Dr-HDR en psychologie du développement, (UMR 5193
LISST-CERS), Elodie Gabriel, psychologue clinicienne**

Associations soutenant la recherche

Trisomie 21 France, CESAP, ANECAMSP

Financeurs

GIS-IREsP/CNSA (Institut de Recherche en Santé Publique), FIRA (Fondation Internationale
pour la Recherche Appliquée sur le Handicap), CCAH (Comité national Coordination Action
Handicap), Fondation AG2R La mondiale, UPL (Université Paris Lumière)



Rapport final

Juin 2020

REMERCIEMENTS

Les responsables de la recherche tiennent tout d'abord à remercier chaleureusement les familles (parents et enfants) qui ont accepté de participer à cette étude ; l'équipe est consciente de l'investissement que cela a représenté pour eux, et leur en est très reconnaissante. Sans leur accord puis leur soutien, cette recherche n'aurait pas pu avoir lieu.

Nous remercions chaleureusement les psychologues coordinatrices qui ont participé durant ces trois années à cette étude : leur contribution a été absolument essentielle.

Nous remercions les institutions qui ont accepté que les psychologues coordinatrices recueillent des données dans le cadre de leur établissement.

Nous remercions l'IRESP/CNSA (Institut de Recherche en Santé Publique), la FIRAH (Fondation Internationale pour la Recherche Appliquée sur le Handicap), le CCAH (Comité national Coordination Action Handicap), la fondation AG2R La mondiale, et enfin l'UPL (Université Paris Lumière) qui ont permis que cette recherche puisse se dérouler dans des conditions optimales.

Nous remercions également les associations partenaires (Trisomie 21 France, ANECAMSP, CESAP), qui nous ont apporté leur soutien et leurs avis éclairés tout au long de la réalisation de cette recherche.

Cette recherche a impliqué des doctorants, des post doctorants, des chercheurs, des praticiens de terrain. Nous remercions toute l'équipe ainsi constituée d'avoir fait l'effort de ce travail qui a imposé de prendre en compte les cultures et les formations différentes de chacun. Ce travail collaboratif s'est enrichi de la diversité des personnes qui sont intervenues à tous les stades de la réalisation de l'étude.

Nous tenons également à remercier chaleureusement Elodie Gabriel, psychologue clinicienne, pour son investissement particulier tout au long de la phase d'analyse des données, tout comme Delphine De Chassey, Stéphanie Mollet, et Florence Le Carrer. Ces psychologues coordinatrices ont toutes, à des degrés divers, souhaité collaborer à la finalisation de la recherche, et leur éclairage fut tout à fait précieux et a considérablement enrichi le travail des chercheurs.

Nous remercions aussi les psychologues qui ont réalisé une partie des entretiens : Marie Anne Ecotiere, Esther Atlan.

Nous sommes également ravies qu'à l'occasion de cette étude, des liens se soient noués avec une université brésilienne (Sao Paulo) et une association italienne (Area Onlus, Turin). Ce partenariat, mû par des intérêts communs pour l'accompagnement des jeunes enfants en situation de handicap et de leur famille, fut riche en rencontres fructueuses, qui se poursuivront après le dépôt de ce rapport.

Enfin, nous remercions Marcela Gargiulo, professeur à l'université de Paris Descartes, pour son soutien, et ses conseils avisés tout au long de l'étude.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	9
1. REVUE DE LA LITTERATURE.....	12
1.1 PRINCIPAUX CONCEPTS ET THEORIES RELATIFS AUX RELATIONS ENTRE PAIRS DANS LA PETITE ENFANCE « TYPIQUE »	12
1.1.1. L'attachement.....	12
1.1.1.1 Définition de l'attachement.....	12
1.1.1.2 Attachement et relations aux pairs	15
1.1.2. La socialisation	16
1.1.3. Les interactions précoces entre pairs	17
1.1.4. Les compétences sociales des jeunes enfants.....	18
1.1.5. Les comportements sociaux	18
1.1.5.1. L'imitation, la communication	21
1.1.5.2. L'empathie et le partage.....	22
1.1.6. Les relations affinitaires chez le jeune enfant : les amitiés	24
1.1.7. Le rejet par les pairs.....	26
1.1.8. Conclusion.....	30
1.2. L'ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP DANS SES RELATIONS A SES PAIRS.....	30
1.2.1. Présentation du <i>corpus</i>	31
1.2.1.1. Origine des publications.....	32
1.2.1.2. Les auteurs des publications du corpus.....	32
1.2.1.3. Evolution dans le temps du nombre de publications	33
1.2.2. Approches méthodologiques des études du <i>corpus</i>	33
1.2.2.1. Les cadres théoriques	33
1.2.2.2. Les objectifs visés.....	34
1.2.2.3. La population étudiée	36
1.2.2.4. Les méthodologies utilisées.....	38
1.2.3. Les résultats de ces études	41
1.2.3.1. Les enfants dans le groupe : dyade et place dans le groupe	41
1.2.3.2. Situation d'apprentissage et relations entre pairs	46
1.2.3.3. Spécificités de certaines pathologies.....	48
1.2.3.4. L'impact de l'adulte dans les relations entre enfants.....	50

1.2.4. Conclusion.....	53
2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	55
2.1. Problématique et objectifs	55
2.2. Ethique et déontologie.....	56
2.3. Protocole.....	59
2.3.1. Evolution du protocole à la suite du travail collaboratif en équipe de recherche	60
2.3.2. Protocoles réalisés	61
2.3.2.1. Les observations et les entretiens	61
2.3.2.2. Les outils permettant un approfondissement des analyses de cas	64
2.4. Pilotage de la recherche.....	64
2.5. Planning de réalisation de la recherche	66
2.5.1. Chronogramme	66
2.5.2. Mise en place de l'équipe investigatrice.....	66
2.5.3. Recrutement des psychologues-coordinatrices.....	68
2.5.3.1. Réunion d'information pour obtenir un consentement éclairé des psychologues-coordinatrices.....	69
2.5.3.2. Formation des psychologues coordinatrices à l'observation	70
2.5.3.3. Rencontres régulières avec les psychologues-coordinatrices	70
2.5.3.4. Les réunions chercheurs – psychologues coordinatrices.....	70
2.5.3.5. Les réunions entre chercheurs.....	71
2.5.3.6. Intervisions.....	72
2.5.4. Recrutement des « cas enfants ».....	72
2.5.5. Outils de recueil des données.....	74
2.5.5.1. Les livrets d'observation	75
2.5.5.2. Les carnets de bord.....	76
2.5.5.3. Les notes personnelles.....	77
2.5.5.4. Les entretiens.....	77
2.5.6. Bilan du recueil de données.....	80
2.5.7. Données sociodémographiques.....	81
2.5.8. Catégorisation des « types » de cas en fonction de la déficience	82
2.5.9. Bilan du recueil des livrets	86
2.5.10. Bilan des entretiens	88
2.6. Analyse du <i>corpus</i>	88
2.6.1. Analyse thématique manuelle et via NVivo	91

2.6.2. Analyse des entretiens via Alceste.....	96
2.6.3. Analyse des données complémentaires	98
2.6.3.1. La vidéo	98
2.6.3.2. Analyse des autres écrits (carnets de bord, notes personnelles)	99
3. COLLABORATIONS SCIENTIFIQUES INTERNATIONALES	100
3.1. Regards sur le Brésil	100
3.1.1. Un enfant éternel « bébé » à materner.....	102
3.1.2. Activités dirigées versus activités encadrées.....	102
3.1.3. Milieu inclusif versus milieu spécialisé	103
3.1.4. L'adulte aidant versus l'adulte entravant	104
3.1.5. L'insécurité, la peur des enfants	106
3.1.6. L'agressivité quand elle existe est non intentionnelle	106
3.1.7. Les déficiences peu évoquées.....	106
3.1.8. Conclusion.....	107
3.2. L'expérimentation italienne	107
3.2.1. Présentation des enfants observés.....	108
3.2.2. Méthodologie adoptée	112
3.2.3. L'impact des représentations et des attitudes	114
3.2.3.1. L'explication de la diversité.....	114
3.2.3.2. Les attitudes de l'enfant typique envers l'enfant atypique	115
3.2.3.3. Les liens entre enfants en difficultés	117
3.2.3.4. Un enfant intouchable	119
3.2.4. Les conditions qui peuvent faciliter ou entraver les liens	120
3.2.4.1. La présence d'un tuteur.....	120
3.2.4.2. Un espace ouvert	121
3.2.4.3. Le degré de présence de l'adulte.....	122
3.2.4.4. L'adulte comme modèle	124
3.2.4.5. Connaître la famille de l'enfant et les liens avec celle-ci	125
3.2.5. Discussion sur la méthodologie et la recherche en Italie	126
4. RESULTATS DES DIFFERENTES ANALYSES.....	129
4.1. PRÉSENTATION DES 32 ENFANTS.....	129
4.2. RESULTATS DE L'ANALYSE TRANSVERSALE	158
4.2.1. Remarques générales sur l'analyse.....	158
4.2.1.1. Quantification des données qualitatives	159

4.2.1.2.	Analyse qualitative.....	160
4.2.1.3.	Répondants différents	160
4.2.1.4.	Temporalité.....	161
4.2.1.5.	Analyse transversale de l'ensemble du corpus : complexité des interactions entre variables	162
4.3.	ANALYSE DES ENTRETIENS VIA ALCESTE.....	163
4.3.1.	Le discours des répondants : professionnels de socialisation vs parents.....	164
4.3.1.1.	Les professionnels : école, jeux, communication et affects négatifs.....	164
4.3.1.2.	Les parents : jeux, regard des autres et école	168
4.3.1.3.	Un discours différent malgré des thématiques communes.....	170
4.3.2.	Les entretiens des professionnels et des parents concernant les filles ou les garçons..	171
4.3.2.1.	Les filles : vie quotidienne, jeu, corps et communication.....	172
4.3.2.1.	Les garçons avec leurs pairs : école et fratrie	174
4.3.2.2.	Des thématiques spécifiques aux filles et aux garçons.....	177
4.3.3.	Le type de handicap	178
4.3.3.1.	Les enfants avec un handicap moteur : affects négatifs, électivité et activités	178
4.3.3.2.	Les enfants avec un handicap intellectuel : famille et interactions difficiles	182
4.3.3.3.	Les enfants avec un polyhandicap : pathologie et bénéfices de l'inclusion	185
4.3.3.4.	Les enfants avec un handicap moteur et intellectuel : fratrie, communication et niveau scolaire.....	189
4.3.3.5.	Des enfants aux caractéristiques qui diffèrent selon leur pathologie	191
4.4.	RESULTATS DE L'ANALYSE TRANSVERSALE DE L'ENSEMBLE DU CORPUS VIA L'ANALYSE THEMATIQUE ET L'ANALYSE VIA NVIVO	193
4.4.1.	Relations entre enfants.....	193
4.4.1.1.	Enfants plutôt solitaires	195
4.4.1.2.	L'enfant et le groupe.....	198
4.4.1.3.	Les frères et sœurs et les enfants de la famille élargie.....	205
4.4.1.4.	Actif ou passif dans les relations.....	209
4.4.1.5.	Impact des activités dirigées ou activités libres.....	229
4.4.1.6.	L'empathie	231
4.4.1.7.	Relations électives	233
4.4.1.8.	Relations électives avec les enfants.....	234
4.4.2.	Relations avec les adultes	237

4.4.2.1.	Les relations électives en famille avec les adultes.....	238
4.4.2.2.	Famille élargie.....	247
4.4.2.3.	Relations avec les autres adultes.....	247
4.4.3.	Entraves et facilitateurs des relations entre enfants.....	249
4.4.3.1.	L'intervention de l'adulte aux effets contrastés.....	250
4.4.3.2.	Les caractéristiques de l'enfant.....	253
4.5.	ETUDES DE QUATRE CAS.....	270
4.5.1.	Enfant D2 : l'influence de la déficience motrice sur les relations avec les pairs.....	270
4.5.2.	Enfant F1 : une progression constante des liens avec les pairs chez une petite fille avec un retard global de développement.....	274
4.5.3.	Enfant H2 : des liens avec les pairs profondément entravés par des déficiences peu évolutives.....	279
4.5.4.	Enfant J1 : effets positifs du réajustement de l'intervention de l'adulte dans les liens entre enfants.....	285
4.6.	TABLEAUX SYNTHETIQUES DES RESULTATS.....	292
4.6.1.	Comparatifs synthétiques entre littérature et notre étude.....	292
4.6.2.	Nouveaux résultats trouvés.....	295
5.	DISCUSSION-CONCLUSION : MISE EN REGARD DE LA LITTERATURE ET DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	298
5.1.	Remarques sur la méthode.....	300
5.2.	Les relations entre enfants.....	302
5.2.1.	Les « enfants familiaux » dans les relations entre pairs.....	303
5.2.1.1.	La fratrie, les cousins/cousines, les enfants familiaux.....	303
5.2.1.2.	Des relations fraternelles bien ajustées avec les enfants familiaux.....	304
5.2.2.	Le statut social de l'enfant en situation de handicap et l'attitude des autres enfants ..	305
5.3.	Les adultes auprès de l'enfant : entre soutien et entrave aux relations entre enfants.....	306
5.3.1.	La problématique de la séparation d'avec la mère : une insécurité initiale à prendre en compte.....	306
5.3.2.	Les autres adultes : de la protection de l'adulte au mouvement d'autonomisation	308
5.4.	Les entraves et les facilitateurs de la création de liens.....	309
5.4.1.	L'importance de mieux prendre en compte ce qui se passe en famille.....	310
5.4.2.	L'adulte comme intervenant actif dans les relations entre enfants.....	310
5.4.3.	La personnalité et la construction psychique de l'enfant en situation de handicap.....	310
5.4.4.	L'environnement.....	312
5.4.5.	Importance du temps.....	312
5.5.	Ce qui demanderait à être développé sur le plan de la recherche.....	313

5.5.1. Jeux libres / jeux organisés dans les lieux d'inclusion	313
5.5.2. Petits groupes et grands groupes	315
5.5.3. Les déficiences	316
5.6. Conclusion.....	318
5.6.1. Le bilan de l'impact de l'étude sur le terrain	320
5.6.2. Retombées de la recherche sur les pratiques : perspectives	322
5.6.3. Les suites à donner à l'étude	323
BIBLIOGRAPHIE	325
ANNEXES	340
Liste des tableaux	340
Liste des figures	341
Liste des graphiques	341

INTRODUCTION GENERALE

L'objectif de cette étude est de favoriser un meilleur déroulement des situations d'inclusion des enfants en situation de handicap de 0 à 6 ans (crèche, halte-garderie, école), tout comme le « vivre ensemble en famille » avec les frères et sœurs et la famille élargie.

En effet, même entravé dans ses mouvements, sa cognition et/ou ses compétences d'expression, l'enfant doit pouvoir créer des liens avec ses pairs, mais pour cela il doit être soutenu, accompagné.

En effet, les travaux montrent que souvent l'enfant en situation de handicap a des difficultés à créer des liens électifs et évolutifs avec ses pairs. Par ailleurs, tous les travaux montrent l'importance de l'intervention de l'adulte dans la construction de ces liens (*cf.* revue de la littérature).

Dans ce contexte, l'objectif de la recherche est d'étudier la construction et l'évolution des relations entre enfants quand l'un d'eux est en situation de handicap. Plus particulièrement, elle vise à étudier ce qui favorise ou entrave la construction des liens entre pairs de 0 à 6 ans, quand un des enfants est en situation de handicap, et à repérer l'impact de l'intervention de l'adulte sur ces liens.

La problématique est la suivante :

- Repérer et analyser les processus qui interviennent dans la construction des relations avec les pairs chez les jeunes enfants de 0-6 ans en situation de handicap ;
- Repérer et analyser ce qui entrave et ce qui favorise l'établissement de ces relations.

Il s'agit :

- de contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles pour une meilleure inclusion des jeunes enfants en situation de handicap ;
- de favoriser chez les professionnels et les familles une pratique d'observation des relations entre enfants visant à soutenir la construction et l'évolution de leurs liens avec les pairs.

Nous avons aussi voulu explorer plus finement l'impact de la déficience sur la construction des liens et avons voulu croiser les regards des parents et des professionnels pour explorer ce qui se passe pour l'enfant dans les différents milieux dans lesquels il évolue.

Dans ce rapport nous appelons « psychologues-coordinatrices » les psychologues qui ont participé à l'étude et ont coordonné la collecte des livrets et l'organisation des entretiens sur le terrain.

Nous appelons « chercheurs » les chercheurs qui ont piloté l'ensemble de la recherche.

Nous appelons « équipe de recherche » l'équipe qui comprend les chercheurs et les quatre psychologues-coordinatrices qui ont participé à l'analyse.

Notre corpus est composé du matériel recueilli à propos de 32 enfants et nous avons : des entretiens semi-directifs de recherche, des questionnaires écrits (livret d'observation, carnet de bord).

Nous présentons ce rapport en plusieurs parties, ce qui permettra au lecteur intéressé davantage par telle ou telle partie de s'y référer rapidement.

Revue de la littérature

Nous présentons d'abord comme il se doit dans tous rapports de recherche par donner les outils théoriques avec lesquels nous avons travaillé, ceci en commençant par évoquer les concepts qui ont été utile pour mener à bien l'analyse des données comme par exemple, le développement des compétences sociales ou le développement de l'électivité ou de l'agressivité dans le lien entre enfants.

Cette partie théorique est suivie d'une revue de la littérature scientifique internationale analysant 50 articles sur le thème des relations entre enfants de 0-6 ans quand l'un d'eux est en situation de handicap.

Méthodologie et déroulement de l'étude

Cette partie est suivie d'une présentation détaillée de la méthodologie dans tous ses aspects les plus généraux aux plus techniques. Notre volonté était d'être le plus précise possible afin que d'autres recherches puissent avoir lieu éventuellement sur le même protocole.

Analyse des données du plus général au plus particulier

Collaboration avec l'Italie et le Brésil

Nous commençons cette partie par évoquer les résultats de notre collaboration sur ce thème avec L'Italie et le Brésil.

Présentations détaillée des 32 enfants

Avant de commencer l'analyse nous présentons brièvement chacun des 32 enfants, en effet, une des critiques faites dans la littérature est que les auteurs ne définissent pas clairement leur population d'étude. Nous voulions, nous, rendre compte des caractéristiques de chacun des enfants pour mieux évaluer la nature des freins et des facilitateurs dans la construction des relations aux autres enfants.

Analyse transversale

Nous poursuivons par l'analyse transversale du corpus qui se déroule en 2 temps.

D'abord, nous analysons via le logiciel Alceste le contenu des entretiens, puis à l'aide d'une analyse thématique manuelle nous analysons l'ensemble du corpus et avec le logiciel N VIVO nous analysons plus en détail le contenu des livrets.

4 études de cas

Nous quittons la transversalité pour nous intéresser à 4 cas dont nous avons estimé qu'ils pouvaient rendre compte de la complexité et aussi de la diversité des itinéraires relationnels des 32 enfants.

Conclusion

Nous terminons ce rapport par une partie discussion /conclusion qui résume les principaux résultats de l'étude et met ces derniers en lien avec la littérature présentée dans la première partie du rapport.

Cette partie est introduite par un tableau synthétique mettant en lumière ce que la littérature dit et ce que cette étude a trouvé.

Bibliographie

Une bibliographie termine ce rapport qui sera utile aux professionnels et aux chercheurs travaillant sur ce sujet.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'enfant en situation de handicap étant d'abord et avant tout un enfant, il est indispensable de rappeler ce que la théorie sur les relations entre enfants de 0 à 6 ans nous apprend. Ces repères théoriques ont été ce qui nous a permis de penser notre méthode et de mener à bien nos analyses. C'est pourquoi, la partie introductive de notre revue de littérature concernant les relations entre enfants quand l'un est handicapé commence par un rappel du développement ordinaire des compétences et appétences sociales du très jeune enfant.

1.1 PRINCIPAUX CONCEPTS ET THEORIES RELATIFS AUX RELATIONS ENTRE PAIRS DANS LA PETITE ENFANCE « TYPIQUE »

Nous développons ainsi dans cette première partie les principaux concepts relatifs aux relations aux pairs des jeunes enfants, tels que l'attachement, la socialisation, les interactions précoces entre pairs, les compétences sociales des jeunes enfants, ainsi que le rejet par les pairs.

Pour cela, nous nous appuyons sur certains ouvrages ou autres articles spécifiques, inscrits essentiellement dans le champ épistémologique de la psychologie du développement.

1.1.1. L'attachement

1.1.1.1 Définition de l'attachement

La question de l'attachement se pose nécessairement lorsque l'on s'intéresse à la socialisation du jeune enfant. En effet, la famille est considérée comme le premier lieu de socialisation de l'enfant, elle est le point de jonction entre la personne et l'espace social. L'enfant s'y développe et y apprend à créer des liens affectifs profonds et durables. C'est aussi dans ce milieu que se construisent les premiers liens d'attachement de l'enfant.

L'attachement a été défini par Bowlby, en 1969¹, comme étant l'ensemble des comportements de l'enfant qui ont pour objet, en situation de danger ou d'inconfort, la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique, appelée figure d'attachement. C'est un besoin social primaire et inné pour le bébé d'entrer en relation avec sa mère. Toutefois, l'attachement est le fruit d'une construction, il n'est pas inné, ni instantané (Zazzo, 1982 in Pierrehumbert, 2005). La classification bien connue des comportements d'attachements (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) distingue les modèles d'attachement insécurisé des modèles d'attachement sécurisé par le degré de manifestations d'anxiété ou d'évitement de l'enfant envers sa mère,

¹ Edition française 1978

dont le propre comportement semble encourager implicitement l'un ou l'autre comportement de l'enfant. On dit alors que l'attachement mère-enfant est sécurisé, anxieux-évitant, anxieux-résistant ou ambivalent ou encore désorganisé-désorienté (catégorie ajoutée, par la suite, par Main, Kaplan et Cassidy, 1985).

La procédure de la situation étrange, développée par Ainsworth & Wittig (1969) permet de « mesurer » ces comportements d'attachement. Cette procédure expérimentale consiste à faire expérimenter à un enfant un léger stress comparable au celui qu'il pourrait vivre au quotidien. La réaction qu'il aura renseigne le chercheur sur la qualité de sa sécurité. L'un des indices les plus révélateurs de cette sécurité est l'accueil de sa figure maternelle après une séparation. Quatre groupes ont donc ainsi pu être déterminés. Le premier groupe est celui des *enfants évitants*. Le comportement typique de ces enfants est l'évitement du contact avec la figure d'attachement lors de la réunion. S'ils sont pris dans les bras, ces enfants ne résistent pas, toutefois ils ne cherchent pas non plus à conserver ce contact. Ils montrent généralement peu de détresse lors de la séparation. Si l'on est tenté de voir là de l'indifférence, il faut considérer que leur mouvement d'évitement semble trahir en réalité une ignorance active, dénotant un certain désarroi. Le second groupe concerne *les enfants sécurisés*. Le caractère dominant de ces enfants est la recherche de contact avec la figure d'attachement, surtout lors de la réunion et ce, sans ambivalence. Le contact peut être établi à distance. L'enfant sécurisé n'est pas forcément perturbé par la séparation. S'il l'est, il se laisse reconforter par l'étrangère, qu'il semble toutefois bien différencier de la mère, contrairement aux enfants du premier groupe. Le troisième groupe est relatif aux *enfants ambivalents*. Une recherche active de contact est établie mais, une fois celui-ci réalisée, l'enfant veut s'en défaire, non sans protester lorsqu'il est effectivement relâché. Le registre est surtout celui de la colère et de la détresse, ou encore celui de la résistance relationnelle. L'enfant peut résister à être pris et en même temps résister à être posé. Lors des retrouvailles avec la mère, certains d'entre eux peuvent aussi manifester une détresse passive. Enfin les enfants du dernier groupe sont dits *désorganisés/désorientés*. Typiquement, ils se figent lors de la réunion dans une posture évoquant l'appréhension, la confusion, voire la dépression. La séquence temporelle, chez ces enfants, donne une impression de désorganisation ; des comportements apparemment opposés sont exprimés simultanément (s'approcher avec la tête détournée, par exemple) ; les mouvements semblent incomplets et l'expression des affects est mal dirigée.

Un attachement insécurisé ne conduit pas forcément à des difficultés développementales de la part de l'enfant, à moins que des facteurs de risques supplémentaires s'y ajoutent (Cicchetti,

Toth & Lynch, 1995). Bien que dans les premiers temps Bowlby ait considéré que seule la mère pouvait être la figure d'attachement, en étant sensible à la détresse et aux besoins de son enfant, il a par la suite admis la possibilité d'une hiérarchie des figures d'attachement. Ainsi, la mère reste la principale de ces figures et le père peut être considéré comme figure d'attachement secondaire (Zaouche Gaudron & Lecamus, 1996). L'attachement père-enfant, se construit davantage autour d'activité de jeux, plutôt que de soins comme avec la mère (Dumond & Paquette, 2008 ; Zaouche Gaudron, 2001). Aussi, il semble que le frère ou la sœur puisse également jouer le rôle de figure d'attachement, nommé « figure d'attachement relais » (Troupel & Zaouche Gaudron, 2006).

Les Modèles Internes Opérants (M.I.O.) permettent à l'enfant de rechercher la proximité et la protection auprès d'une figure d'attachement. Ces M.I.O. sont dans un premier temps sensori-moteur, et dans un second temps représentationnel, c'est-à-dire formés de représentations mentales, conscientes et inconscientes, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, qui constitue alors un schéma mental pour les relations sociales futures de l'enfant (Pinel-Jacquemin, Zaouche Gaudron & Troupel, 2009). Les composants essentiels d'un M.I.O. sécurisé sont d'une part, une représentation de soi comme digne d'amour et de soin et, d'autre part, une représentation complémentaire de la figure d'attachement, comme étant disponible, sensible et capable de répondre aux besoins. Les modèles opérationnels internes sont de nature expérientielle et se construisent sur la base des comportements de recherche de sécurité par l'enfant, des réponses maternelles en regard des comportements de l'enfant et du sentiment de sécurité éprouvé par l'enfant. Selon Bowlby (1969/1978), le bébé est capable d'intérioriser et d'utiliser les expériences sociales passées pour adapter son comportement. A partir des échanges avec son entourage familial, il construit des modèles de relation qui, une fois mis en place, l'aide à comprendre et à interpréter les comportements de ses proches. Ces modèles lui permettent d'anticiper les réactions d'autrui et influencent donc ses comportements vis-à-vis de ses figures d'attachement.

Le lien d'attachement avec les premières figures d'attachement apparaît primordial dans la construction des futures autres relations sociales de l'enfant. La théorie de l'attachement considère les expériences avec les *caregivers* comme le terreau affectif pour le développement des premières images de soi, éventuellement incluses dans la connaissance basée sur des scripts comme une représentation rudimentaire des premières relations d'attachement entre le *caregiver* et l'enfant.

1.1.1.2 *Attachement et relations aux pairs*

Certains auteurs ont examiné le lien entre la relation d'attachement et l'interaction sociale entre enfants.

Vandell et Beckwith (1989) ont ainsi considéré qu'un attachement sécurisé est nécessaire pour que les enfants soient libres d'explorer le monde environnant. La recension systématique réalisée a ainsi permis de mettre en évidence les associations qui demeurent entre l'attachement avec le *caregiver* et la construction des relations sociales de l'enfant. Quatre études relativement récentes (Girard, Lemelin, Provost, & Tarabulsy, 2013) font état de ce lien et témoignent de l'intérêt toujours aussi vif pour cette question. Ainsi, Turner (1991), sur une population de 40 enfants de 4 ans, a étudié les relations entre l'attachement et les comportements entre pairs en fonction du sexe de l'enfant. La sécurité d'attachement a été évaluée en laboratoire en mettant en place des épisodes qui suivaient une séparation de 10 minutes. Les observations des relations aux pairs des enfants ont été collectées en situation de jeu libre à l'école. Les résultats montrent que les relations entre l'attachement sécurisé et les interactions entre pairs sont différentes pour les garçons et les filles. Les garçons insécurisés semblent plus en rupture, manifestent plus de comportements d'agressivité et de recherche d'attention que les garçons sécurisés. Les filles insécurisées présentent plus de comportements de dépendance que les filles sécurisées, mais expriment moins de comportements de rupture et plus de comportements positifs. Cet auteur estime que les différences liées au sexe dans les comportements sociaux peuvent se justifier par l'existence d'un sous-groupe d'enfants, ceux classés comme insécurisés, et que la même classification d'attachement peut amener à différentes prédictions selon que l'enfant est une fille ou un garçon.

Dans le même sens, l'étude longitudinale de vise à examiner le lien entre la sécurité d'attachement durant la petite enfance et le développement des habiletés sociales à l'école primaire, en considérant également le risque psychosocial comme une variable modératrice. Pour cela, les auteurs ont constitué deux groupes, un groupe de dyades mère-enfant « tout-venant » et un groupe de mère adolescente et leur enfant. Ils ont évalué la sécurité de l'attachement au 1 an de l'enfant à partir de la situation étrange et les habiletés sociales 6 ans plus tard, grâce au *questionnaire sur les habiletés sociales* de Gresham et Elliott (1990). Les résultats de cette étude indiquent que les enfants ayant un attachement sécurisé présentent de meilleures habiletés sociales et moins de problèmes de comportement que ceux ayant un attachement insécurisé. Il ressort que l'autocontrôle et les problèmes extériorisés sont particulièrement liés à la sécurité d'attachement. Les résultats montrent également que, même

si le niveau de risque psychosocial auquel est exposé l'enfant est lié à sa sécurité d'attachement et à ses habiletés sociales, le niveau de risque n'est pas une variable modératrice de la relation entre la sécurité d'attachement dans la petite enfance et les habiletés sociales ultérieures.

Certaines études récentes (Psouni, Di Folco, & Zavattini, 2015 ; Girard & *al.*, 2013) soutiennent l'idée que la construction des liens d'attachement s'opérant dans la prime enfance est déterminante dans la construction des futures relations de l'enfant, sous-tendant dès lors ses interactions à venir et le développement de ses compétences sociales. Les travaux s'attachent également à définir les trajectoires développementales des enfants, afin d'appréhender les facteurs qui pourront engendrer une inadaptation, notamment dans le but d'agir précocement sur le développement des enfants.

La fratrie semble également davantage stimuler les cadets à explorer le monde extérieur. L'étude de Troupel et Zaouche-Gaudron (2006) avait pour objectif d'examiner l'influence de la qualité du lien d'attachement fraternel sur la socialisation du jeune cadet. La population est constituée de neuf fratries (les cadets sont âgés de 36 à 48 mois et les aînés de quatre à dix ans) et de neuf enfants uniques de 36 à 48 mois. Le lien d'attachement fraternel du cadet envers son aîné a été évalué à l'aide d'une adaptation des histoires à compléter de Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, Emde et The MacArthur Narrative Group (1990) et l'adaptation sociale grâce au profil socioaffectif de LaFrenière, Peter, Dubeau, Janosz et Capuano (1990). Les résultats indiquent une différence significative entre les enfants uniques et les cadets. Il semble que le cadet utilise le frère aîné comme ressource en cas de difficulté et qu'il va le solliciter en cas de problème. De plus, en présence de l'aîné, le cadet est moins anxieux que l'enfant unique dans les situations difficiles ou en présence de l'expérimentateur. Parallèlement, en présence de l'aîné, le cadet manipule plus les jouets proposés que l'enfant unique et semble plus ouvert vis-à-vis de l'expérimentateur. Ensuite, lors du départ ou du retour des parents, l'aîné sécurise son jeune frère qui est beaucoup moins anxieux que l'enfant unique. Conjointement, les résultats indiquent que ces effets sont influencés par la qualité du lien d'attachement du cadet envers son aîné. Ainsi, les enfants ayant une fratrie et plus particulièrement un frère ou une sœur aînée seraient davantage en mesure d'explorer leur environnement et d'aller vers les autres.

1.1.2. La socialisation

Le processus de socialisation constitue le point d'orgue dans le champ de la petite enfance afin de permettre à l'enfant de construire d'autres relations que celles intrafamiliales et particulièrement le lien mère-enfant. Maisonneuve (1969, 29) a ainsi défini la socialisation

comme le « *mécanisme par lequel le « petit d'homme » est amené à adhérer et participer aux normes, valeurs, modèles de conduites de son groupe d'appartenance* ».

Pour Zaouche Gaudron (2002), la socialisation allie un processus d'autonomisation et de subjectivation, ainsi qu'un processus d'intégration sociale, au groupe et aux institutions. La sociabilité, quant à elle, concerne « *la manière dont les individus sont liés au groupe social dans lequel ils se trouvent intégrés* » (Foulquié, 1978, 321). Ici, l'accent est mis sur le lien à l'autre, au groupe et le moyen de s'y intégrer notamment au moyen de ses savoir-faire et savoir-être. La famille est dès lors considérée comme le premier groupe dans lequel le jeune enfant va s'inscrire afin d'expérimenter le lien à l'autre et intégrer ses normes, valeurs, codes, etc.

1.1.3. Les interactions précoces entre pairs

La notion d'interaction est apparue dans les études s'étant intéressées aux relations des enfants entre eux ou avec un adulte. Mueller et Lucas (1975 in Zaouche Gaudron, 2010, 53) définissent cette notion comme une « *séquence d'au moins deux comportements socialement orientés contigus réciproquement adressés (...). Ces comportements (ou conduites) socialement orientés sont eux-mêmes définis comme tout comportement accompagné, immédiatement suivis ou précédé d'un regard, qu'il initie ou non une réponse, ou bien qu'il constitue en lui-même une réponse* ». Il s'agit ainsi de comportements orientés vers une autre personne et soutenus par le regard. Selon Zaouche-Gaudron (2010), cette définition fait consensus à l'heure actuelle dans le champ de la psychologie du développement.

Selon Marc et Picard (1989, in Zaouche Gaudron, 2010, 53) l'interaction sociale se réfère à une « *rencontre interpersonnelle qui suppose des interactants socialement situés et caractérisés, et elle se déroule dans un contexte social qui imprime sur elle sa marque en lui apportant un ensemble de codes, de normes et de modèles qui à la fois rendent la relation possible et en assurent la régulation* ». Zaouche Gaudron (2010, 54) ajoute que « *c'est la découverte d'un lien entre ses conduites et les réponses émises par l'environnement qui déclenche une réponse sociale de la part de l'enfant et qui lui permet de différencier la personne de l'objet* ». Cette découverte de la réponse de l'environnement va permettre à l'enfant de différencier la personne de l'objet. Et cette découverte va déclencher une réponse sociale de la part de l'enfant. Les relations entre pairs dans la petite enfance sont étroitement liées, dans les travaux, aux compétences sociales, pro ou « antisociales », que nous développerons dans une partie spécifique. Afin de saisir à quel moment le jeune enfant parvient à être en interaction, il convient de revenir sur le développement des différents comportements et compétences facilitant la relation à l'autre.

1.1.4. Les compétences sociales des jeunes enfants

Les compétences sociales reposent sur la capacité de l'enfant à satisfaire ses propres besoins sociaux et psychologiques ainsi qu'à créer et à maintenir des liens satisfaisants avec autrui (Kishchuk & Leduc, 2003). Grâce à l'expérience dans l'initiation et le maintien des relations sociales avec les personnes significatives, l'enfant pourrait acquérir une croyance en sa propre efficacité sociale (c'est-à-dire, la capacité de satisfaire à ses besoins et à ceux des autres), qui déterminera ses attentes et son image de lui-même. Autrement dit, l'enfant qui n'a pas développé les habiletés sociales lui permettant d'initier et de maintenir des relations satisfaisantes, qui a vécu peu d'expériences sociales positives, ou qui a vécu des expériences de rejet ou de marginalisation, développera des croyances et une image de soi négatives alors que celui qui a développé et expérimenté un répertoire d'habiletés sociales lui permettant de vivre des expériences sociales positives aura des attentes et une image de soi positives (Kishchuk & Leduc, 2003).

Dans le domaine du développement des comportements sociaux, les auteurs se sont principalement intéressés à deux caractéristiques bien distinctes des conduites entre pairs : les comportements dits « prosociaux » (Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner & Chapman, 1992) et les comportements dits « asociaux » (Strayer, 1980 ; Frydman, Ledru, Hofmans, Molinier, & Mouassi, 1995) comprenant des conduites hiérarchiques (ou de dominance) et de compétition/conflit. Les comportements prosociaux font référence aux conduites de partages, d'aide, d'échanges positifs, de coopération, d'empathie ou encore de réconfort. Concernant les comportements « asociaux », ils sont plutôt relatifs aux conduites de domination, de compétition et de conflit. Certains comportements élémentaires semblent, selon les études, nécessaires à l'élaboration des premières interactions entre enfants (Zaouche Gaudron, 2010). L'enfant possède des compétences sociales précoces, mises en évidence grâce à différents répertoires comportementaux et au modèle de la dominance sociale qui lui permettent d'entretenir de façon active une relation avec l'environnement dans lequel les pairs ont une place non négligeable.

1.1.5. Les comportements sociaux

D'un point de vue développemental, être en interaction suppose l'acquisition de certains comportements qui permettront et faciliteront l'échange. Les premières fonctions sociales de l'enfant ont pu être mises en évidence par Dubon, Josse et Lézine (1981) qui relèvent des

caractéristiques qui vont permettre l'échange avec l'autre. A partir de 8-9 mois, les regards sont importants et vont permettre le contact visuel maintenu même si la personne observée se déplace. C'est le regard qui déclenche l'échange. De ce fait, le contrôle de cette activité visuelle va permettre à l'enfant de maîtriser ses rapports avec l'autre. De plus, le sourire apparaît essentiellement en réponse à l'activité de l'autre. Il peut être une manifestation de détente, de plaisir, une façon d'exprimer la joie de rencontrer l'autre, de le regarder agir. Au moment où l'enfant découvre la possibilité de s'exprimer par des gestes, il découvre aussi leur pouvoir sur l'autre. Il perçoit le désir de l'autre et l'on voit apparaître les jeux d'« offrir » et de « reprendre » ou de « faire semblant ». Les contacts corporels vont également favoriser la prise de conscience du corps propre de l'enfant et vont s'intensifier avec les progrès moteur. Les palpations dirigées, accompagnées de contrôle visuel, constituent aussi de véritables explorations du corps de l'autre.

Vers 10-12 mois, un enfant à qui l'on prendra un objet réagira en protestant, en regardant l'objet, ou par des conduites autocentrées comme la succion. A 24 mois, le jeune enfant sollicitera plus directement le pair pour reprendre le jouet. Les conflits qui s'intègrent dans le processus de socialisation sont en fait constructifs et organisateurs. Il s'agit, pour le jeune enfant, d'y faire face, de trouver des moyens, de découvrir des stratégies pour les résoudre et les surmonter. A la fin de la première année, l'apparition des premières conduites intentionnelles, s'ajoutant à l'autonomie motrice, va attribuer aux échanges entre enfants un caractère nouveau.

La communication mimo-gestuelle, caractéristique de l'étape qui précède le langage constitué, s'amorce au cours de cette période et s'enrichit au fur et à mesure que l'enfant grandit. Les contacts corporels vont s'intensifier, la possibilité de se déplacer va permettre des contacts persistants, échanges qui pourront alors être considérés dans une visée intentionnelle.

Par ailleurs, la connaissance du corps propre et du corps de l'autre va entraîner une meilleure connaissance de soi et de l'autre (Zaouche Gaudron, 2010). Ces relations sociales présentent aussi une tonalité particulière : le plaisir et la sympathie émotionnelle se retrouvent dans la plupart des activités communes entre enfants. Zaouche Gaudron (2010) indique que les enfants portent une grande attention les uns aux autres et surtout qu'ils comprennent les sentiments et les intentions de leur compagnon. De ce fait, ils s'engagent dans de nombreuses interactions réciproques, basées sur le contact physique, les vocalisations, les sourires et les jeux d'alternance.

Ainsi, Boivin (2005) met en évidence que vers la fin de leur première année, la plupart des nourrissons vont participer à des activités avec des pairs qui tournent surtout autour d'objets. Vers la fin de la deuxième année, grâce à une locomotion améliorée et à l'apparition du langage,

les jeunes enfants sont capables de coordonner leur comportement en jouant avec des partenaires de jeux ; ils peuvent s'imiter et commencer à alterner les rôles lorsqu'ils jouent. Entre les âges de trois et cinq ans, les comportements « prosociaux² » et les jeux de simulation augmentent systématiquement, et les comportements agressifs diminuent, ce qui révèle une meilleure capacité à adopter le point de vue du partenaire de jeu (Strayer, 1989). Ces nouvelles habiletés sociales interactives constituent la fondation des relations précoces entre pairs, qui se manifestent au début par une préférence comportementale envers des pairs spécifiques (Rubin, Watson, & Jambor, 1978). Ces préférences précoces se transforment graduellement en des amitiés préscolaires portant principalement sur des échanges concrets et des activités de jeu mutuel (Howes, 1988). Dans les milieux préscolaires, ces amitiés deviennent progressivement distinctes selon les sexes et s'ancrent dans des réseaux d'affiliations (Strayer & Santos, 1996).

Si le bébé présente des compétences sociales préalables, il semble que les comportements affiliatifs, visant à entrer en relation avec les autres de manière positive (notamment au moyen de l'imitation entre pairs), soient également précoces chez le jeune enfant, comme Montagner (1993) a pu le démontrer. Les comportements agonistiques, observés en situation conflictuelle (menaces, agressions) sont particulièrement marqués entre 15 et 24 mois. Ainsi, l'étude emblématique de Montagner (1993) a permis de regrouper en six catégories des données filmées obtenues auprès de 500 enfants : les offrandes, rares avant 9 mois, s'intensifient entre 15 et 24 mois et prennent des formes très diverses. Les sollicitations (recherche active par le regard du partenaire ou de l'objet tenu) sont présentes avant 9 mois. Lorsque les vocalisations sont associées, elles permettent une meilleure compréhension de certains gestes ou mimiques équivoques ; les menaces en faible quantité entre 9 et 12 mois, augmentent entre 12 et 15 mois ; les actes de saisie (ou tentatives) prédominent avant 15 mois sur les gestes agressifs. Entre 15 et 24 mois on constate une période critique de par la fréquence particulière des actes dommageables à autrui. Si les individus passent tant de temps et déploient autant d'énergie à nouer des relations avec leurs pairs, c'est que le système affiliatif est important pour pouvoir s'adapter et se développer harmonieusement. Cette motivation sociale, évidente dès la naissance, se développe considérablement à partir de l'âge de 2 mois. Plus ou moins superposable au système du compagnonnage et de la collaboration de Trevarthen et Aitken (2003), ce système participe à la construction de la moralité et de la sociabilité. Selon ces considérations, il semble également important de noter que le système affiliatif est activé

² Traduction des termes employés dans la littérature anglo-saxonne

lorsque le système d'attachement ne l'est pas. Bowlby écrit ainsi dans *Attachement et perte* (Bowlby, 1969, 408) : « *Un enfant recherche un compagnon de jeu quand il est en de bonnes dispositions et confiant quant à sa figure d'attachement ; quand le compagnon de jeu est trouvé, l'enfant veut s'engager en une interaction de jeu avec lui. Les rôles de la figure d'attachement et du compagnon de jeu sont distincts* ». Ainsi, si le système affiliatif consiste à être en relation avec les autres pour partager des émotions positives dans une réciprocité, le système d'attachement consiste, quant à lui, à rechercher la proximité d'une figure d'attachement pour obtenir du réconfort. Le système d'attachement et le système affiliatif sont donc bien distincts et le deuxième est probablement activé quand le premier est en veille (Dugravier, Guedeney, & Mintz, 2006).

Les comportements affiliatifs se répartissent en trois catégories : les comportements d'attachement secondaire (approcher, faire signe), les comportements d'attention sociale (les regards), les verbalisations. A tous les âges, les comportements d'attachement secondaire constituent la trame stable des conduites affiliatives. Les comportements d'attention sociale comme les regards sont remplacés peu à peu par les verbalisations. De manière générale, l'étude de Gauthier et Jacques (1985), réalisée auprès de 69 enfants québécois âgés de 1 à 5 ans, a pu mettre en évidence que, quel que soit leur âge, les enfants présentent davantage de comportements de type affiliatif que d'attitudes conflictuelles. Les comportements de type affiliatifs augmentent progressivement avec l'âge des enfants mais avec des tonalités différentes. Ainsi, les comportements dits d'attachement secondaire (signal, approche, contact) sont stables dans le temps. Les comportements d'attention sociale apparaissent au cours de la seconde année et diminuent peu à peu avec l'âge. Enfin, les verbalisations peu présentes à deux ans, vont enrichir considérablement les relations sociales des enfants de cinq ans.

Concernant les comportements agonistiques, le travail de Perron, Desjeux, Mathon et Mises (1980) s'attache à étudier les interactions agressives chez des enfants de 3 à 9 ans. Les conduites présentes sous forme d'agressions physiques en petite section de maternelle vont diminuer régulièrement jusqu'à la grande section. En cours préparatoire, les attitudes agressives s'accroissent à nouveau pour décroître en cours élémentaire. Avec le temps, les agressions vont devenir plutôt verbales que physiques.

1.1.5.1. L'imitation, la communication

L'imitation et la communication comptent parmi les premières compétences sociales qui se mettent en place dans le développement de l'enfant. Du fait des apports des grands

psychologues du développement tels que, par exemple, Wallon, Malrieu, Winnikamen, Nadel... l'étude des relations entre pairs a permis de mettre en évidence l'importance des imitations réciproques entre enfants pour entrer en relation. Les activités exploratoires permettent l'organisation d'échanges sociaux qui plongent leurs racines dans des processus d'interactions imitatives et organisatrices. Dès la première année, de nombreuses recherches (Mertran & Nadel, 1991 ; Nadel, 2001) montrent que les enfants ont des conduites imitatives qui présentent plusieurs fonctions. L'imitation permet d'apprendre, de réaliser et de maîtriser de nouveaux gestes. Elle donne la possibilité d'expérimenter des modes de communication, d'appeler l'autre pour entrer en relation avec lui ou encore tout simplement pour lui manifester sa sympathie. L'imitation des caractéristiques et des traits de l'autre est une façon de « faire comme » l'autre afin de mieux se séparer de lui, pour s'affirmer soi-même. L'enfant s'affirme en se différenciant de l'autre. Enfin, l'imitation, initiatrice de relations sociales entre enfants, va permettre à l'enfant d'apprendre de nouvelles conduites sociales. Elle est à la fois la source et le lieu de développement des relations sociales. Ce mode d'échanges va diminuer au fur et à mesure que se développent les compétences langagières de l'enfant.

L'intérêt de l'imitation simultanée entre enfants du même âge a été initiée par Nadel (1979). Aujourd'hui, elle souligne que « *l'imitation est une des plus puissantes capacités humaines, à la base de deux fonctions adaptatives de base : l'apprentissage et la communication* » (Nadel & Potier, 2001, 84). Se situant dans le cadre théorique du développement socio-personnel de Wallon, Nadel (2001) a étudié le passage de la communication pré-langagière (caractérisée par le partage émotionnel et la faible dimension symbolique) à la communication langagière (caractérisée par le partage symbolique). La communication pré-langagière permet un partage émotionnel chez l'enfant, grâce à la découverte de l'identité de l'autre, comprenant des similarités et des différences avec sa propre identité. Ce passage de la communication pré-langagière à la communication langagière pourrait composer, pendant la troisième année de l'enfant, une base favorable pour le développement des interactions entre pairs.

1.1.5.2. L'empathie et le partage

Par ailleurs, l'empathie apparaît comme une dimension des compétences sociales de l'enfant, dont le développement sous-tend les comportements sociaux dont les enfants peuvent faire preuve vis-à-vis des autres. L'empathie désigne les réponses affectives résultant de la compréhension ou de l'appréhension de l'état émotionnel d'autrui (Taylor, Eisenberg, Spinrad, Eggum, & Sulik, 2013). Il s'agit pour l'enfant de comprendre les émotions et de pouvoir les

partager et, pour cela, l'enfant doit avoir conscience de lui-même, comme un individu différent de l'autre pour pouvoir avoir conscience des autres, de leurs besoins et sentiments. Certains auteurs (Block & Block, 1980) font un lien entre le développement de l'empathie et « *ego-resiliency* » (*égo-résilience*). L'égo-résilience est considérée comme une caractéristique indiquant la manière dont les individus s'adaptent au stress, à l'incertitude, au conflit et au changement environnemental (Block & Block, 1980). Un enfant est considéré comme égo-résilient lorsqu'il parvient à s'adapter aux changements et lorsqu'il est en capacité de changer son comportement et d'utiliser des stratégies de résolution de problème avec souplesse. En revanche, lorsqu'un enfant n'apparaît pas comme égo-résilient, il semble anxieux face aux changements, aux situations nouvelles et reste impuissant face au stress, sans capacité d'y réagir ou de s'y adapter (Block & Block, 2006).

Les comportements altruistes sont étroitement liés à l'empathie de telle sorte que plusieurs études ont démontré que les enfants sont capables, avant 2 ans, de reconforter des pairs en détresse ou d'aider des adultes en apportant des objets hors de portée (Liszkowski, Carpenter, Striano, & Tomasello, 2006). La nature de ces comportements évolue au cours du développement de l'enfant. Si, dans un premier temps, la motivation de l'enfant à adopter des comportements d'aide vise plutôt à répondre aux attentes des adultes, ces comportements vont être valorisés, ce qui permettra aux enfants d'y recourir plus fréquemment. De manière concomitante, les enfants vont progressivement acquérir la capacité à identifier les indices reflétant le besoin d'aide des pairs (Frydman & Ritucci, 1988). Au cours de la deuxième année de vie, l'enfant acquiert une compréhension plus subtile des indices de la relation d'aide en s'appuyant sur les émotions de l'autre et pas seulement sur les actions et la communication explicite.

En outre, le partage est souvent considéré comme un élément révélateur du développement social du jeune enfant. Pourtant, le partage des ressources avec d'autres enfants ou des adultes représente souvent un sacrifice, un renoncement à un objet précieux pour les enfants. Les origines des comportements de partage s'inscrivent dans deux hypothèses. La première postule que le comportement prosocial précoce, et donc le partage, s'appuie sur des préoccupations pour les autres, notamment ceux qui possèdent moins, et donc sur une motivation empathique (Warneken & Tomasello, 2009). La deuxième hypothèse soutient que le partage et le don envers l'autre prend ses racines dans les interactions ludiques que l'enfant entretiendrait avec d'autres personnes significatives (Carpendale, Hammond, & Atwood, 2013), dont l'objectif serait de maintenir et de réguler les relations sociales et le plaisir avec les autres.

Ainsi, l'acquisition de certaines compétences sociales semblent se mettre en place très précocement dans le développement de l'enfant, et peuvent expliquer la construction des relations du jeune enfant, par sa sensibilité aux émotions, la compréhension des besoins des autres et les préférences affinitaires.

1.1.6. Les relations affinitaires chez le jeune enfant : les amitiés

Nous parlons dans notre étude de relations électives, et il est important pour bien comprendre ce qui se joue dans ces relations affinitaires, de se référer aux travaux sur l'amitié.

Les compétences que les enfants développent progressivement leur permettent de construire leurs premières relations. Les jeunes enfants sont rapidement confrontés à d'autres enfants, par la crèche, le mode de garde, la fratrie, ce qui va leur donner accès aux premières interactions avec leurs pairs (Ricaud-Droisy & Zaouche Gaudron, 2003 ; Zaouche Gaudron & Ricaud-Droisy, 2009). Comme l'indique Graindorge (2006), dès la crèche, les petits se « cherchent », disent les puéricultrices, ils se rapprochent de ceux qui ont des styles de communication semblables (Nadel, 1986), liés ou non à des processus d'attachement comparables ou au contraire complémentaires (dominant/dominé ; timide/extraverti). Ces prémices d'une « amitié » encore bien difficile à définir à cette période pré-langagière constituent parfois les bases d'un lien très fort et durable. A l'école maternelle, il existe le plus souvent des relations labiles entre les enfants, très fortes à certains moments, totalement désinvesties à d'autres (Espinoza, 1998). Cependant, certains enfants très jeunes élisent un « meilleur ami », dans une relation plus proche d'un étayage (indispensable pour entrer dans le monde de la socialisation de l'école) que d'un véritable échange d'égal à égal. Ces liens privilégiés peuvent d'ailleurs beaucoup aider certains enfants dans la séparation/individuation à l'égard de leurs parents, et dans leur appréhension positive du monde scolaire (Graindorge, 2006).

Selman et Schutz (1990) ont défini cinq stades de l'amitié durant l'enfance. Ceux-ci se développent habituellement dans le même ordre, mais peuvent être atteints à différents rythmes, ou encore l'enfant peut ne jamais passer au stade ultérieur. Ces niveaux, qui peuvent se chevaucher, représentent la perception et l'interprétation des différentes activités sociales de l'enfant. Les deux premiers niveaux peuvent apparaître durant la petite enfance. Le premier concerne la perspective sociale indifférenciée ou la camaraderie temporaire. Cette période se déroule approximativement entre 3 et 7 ans (Bouchard & Fréchette, 1975). Les relations sont alors comprises en termes physiques et sont teintées d'impulsivité et d'égoïsme. L'objectif

de l'enfant dans ces relations est d'accomplir ses propres buts, sans réflexion quant à l'impact de ses actes sur autrui. Les besoins et les intentions de l'autre ne seront pas pris en compte. La frustration de l'enfant se déploie sur ses amis de façon directe et impulsive. Le second niveau, qui se déroule entre les âges de 5 et 9 ans, correspond à la perspective unilatérale ou l'aide à sens unique. L'enfant commence à reconnaître et apprécier les qualités personnelles de ses amis, ce ne sont donc plus les critères extérieurs qui priment (Selman & Schultz, 1990). Il comprend que ce ne sont pas seulement les actions, mais aussi les sentiments et les intentions qui permettent l'amitié. Cette perspective est cependant unilatérale, c'est-à-dire qu'il voudra que ses amis répondent à ses propres attentes, sans considération pour les leurs. L'enfant exercera sa force et son contrôle pour résoudre les conflits interpersonnels. Par exemple, si son ami ne veut pas lui donner l'objet qu'il convoite, il pourra menacer de ne plus être son ami s'il ne lui donne pas. Il voudra donc contrôler la volonté de l'autre pour le convaincre de suivre son idée (Selman & Schutz, 1990). Enfin, les trois autres niveaux concernent davantage la période de l'enfance, il s'agit de la perspective réciproque ou la collaboration réciproque (7-12 ans), puis de la perspective mutuelle ou les relations intimes réciproques (8-15 ans) ainsi que la perspective sociale intégrée ou l'indépendance et l'autonomie (adolescence).

Ainsi, durant la période préscolaire, l'amitié se développe tout en restant relativement superficielle et égocentrée. Plus spécifiquement, les enfants décriront leurs amis selon des critères de proximité, d'accessibilité ou d'apparence physique (Selman & Schultz, 1990). Il semble également que l'environnement de l'enfant influence beaucoup le développement des amitiés, car celles-ci pourront rarement perdurer si les enfants changent de lieu d'accueil ou d'activité sportive, par exemple. Le développement du langage permet une communication et des interactions réciproques plus efficaces. L'apparition de la pensée symbolique élargit les possibilités, auparavant réduites à l'action motrice. Ce processus nouvellement développé modifie les jeux des enfants (Cloutier, Gosselin, & Tap, 2005). La capacité de locomotion permet aussi d'aller vers de nouveaux amis et d'agrandir son éventail de jeux (Boivin, 2005 ; Zaouche Gaudron, 1995). Les enfants auront aussi tendance à aller vers des compagnons qui leur ressemblent, soit du même sexe, du même âge et du même groupe ethnique.

La manière dont les enfants agissent envers leurs camarades et la façon dont ces derniers les traitent (de manière coopérative ou agressive) semble avoir un impact important sur les relations qu'ils développent (Ladd, 1999). Ce qui est le plus important à noter est la qualité des amitiés de l'enfant plutôt que la quantité. Les enfants (même rejetés) qui se font un ami proche, développent avec le temps un sentiment plus positif envers l'école (Ladd, 1999). Il est évident

que certains enfants sont simplement plus timides ou plus inhibés que d'autres et il peut être préjudiciable d'induire des relations sociales qui les rendront mal à l'aise (Katz & McClellan, 1997).

Ainsi, les interactions précoces entre pairs apportent à l'enfant la possibilité de développer et d'acquérir des compétences sociales. Ces interactions peuvent intervenir très tôt dans la vie de l'enfant notamment s'il côtoie et fréquente régulièrement un enfant ou un groupe de pairs au sein duquel une amitié peut s'établir.

1.1.7. Le rejet par les pairs

Cette partie concernant le rejet par les pairs est moins conceptuelle, et repose davantage sur des études empiriques. Néanmoins, elle nous a semblé importante dans la mesure où la question du rejet par les pairs est une thématique très souvent étudiée par les chercheurs qui se penchent sur les relations des enfants en situation de handicap avec les pairs.

Les relations entre pairs ne sont pas toujours satisfaisantes pour les enfants : entre 5 et 10% des enfants vivent des difficultés chroniques comme le rejet ou le harcèlement par les pairs (Perry, Kusel, & Perry, 1988). La plupart des efforts de recherche ont porté sur les enfants d'âge scolaire. Pourtant, un nombre croissant d'enfants sont exposés aux pairs tôt dans la vie par le biais des services préscolaires (NICHD *Early Child Care Research Network*, 2003).

Selon Boivin (2005), les enfants d'âge préscolaire construisent graduellement leurs perceptions de leurs amis et de leurs pairs. Vers l'âge de quatre ans au plus tard, ils identifient correctement les meilleurs amis, les pairs qu'ils aiment et ceux qu'ils n'aiment pas. L'ensemble de ces perceptions révèle une structure cohérente et consistante de statut de pairs au sein du groupe plus étendu, où certains enfants particuliers ne sont pas aimés et sont perçus négativement par le groupe de pairs (Boivin & Bégin, 1986 ; Boivin, Tessier, & Strayer, 1985). Cette forme de rejet par les pairs peut conduire à diverses formes de comportements négatifs envers l'enfant, comme le contrôle ou la domination, la taquinerie excessive, le harcèlement général ou la victimisation (Boivin & Hymel, 1997). Le harcèlement par les pairs fait référence à l'exposition au traitement négatif, répété dans le temps, de la part d'un ou de plusieurs enfants. La documentation à ce sujet porte principalement sur le milieu de l'enfance, mais des données indiquent que ces difficultés existent pendant les années préscolaires (Crick, Casas, Ku, 1999 ; Kochenderfer & Ladd, 1996).

Plusieurs recherches s'intéressant aux relations entre pairs dans la petite enfance ont utilisé des méthodes sociométriques, dans lesquelles des enfants d'âge préscolaire (entre 3 et 5/6 ans) devaient nommer les pairs qu'ils aiment et parfois ceux qu'ils n'aiment pas (Godleski, Kamper, Ostrov, Hart, & Blakely-McClure, 2015). L'utilisation de cette méthode montre que certains enfants sont acceptés par leurs pairs alors que d'autres sont activement rejetés ou ignorés. L'acceptation des pairs semble influencée par plusieurs facteurs dans la vie d'un enfant, comme ses relations à la maison avec ses parents et ses frères et sœurs, les relations entre les parents et les niveaux de soutien social de la famille (Hay, Payne, & Chadwick, 2004). Cependant, l'acceptation des pairs est plus directement en lien avec le comportement de l'enfant. L'absence de comportement prosocial favoriserait le rejet par les pairs (Denham, McKinley, Couchoud, & Holt, 1990 ; Vitaro, Gagnon, & Tremblay, 1990). Ainsi, les enfants ayant des troubles de développement et dont les habiletés d'attention conjointe (Charman, Swettenham, Baron-Cohen, Cox, Baird, & Drew, 1997) et d'imitation sont restreintes (Rogers, Hepburn, Stackhouse, & Wehner, 2003) ainsi que ceux ayant un vocabulaire limité (Dionne, Tremblay, Boivin, Laplante, & Pérusse, 2003) peuvent être particulièrement à risque. Ceci peut, en partie, expliquer les relations problématiques entre pairs dans des classes préscolaires qui intègrent les enfants avec des besoins spéciaux (Guralnick, Paul-Brown, Groom, Booth, Hammond, Tupper, & Gelenter, 1998).

Certaines études mettent en lien les comportements agressifs des enfants et le rejet par les pairs. Elles montrent que les enfants très agressifs ne sont pas acceptés par leurs pairs, mais dépendrait également du sexe de l'enfant (Gimenez & Blatier, 2004 ; Ostrov & Keating, 2004). Le recours à l'agression physique semble faire partie du développement du jeune enfant. Selon Tremblay, Nagin, Séguin *et al.* (2004), la plupart des enfants commencent à utiliser l'agressivité physique pendant la petite enfance, qui serait un moyen naturel d'exprimer la colère, les enfants apprendraient à réguler ce comportement en grandissant. Les résultats de l'étude d'Alink, Mesman, van Zeijl, Stolk, Juffer, Koot, Bakermans-Kranenburg et Van Ijzendoorn (2006), interrogeant des pères et des mères avec le questionnaire *Physical aggression scale for early childhood (PASEC)*, indiquent ainsi que les comportements physiquement agressifs ont tendance à augmenter au cours des 2 ans de l'enfant et commencent à diminuer partir des 3 ans. Entre 24 et 36 mois, les garçons apparaissaient significativement utiliser davantage de comportements agressifs par rapport aux filles.

Godleski *et al.* (2015) soutiennent que la victimisation par les pairs et l'agressivité sont des facteurs de risque majeurs pour la psychopathologie des enfants mais ils relèvent aussi que les trajectoires développementales précoces associées à ces comportements ne sont pas encore pleinement comprises et identifiées. Ces auteurs s'intéressent spécifiquement à la victimisation physique et relationnelle avec les pairs et à la régulation émotionnelle. La victimisation physique concerne le fait d'être violenté directement physiquement alors que la victimisation relationnelle est relative au fait de nuire par le biais de manipulations blessantes ou dommageables à leurs relations aux pairs (exclusion, rumeur...). Il semble également que le fait pour les enfants de ne pas répondre de manière adaptée à des situations émotionnelles ou d'avoir des difficultés à réguler leurs émotions, comme des crises de colère, puisse provoquer une victimisation et du rejet de la part des autres pairs. Dans le cadre de cette étude, Godleski *et al.* (2015) se demandent si le rejet des pairs et la régulation émotionnelle conduisent à des variations dans la victimisation pendant la petite enfance. Les résultats mettent en évidence que le rejet par les pairs, rapporté par l'enseignant, prédit une augmentation de la victimisation relationnelle, selon le rapport de l'assistant de recherche. Il apparaît aussi que la régulation des émotions a une influence sur les diminutions dans le rejet des pairs et la victimisation physique mais pas sur la victimisation relationnelle. La régulation émotionnelle a été négativement associée au rejet par les pairs, c'est-à-dire qu'une diminution de la régulation des émotions prédit une augmentation du rejet par les pairs au cours du temps. Enfin, l'agression physique prédit uniquement une augmentation plus élevée du rejet par les pairs dans le temps.

Dès lors, le rejet par les pairs semble engendrer une victimisation relationnelle chez les jeunes enfants. Des difficultés de régulation émotionnelle ont tendance à augmenter le rejet par les pairs au cours du temps et augmente la victimisation physique dont les enfants sont l'objet. Enfin, l'agressivité physique des enfants entraîne également un rejet par les pairs, qui reste durable dans le temps. Les difficultés présentées par les enfants semblent persister au cours de leur développement, et témoignent d'une nécessité d'intervention précoce.

Par ailleurs, il apparaît que les enfants rejetés mais ayant tout de même un ami sont perçus différemment que les enfants rejetés n'ayant pas d'amis (Vitaro, Gagnon et Tremblay, 1992). Ces auteurs indiquent que les résultats de leur étude tendent à démontrer que les amis des enfants rejetés ont beaucoup de ressemblance avec ces derniers et que leur influence n'est pas nécessairement bénéfique. Sturaro, van Lier, Cuijpers, & Koot (2011) ont également mené une étude sur le rôle du rejet par les pairs et le comportement d'externalisation de la meilleure amie dans le développement du comportement d'externalisation chez 740 enfants suivis à chaque

année de la maternelle, à travers des évaluations sociométriques de la part des enfants et les enseignants ont répondu au questionnaire concernant les problèmes extériorisés des enfants à l'aide du *Teacher's Report Form 6/18* (TRF ; Achenbach, 1991). À travers le temps, les problèmes d'externalisation des enfants prédisaient le rejet par les pairs. Le rejet par les pairs, à son tour, a ajouté à la prédiction des problèmes d'externalisation au-delà des niveaux antérieurs de comportement problématique. En revanche, le fait d'avoir un meilleur ami avec des problèmes d'externalisation n'a pas ajouté à la prédiction des problèmes d'externalisation des enfants. Tous les résultats étaient similaires pour les garçons et les filles. Ces résultats suggèrent que, au début de l'école élémentaire, le rejet par les pairs, mais pas encore les caractéristiques comportementales du meilleur ami, ajoute au développement des problèmes d'externalisation des enfants.

Les enfants qui vivent des difficultés relationnelles avec les pairs ont tendance à être plus agressifs, hyperactifs et oppositionnels, mais aussi plus renfermés au plan social et moins sociables (Crick & al., 1999 ; Newcomb, Bukowski, & Pattee, 1993). Ces comportements pourraient être des déterminants ainsi que des conséquences de leurs difficultés relationnelles pendant la petite enfance. Toutefois, certains enfants agressifs peuvent en fait bénéficier d'un statut social relativement élevé (Rodkin, Farmer, Pearl, & Van Acker, 2000), surtout si les normes du groupe valorisent les comportements agressifs ou sont neutres à cet égard. Ce phénomène est plus susceptible de se produire chez les enfants d'âge préscolaire, parce que les formes instrumentales et proactives des comportements agressifs peuvent être associées positivement à la popularité (Dodge, Coie, Pettit, & Price, 1990) En effet, les enfants de cet âge, surtout les garçons, utilisent souvent des moyens agressifs pour atteindre un statut élevé dans la structure sociale. Le phénomène associé est la tendance des enfants agressifs d'âge préscolaire à s'associer ou à se lier d'amitié les uns avec les autres, une tendance qui pourrait renforcer les comportements agressifs comme moyen d'atteindre des buts sociaux (Poulin & Boivin, 2000). Enfin, les enfants timides et réservés sont aussi susceptibles de vivre des relations difficiles avec leurs pairs (Boivin, Hymel, & Bukowski, 1995). Cependant, dans ce cas, les problèmes relationnels sont plus susceptibles de survenir à un âge ultérieur, parce que ces formes de réticences sociales sont moins frappantes et moins évidentes pour les enfants d'âge préscolaire (Younger & Boyko, 1987).

Par conséquent, plusieurs caractéristiques ont été identifiées pour expliquer les raisons pour lesquelles certains enfants, même très jeunes, étaient susceptibles d'être rejetés par leurs pairs.

Certaines spécificités physiques des enfants et des comportements inappropriés auraient tendance à les exclure. Le rejet pourrait conduire à accentuer ou à développer des difficultés plus importantes d'adaptation sociale pour ces enfants, qui pourraient se poursuivre dans le temps.

Ainsi, les travaux récents ont tendance à étudier les relations entre pairs plutôt sur un versant « négatif », en se focalisant notamment sur le rejet par les pairs, la régulation émotionnelle, l'attachement afin d'appréhender en quoi certains facteurs affectent le bon fonctionnement relationnel aux autres.

Ainsi, contrairement aux recherches antérieures qui s'intéressaient davantage à la construction des relations et à leur fonction (compétences sociales, imitation, jeux de rôle, relations affinitaires, interactions entre pairs, etc.) et à l'amitié, les études menées après 2011 s'intéressent davantage aux relations aux pairs inadéquates voire dysfonctionnelles.

1.1.8. Conclusion

Ce grand chapitre introductif sur les relations avec les pairs dans la petite enfance est important dans le cadre de cette recherche pour, d'une part, poser les bases théoriques en définissant des concepts princeps (attachement, interactions précoces et compétences sociales), et d'autre part, pour se nourrir des principaux enseignements des recherches sur le thème du rejet par les pairs, souvent très présent dans les études relatives aux interactions avec les pairs des enfants en situation de handicap.

1.2. L'ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP DANS SES RELATIONS A SES PAIRS

Les jeunes enfants en situation de handicap ou ayant des difficultés développementales ont bien sûr besoin de soins mais aussi de vie sociale (Pinel-Jacquemin, Koliouli, Moscaritolo & Zaouche Gaudron, 2020). Les nombreuses études qui se sont penchées sur les relations entre enfants typiques et enfants en situation de handicap indiquent que les jeunes enfants éprouvent parfois « des difficultés à établir avec leurs pairs non handicapés ou avec leurs pairs en situation de handicap des relations diversifiées, électives et/ou évolutives » (Scelles, Dayan, Joselin, Zaouche Gaudron, Paul, Gargiulo & *al.*, 2018, p. 3). Ils sont souvent seuls, solitaires au milieu des groupes, en particulier dans les moments de jeux libres, non organisés par l'adulte. La confrontation peut parfois créer des tensions, de la peur, du rejet (Zaouche Gaudron, Pinel-

Jacquemin, Koliouli, Moscaritolo, Sicot, Kelly-Irving & Fontaine-Benaoum (2018). Ainsi, les situations d'inclusion sont souhaitées par tous, mais l'enfant peut s'y trouver en difficulté, notamment dans le vécu de ses liens avec ses pairs. Afin de pouvoir appuyer et discuter les résultats de notre recherche à partir de résultats déjà publiés, nous avons procédé à un état de l'art international. Nous présentons ici l'analyse du *corpus* retenu avec les critères qui ont conduit à retenir ces publications ainsi qu'une synthèse des résultats qui en émanent.

1.2.1. Présentation du *corpus*

Les publications incluses dans notre *corpus* ont été sélectionnées à partir d'une recherche informatique sur les bases de données scientifiques et internationales suivantes (cf. tableau 1) :

Tableau 1 : Nombre de publications sélectionnées par base de données

Base de données	Nombre de publications sélectionnées	Base de données	Nombre de publications sélectionnées
Science Direct	23	PubMed	5
PubPsych	7	Academic Search Premier	31
Isidore	3	Psychology and Behavioral Sciences Collection	10
PsycEXTRA	2	PsycINFO	5
SocINDEX	12	PsycARTICLES	2
ERIC	5		
Total publications sélectionnées à T1 : 105			

Pour cette recherche, nous avons utilisé les mots-clés anglais suivants : *Children ; Children 3-6 years ; Disability ; Friendship ; Inclusive ; Inclusive School ; Nursery ; Peer ; Peer Interaction ; Preschool ; Rejection ; Sibling ; Social Preference ; Socialization ; Without Disabilities* ; mais aussi des mots-clés français, tels que : Ecole ; Enfant ; Handicap ; Relation aux pairs.

- 1) Nous avons fait une première sélection *via* l'analyse des mots-clés cités dans les publications
- 2) Puis nous avons lu les résumés pour garder uniquement les articles qui traitaient des **enfants âgés entre 0 et 6 ans** en situation de handicap et des relations entre pairs.

Nous avons alors conservé 50 publications et chacune a été analysée selon la grille d'analyse suivante : les théories mobilisées, les objectifs visés, la population étudiée, les outils utilisés, les principaux résultats et ainsi qu'une discussion de ces résultats.

1.2.1.1. Origine des publications

Les publications de notre *corpus* proviennent majoritairement des USA (24 publications) et de la France (neuf publications), soit 66% du *corpus* (33 publications sur les 50 sélectionnées) (cf. tableau 2). Sur les 17 autres publications, 14 proviennent d'Europe (hors France), trois d'Israël (Bauminger-Zviely & Agam-Ben-Artzi, 2014 ; Bauminger-Zviely, Karin, Kimhi & Agam-Ben-Artzi, 2014 ; Werner, Peretz, & Roth, 2015), deux du Canada (Hundert, Mahoney & Hopkins, 1993 ; Nowicki, Brown & Stepien, 2014) et deux d'Australie (Hamilton, 2005 ; Kemp, Kishida, Carter & Sweller, 2013). Autrement dit, 28 publications sont européennes (56% du corpus ; Pays-Bas, Suède, Portugal, Belgique) et les autres se partagent entre les USA (48% du corpus), le Canada, l'Australie et Israël.

Tableau 2 : Nombre de publications par pays

PAYS	Nombre de publications	Pourcentage du corpus
USA	24	48%
France	9	16%
Hollande	4	8%
Israël	3	6%
Grande Bretagne	2	4%
Portugal	2	4%
Canada	2	4%
Australie	2	4%
Suède	1	2%
Belgique	1	2%
Total	50	100%

1.2.1.2. Les auteurs des publications du corpus

Il est intéressant de noter qu'à part quatre auteurs américains qui écrivent beaucoup sur le sujet (Buisse, Diamond, Odom et Guralnik), il y a majoritairement, dans les autres pays, un seul article par auteur (cf. tableau 3), ce qui signifie que cet objet d'étude n'est pas central dans leurs travaux. Tous publient leurs articles dans des supports de publications divers, majoritairement édités aux USA, comme par exemple *Child Development*, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *Journal of Applied Developmental Psychology*, *Exceptional Children* ou encore *Journal of Early Intervention*. On trouve également dans notre *corpus*, un livre, un rapport et un chapitre d'ouvrage.

Tableau 3 : Nombre d'auteurs par nombre de publications

Nombre de publications	Nombre d'auteurs
-------------------------------	-------------------------

1 seul article	35
2 articles	4
3 articles et un chapitre d'ouvrage	1
Rapport	1
Livre	1
Total	42

1.2.1.3. Evolution dans le temps du nombre de publications

Il est aisé de constater que ce thème intéresse les auteurs de manière pratiquement constante dans le temps (*cf.* tableau 4), sans augmentation des publications avec le développement de la politique inclusive.

Tableau 4 : Nombre de publications par tranche d'années

ANNEES	Nombre de publications	Evolution avant/après 2005
1983-1990	3	23 publications entre 1983 et 2005
1991-2000	12	
2001-2005	8	
2006-2010	11	27 publications depuis 2006
2011-2015	11	
2016-2019	5	
Total	50	50

1.2.2. Approches méthodologiques des études du *corpus*

1.2.2.1. Les cadres théoriques

La grande majorité des études de notre *corpus* sont empiriques et il est rare que les articles aient une partie théorique. La plupart commence par énoncer les résultats d'études précédentes sur le sujet, en font un bilan et, à partir de cela explique l'intérêt de l'étude qui vise soit à confirmer les résultats des études passées, soit à les approfondir.

Lorsqu'ils sont évoqués, les cadres théoriques sont ceux :

- De Bronfenbrenner (1979 ; 1996) qui propose d'étudier un phénomène dans toute sa complexité et les interactions entre micro-, méso-, macro-, exo- et chrono-systèmes (par exemple : Hestenes & Carroll, 2000 ; Odom & Diamond, 1998),
- De Bandura (1977), selon lequel on peut apprendre des nouveaux comportements en observant des actions faites par d'autres (par exemple : Garfinkle & Schwartz, 2002 ; Green, Drysdale, Boelema, Smart, van der Meer, Achmadi & *al.*, 2013),

- De Bowlby (1969/78) et sa théorie de l'attachement (par exemple : Guralnik, 1990)
- De Freud (1921) et de sa théorie psychanalytique (par exemple : Boutin, 2009 ; Korff-Sausse, 2005).

1.2.2.2. *Les objectifs visés*

La majorité des chercheurs s'intéresse aux situations d'inclusion et à leur impact sur les enfants en situation de handicap (par exemple, Odom & Diamond, 1998) et sur les relations enfants handicapés/enfants non handicapés (Buysse, Goldman & Skinner, 2002) ; les études visent à compter, décrire les interactions entre enfants en situation de handicap avec leurs pairs tout venant (Hestenes & Carroll, 2000), à décrire leurs compétences sociales (Muldeij, 1997), leur participation sociale (Pinto, Grande, Coelho, Castro, Granlund & Björck-Åkesson, 2019), ou encore à mesurer l'étendue de leur réseau social (Ferreira, Aguiar, Correia, Fialho & Pimentel, 2017 ; Guralnick, Neville, Hammond & Connor, 2007).

Les auteurs partent, de manière consensuelle, du constat que les enfants en situation de handicap sont isolés, ont moins d'amis, sont moins choisis comme amis (Chen, Lin, Justice & Sawyer, 2019). Ils cherchent alors à objectiver cette situation et à créer des conditions le plus souvent expérimentales pour proposer des pistes de travail afin de faire évoluer favorablement cette situation. Il s'agit donc dans ces études de **décrire et de compter les interactions dans un but d'objectivation**.

Avec cet objectif général, retrouvé dans quasiment tous les articles, les auteurs vont chercher à quantifier, par exemple, le nombre d'amis (Hestenes & Carroll, 2000) et à savoir si dans les interactions, l'enfant en situation de handicap est, ou non, à l'initiative des interactions (Harper & McCluskey, 2002).

Un autre objectif majoritairement poursuivi par les recherches concerne **l'évaluation des compétences sociales** en situation expérimentale (McIntyre, Blacher & Baker, 2006) : il s'agit de comprendre par exemple les facteurs qui favorisent les amitiés des enfants en situation de handicap (Muldeij, 1997), qui sont les enfants les plus rejetés et qui sont les mieux acceptés (Beaumingier Zviely & al., 2014 ; Guralnick & al., 2006 ; Ferreira & al., 2017), ou encore de mesurer leurs capacités à résoudre un conflit avec un autre enfant (Guralnick, Paul-Brown, Groom, Booth, Hammond, Tupper & Gelenter, 1998).

Une dizaine de recherches portent sur **le recueil du point de vue de l'enfant typique sur les enfants en situation de handicap** (par exemple, Diamond, 1994, 2001 ; Ferreira & al., 2017, Hestenes & Carroll, 2000 ; Odom, Zercher, Li, Marquart, Sandall & Brown, 2006). L'objectif

est de **décrire les représentations qu'ils ont du handicap et les facteurs favorisant** leurs relations avec les enfants en situation de handicap.

Huit auteurs incluent une comparaison entre divers types de handicap dans leur protocole, afin de **définir l'impact de telles ou telles déficiences sur les interactions** (par exemple, Kemp, Kishida, Carter & Sweller, 2013).

Sept articles ont pour objectif de **mesurer l'efficacité de programmes d'intervention éducative visant à faciliter et améliorer les relations des enfants typiques avec les enfants en situation de handicap** (par exemple, Garfinkle & Schwartz, 2002 ; Goldstein, English, Shafer & Kaczmarek, 1997 ; Green & al., 2013 ; Therrien & Light, 2018 ; Vaughn, Kim, Sloan, Hughes, Elbaum & Sridhar, 2003 ; Watkins, O'Reilly, Kuhn, Gevarter, Lancioni, Sigafoos & Lang, 2015). Notons que ces expérimentations visent les enfants typiques comme si les enfants handicapés, eux, ne pouvaient pas faire l'objet d'une éducation sur ce thème.

Cinq articles sont des **revues de littérature**, dont l'objectif est de recenser les travaux sur différentes thématiques : les habiletés sociales des enfants en situation de handicap, la question de l'inclusion, l'amitié et enfin, l'impact des interventions éducatives sur les relations sociales des enfants en situation de handicap (Buisse, Onald & Baily, 1993 ; Guralnik, 1990 ; Muldeij, 1997 ; Vaughn & al., 2003 ; Watkins & al., 2015).

Trois publications portent sur la **réflexion des auteurs issue de leurs expériences cliniques ou de recherche, soit en inclusion, soit en milieu spécialisé** (en CAMSP en l'occurrence), et exposent généralement une ou deux études de cas (Boudaoud, 2008 ; Boutin, 2009 ; Mellier & Courbois, 2005). Ces études sont toutes françaises.

Enfin, un seul article vise à explorer **le point de vue de l'enfant en situation de handicap** (Schauwer (de), Hove, Mortier, & Loots, 2009), mais est un peu hors thème, puisqu'il concerne des enfants de 5 à 17 ans : on dépasse donc largement le cadre de la petite enfance. Notons cependant les recherches des américains Nabors (1997) et Hestenes et Carroll (2000) qui ont tenté d'interroger les enfants en situation de handicap pour finalement ne pas exploiter les données recueillies, trouvant la communication trop difficile et l'intérêt limité à cause de leur retard cognitif et/ou de langage.

Ainsi, dans leur grande majorité, les travaux objectivent, comptent, décrivent des interactions mais ne traitent pas de la complexité des variables qui sont à l'origine de ce qui est observé. Ils isolent une variable : un jeu, dehors/dedans, l'âge, le sexe, la déficience, mais jamais la complexité des interactions entre ces variables. En dehors de trois articles se référant à la théorie écosystémique de Bronfenbrenner (Hestenes & Carroll, 2000 ; Odom & Diamond, 1998 ; Zaouche Gaudron, Lang, Raynaud & Fontaine-Benaoum, 2011), le sens de ces interactions,

leurs effets et leurs aspects émotionnels ne sont pas traités. Les auteurs, avec la volonté de produire des recherches « robustes », cherchent à utiliser une approche quantitative avec des variables clairement isolées et définies. Ils ne visent que rarement à formuler des hypothèses et évoquent les interactions dans leurs dimensions physiques (jeux, participation, toucher, échanges verbaux, ...). Ils isolent donc une ou plusieurs variables, repérables par la seule observation, variables supposées être une bonne mesure pour travailler sur la question des relations entre enfants.

1.2.2.3. La population étudiée

La population est peu décrite précisément. Par exemple, l'âge des enfants est parfois indiqué sous des termes génériques comme « âge préscolaire » sans que l'on sache précisément à quoi il est référé, ce qui peut pourtant différer selon les cultures. La pathologie, lorsqu'elle est précisée, n'indique pas la sévérité ou le cumul de handicaps dont l'enfant peut être porteur.

Concernant l'âge, si notre sélection s'est portée sur la période développementale des 0-6 ans, plusieurs tranches apparaissent dans notre *corpus* : « avant 1 an », « âge préscolaire (13 mois-36 mois/3 ans) », « âge scolaire (37 mois – 72 mois/6 ans) » et « > 6 ans ». 31 recherches sur les 50 de notre *corpus* ne ciblent qu'une seule de ces tranches d'âges (*cf.* Tableau 5), avec une majorité pour l'âge scolaire (48% du *corpus*). Dix études portent sur des enfants correspondant à deux tranches d'âge, avec majoritairement les tranches « scolaire » et « > 6 ans ». Enfin trois études ont un empan d'âge transversal sur trois tranches d'âge (Herrou & *al.*, 2007 / Zaouche Gaudron & *al.*, 2011 : moins de 6 ans ; Odom & Diamond, 1998 : plus de 13 mois). Une seule a une population couvrant toutes les tranches d'âge (Van Duijn, Dijkxhoorn, Scholte & van Berckelaer-Onnes, 2010 ; 984 enfants de 0 à 12 ans).

Tableau 5 : Fréquence des publications selon la tranche d'âge de la population

Périodes de développement	Fréquence
1 tranche d'âge	
Avant 1 an	0
Âge préscolaire (13 mois-36 mois/3ans)	7
Âge scolaire (37 mois-72 mois/6 ans)	24
>6 ans	0
Total	31
2 tranches d'âge	
Petite enfance + âge préscolaire	1
Âge préscolaire + âge scolaire	4
Âge scolaire + > 6 ans	5
Total	10

3 tranches d'âge	
Petite enfance + âge préscolaire + âge scolaire	2
Âge préscolaire + âge scolaire + > 6 ans	1
Total	3
4 tranches d'âge	1
Aucun âge précisé ou publication théorique	5
Total	
TOTAL ETUDES DU CORPUS	50

Les populations concernées sont diverses et le plus souvent il y a plusieurs types de déficiences considérées pour une même étude. Les pathologies principalement présentes dans les études de notre corpus sont le **retard de développement** (13 publications), le **Trouble du Spectre Autistique ou TSA** (10 publications) et la **déficience intellectuelle** (9 publications). Il faut noter que, pour 12 publications, le type de déficience n'est pas précisé ou les troubles ne sont pas expliqués et il est simplement question de « handicap » (*cf.* tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de publications par type de déficience

Type de déficience	Nombre de publications
Retard de développement	13
Trouble du Spectre Autistique	10
Déficience intellectuelle	9
Trisomie 21	7
Déficiences associées diverses	7
Type de déficience (suite)	Nombre de publications
Troubles du langage	6
Déficience motrice	4
Déficience neurologique	4
Problème génétique/handicap rare	2
Trouble du comportement	2
Audition	2
Vision	2
Troubles internalisés	1
Déficiences orthopédiques	1
<i>Sans explicitation des troubles</i>	9
<i>Non déterminé du tout</i>	3

La taille des échantillons de population étudiée varie beaucoup d'une étude à l'autre, avec un *minimum* de 1 à 5 personnes, un *maximum* supérieur à 200 personnes (jusqu'à plus de 900) et une médiane entre 26 et 50 personnes (*cf.* tableau 7). Quand il s'agit d'échantillons importants (au-delà de 25 personnes), c'est en fait que les chercheurs travaillent avec des classes entières

(Bronson, Hauser-Cram & Warfield, 1995 ; Buysse & *al.*, 2002 ; Chen & *al.*, 2019 ; Diamond, 2001 ; Van Duijn & *al.*, 2010 ; etc.).

Tableau 7 : Nombre de publications par taille de population étudiée

Taille des population étudiée	Nombre de publications
1 à 5	7
6 à 25	7
26 à 50	12
51 à 100	7
101 à 200	3
Plus de 200	4
Taille non précisée	3
Autre (revue de littérature ou théoriques)	7
TOTAL	50 publications

Concernant les **contextes du recueil des données**, les observations se font majoritairement dans la salle de classe (Bronson & *al.*, 1995 ; Garfinkle & Schwartz, 2002 ; Goldstein & *al.*, 1997) et/ou dans la crèche (Buysse, Goldman & Skinner, 2002 ; Preisler, 1993). Elles se font aussi à plusieurs reprises en conditions expérimentales (Guralnik, Hammond, Connor & Neville, 2006 ; Guralnik, Neville, Hammond & Connor, 2007), à l'extérieur de la classe (Harper & McCluskey, 2002 ; Kemp & *al.*, 2013) ou à domicile (Martlew, 1989), sachant que les auteurs utilisent parfois plusieurs de ces modalités. Les lieux de passation des entretiens, que ce soit avec les enseignants ou les parents, ne sont pas précisés.

Quatre études utilisent une **méthodologie longitudinale** avec un recueil des données réalisé à plusieurs reprises dans le temps (Goldstein & *al.*, 1997, ainsi que Guralnik & *al.*, 2007 : observations sur deux ans ; Hames, 1998 : entretiens deux fois par an pendant quatre ans et demi ; Preisler, 1993 : observations des enfants à 2 et 4 ans puis à 7 ans).

1.2.2.4. Les méthodologies utilisées

Si dans un peu plus de la moitié des recherches (27 publications sur les 50 du *corpus*), un seul type de méthodologie est utilisé par les auteurs, les autres combinent plusieurs méthodologies dans une même recherche : c'est le cas dans cinq publications où deux d'entre elles sont utilisées en même temps, dans quatre publications où respectivement trois méthodologies, ou plus de trois, le sont (cf. Tableau 8).

Tableau 8 : Nombre de publications par nombre d'outils utilisés

Nombre d'outils utilisés	Nombre de publications concernées
1 outil	27 (dont études de cas)
2 outils	5
3 outils	4
Plus de 3	4
Réflexions	10
Total	50

Il s'agit d'observations (26 publications), de questionnaires (11 publications), d'entretiens (auprès des parents ou professionnels : 10 publications ou auprès des enfants : 9 publications), d'échelles de mesure (9 publications) ou encore de tests cliniques (4 publications) (cf. Tableau 9).

Tableau 9 : Nombre de publications par type de méthodologie employée

Méthodologie	Observations	Entretien parent	Entretien professionnel	Entretien enfant	Questionnaire	Echelle de mesure	Test clinique
Nombre publications	26	5	5	9	11	9	4

L'outil majoritairement employé est celui de **l'observation**, codée tantôt à partir de grilles standardisées (comme le codage ESCAPE de Carta & al., 1986, cité par Hamilton, 2005 ; ou l'échelle ICER-R cité par Kemp & al., 2013, qui permet de mesurer la participation (active, passive), la non participation (active ou passive), l'interaction (Oui/Non), les partenaires dans l'interaction) ou encore la FOS-Y, citée par Bauminger-Zviely et Agam-Ben-Artzi, 2014, qui est une échelle d'observation d'amitié du jeune enfant), ou tantôt réalisée dans des conditions expérimentales ou dans l'environnement scolaire ou en crèche, ou encore à domicile, soit sur un temps ponctuel (Guralnik & al., 1996), soit- plus rarement- sur un temps plus long ou à deux moments ponctuels espacés dans le temps (Hames, 1998). La plupart du temps, ce sont les chercheurs qui observent (les enfants ordinaires et les enfants en situation de handicap, et également les enseignants ou les adultes, agissant avec eux), mais cela peut aussi être des enseignants, comme c'est le cas dans la recherche de Chen & al. (2019). Dans cette étude, par exemple, ils sont chargés d'observer le lien social des enfants en situation de handicap et d'indiquer la durée et la fréquence des temps de jeux/conflits des enfants observés, et avec qui cela se produit.

L'enfant en situation de handicap est observé, mais n'est jamais interrogé directement sur ses relations avec ses pairs, du fait de son jeune âge et de ses déficiences. De même, il est très

rarement observé dans son milieu naturel, en famille ou dans ses activités de loisirs, et jamais sur le lieu de soin (avec des pairs en situation de handicap). En effet, les rencontres se font soit sur le lieu de l'inclusion, soit dans un laboratoire de recherche.

Les enfants sont souvent filmés, ce qui permet aux chercheurs d'affiner leur codage, de le rendre très précis et de faire des comparaisons interjuges. Par exemple, ils comptent le nombre de fois où un enfant en situation de handicap est en interaction avec un autre enfant ou un adulte (Guralnick, Connor, Hammond, Gottman & Kinnish, 1996). Cette méthode ne permet pas d'explorer l'intention des enfants, ni leur vécu. On ne sait pas si l'enfant se sent plus rassuré à distance du mouvement des autres ou si un isolement est subi en raison de déficiences qui l'empêchent de poursuivre les interactions. Ces observations donnent souvent lieu à des descriptions très précises de ce qui est observé, à la manière dont l'observation est analysée et à des analyses statistiques très pointues.

Neuf recherches incluent **des échelles de mesure**, pour évaluer le comportement et les habiletés des enfants : tâches de préférence sociale (Huckstadt & Shutts, 2014), *Vineland* pour les compétences adaptatives (Van Duijn & al., 2010 ; Zaouche & al., 2011 ; McIntyre, Blacher & Baker, 2006), échelles de compétences sociales (Pinto & al., 2019), ou d'acceptation sociale (Guralnick & al., 1996).

Les observations codées et les échelles de mesures sont utilisées pour objectiver les comportements des enfants, que ce soit en situation expérimentale, ou en situation d'inclusion. Onze études incluent des **questionnaires** soumis le plus souvent aux parents ou aux enseignants. C'est le cas, par exemple, de Zaouche & al. (2011) qui s'intéressent à la qualité de vie des familles et utilisent pour cela le *Family Quality Of Life scale* (Hoffman, Marquis, Poston, Summers & Turnbull, 2006) et le *Family Impact of Childhood Disability* (Trute, Hiebert-Murphy & Levine, 2007). C'est le cas, aussi, de Nijs (2016) qui demande à des professionnels de diriger une activité (musique ou lecture d'une histoire multisensorielle) et ensuite de remplir des questionnaires sur leur propre prestation ainsi qu'un questionnaire sur chacun des enfants observés (sa vision et son audition, sa communication de base, sa participation durant les contacts individuels).

Une dizaine d'études incluent des **entretiens**, mais le plus souvent en complément d'observations ou d'échelles de mesures. Ces entretiens sont conduits soit *auprès des adultes* qui ont observé l'enfant en inclusion (enseignants), ou l'observent au quotidien (parents), soit *auprès d'enfants typiques*, qui sont, dans ce cas, guidés par des questions précises et parfois étayés par une demande de tâches, telles que, par exemple, la désignation de trois amis sur une photo (Nabors, 1997) ou des jeux de poupées (Diamond, 2001).

Le lecteur a généralement assez peu d'information sur la méthodologie de conduite des entretiens et sur celle de leur analyse. Ainsi, autant les auteurs sont prolixes sur le recueil et l'analyse des observations, autant ils restent très flous sur les entretiens à tous les stades de leurs réalisations. Les entretiens sont clairement des compléments aux outils plus quantitatifs.

Les travaux cliniques sont des retours d'expérience de cliniciens, qui ont exercé en milieu inclusif ou ségrégué (Herrou, Korff-Sausse & Lapeyre, 2007 ; Korff-Sausse, 2005), ou bien des réflexions de professionnels (instituteurs, AVS, etc.) ayant eu l'expérience de l'inclusion (Pouyet, 2008 ; Schauwer (de) & al., 2009) ou de psychologues en CAMSP (Boutin, 2009). Il s'agit alors de comprendre l'évolution des relations sociales des enfants observés (soit par observation clinique, soit par observations codées), et de recueillir par des **entretiens cliniques** le point de vue des parents et des enseignants ou éducateurs. Un **test clinique** peut être utilisé, comme c'est le cas dans quatre recherches, avec, par exemple, l'utilisation d'une Échelle d'intelligence de Wechsler (WISC - Guralnik & al., 2006 ; 2007).

Les études qui incluent un **programme d'intervention** ayant pour objectif d'améliorer les interactions entre les enfants, mesurent les changements une fois le programme appliqué (Goldstein & al., 2007 ; Green & al., 2013).

1.2.3. Les résultats de ces études

Quatre types de résultats se dégagent de ces études et répondent aux questions suivantes : quelle est la place des enfants en situation de handicap dans le groupe de pairs et à quoi ressemblent les relations dyadiques ? Comment se passent les situations d'apprentissage ? Quelles sont les spécificités des relations selon le type de handicap ? Et enfin, quel est l'impact de la présence d'adulte et/ou de ses interventions sur les relations entre enfants ?

1.2.3.1. *Les enfants dans le groupe : dyade et place dans le groupe*

Les auteurs s'intéressent à l'enfant dans le groupe selon deux axes : celui des relations dyadiques (amitié, rejet) et celui de la place de l'enfant dans le groupe (à la périphérie ou participant pleinement au groupe).

1.2.3.1.1. Amitiés, rejets

Selon, Odom, Zercher, Li, Marquart, Sandall et Brown (2006, 808)³, « l'acceptation sociale » fait référence aux évaluations positives des enfants par les pairs [...] : ce qui se traduit, par

³ Traduction personnelle

exemple, par jouer en groupe ou travailler ensemble (Marshall & McCandless, 1957), un renforcement positif (approbation, affection, soumission...) (Hartup, Glazer & Charlesworth, 1967), les initiatives des pairs et le soutien à l'amitié (Kemple, Speranza & Hazen, 1992 ; Sebanc, 2003). [...] « Le rejet social », [quant à lui], renvoie à l'exclusion active d'une activité par le groupe de pairs. Le rejet peut être corrélé à un comportement négatif de l'enfant (la non-compliance, l'interférence, l'attaque...) (Hartup & al. 1967), un comportement agressif et/ou perturbateur (Arnold, Homrok, Ortiz & Stowe, 1999), et/ou le retrait social (Waas & Graczyk, 1999) ».

Cette thématique « amitiés/rejets » est le plus souvent traitée en comparant le nombre d'amis des enfants en situation de handicap par rapport à ceux des enfants typiques. La catégorie « amis » est déterminée soit par les professionnels, soit par les parents. Les observations, elles, notent les enfants qui interagissent plus ou moins souvent ensemble.

Il y a un consensus entre les auteurs pour dire que les enfants en situation de handicap, tout handicap confondu, ont **moins d'amis, voire pas d'amis** (Buysse & al., 2002 ; Ferreira & al., 2017 ; Guralnick & al., 1996 ; Guralnick, 1999). Les chercheurs israéliens Werner, Peretz et Roth (2015) ont examiné et comparé, sur une population de 106 enfants de quatre à six ans, les attitudes des enfants de la maternelle à l'égard des enfants ayant un handicap physique, une déficience auditive ou aucun handicap. Ils expliquent que le **peu d'attitudes positives** signalées envers un enfant en situation de handicap est dû au fait que les enfants ont tendance à généraliser et à classer les enfants handicapés dans un groupe similaire d'« *autrui* » moins privilégiés (par exemple, plus lents, plus dépendants des autres pour le déplacement et l'accessibilité, moins attractifs physiquement, etc. (cf. Muldeij, 1997 ou Nowicki *et al.*, 2014), quel que soit le type de handicap, et que la compréhension des déficiences se développe généralement pendant les années préscolaires (Diamond, Hestenes, Carpenter & Innes, 1997). On retrouve cette catégorisation, cette fois-ci dans un groupe qu'on pourrait appeler « *le même que moi* » pour les enfants typiques qui choisiraient préférentiellement des enfants typiques comme amis et comme compagnon de jeux (Devoney, Guralnick, & Rubin, 1974 ; Guralnick & Groom, 1987). Cela va également dans le sens de certains auteurs qui notent que tous les enfants (handicapés ou non) préfèrent des enfants « *comme eux* » (Castelli, de Amicis & Sherman, 2007 ; Diamond & Tu, 2009).

Les auteurs s'intéressent de manière quasi exclusivement aux **relations « mixtes » des dyades d'amis**, ou notent l'existence de dyade « EH et enfant plus jeune » (Guralnick, 1999 ; Guralnick & al., 2007). Les dyades d'amis étudiées concernent plus souvent des dyades enfants en situation de handicap (EH)/ enfants non handicapés (ENH) que des dyades EH/EH, ce qui peut

s'expliquer par le fait qu'il s'agit de situation d'inclusion avec moins d'EH que d'ENH mais, plus généralement, l'objectif des auteurs est de réfléchir aux créations et au développement de ces relations mixtes, ce qui laisse dans l'ombre les relations entre EH.

Les auteurs repèrent, par ailleurs, les **variables qui peuvent avoir un impact sur ce « manque » d'amis** comme :

- *Le sexe* : les filles en situation de handicap auraient moins d'amis (Ferreira & al., 2017). ; Les filles « ordinaires » seraient plus « acceptantes » (Favazza & Odom, 1996), sans doute du fait d'un plus grand maternage envers les enfants en situation de handicap (Céleste, 2009).
- *La familiarité avec le handicap* : les enfants « ordinaires » ayant eu une *expérience antérieure de contact avec un EH* auraient des attitudes plus tolérantes et moins excluantes (Favazza & Odom, 1996), ce que confirme Diamond (2001), pour qui, ces enfants sont plus sensibles aux besoins et aux émotions des autres. Hestenes et Carroll (2000) ont également montré que les enfants handicapés (retard de développement ou handicap visuel) qui participent à toutes les activités en classe avec leurs camarades ordinaires, peuvent être moins susceptibles d'être considérés comme "différents" ou "n'appartenant pas" à la classe. Il en va de même pour le *niveau de connaissance du handicap* qui favorise la préférence des enfants ordinaires pour jouer avec un pair handicapé (Hestenes & Carroll, 2000). Il s'agit aussi pour Peris (2015) de permettre au groupe de camarades de passer de la peur à la *reconnaissance*, en faisant par exemple, quand cela est possible, une action qui bénéficie au groupe (ex: lecture impliquant les autres enfants) et qui favorise les échanges et plaisirs partagés.
- *La sévérité du handicap* : pour Bronson, Hauser-Cram et Warfield (1995), les enfants souffrant de déficience intellectuelle sont davantage en difficulté sur le plan de *compétences sociales* que les enfants trisomiques, à cause de leurs problèmes d'attention et parce qu'ils sont moins capables de répondre et de s'intéresser à leurs pairs. Odom *et al.* (2006) retrouvent ces résultats et affirment que les enfants handicapés rejetés (handicap intellectuel et TSA) sont socialement actifs mais peuvent manquer de compétences sociales, ils sont en conflit avec leurs pairs, peuvent être agressifs ou perturbateurs, ou encore en retrait social. Le *manque de mobilité et de proximité* aurait également des conséquences sur la participation lors des jeux (Martlew, 1989).
- *Le langage* : il reste pour Chen *et al.* (2019) un élément important pour comprendre pourquoi les enfants s'assemblent. Par ailleurs, Bauminger-Zviely, Karin *et al.* (2014), dans

leur étude sur 57 enfants d'âge préscolaire souffrant de TSA à haut niveau de fonctionnement, affirment que le langage est plus développé dans les conversations entre enfants handicapés « amis », qu'avec les enfants typiques ou les enfants handicapés qui ne sont pas amis avec eux.

- *Les troubles du comportement* (Ferreira & al., 2017) et notamment l'agressivité qui peut effrayer les enfants ordinaires. Nous y reviendrons plus loin.
- Par ailleurs, Thouroude (2000) estime que le *contexte pédagogique* peut influencer ces situations d'isolement et de manque d'interactivité entre enfants dans le groupe. Un faible nombre d'EH inclus dans un groupe d'ENH peut avoir un impact sur le nombre d'amis des EH (Hestenes & Carroll, 2000). Les EH semblent mieux acceptés dans un *environnement scolaire* que dans un environnement amical et cela rejoint les remarques sur le fait que l'EH aurait moins de relations avec les autres dans un cadre moins organisé par l'adulte.
- Guralnick *et al.* (1996) montrent l'effet du *dispositif d'inclusion* sur la formation d'amitiés entre enfants, avec des niveaux plus élevés d'interactions entre pairs dans des contextes traditionnels pour les enfants en développement typique. Les jeunes enfants ayant des retards de développement n'ont pas été pleinement acceptés ni totalement intégrés socialement (acceptation évaluée, ici, sur la base de mesures sociométriques et d'indices comportementaux des préférences des pairs). Quoiqu'il en soit, les jeunes enfants avec et sans retard de développement sont plus interactifs avec leurs pairs dans des milieux traditionnels, mixtes, plutôt que spécialisés. Les milieux intégrés soutiennent ainsi mieux les interactions entre pairs des enfants présentant des retards de développement que les milieux spécialisés (Guralnick & Groom, 1988). Les résultats de Buysse *et al.* (2002) vont dans le même sens, après avoir comparé des classes spécialisées et des crèches (avec un taux d'enfants handicapé inférieur) : le dispositif a un impact sur le nombre de camarades de jeu mais aussi sur le nombre d'amis et sur le développement social. Les enfants sans handicap ont significativement plus d'amis que les enfants avec handicap dans les classes spécialisées. Dans les crèches, cette différence n'est pas significative. De façon générale, les enfants en crèche avaient plus d'amis que les enfants en classe spécialisée, sans différence entre enfants avec et sans handicap.

Plusieurs études, menées en contexte d'inclusion scolaire, ont mis en évidence que les enfants porteurs de handicap **engagent moins les interactions** que leurs pairs typiques. Harper et McCluskey (2002) constatent que les enfants avec handicap (moteur sévère ou de communication) ont passé moins de temps à interagir avec leurs pairs et passé plus de temps

avec les adultes que les autres enfants (enfants avec langage verbal suffisant et enfants typiques). Les enfants sans langage verbal ont passé davantage de temps dans des jeux solitaires que les autres enfants (enfants avec handicap moteur et enfants typiques). La revue de littérature de Buysse, Onald et Baily (2002) indique également qu'il y a moins d'interaction en milieu intégratif qu'en milieu ségrégué lorsqu'il s'agit de situation de jeux libres.

Garfinkle et Schwartz (2002) ont observé que les enfants porteurs de handicap **n'imitent pas leurs pairs**, tandis que Peterson, Peterson et Scriven (1977) indiquent que les enfants handicapés sont moins imités par leurs pairs. Les auteurs considèrent que la *faible acceptation sociale* évoquée précédemment pourrait expliquer ces situations. Pour Nabors (1997), qui a étudié la question sur 12 jeunes enfants souffrant de retard global (paralysie cérébrale, T21, Prader Willi, syndrome Apert), quand il y a une évaluation négative, elle est associée à *l'agressivité* de certains enfants, et pas au handicap en lui-même. Cette agressivité pourrait s'expliquer selon Korff-Sausse (2005, p.141) par « un mouvement d'identification à l'agresseur (Ferenczi, 1933) » qui voudrait « faire subir aux autres le rejet qu'[il] inspire ». Elle est, pour Alink *et al.* (2006), une étape du développement par laquelle les enfants passent et qui est nécessaire à leur construction psychique.

Guralnick (1990) constate *la difficulté des enfants typiques à interpréter les signaux d'appel des enfants handicapés*. De même, Gottaman (1983) souligne que la difficulté des enfants handicapés à *contrôler leurs émotions* entrave leur capacité à nouer des liens avec les autres enfants. Pour cet auteur, la stabilité des interactions semble osciller en fonction du tempérament de l'enfant, des modalités privilégiées des interactions.

1.2.3.1.2. Place des enfants dans le groupe

Les études se penchent sur **l'analyse du réseau social** des enfants en situation de handicap (EH), souvent en leur demandant de désigner, sur une ou plusieurs photos, les enfants avec lesquels ils aiment ou n'aiment pas jouer, et appliquent ensuite des mesures sociométriques (Ferreira & al., 2017 ; Nabors, 1997). Il peut y avoir une discordance entre le fait que les enfants non handicapés (ENH) attribuent un *statut social négatif* à l'EH (évalué négativement ou pas nommé dans leur choix) et ce qu'ils nouent réellement comme liens avec les EH (Nabors, 1997 ; Favazza & Odom, 1996).

Les études de Cavallaro et Porter (1980), de Faught, Balleweg, Crow et van den Pol (1983), de Guralnick (1999) ou encore de Guralnick et Groom (1997), démontrent que les enfants

handicapés, en inclusion scolaire, sont isolés ou exclus des interactions avec leurs pairs. Pour Guralnick (1999) le dispositif de l'inclusion permet d'améliorer les interactions sociales entre EH et ENH mais il persiste une séparation sociale au détriment des EH. Or, le statut social de l'enfant a un impact sur la manière dont l'enfant peut prendre sa place dans le groupe. Peterson et Haralick (1977) suggèrent que les EH sont peu imités par les ENH et estime que c'est en lien avec leur statut social bas.

Les EH pâtiraient d'une *stigmatisation sociale* qui conduirait à ce qu'ils restent en périphérie dans le groupe (Diamond, 1993 ; Guralnick, 1999 ; Ferreira & al., 2017). Sans contact antérieur avec les EH et sans intervention des adultes pour favoriser l'acceptation, les enfants non handicapés attribuent un statut social faible aux EH et ont tendance à sélectionner d'autres ENH dans les situations de jeu et dans les situations de choix forcé (Cavallaro & Porter, 1980 ; Guralnick & Groom, 1987 ; Sigelman, Miller & Whitworth, 1986 ; Strain, 1984).

Le fait d'avoir déjà un ami dans la classe favoriserait le fait que l'enfant participe davantage au groupe (Pinto & al., 2019 ; Bauminger-Zviely & al., 2014 ; Odom & Diamond, 1998). C'est *l'amitié entre un EH et un ENH* (dyade mixte) qui servirait de facilitateur aux interactions dans le groupe pour l'EH (Bauminger-Zviely & al., 2014). Watson *et al.* (1999) estiment que parfois une *surveillance trop importante de la part des adultes* exclurait l'EH du groupe (*cf.* chapitre 3.4).

Guralnick *et al.* (1996) notent, par ailleurs, l'importance des *compétences communicationnelles* pour participer à la vie sociale du groupe.

1.2.3.2. *Situation d'apprentissage et relations entre pairs*

Les études visent à évaluer, d'une part, l'effet d'un programme pédagogique et, d'autre part, de l'intervention de l'adulte sur le renforcement de certains comportements entre enfants.

Les activités comprenant une instruction directe de la part de l'adulte ont généralement montré des résultats sociaux positifs pour les enfants handicapés.

1.2.3.2.1. Programmes d'intervention

Goldstein *et al.* (1997) notent l'importance des programmes d'intervention qui se concentrent **sur les interactions entre pairs**. Ces programmes proposent soit une adaptation pédagogique, soit un protocole d'étude pour favoriser l'initiation, le maintien et le développement des interactions à partir d'activités encadrées et/ou médiatisées (vidéo ou tablette) (Green & al., 2013 ; Therrien & Light, 2018). Selon Guralnick *et al.* (2007), la situation d'apprentissage

encadrée augmente le nombre des interactions, les enfants handicapés seraient alors moins isolés.

En l'absence d'un programme pédagogique précis, l'inclusion des enfants porteurs de handicap dans les établissements préscolaires est associée à des niveaux d'interaction faibles entre pairs et à des contraintes importantes pour les enseignants (Beckman, 1983 ; Burstein, 1986 ; Novak, Olley & Kearney, 1980).

D'autres programmes de formation ou d'entraînement aux **compétences sociales** s'adressant aux enfants typiques ont pour objectif de faciliter les interactions entre enfants, l'imitation entre pairs et l'apprentissage par l'observation. Taubman, Brierley, Wishner, Baker, McEachin, Leaf *et al.* (2001) rappellent que *l'apprentissage par l'observation* est fondé sur les compétences d'imitation différée. Les compétences visées par ces programmes sont : les compétences linguistiques (Egel, Richman & Koegel, 1981 ; Goldstein & Brown, 1989) ; la gestion des conflits ; la sensibilité aux modalités de communication de leur camarade porteur de handicap (Day & *al.*, 1982 ; Goldstein & Wickstrom, 1986 ; Shafer, Egel & Neef, 1984 ; Tremblay & *al.*, 1981). Ils peuvent aussi viser une *meilleure compréhension de la communication des enfants handicapés* (Goldstein & *al.*, 1997).

Ces derniers indiquent que les enfants sans handicap participant à des interventions en tant que médiateurs, ont des interactions plus fréquentes avec les enfants handicapés.

1.2.3.2.2. Intervention sur les modes de relations entre enfants

Plusieurs auteurs s'intéressent spécifiquement aux dyades « mixtes » d'amis enfant handicapé/enfant non handicapé. Les auteurs ont pu observer une amélioration des interactions pour les enfants avec un handicap modéré. Toutefois, la plupart des interactions se sont limitées au binôme.

Watson *et al.* (1999) révèlent les risques des *relations uniquement centrées sur l'aide* entre pairs handicapés-non handicapés, car cela favoriserait le sentiment d'inégalité entre enfants.

D'autres protocoles s'adressent exclusivement aux enseignants. C'est le cas par exemple de l'étude d'Apolloni, Cooke et Cooke (1977, citée par Garfinkle & Schwartz, 2002) qui ont élaboré et évalué un *protocole de formation d'imitation par les pairs* (PIT) dans lequel les adultes incitent les enfants handicapés à imiter le comportement d'un pair typique. Ils constatent une augmentation du nombre des interactions pendant l'intervention et le fait que les enfants handicapés peuvent apprendre à imiter leurs pairs.

Certaines recherches montrent donc que le *renforcement des comportements appropriés* peut être un facteur contribuant à l'accroissement des interactions entre enfants (Vaughn & al., 2003) : la littérature à propos des *interventions sur les aptitudes sociales* entre 1975 et 1999, révèle que certaines interventions mises en place avec des enfants handicapés d'âge préscolaire ont eu des effets positifs sur leurs compétences sociales : l'incitation et la répétition des comportements ciblés, les activités liées au jeu, la généralisation du jeu libre, le renforcement des comportements appropriés, la modélisation de compétences sociales spécifiques, la narration d'histoires, l'enseignement direct de compétences sociales et l'imitation de comportements appropriés.

Bien que les auteurs repèrent certains effets positifs de ces protocoles, il y aurait un consensus selon lequel l'augmentation du nombre d'interaction a été plutôt limitée au temps de l'intervention et n'a pas perduré dans le temps.

1.2.3.3. Spécificités de certaines pathologies

Si la majorité des chercheurs ne discriminent pas le type de handicap dans leurs protocoles, quelques-uns cherchent à savoir comment le type de déficience influe sur les relations avec les pairs. Là encore, il s'agit de comprendre si certains enfants en situation de handicap sont plus isolés que d'autres, et dans ce cas, quels types de difficulté pourraient expliquer cette mise à l'écart.

Les recherches montrent clairement que les enfants typiques ont des attitudes plus favorables à l'égard des enfants ayant un **handicap moteur** qu'envers ceux qui sont atteints d'une déficience intellectuelle (Diamond & Hestenes, 1996 ; Guralnick & al., 1996 ; Harper & McCluskey, 2002 ; Huckstadt & Shutts, 2014 ; Odom & al., 2006). Cependant, des nuances apparaissent ; **le rôle du langage**, notamment semble important : plusieurs auteurs objectivent un isolement plus important chez les enfants qui parlent peu ou pas du tout (Chen & al., 2019 ; Odom & al., 2006). Harper et McCluskey (2002) indiquent, par exemple, que les enfants avec une communication verbale suffisante ont des interactions sociales peu ou prou semblables à celles des enfants typiques, alors que les enfants **sans langage verbal** sont isolés de leurs camarades. Cet isolement social est en partie auto-imposé, les enfants sans langage verbal ayant moins d'interactions à leur initiative avec leurs pairs et avec les adultes (alors que les enfants typiques sont à l'initiative de la majorité de leurs interactions). Il apparaît de plus que les adultes sont nécessaires pour les engager dans des interactions sociales (Harper & McCluskey, 2002).

Le niveau de langage limité s'inscrit bien souvent dans un tableau clinique de déficience intellectuelle importante ; certains auteurs font l'hypothèse que ces enfants ont des problèmes d'attention, et sont moins capables de répondre et d'intéresser leurs pairs (Bronson & *al.*, 1995). D'autres montrent que les **enfants déficients** ont tendance à utiliser des stratégies et des processus qui sont peu adaptatifs, appropriés ou efficaces. Ils peinent à être en lien avec les autres, et se montrent peu flexibles dans leurs relations avec les autres enfants (Guralnick & *al.*, 2006).

Certains chercheurs distinguent cependant les enfants déficients intellectuels des enfants porteurs de trisomie 21 : Fidler et Nadel (2007), par exemple, notent que ces derniers montrent de bonnes capacités de réciprocité sociale mais tendent à être en difficulté lorsque les demandes inhérentes aux situations sociales dépassent leurs capacités cognitives. Les personnes avec **trisomie 21** développent des compétences empathiques et sociales, et se montrent sensibles aux personnes avec lesquelles elles vivent. Ainsi, ces enfants sont décrits comme étant compétents et appétents à la relation avec les pairs, mais limités par leur déficience cognitive, dans la compréhension de la complexité des relations.

Plusieurs études incluent des **enfants autistes** (Bauminger-Zviely & Agam-Ben-Artz, 2014 ; Bauminger-Zviely, Karin, Kimhi & Agam-Ben-Artzi, 2014 ; Diamond, 2001 ; Ferreira & *al.*, 2017 ; Garfinkle & Schwartz, 2002 ; Huckstadt & Shutts, 2014 ; Kemp & *al.*, 2013 ; Odom & *al.*, 2006 ; Peris, 2015 ; Pinto & *al.*, 2019 ; Therrien & Light, 2018 ; Vaughn & *al.*, 2003 ; Watkins & *al.*, 2015) : les résultats démontrent qu'ils sont généralement très isolés, davantage que les enfants déficients intellectuels et qu'ils ne cherchent pas à entrer en relation avec les enfants ou les adultes. De même, Ozonoff, Young, Goldring, Greiss-Hess, Herrera, Steele, Macari *et al.* (2008) décrivent l'activité ludique comme pauvre chez les enfants souffrant de TSA, avec des manipulations moindres ou détournées des objets, ce qui entrave le partage d'expériences et de jeu avec les autres enfants.

Plusieurs recherches concluent également que **les troubles du comportement** ont un effet très délétère sur la construction des relations avec les pairs (Ferreira & *al.*, 2017 ; Harper & McCluskey, 2002 ; Nabors, 1997) : les enfants concernés font partie des plus rejetés par les pairs en milieu inclusif.

Enfin, les auteurs qui étudient l'évolution des relations avec les pairs, concluent que les difficultés des enfants en inclusion augmentent avec **l'âge** : le handicap se fait de plus en plus visible au fil du temps et accentue l'écart avec les enfants sans handicap (Bronson & *al.*, 1995 ; Guralnick & *al.*, 2006 ; 2007).

De manière générale, assez peu d'hypothèses sont proposées pour comprendre les différences entre les types de handicap. Cependant, Magiati, Dockrell et Logotheti (2002) indiquent que les enfants typiques ont de meilleures connaissances et une meilleure compréhension des **handicaps visibles comparés aux handicaps qui sont moins apparents** de prime abord (déficience intellectuelle, trouble des apprentissages, hyperactivité) ; cela dit, cette visibilité du handicap peut aussi être la cause d'un rejet par les pairs (Nadeau, 2013). De son côté, Harper (2015) montre que les enfants avec une **déficience intellectuelle sévère** sont les moins « attractifs » pour les adultes et les enfants : ce sont ceux qui répondent le moins aux sollicitations et qui ont une compréhension limitée des jeux ou activités proposés. Cet auteur souligne que les enfants qui présentent une **déficience motrice importante**, générant une dépendance forte à l'adulte, sont aussi en difficulté avec les pairs, parce que l'adulte est toujours obligé de médiatiser les relations, ce qui freine les relations entre enfants. Dans leur étude de 2002, Harper et McCluskey estiment à 90% leur temps passé avec des adultes présents ou interagissant avec eux.

Une revue de littérature est intéressante à ce propos, bien qu'un peu datée : l'auteur (Muldeij, 1997) identifie les causes de l'isolement des enfants en situation de **handicap moteur**, et pointe leur lenteur, leur dépendance aux adultes pour leurs déplacements, la visibilité de leur handicap, ou encore la nécessité de passer du temps en rééducation plutôt qu'avec les autres enfants.

1.2.3.4. *L'impact de l'adulte dans les relations entre enfants*

Les adultes mentionnés dans les recherches de cette revue de littérature sont essentiellement les professionnels des lieux de socialisation des enfants (crèche, halte-garderie, école) (Diamond, 2001 ; Ferreira & al., 2017 ; Hestenes & Carroll, 2000 ; Hundert & al., 1993 ; Kemp & al., 2013 ; Preisler, 1993 ; Vaughn & al., 2003). Seulement deux articles évoquent le rôle des parents dans la construction des liens entre enfants (Guralnick & al., 2006 ; Muldeij, 1997).

1.2.3.4.1. *Impact positif de la présence d'adultes*

Les adultes participant aux études sont *particulièrement attentifs* aux relations entre les enfants, lorsque l'un ou plusieurs d'entre eux sont porteurs de handicap (Bronson & al., 1995). On peut supposer qu'ils ont une sensibilité particulière à cette question puisqu'ils ont été volontaires pour participer à l'étude proposée par les chercheurs. Par ailleurs, la thématique même des recherches a pu leur donner les outils pour s'intéresser de façon plus fine aux interactions entre enfants et aux interactions des enfants avec eux.

Les études s'accordent sur le **rôle central des adultes** qui sont davantage sollicités par les enfants en situation de handicap, et ce, quel que soit le type de handicap : enfants déficients

intellectuels ou avec trisomie 21 (Bronson & al., 1995), enfants aveugles (Preisler, 1993), enfants sans langage ou avec des retards de langage (Harper & McCluskey, 2002) ou enfants dont le handicap sévère induit une dépendance plus grande aux adultes (Harper & McCluskey, 2002).

En plus des *sollicitations plus importantes des enfants envers les adultes*, - et le *ratio* d'adulte par enfant, plus important notamment en milieu ségrégué, qui explique également le plus grand nombre d'interactions avec l'adulte (Buisse & Bailey, 1993 ; Preisler (1993) indique que *l'adulte s'adapte plus facilement* aux enfants avec une spécificité, que les enfants entre eux.

Aussi, sans intervention de l'adulte pour favoriser les interactions entre pairs, les enfants handicapés courent un risque d'isolement (Siegel, 1996) et une intervention aidante semble particulièrement importante pour que l'inclusion soit profitable (Diamond, 2001 ; Davis & Watson, 2001). Cette intervention se mesure par une *fréquence accrue de l'aide des adultes*. Ils interviennent trois à quatre fois plus dans les liens avec les pairs avec les enfants handicapés (Bronson & al., 1995) et modulent leurs interventions en fonction du type de handicap des enfants. Harper et McCluskey (2002) montrent que les adultes ont initié davantage de changements d'activités pour les enfants avec un **handicap moteur sévère** (pour sortir ces enfants de leurs jeux solitaires en facilitant les interactions avec un autre enfant ou avec un groupe enfant-adulte) et qu'ils ont initié une grande partie des interactions adultes-enfants pour les **enfants sans langage verbal** lorsque ceux-ci étaient seuls. Pour ces derniers, l'invisibilité du handicap et les jeux solitaires dans lesquels ils paraissent absorbés, pourraient facilement faire négliger le fait qu'ils soient isolés.

Certaines modalités ou *postures des adultes* paraissent particulièrement favorables pour faciliter des interactions sociales entre enfants handicapés et non handicapés : l'enseignant peut fournir des jouets qui favorisent l'interaction sociale (Odom & Brown., 1993), soutenir les comportements coopératifs et féliciter les groupes d'enfants qui coopèrent (Odom & al., 1993), encourager les enfants (Hestenes & Carroll, 2000), mettre l'accent sur les points forts des enfants et non sur leurs difficultés (Thouroude, 2000), mettre l'accent sur les points communs entre les enfants (même quand les élèves sont très différents tant au niveau scolaire qu'au point de vue du comportement) plutôt que d'insister sur leurs différences (Thouroude, 2000). Plus les adultes vont accueillir les enfants en situation de handicap de manière ajustée, plus l'inclusion va être bénéfique pour tous les enfants (Diamond, 2001). DeKlyen et Odom (1989), cités par Hestenes et Carroll (2000), montrent que les interactions sont favorisées lorsque l'enseignant introduit le jeu, expose les règles, attribue les rôles et fournit le matériel. En effet, les activités plus structurées exigent moins de compétences sociales – par exemple, il n'est pas nécessaire

de se déplacer dans l'espace et l'adulte explicite verbalement les consignes et les échanges (Preisler, 1993) - et elles permettent ainsi plus d'interactions entre enfants handicapés et enfants typiques.

1.2.3.4.2. Impact négatif de l'intervention des adultes

Toutefois, les études ne concluent pas toutes à un résultat positif de l'intervention de l'adulte, puisque Pinto *et al.* (2019) estiment que ni la pédagogie individualisée, ni les interactions adultes/enfants n'ont d'influence sur la participation des enfants au groupe ; celle-ci serait davantage due à la qualité des relations entre pairs.

Dans certaines conditions, le rôle de l'adulte peut même entraver les relations entre enfants. Watson *et al.* (1999), par exemple, alertent sur les effets négatifs d'une surveillance trop importante de la part des adultes sur les enfants avec handicap, ce qui les exclurait du groupe. Si les adultes laissent plus d'autonomie aux enfants typiques et se montrent plus disposés à les laisser seuls, les actions des professionnels sont plus nombreuses lorsqu'ils interagissent avec un enfant handicapé (Harper et McCluskey, 2002). Or trop d'interventions coupent la relation des enfants handicapés avec les autres. Par exemple, Nijs (2016) observe que 68% du temps l'attention de l'enfant est dirigée vers l'adulte ou vers les interactions entre ce professionnel et les pairs et il ne reste que 5,5% du temps pour les comportements adressés aux pairs. Kemp *et al.* (2013) remarquent, quant à eux, des interactions entre enfants plus importantes dans les activités routinières (comme les repas) ou les jeux libres en intérieur ou à l'extérieur, et notent 30 % d'activités relationnelles en moins lorsque l'adulte dirige une activité de groupe. Harper et McCluskey (2002) indiquent qu'un adulte est présent pour soutenir les échanges sociaux d'enfants avec un **handicap moteur sévère** dans 90% du temps.

Par ailleurs, un temps important du professionnel est consacré à organiser les activités et non pas à favoriser les interactions entre enfants (Nijs & *al.*, 2016). Notons également, ici, que les enseignants sous-estiment parfois le rejet par les pairs (Ferreira & *al.*, 2017)

Les recherches pointent la difficulté à organiser des activités de groupes pour des **enfants polyhandicapés**, activités qui s'apparentent à une succession d'activités duelles (adulte/enfant) plutôt qu'à une activité groupale favorisant les interactions (Nijs & *al.*, 2016). En prenant en compte ces éléments, il s'avère qu'au final, lors d'une activité en groupe, seul 5,5% du temps a été consacré aux interactions entre pairs (Nijs & *al.*, 2016). Dans les situations où les enfants ne peuvent se déplacer seuls, par exemple les enfants polyhandicapés, c'est également le professionnel qui place les enfants à côté des autres (et, en conséquence, qui choisit

involontairement le pair que les enfants pourront voir ou toucher durant l'activité) sans modifier la disposition des enfants durant toute l'activité (Nijs & al., 2016).

L'environnement familial, même soutenant, ne suffit pas, quant à lui, à créer et maintenir des interactions sociales de qualité pour les enfants handicapés (Guralnik & al., 2006). Guralnik *et al.* (2007) démontrent que les enfants de familles « qui vont bien » sont en difficulté pour établir des liens d'amitié réciproques, de longue durée et avec un ami bien identifié. Sur ce dernier point, ils notent la difficulté pour les mères à identifier le « meilleur ami » de leur enfant handicapé : elles identifient plutôt un enfant avec lequel il est en interaction, mais pas forcément lié affectivement.

1.2.4. Conclusion

Les études de notre *corpus* apportent des indications importantes, mais parfois discordantes, sur les relations entre enfants en situation de handicap et les enfants ordinaires. Ainsi nous avons pu en dégager deux axes importants pour mieux saisir les interactions entre ces enfants (amitiés/rejets, place dans le groupe), l'impact des programmes d'intervention, des déficiences et des adultes dans cette relation.

Les **discordances** peuvent être dû à des *protocoles différents* rendant peu comparables les résultats des études en matière de : condition des inclusions ; condition de choix des enfants cibles ; type d'activité ciblé ; formation ou pas des enseignants ; taille des groupes ; observation ponctuelle artificielle qui ne dit pas grand-chose de ce qui se passe dans des conditions naturelles ; nature et sévérité des déficiences ; nature et importance des interventions des adultes dans les activités ; façon dont les enfants cibles sont sélectionnés.

De plus, **plusieurs critiques** peuvent être émises :

Dans l'ensemble, on remarque que *les enfants sont rarement interrogés eux-mêmes* et, quand ils le sont, ce sont les enfants sans handicap qui sont consultés. Les enfants en situation de handicap sont, le plus souvent, simplement observés.

Les comportements sont mesurés, quantifiés, mais on ne s'interroge pas sur le sens et l'implication pour les enfants, de ces comportements.

Les études portent *peu sur les déficiences sévères*.

L'étude des *relations enfants handicapés/ enfants non handicapé* est clairement privilégiée par rapport aux études des relations entre enfants ayant un handicap. Ce qui est à relier avec l'objectif de la majorité des études qui est de faire porter la question de recherche sur l'inclusion (même si la méthodologie ne concerne pas toujours directement les situations d'inclusion).

Les travaux portent, dans leur quasi-totalité, sur les *relations entre enfants en situation de handicap et leurs pairs* « tout-venant ». Ainsi, sur cette tranche d'âge, la question des relations entre enfants en situation de handicap est très peu traitée.

Lorsqu'il y a un *programme d'éducation*, le contenu et l'intensité de cette formation varient d'une étude à une autre ; la taille des échantillons est très variable ; quand il s'agit d'observation de dyades on ne sait pas toujours comment et par qui les dyades ont été constituées ; l'âge des enfants n'est pas toujours précisé.

Un seul article traite des *liens entre institutions, secteur spécialisé et lieux d'inclusion*.

Le modèle rééducatif est absolument constant.

Peu d'études prennent en compte *les relations dans la fratrie* (notre corpus ne comporte que celle de Hames, 1998) l'immense majorité se concentrent sur les relations en situation d'inclusion. Les familles et les relations entre pairs en famille sont également peu étudiées. Quand les *familles* sont sollicitées ce sont surtout des familles qui vont bien.

Au plan méthodologique, les études sont dans leur très grande majorité *empiriques et descriptives* et se fondent sur les résultats d'autres études empiriques. Peu de références sont faites à la théorie.

Souvent la *partie méthodologie* est très détaillée au détriment d'une description fine des résultats et surtout des hypothèses interprétatives formulées par les auteurs. Les chercheurs américains privilégient massivement une méthodologie quantitative, les européens, davantage les réflexions théoriques et les études de cas.

Les mesures *ponctuelles* sont privilégiées au détriment des mesures longitudinales.

La *variable « catégorie socio-professionnelle »* des parents est peu évoquée et cette variable n'est pas contrôlée : ce sont souvent des familles de classe moyenne à classe supérieure qui participent aux études, et les auteurs ne s'interrogent pas sur le biais que cela peut induire.

2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La recherche EPIL a été réalisée en partenariat avec des familles, des institutions, des professionnels de terrain et des chercheurs.

Cette recherche a impliqué les acteurs du terrain à toutes les étapes de sa réalisation, de la conception des lettres de présentation de l'étude jusqu'au recueil de données et leur analyse, puis leur restitution (jeudi 26 novembre⁴ 2020, notamment).

Cela a contribué à rendre le plus opérationnel possible le recueil des données, dans le respect strict des contraintes et besoins des acteurs de terrain et des familles.

Cette collaboration étroite entre le terrain et les chercheurs s'est manifestée, entre autres, par le fait que quatre des psychologues coordinatrices ont participé en tant que chercheurs à la phase d'analyse des données et de rédaction du rapport.

Les chercheurs se sont engagés à diffuser les résultats de la recherche auprès des parents et des professionnels pour soutenir l'évolution des pratiques d'éducation et de soin. Ceux-ci seront aussi impliqués dans les retombées de l'étude dont il sera question à la fin de ce rapport.

Les associations partenaires et leur précieux soutien ont contribué à :

- ce que les institutions acceptent que les psychologues-coordinatrices s'investissent dans le recueil de données ;
- faciliter le contact avec les familles.

Nous décrivons, après un bref rappel des objectifs, l'éthique et la déontologie de l'étude, le protocole et le pilotage de la recherche, le protocole de recherche et le bilan du recueil de données.

2.1. Problématique et objectifs

L'objectif, à terme, de cette étude est de favoriser un meilleur déroulement des situations d'inclusion des enfants en situation de handicap de 0 à 6 ans (crèche, halte-garderie, école), tout comme le « vivre ensemble en famille » avec les frères et sœurs et la famille élargie. Or, si l'enfant est entravé dans ses mouvements, sa cognition et/ou ses compétences d'expression, il

⁴ Dans le cadre du colloque du Séminaire Inter-universitaire International sur la CLinique du Handicap, qui aura lieu à l'université Paris Nanterre les 27 et 28 novembre 2020

doit pouvoir créer des liens avec ses pairs, mais pour cela il doit être soutenu, accompagné. En effet, les travaux montrent que souvent l'enfant en situation de handicap a des difficultés à créer des liens électifs et évolutifs avec ses pairs. Par ailleurs, tous les travaux montrent l'importance de l'intervention de l'adulte dans la construction de ces liens (*cf.* revue de la littérature).

Dans ce contexte, l'objectif de la recherche est d'étudier la construction et l'évolution des relations entre enfants quand l'un d'eux est en situation de handicap. Plus particulièrement, elle vise à étudier ce qui favorise ou entrave la construction des liens entre pairs de 0 à 6 ans, quand un des enfants est en situation de handicap, et à repérer l'impact de l'intervention de l'adulte sur ces liens.

La problématique est la suivante :

- Repérer et analyser les processus qui interviennent dans la construction des relations avec les pairs chez les jeunes enfants de 0-6 ans en situation de handicap ;
- Repérer et analyser ce qui entrave et ce qui favorise l'établissement de ces relations.

Il s'agit :

- de contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles pour une meilleure inclusion des jeunes enfants en situation de handicap ;
- de favoriser chez les professionnels et les familles une pratique d'observation des relations entre enfants visant à soutenir la construction et l'évolution de leurs liens avec les pairs.

Dans ce rapport nous appelons « psychologues-coordinatrices » les psychologues qui ont participé à l'étude et ont coordonné la collecte des livrets et l'organisation des entretiens sur le terrain.

Nous appelons « chercheurs » les chercheurs qui ont piloté l'ensemble de la recherche.

Nous appelons « équipe de recherche » l'équipe qui comprend les chercheurs et les quatre psychologues-coordinatrices qui ont participé à l'analyse.

2.2. Ethique et déontologie

Le projet de recherche a été soumis au CPP Sud Méditerranée III, qui a émis un avis favorable le 9 septembre 2017 (*cf.* annexe).

Les conditions éthiques qui encadrent la réalisation de la recherche ont été précisément définies. Nous avons pour cela rédigé des lettres d'information et de consentement pour les établissements, les psychologues-coordinatrices, les parents et les professionnels de l'inclusion.

La lettre pour les parents a fait l'objet d'un avenant stipulant leur acceptation que l'on filme les séances de groupe⁵ (*cf.* annexe).

Toutes les règles stipulées dans la lettre d'information ont été scrupuleusement respectées du début à la fin de l'étude.

En particulier, nous avons établi des procédures strictes pour préserver l'anonymat des participants, la circulation des données et leur protection.

L'anonymat a été garanti par un système de codage de chacun des cas permettant de différencier chacun des enfants sans dévoiler leur identité : chaque psychologue-coordinatrice est désignée par une lettre, chaque enfant est désigné par un chiffre associé à la lettre, le numéro de l'observation suit.

Ainsi, le document reçu de la psychologue B qui envoie un livret du premier enfant qu'elle a inclus, au temps 1, porte le code : B1 t1.

Les chercheurs qui font l'analyse des données n'ont absolument aucun élément permettant d'identifier les enfants, seules les psychologues-coordinatrices connaissent les enfants, leur nom n'a jamais circulé ni de manière orale ni dans les données numériques traitées au sein de l'équipe de recherche.

Nous avons demandé aux psychologues-coordinatrices de préserver cet anonymat y compris lors des intervisions. En effet, la consigne a été donnée de toujours, et de manière systématisée, parler du « cas B1 », par exemple. Cette anonymisation a été faite aussi dans la retranscription des entretiens.

Par-delà le respect des règles éthiques et déontologique en matière de recherche, une réflexion a été menée avec les psychologues-coordinatrices pour faire en sorte que la recherche soit une aide pour les professionnels et les familles, et qu'elle ne leur nuise en aucun cas.

⁵ Ces films ont été réalisés à l'usage exclusif des psychologues coordinatrices en soutien de leurs observations et de leurs analyses. Les films réalisés ne font donc pas partie du recueil de données analysé pour la recherche.

Pour les parents

Les parents concernés avaient cheminé concernant les difficultés de leur enfant puisque des consultations spécialisées avaient abouti à une orientation en établissement médico-social.

Ceci est important d'un point de vue éthique, puisque notre demande de participation se situe pour les parents dans un temps de prise de conscience de difficultés de leur enfant, et souvent dans un temps de quête de diagnostic et de pronostic. Cette situation potentiellement angoissante a été prise en compte par les psychologues-coordinatrices chargées de les solliciter. L'objectif était que cette étude puisse aider les parents, les intéresser, et non qu'elle provoque chez eux des angoisses supplémentaires.

Les psychologues-coordinatrices ont été très sensibles à cela et ont été attentives aux effets que provoquaient pour les parents le fait de participer à la recherche. C'est donc à la suite d'une réflexion entre professionnels de l'établissement sur les familles susceptibles de participer à la recherche, que la proposition a été faite aux parents. C'est aussi avec un soin particulier que le choix des familles à solliciter a été réalisé. Certains des parents sollicités ont refusé, mais dans leur majorité, ils ont accepté et se sont montrés intéressés et valorisés.

Ensuite, les psychologues-coordinatrices ont été très attentives aux effets du remplissage des livrets par les parents. Elles se sont tenues disponibles pour discuter avec eux de la manière dont ils avaient vécu, compris les items, et sur ce que cela avait mobilisé chez eux comme questions et inquiétudes. Certains, en remplissant le questionnaire, prenaient en effet conscience du peu de relations de leur enfant avec ses pairs, ou du fait qu'il était plus sollicité qu'il ne sollicitait lui-même ses pairs. D'autres ont pris conscience de l'importance de l'intervention de l'adulte dans les liens que l'enfant établit avec ses pairs. Toutes ces constatations ont évidemment des effets sur celui qui remplit le livret mais aussi sur la famille et cela a souvent donné lieu à des discussions en famille sur le sujet. Ces effets qui peuvent être positifs mais aussi générer des questionnements qui ont pu faire l'objet d'échanges avec les psychologues-coordinatrices.

Pour les institutions

Il s'est agi de faire en sorte que la recherche soit bien acceptée par l'institution, qu'elle ne nuise pas au travail quotidien et qu'autant que faire se peut, l'équipe se sente impliquée, nourrie par cette étude. Par exemple, une réflexion a été menée pour que les psychologues-coordinatrices

référentes du cas veillent à ne pas privilégier l'observation de l'enfant concerné, au détriment de ses autres activités. Le fait de remplir les livrets ou les carnets de bord n'a pas dispensé les psychologues-coordinatrices de mener à bien toutes les activités qui figurent dans leur fiche de poste. Le travail de rédaction, ainsi que les intervisions, ont été réalisés sur leur temps personnel.

Les psychologues-coordinatrices ont aussi été attentives à ce que les éléments relatifs à l'étude ne circulent pas dans l'institution (le carnet de bord, les livrets remplis ne sont pas à disposition des équipes). En revanche, elles ont largement évoqué en équipe, ce qu'elles apprenaient de cette étude, sollicité des renseignements, suscité des discussions à propos des relations entre enfants dans les groupes, par exemple. Une sorte de *focus* sur les relations entre enfants s'est donc instauré, ce focus ne concernant évidemment pas que les enfants inclus dans la recherche.

De même, dans certaines crèches ou écoles, les professionnels ont rapporté avoir porté davantage attention aux relations entre enfants à la faveur de la mise en place de la recherche a débuté, au-delà même de celles qui incluaient l'enfant handicapé : le fait que les psychologues les sollicitent particulièrement sur les liens entre pairs ont éveillé leur intérêt et aiguisé leurs observations sur cette question.

2.3. Protocole

Pour répondre aux questions de recherche, nous avons choisi de :

- réaliser des études de cas ;
- mettre en œuvre et expérimenter une méthodologie d'observation des liens entre enfants ;
- mettre en place un dispositif de recueil de données qui implique les psychologues, les parents et les professionnels de l'inclusion.

Les critères de recrutement des enfants étaient les suivants :

- Etre âgé de 2 à 4 ans lors du recrutement ;
- Etre accueillis en CAMSP, en IME, en IEM ou en SESSAD ;
- Bénéficier d'une socialisation en crèche, halte-garderie ou école dans l'année du recrutement ou l'année suivante.

La recherche EPIL s'appuie sur une méthodologie innovante : l'étude de cas intensive (*single case design*), fondée aux Etats-Unis par l'APA (*American Psychological Association*, 2005) pour répondre aux nouvelles recommandations concernant les pratiques fondées sur la preuve

en psychologie. Cette méthode présente le grand avantage de pouvoir repérer finement les processus psychiques qui sous-tendent le développement des liens entre pairs, *via* un suivi régulier des enfants sur 18 mois.

Quinze psychologues exerçant au sein de structures médico-sociales précoces (CAMSP, SESSAD, IME et IEM⁶) ont été recrutées. Elles ont été indemnisées et chargées, de l'organisation du recueil de données pour un, deux ou trois enfants :

- d'observer sur 18 mois environ, la construction et l'évolution de leurs liens avec les autres enfants ;
- de recueillir ces données auprès des professionnels des lieux d'inclusion et des parents.

Cette analyse longitudinale a permis d'étudier les changements qui interviennent dans les relations entre enfants et d'identifier ce qui peut les freiner ou au contraire les favoriser.

2.3.1. Evolution du protocole à la suite du travail collaboratif en équipe de recherche

Nous avons rencontré Jean-Michel et Monique Thurin, chercheurs à l'INSERM (UMR 669) et spécialistes des analyses de cas. Nous avons discuté avec eux de notre protocole et ils nous ont engagés à avoir davantage de souplesse et à ne pas nous priver de vidéos si cela était possible. Cette rencontre nous a conduites à réfléchir à un aménagement du protocole.

Par ailleurs, il devait y avoir un livret d'observation unique pour les psychologues-coordinatrices, les parents et les professionnels des lieux de socialisation. Or, en travaillant conjointement avec chacun, il a été décidé d'adapter ce livret en fonction des participants qui avaient à le remplir.

En effet, nous avons soumis la première version de ce livret à quelques parents et professionnels (non participants à la recherche), et plusieurs ont fait des remarques pertinentes, en particulier, sur la formulation des items. Un certain nombre de ces items paraissaient trop conceptuels, trop équivoques, ou énoncés dans un vocabulaire trop complexe, davantage destiné à des chercheurs qu'à des parents ou des professionnels du quotidien de l'enfant.

⁶ CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce, SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins A Domicile, IME : Institut Médico-Educatif et IEM : Institut d'Education Motrice

Le livret destiné aux parents a, par ailleurs, été pour partie réécrit à la suite de la première réunion avec les psychologues-coordinatrices de la recherche. Elles ont également proposé de soutenir les familles qui auraient des difficultés linguistiques.

Nous avons aussi distingué les observations sur les lieux de soin de celles réalisées sur les lieux d'inclusion, et de celles qui ont eu lieu à domicile, en famille.

2.3.2. Protocoles réalisés

2.3.2.1. *Les observations et les entretiens*

Les études de cas sont réalisées *via* :

- **des observations directes** (sur le lieu de soin ou sur le lieu d'inclusion) par les psychologues-coordinatrices, qui remplissent, pour chaque enfant, un livret d'observation sur le lieu de soin et un livret d'observation sur le lieu de socialisation. Par ailleurs, au fil de leur pratique d'entretiens familiaux ou individuels, et éventuellement de leurs interventions dans des groupes thérapeutiques, elles tiennent un carnet de bord, dans lequel elles notent l'évolution des enfants, en mettant un *focus* sur leurs relations avec les pairs. Ces études de cas sont encadrées tous les six mois par des intervisions qu'elles mènent entre elles, en binôme ou trinôme, et également par des réunions de concertation avec l'équipe de recherche, qui ont lieu juste après les intervisions. Une réflexion collective permet de discuter leurs observations, et de proposer des ajustements, lorsque c'est nécessaire. Les psychologues-coordinatrices doivent aussi rendre compte d'observations faites lors de leurs consultations auprès des enfants et de leurs parents.
- **des observations indirectes**
 - par les parents ;
 - par les professionnels.

Les observations systématisées *via* les livrets d'observation sont réalisées au moins deux fois en 18 mois par les psychologues-coordinatrices elles-mêmes, par les parents (observations indirectes en famille) et par les professionnels des lieux de socialisation (observations indirectes en crèche, halte-garderie ou école).

Chacun doit remplir le questionnaire ou participer à l'entretien à partir des observations réalisées antérieurement, la consigne est la suivante :

« Les réponses que vous allez consigner sont basées sur les connaissances que vous avez de l'enfant et des souvenirs que vous avez des situations qu'il a vécues durant le mois précédent.

Il n'est pas demandé de réaliser une observation particulière pour renseigner ce livret, tout ce que vous écrirez s'appuiera sur les souvenirs que vous avez des situations évoquées dans les questions. ».

Pour le carnet de bord, la consigne est la suivante :

« Au fil de nos rencontres nous pourrons faire évoluer la manière dont nous remplissons le carnet de bord. Toutefois la trame restera la même.

Voici quelques exemples à titre indicatif :

Exemple : Rubrique communication

- *Octobre 2017 : La fixation du regard n'est pas bonne, il répond à sa mère qui lui touche les mains en souriant. Il y a bien un sourire réponse quand sa mère s'adresse à lui mais pas quand je le sollicite.*
- *Janvier 2018 : L'enfant cherche à attirer l'attention de ses frères et sœurs et de sa mère par le regard mais aussi par les gestes. L'orthophoniste fait des essais de communication par le geste.*
- *Mai 2018 : L'enfant émet des sons en direction de sa mère, son petit frère et moi-même. L'orthophoniste dit que l'enfant commence progressivement à utiliser des gestes qui accompagnent les sons. Les parents confirment.*

Exemple : Développement psychoaffectif et comportemental

- *Octobre 2017 : L'enfant pleure dès que sa mère s'éloigne de lui, la proximité corporelle est nécessaire à son bien-être. Durant la consultation il est très calme, s'endort.*
- *Janvier 2018 : L'enfant accepte facilement de jouer avec moi, il cherche encore du regard l'approbation de son père mais la distance est plus supportable. Les parents disent qu'il commence à s'opposer. Durant la consultation il fait une colère quand sa mère lui enlève un jouet des mains qui fait trop de bruit.*
- *Mai 2018 : L'enfant ne manifeste plus de problème de séparation, il accepte facilement de continuer à jouer et que ses parents me parlent sans s'occuper de lui. Durant la consultation se montre « coquin », a intégré l'interdit mais prend plaisir à le braver. Il*

peut se calmer seulement par la parole. Les parents disent que l'enfant commence à être jaloux de son petit frère. Cela se manifeste par des pleurs et des colères.

Exemple : Proximité corporelle.

- *Octobre 2017 : L'enfant pour se sentir bien doit rester collé à sa mère, il ne cherche pas à toucher/être touché par son frère.*
- *Janvier 2018 : L'enfant commence à prendre plaisir à toucher/à être touché par moi et par ses pairs.*
- *Mai 2018 : L'enfant cherche activement à toucher l'autre, que ce soit l'adulte ou ses frères et sœurs, touché qui s'accompagne désormais de sons.*

Exemple : Habiletés relationnelles à connotation positive de l'enfant avec ses pairs

- *Octobre 2017 : pas d'éléments sur cet item*
- *Janvier 2018 : Les parents décrivent le fait que l'enfant manifeste sa joie quand sa sœur rentre de l'école et qu'elle y est sensible.*
- *Mai 2018 : L'enfant est très sensible aux blagues de sa sœur aînée et l'éducatrice dans le groupe a noté qu'il montrait des préférences pour certains enfants et tentait de les séduire par des sourires et des regards appuyés, l'un des enfants se montre très sensible à ces comportements.*

Certaines observations peuvent recouvrir deux catégories : il est jaloux de sa sœur et le manifeste par des cris (catégorie relation entre enfants, communication/expression et développement affectif). Dans ce cas, choisissez l'une des catégories, ne recopiez pas 3 fois la même chose dans des catégories différentes. »

- **Des carnets de bord**, relatifs à chacun des enfants inclus dans la recherche, remplis par les psychologues coordinatrices et élaborés pour permettre un suivi continu des enfants, en complément des observations faites à l'aide des livrets.
- **Des entretiens de recherche** : ils sont menés par les chercheurs auprès des parents et des professionnels des lieux de socialisation participants. Ils ont pour objectif d'explorer ce qu'ils ont observé, compris, des relations qu'ils ont vues se tisser et évoluer entre l'enfant en situation de handicap et ses pairs.

2.3.2.2. *Les outils permettant un approfondissement des analyses de cas*

Ces outils permettent, au moment de l'analyse, une meilleure interprétation des données grâce à une contextualisation des observations systématisées.

- **Des vidéos** sont réalisées par certaines psychologues coordinatrices, et utilisées comme soutiens à l'observation des psychologues. Elles peuvent être utilisées pour renseigner les livrets ; elles permettent aux psychologues-coordinatrices un remplissage affiné des livrets mais ne sont pas transmises à l'équipe de recherche pour analyse. Des caméras sont fournies par les chercheurs (il est rappelé qu'il n'est pas question de filmer les enfants avec un téléphone personnel), et un modèle de consentement spécifique est rédigé par l'équipe de recherche concernant le droit de filmer.
- **Des notes personnelles** des psychologues-coordinatrices : elles complètent les analyses et permettent un approfondissement de certains thèmes mais ne feront pas l'objet d'une analyse systématisée. Ces notes sont des réflexions, des hypothèses cliniques sur ce qui a été observé : elles sont à joindre en tant que « notes personnelles » aux livrets d'observations.

2.4. Pilotage de la recherche

Le comité de pilotage et le comité scientifique prévus dans le projet sont composés des mêmes personnes, c'est pourquoi nous n'avons pas différencié les deux types de réunions.

Font partie des comités de pilotage et scientifique :

- Bellouze Sarah, chargée de mission IReSP, France
- Bo Rossella, directrice de l'association Area onlus, Turin, Italie
- Blais Fabrice, chargé de mission CCAH, France
- Brault Roseline, directrice du CESAP, France
- Camara Awa, mère d'un enfant polyhandicapé et créatrice de crèche mixte, France
- Camberlain Philippe, ex-directeur du CESAP, France
- Céleste Bernadette, Trisomie 21 France et ANECAMSP, France
- Chervin Philippe, secrétaire général FIRA, France
- Cousin Lorraine, chargée de projets IReSP, France

- Dayan Clémence, maitre de conférences de psychopathologie, Université Paris Nanterre, France
- De la Jonquière Leandro, professeur de sciences de l'éducation, Université Paris VIII, France
- Dupuy Claire, chargée de projets, CCAH, France
- Fonseca Paola, ingénieur de recherche, Université de Sao Paulo, Brésil
- Gabriel Elodie, psychologue clinicienne, psychologue-coordinatrice, France
- Gargiulo Marcela, professeur de psychopathologie, Université Paris-Descartes, France
- Joselin Laurence, ingénieur de recherche, Grhapes, INSHEA, France
- Kupfer Cristina, professeur de sciences de l'éducation, Université de Sao Paulo, Brésil
- Laurent Geneviève, présidente de l'ANECAMSP, France
- Micheau Julie, Directrice du conseil scientifique de la CNSA, France
- Petitpierre Geneviève, Professeur en sciences de l'éducation, université de Fribourg, Suisse
- Piquet Massin Anne-Emmanuelle, neuropédiatre au CESAP, France
- Plivard Christine, directrice du centre de formation du CESAP, France
- Puustinen Minna, Directrice du Grhapes, INSHEA, France
- Reverte Karine, Directrice du CCAH, France
- Raimbourg Pauline, FIRAH, France
- Riazuelo Hélène, professeur de psychopathologie, Université Paris Nanterre, France
- Salbreux Roger, pédopsychiatre, ex-président CNH, France
- Scelles Régine, professeur de psychopathologie, Université Paris Nanterre, France
- Vallée Cécile, FIRAH, France
- Zaouche Gaudron Chantal, professeure de psychologie de l'enfant, Université de Toulouse Le Mirail, France.

Le comité de pilotage et le comité scientifique, tout au long de l'étude, ont permis d'affiner la méthodologie, et a vérifié que la recherche se déroulait bien comme prévu.

Les membres du comité, pour certains ont favorisé les liens au terrain indispensable à cette étude.

2.5. Planning de réalisation de la recherche

La recherche a débuté en mars 2017 et le rapport est remis fin juin 2020.

2.5.1. Chronogramme

Déroulement de la recherche															
	2017			2018				2019				2020			
	M1	M4	M7	M10	M13	M17	M20	M23	M24	M27	M30	M33	M36	M39	M42
RECHERCHE															
REVUE DE LA LITTÉRATURE															
Recherche bibliographique															
Fiches de lecture															
Rédaction															
REALISATION DES OUTILS															
Livrets et carnets de bord															
OPERATIONNALISATION DE LA RECHERCHE															
Recrutement des psychologues-coordinatrices															
Recrutement des enfants															
Recueil des consentements															
RECUEIL DES DONNEES															
Recueil des livrets temps 1															
Recueil des livrets temps 2															
Entretiens															
ANALYSE DES DONNEES															
Analyse des livrets et carnets de bord															
Analyse des livrets carnets de bord															
Analyse des entretiens															
DIFFUSION ECRITE ET ORALE															
Rapport scientifique intermédiaire															
Rapport scientifique final															
Guide de recommandations															

Figure 1 : Chronogramme de la recherche

2.5.2. Mise en place de l'équipe investigatrice

Cette recherche réunit des acteurs académiques, institutionnels, des professionnels de terrain et des parents. Elle implique 3 financeurs et partenaires et elle a nécessité un temps long pour mettre au point l'opérationnalisation du protocole, afin :

- de créer tous les documents relatifs au recueil des données, conformes à la déontologie et à l'éthique ;
- d'organiser le travail au sein de l'équipe de recherche ;
- d'organiser le travail avec les psychologues-coordinatrices et les acteurs de terrain (parents, institutions, professionnels).

L'étude a une dimension internationale, puisqu'elle a été conduite en parallèle en Italie (Turin, trois cas traités) et au Brésil (Université de Sao Paulo, cinq cas traités).

Le travail avec l'Italie et le Brésil se sont fait *via* l'accueil en France des collègues italiens et brésiliens et *via* des conférences Skype.

Le protocole est complexe, il implique un recueil de données réalisé par des psychologues-coordinatrices non familières de la recherche, et encore moins de la recherche systématisée. Il a donc été nécessaire de prendre le temps de :

- former les psychologues-coordinatrices à l'observation de recherche car elles avaient l'expérience de l'observation à des fins cliniques,
- former les psychologues-coordinatrices aux règles éthiques et déontologiques qui s'appliquent à la recherche ;
- clarifier le protocole afin que toutes psychologues-coordinatrices suivent le même protocole.

Une Dropbox a été créée et rendue accessible à toute l'équipe : il s'agit d'un espace collaboratif entre chercheurs et psychologues-coordinatrices pour le partage des données de la bibliographie, des documents originaux et de tous documents utiles à la recherche.

Si tous les chercheurs ont évidemment participé à toutes les tâches, nous avons divisé les responsabilités comme suit :

- La gestion financière des déplacements, indemnités des psychologues-coordinatrices a été gérée par Cervanne Godefroid (chargée du secrétariat de la recherche) ;
- La coordination de la recherche, la gestion du recueil de données, le suivi des inclusions, ainsi que l'analyse des résultats à l'aide du logiciel Alceste, ont été assurés par Laurence Joselin ;
- Le soutien aux psychologues-coordinatrices concernant le recueil de données et toutes les questions relatives à leurs missions a été faite par Clémence Dayan ;
- La revue de la littérature a été réalisée par Olivia Paul, post-doctorante à Toulouse, sous la supervision de Chantal Zaouche Gaudron et Régine Scelles pour la partie liens avec les pairs des enfants sans handicap. Le tout a été harmonisé et complété par Stéphanie Pinel-Jacquemin, Dr-HDR en Psychologie du développement, à l'université de Toulouse Jean Jaurès, France.

- Les relations avec le Brésil et l'Italie se sont faites sous la responsabilité de Laurence Joselin et Viviani Huerta ;
- L'analyse des données a été réalisée sous la direction de Régine Scelles et Clémence Dayan.

2.5.3. Recrutement des psychologues-coordinatrices

Pour le recrutement des psychologues-coordinatrices, les chercheurs ont contacté plusieurs associations, et réseaux de professionnels exerçant en structures médico-sociales de type SESSAD, IEM et CAMSP.

Quinze psychologues-coordonateurs, exerçant au sein de structures médico-sociales précoces (CAMSP, SESSAD, IME et IEM), ont été recrutées et indemnisées. Elles ont été chargées, pour un, deux ou trois enfants :

- d'observer, sur 18 mois, la construction et l'évolution de leurs liens avec les autres enfants ;
- de recueillir ces données auprès de professionnels des lieux d'inclusion et des parents ;
- de participer à tous les travaux de réunions, de réflexion et de rédaction de l'équipe de chercheurs.

Les psychologues-coordinatrices ayant accepté de participer à cette recherche se répartissent comme suit : douze exercent en CAMSP, deux en SESSAD et une en IEM. Exerçant dans différentes régions de France, cinq psychologues-coordinatrices travaillent en Ile-de-France, les dix autres en région (Bretagne, Hauts de France, Grand Est, Auvergne Rhône Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur, Pays de la Loire, Occitanie).

- Carole Bouton, psychologue au CAMSP « Les sources de Nayrac » à Figeac (46), France.
- Delphine de Chassey, psychologue au CAMSP de Courbevoie (annexe de Colombe, 92), France.
- Christelle Durif, psychologue au CAMSP « Eclorre », à Lorient (56), France.
- Elodie Gabriel, psychologue au CAMSP « Les lucioles », à Ivry Sur Seine (92), France.
- Catherine Gorry, psychologue au CAMSP « Janine Levy », à Paris 12^{ème} (75), France.
- Karen Hernandez, psychologue au CAMSP de Brune à Paris 14^{ème} (75), France.
- Linda Igyor, psychologue au CAMSP du CHU de Montpellier (34), France.

- Florence Le Carrer, psychologue au SESSAD « Bleu Cerise » à Pontivy (56), France.
- Stéphanie Mollet, psychologue au CAMSP de Romans sur Isère (26), France.
- Emmanuelle Moukouanga Perret, psychologue au CAMSP du CHU de Montpellier (34), France.
- Carole Neiryneck, psychologue à l'I.M.E. Lino Ventura, à Lomme (59), France.
- Hélène Rostand, psychologue au CAMSP « Janine Levy », à Paris 12^{ème} (75), France.
- Sonia Roy, psychologue au CAMSP du CHD « Les Oudairies », à La Roche sur Yon (85), France.
- Sophie Sery, psychologue au CAMSP de Nancy (54), France.
- Katja Wesselmann, psychologue à l'IEM « Saint Thys », à Marseille (13), France.

Nous avons donc travaillé avec ces 15 psychologues-coordinatrices dont aucune n'avait encore participé à une recherche. Il a donc fallu faire en sorte :

- qu'elles donnent un accord éclairé à la participation à la recherche ;
- de les former à l'observation à des fins de recherche, comme il a été dit précédemment ;
- de les aider et les soutenir dans le recueil des données tout au long de la recherche ;
- de les associer aux analyses des données.

Cette collaboration a permis qu'elles poursuivent le recueil et participent à son analyse malgré l'éloignement géographique pour certaines et la charge de travail que cela représentait.

2.5.3.1. Réunion d'information pour obtenir un consentement éclairé des psychologues-coordinatrices

Une réunion d'information a été organisée le 11 mars 2017 à l'intention des psychologues-coordinatrices afin de recueillir leur consentement à participer, et que celui-ci soit parfaitement éclairé. Elle a consisté en la présentation :

- de l'objet de la recherche ;
- des missions qui leur seraient confiées ;
- des modalités de travail entre elles et les chercheurs ;
- du calendrier de la recherche ;
- des conditions d'indemnisation.

À la suite de cette réunion, les psychologues-coordinatrices ont donné leur accord et elles ont toutes poursuivi leur collaboration, y compris dans la phase de rédaction du rapport final.

2.5.3.2. Formation des psychologues coordinatrices à l'observation

Comme les psychologues-coordinatrices n'avaient pas de formation à la recherche, elles ont participé à une formation sur l'observation, le 29 mai 2017 et le 19 juin 2017, dispensée par Emmanuel Devouche, maître de conférences HDR en psychologie du développement à l'université Paris Descartes.

Lors de cette formation, des vidéos de jeunes enfants en interaction ont été visionnées, pour une initiation à la description fine des relations entre enfants et à la manière d'en rendre compte dans le cadre d'un travail de recherche.

Nous avons donc travaillé sur la méthode de l'observation afin d'outiller l'ensemble des psychologues-coordinatrices d'une méthodologie commune et d'harmoniser, au mieux par la suite, le recueil de données.

Nous avons construit et rempli une grille d'observation avec la méthode « papier/crayon », afin de familiariser les psychologues-coordinatrices avec cette méthode.

Il a été particulièrement intéressant de se rendre compte du niveau de détail que nous pouvions atteindre, et des différences d'interprétation qui émergeaient sur telle ou telle action, réaction ou expression d'un enfant observé dans les vidéos.

2.5.3.3. Rencontres régulières avec les psychologues-coordinatrices

Clémence Dayan s'est rendue disponible par mail et par téléphone pour soutenir et accompagner les psychologues-coordinatrices tout au long de la recherche.

Les psychologues-coordinatrices ont été très demandeuses, surtout au début, de ces liens rapprochés permettant de recueillir les données dans les meilleures conditions possibles. Ce contact personnel les a étayées et valorisées, et il a contribué à donner de l'importance à ce qu'elles faisaient sur le terrain.

Chacune des réunions avec les psychologues-coordinatrices, et entre chercheurs, a donné lieu à un compte-rendu déposé dans un espace Dropbox accessible à l'ensemble de l'équipe de recherche.

2.5.3.4. Les réunions chercheurs – psychologues coordinatrices

Les réunions avec les psychologues-coordinatrices ont poursuivi plusieurs objectifs :

- Faire un état d'avancement de la recherche au fur et à mesure de la recherche. Ainsi, les premières réunions ont été l'occasion de présenter la revue de littérature puis, lors des réunions suivantes, les premiers résultats.
- Permettre aux psychologues-coordinatrices de s'approprier les enjeux, les questions de la recherche, l'originalité de l'étude, tant dans sa méthodologie que dans la nature des observations. Cette familiarité avec la recherche, co-construite avec les chercheurs, a notamment permis de renseigner les livrets du temps 2 plus rapidement et avec plus d'éléments directement utiles à l'analyse.
- Maintenir l'intérêt et la mobilisation des psychologues-coordinatrices sur les trois ans de la recherche (toutes les psychologues qui se sont engagées en mars 2017 sont restées investies durant toute la durée de la recherche). Ceci aussi, en s'assurant que les psychologues-coordinatrices recueillaient bien les données, et qu'elles se sentaient soutenues dans ce travail de recherche.
- Recueillir le retour du terrain afin de créer des outils et de concevoir un protocole le plus en phase avec le terrain, ceci à toutes les étapes de la recherche :
 - Au début de l'étude, il s'est agi de repérer des expressions peu claires dans les livrets, de discuter de l'intérêt et des limites de la vidéo, par exemple.
 - Durant le recueil de données, les remarques que les psychologues coordinatrices ont apportées sur leurs difficultés, leurs heureuses surprises, leurs suggestions ont permis à chacune de profiter de l'expérience de l'autre et ouvert des pistes de modification dans la manière de procéder. Ainsi, par exemple, une stratégie a été proposée pour aborder autrement les lieux d'inclusion peu accessibles.
 - Lors de l'analyse des données, les psychologues-coordinatrices ont toutes reçu la « fiche cas » des enfants dont elles coordonnaient l'analyse pour en faire des retours écrits et oraux. Une réunion a été consacrée à cette analyse de cas.

Ainsi, les psychologues-coordinatrices ont participé à la recherche à tous les niveaux et toutes les phases de sa réalisation.

2.5.3.5. Les réunions entre chercheurs

Certaines réunions ont eu lieu entre chercheurs, il s'agissait de réunions centrées sur la méthodologie, la programmation de la recherche et l'analyse des données. Notons qu'au fil du temps, quatre des psychologues-coordinatrices ont participé à ces réunions-là, parce qu'elles se

sont portées volontaires pour participer activement à l'analyse des données : Elodie Gabriel, Delphine De Chassey, Florence Le Carrer et Stéphanie Mollet.

2.5.3.6. *Intervisions*

Les psychologues-coordinatrices ont participé à des intervisions tous les six mois à une date à leur convenance, avec une ou deux collègues précisément désignées comme leur binôme ou trinôme. Nous avons fait en sorte qu'elles soient dans la même région pour favoriser le travail collaboratif entre elles, au-delà du seul temps de la recherche.

Ces réunions autour des cas dont elles avaient la charge leur ont permis d'échanger entre elles afin d'affiner leurs observations. Lors de ces intervisions :

- Elles ont été amenées à expliciter, détailler leurs observations pour que leur collègue en comprenne les détails ;
- Elles ont discuté de ce qu'elles ont appris des relations entre enfants.

Ces échanges ont enrichi leurs compétences à observer et à rendre compte de leurs observations.

Une psychologue coordinatrice a dit : « *Trop dedans je ne voyais plus rien* » ; en parler avec sa collègue l'a aidée à prendre du recul à se souvenir de détails oubliés. Une autre a ajouté : « *on se sent moins seule et régulièrement mobilisée* ».

Ces intervisions, parfois suivies d'un appel à Clémence Dayan, a aidé les psychologues-coordinatrices à devenir plus assurées, plus confiantes dans leurs observations. Lors de ces intervisions, elles ont évoqué leurs difficultés, la manière de se positionner, par exemple face à une professionnelle d'école qui ne souhaitait pas remplir le livret. Il a aussi été question de la manière de différencier leur fonction de psychologue institutionnelle de celle de psychologue-coordinatrice, par rapport à une famille accompagnée sur le plan clinique.

Ces intervisions ont contribué aussi à exprimer la solitude que certaines ressentaient dans leur lieu de travail.

2.5.4. Recrutement des « cas enfants »

Chacune des psychologues-coordinatrices avait le choix d'inclure dans la recherche, un, deux ou trois enfants, en fonction de ses disponibilités, et des possibilités et accords des familles.

Elles ont inclus plus de 39 enfants, car compte tenu de leur âge, des événements de vie, il était fort probable que certains enfants quitteraient la recherche avant son terme. Ce qui s'est vérifié pour diverses raisons (changement de direction d'une institution, séparation des parents, orientation de l'enfant, départ de la psychologue de la structure, congé maternité...). Ces divers événements ont retardé certains recueils de données et ont entraîné, depuis le début des inclusions, le départ de sept enfants. Pour finir, 32 enfants ont pu faire l'objet d'une analyse comprenant le temps 1 et le temps 2.

Tous les enfants étaient suivis en structure médico-sociale, ce qui supposait qu'ils aient des difficultés telles qu'ils nécessitent l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.

Nous avons eu des difficultés pour différencier, dans les inclusions, les enfants atteints de déficit moteur, cognitif et de polyhandicap, catégories qui figurent dans le projet financé. En effet, compte-tenu de l'âge des enfants, la nature et l'importance de leurs déficiences n'ont pas toujours été faciles à évaluer, d'autant plus que les diagnostics n'étaient parfois pas posés. Nous avons donc créé une catégorie « déficience motrice et intellectuelle » pour les enfants qui présentaient un retard global affectant la cognition et la motricité. Dans le tableau des inclusions, et c'est au fur et à mesure du recueil que nous avons catégorisé les pathologies des enfants.

Nous avons donc différencié :

- **Déficience motrice** : enfants présentant des déficiences motrices, sans atteinte cognitive repérée ou centrale.
- **Déficience intellectuelle** : enfants atteints d'un retard de développement qui touche les fonctions cognitives (par exemple les enfants atteints de trisomie 21).
- **Polyhandicap** : enfants qui montrent assez rapidement des troubles moteurs, souvent sensoriels, des troubles somatiques et un déficit cognitif sévères.
- **Déficience motrice associée à une déficience intellectuelle**

Ce sont les psychologues-coordinatrices qui ont validé, pour chacun des cas suivis, la catégorie à laquelle l'enfant semblait le mieux correspondre, nous avons ainsi une catégorisation qui s'appuyait sur une bonne connaissance de l'enfant. Il s'agit donc là d'une catégorisation à partir de la clinique de l'enfant en repérant quelles étaient au moment des observations ces déficiences les plus « visibles » et « repérées ».

2.5.5. Outils de recueil des données

Pour mener à bien cette recherche, il paraît indispensable d'adopter une approche qui puisse prendre en compte la complexité des variables qui interviennent dans les interactions entre enfants. Pour autant, il faut que les cas puissent être comparés entre eux. C'est pourquoi nous avons construit plusieurs outils spécifiques pour cette recherche, ce qui permet à la fois un recueil un tant soit peu « uniforme » tout en laissant la liberté de la surprise, de l'observation non attendue, non prévue, de la remarque originale et heuristique pour l'étude.

L'objectif de cette recherche est d'étudier les relations entre enfants dans diverses situations : à la maison avec les frères et sœurs, avec les cousins, les enfants d'amis, du quartier, dans les lieux d'éducation, de soins et de loisirs.

Ainsi, la diversité des lieux, des situations étudiées, permet d'appréhender la qualité des relations à l'autre et aux autres pour un enfant donné, dans toute sa complexité et dans son évolution.

Ceci conduit à formaliser la manière d'opérationnaliser les études de cas en utilisant plusieurs outils différents ayant des objectifs distincts et complémentaires :

- Les observations systématisées réalisées *via* les livrets d'observation, qui ont été remplis au moins deux fois en 18 mois ;
- Les carnets de bord remplis par les psychologues-coordinatrices (documents rassemblant l'anamnèse et les compétences de l'enfant dans différents axes de son développement) ;
- Les notes personnelles, facultatives, prises par les psychologues-coordinatrices ;
- Les entretiens de recherche.

Les documents sont tous conçus en s'étayant sur la revue de la littérature. De plus, avant qu'ils n'adoptent leur forme définitive, ils ont tous été validés par des personnes « naïves » afin de vérifier que les items sont bien compris, clairs et que le livret est agréable à remplir.

2.5.5.1. *Les livrets d'observation*

Les livrets doivent servir de guide pour aider à l'observation de l'enfant en situation de handicap lors des interactions avec ses pairs. En effet, pour étudier les interactions, l'observation est un outil incontournable.

Les enfants sont observés lors de jeux libres ou lors d'activités encadrées dans les lieux de soins, éducatifs, de loisirs.

Les livrets comportent deux grandes catégories qui ont été définies avec des exemples à l'appui : il s'agit des habiletés sociales positives et des relations agonistiques.

- Dans la première grande catégorie, il y a différents types d'habiletés : les habiletés permettant d'établir des relations positives avec les pairs (par exemple prendre contact, toucher l'autre, offrir un objet, sourire, vocaliser en direction d'autrui, se rapprocher d'autrui), les habiletés d'autocontrôle (des émotions et du comportement), les habiletés de coopération (respect des règles, utilisation de jeu d'entraide, utilisation de jeux coopératifs...) et les habiletés d'affirmation (initiation d'activités, prendre la parole en groupe).
- La seconde grande catégorie porte sur les relations agonistiques. Il s'agit de noter tout comportement qui rompt le lien social, ou tend à nuire à autrui. Cette catégorie renvoie à différentes dimensions : l'agression (physique, comme taper ou saisir l'objet de l'autre, ou verbale, comme les menaces), la régulation émotionnelle (pleurs, cris), l'isolement (l'enfant joue seul ou en parallèle, reste de son côté, n'a pas de contact visuel ou physique avec les autres), l'évaluation des comportements agonistiques reçus (l'enfant est victime de comportements négatifs de la part d'autrui).

Ces catégories sont inspirées des travaux sur les habiletés sociales (Caldarella & Merrell, 1997 ; Liberman, DeRisi, & Mueser, 1989), sur les catégories de jeux de Mc Loyd, Thomas et Warren (1984), et sur les types de relations (affiliatives/agonistiques). En effet, dans toutes relations sociales, ces deux versants des comportements orientés vers autrui sont présents.

Au total, nous avons donc élaboré trois livrets d'observation différents :

- Le livret à destination des parents, en observation indirecte, en distinguant une version pour les parents d'enfants uniques et une pour ceux de plusieurs enfants (*cf.* annexes 2.1 et 2.2) ;

- Le livret à destination des professionnels, en observation indirecte (*cf.* annexe 2.3) ;
- Deux livrets à destination des psychologues-coordinatrices, en observation directe, en distinguant les lieux et contextes d'observation : lieu de soin ou lieu de socialisation (*cf.* annexes 2.4, 2.5 et 2.6).

2.5.5.2. *Les carnets de bord*

Les carnets de bord, relatifs à chacun des enfants inclus dans la recherche, sont élaborés pour permettre un suivi continu des enfants, en complément des observations faites à l'aide des livrets. Ces carnets, que les psychologues-coordinatrices ont remplis lors du suivi habituel de l'enfant, comportent trois parties (*cf.* annexe 2.7) :

- Anamnèse de l'enfant ;
- Observations cliniques de l'enfant : recueil des observations concernant les compétences et les comportements de l'enfant ayant un impact potentiel sur ses liens avec les autres enfants ;
- Événements de vie : naissance d'un autre enfant, séparation des parents, déménagement etc., tout type d'évènement susceptible d'avoir un impact sur l'enfant.

Ces carnets de bord permettent d'avoir une représentation du profil de l'enfant, de son évolution et des événements de vie qui peuvent avoir une influence sur ses liens avec les autres enfants. Ils sont donc tenus par les psychologues-coordinatrices au fur et à mesure de leurs observations, mais aussi de leur travail clinique auprès des enfants.

Par exemple, une psychologue voit en entretien clinique l'enfant et sa mère. Lors de leur échange est abordée une difficulté que l'enfant a rencontrée dans ses relations avec un camarade de classe ; dans l'après-coup de l'entretien, la psychologue consigne cet élément dans le carnet de bord. Si la psychologue ne suit pas l'enfant, elle doit, autant que faire se peut, assister à sa synthèse : tout ce qui est en rapport avec les relations de l'enfant avec ses pairs, tout comme avec l'évolution de ses acquisitions motrices, langagières, cognitives... est noté dans le carnet de bord par la psychologue.

Cet outil sert donc la dimension longitudinale de l'étude de cas : il permet d'une part de prendre en compte l'anamnèse de l'enfant, l'histoire de sa pathologie, les événements de vie qui surviennent tout au long de son inclusion dans la recherche, et d'autre part de pouvoir étudier

l'évolution de l'enfant en prenant en considération ses acquisitions progressives et sa maturation.

Le carnet de bord a pour fonction d'enrichir les observations systématisées (livrets d'observation) par des éléments d'observation clinique, qui ne seraient pas forcément pris en compte autrement.

Enfin, cet outil permet, au moment de l'analyse, une meilleure interprétation des données grâce à une contextualisation des observations systématisées.

2.5.5.3. Les notes personnelles

Si certaines observations ne « rentrent pas dans les cases », ou si le déroulé d'une scène observée est important à conserver mais ne peut pas entrer dans le « découpage » du livret, il est proposé de consigner les notes prises pendant l'observation.

Ces notes servent à garder la cohérence de l'observation et sont des compléments d'information par rapport aux livrets. Elles sont l'occasion de relever les impressions cliniques de l'observateur, et pas seulement de consigner ce qui est « objectivement » observable. Par exemple, l'idée n'est pas tant de compter le nombre de fois que l'enfant se retourne vers l'adulte, mais plutôt de faire des hypothèses sur le sens que cela prend pour lui.

Ainsi dans le livret de l'enfant F1, par exemple, les notes personnelles de la psychologue coordinatrice sont une narration de l'observation de l'enfant : certains passages sont reportés dans le livret d'observation, mais le fait d'avoir eu accès à l'ensemble de l'observation, à son déroulé détaillé, permet d'approfondir considérablement l'analyse du cas.

2.5.5.4. Les entretiens

La conduite des entretiens s'inscrit dans le cadre d'une méthodologie clinique de recherche : il s'agit de recueillir, dans un entretien semi-directif, les observations des parents et des professionnels, mais aussi leurs impressions et leurs ressentis vis-à-vis de l'enfant, toujours considéré dans ses relations avec les pairs.

Devereux (1967) met l'accent sur l'importance des mouvements fantasmatiques et imaginaires, mobilisés dans l'entretien de recherche. Le travail et la réflexion de l'équipe de chercheurs sont primordiaux pour repérer les traces et les effets de ce contre-transfert. Aussi est-ce à travers les discussions au sein de l'équipe des chercheurs, dans l'exposé systématique du vécu subjectif de l'*interviewer*, que ce travail d'analyse peut être mené.

La subjectivité de la personne *interviewée* renvoie à sa biographie ; les informations communiquées sont « autoréférentielles ». Selon Favret Saada (1977), la vérité du sujet est celle de celui qui l'énonce. Aussi, le chercheur, qui n'a d'ailleurs que fort peu souvent les moyens de vérifier la véracité des faits évoqués, quand bien même il le souhaiterait, travaille uniquement sur la vérité du sujet. Les oublis, les faux souvenirs, les événements cachés sont toujours produits par ce dernier et, à ce titre, ils disent quelque chose de lui. Le chercheur, dans sa position, ne peut faire que des hypothèses, le sujet gardant toujours sa part de mystère vis-à-vis de lui-même et de l'autre.

Le sujet ne produit pas un discours qui serait déjà là, il le construit dans le cadre d'une rencontre, nous dirions même qu'il le co-construit avec le chercheur. En effet, le chercheur ne peut en aucun cas être considéré comme simple observateur ou « enregistreur » d'une parole. Son attitude, la manière dont il instaure et fait évoluer la scène de la rencontre, crée un climat, rend possible ou empêche un travail de co-pensée. Ainsi, les discours recueillis dans les entretiens de recherche sont le fruit d'une élaboration mettant en jeu les désirs, les investissements, les motivations des deux protagonistes de l'échange. Chaque entretien a sa logique propre, est organisé par un raisonnement qui échappe, pour partie, aux deux protagonistes de l'interaction (Scelles, 1997a).

Les attentes et les demandes sous-jacentes à la participation aux entretiens sont complexes et pour partie non conscientes. Par ailleurs, la personne qui accepte ne sait pas ce que l'échange provoquera chez elle (Giami & al., 2000d). En effet, à tous les stades du déroulement de l'étude, le dispositif peut provoquer des émotions chez ceux qui y participent.

L'entretien doit permettre à un sujet de développer sa pensée, en le laissant traiter du thème proposé, à sa façon. Pour cela, il est indispensable de le diriger le moins possible. Toutefois, il ne s'agit pas d'un entretien « libre », puisque le thème est imposé et que nous avons une idée de ce que nous souhaitons entendre.

Ainsi, nous avons élaboré une grille d'écoute qui aurait failli à sa fonction, si elle avait limité la spontanéité du discours des sujets et enfermé le chercheur dans un schéma d'intervention fixé à l'avance. Sa fonction est, en effet, d'éveiller l'attention de l'*interviewer* à un certain nombre de thèmes. En cela, elle sert à baliser le champ thématique de la recherche, en rendant explicites les hypothèses ; elle sert également à relancer la dynamique du discours, sans forcément introduire un thème nouveau, mais en invitant le sujet à approfondir celui qu'il a déjà évoqué et qui intéresse le chercheur.

Les entretiens sont réalisés en fin d'étude après le recueil du second temps. Afin que l'interlocuteur ait la volonté de parler en détail de la situation de l'enfant concerné, il est décidé que celui qui fait l'entretien ne soit pas la psychologue-coordinatrice mais un chercheur. Ce chercheur ne connaît pas la famille ou le professionnel, n'a jamais rencontré l'enfant mais a participé à la construction des outils, aux analyses des livrets, et à la conception de la grille d'écoute.

Cette grille a trouvé sa forme définitive à la suite d'un premier entretien réalisé et analysé collectivement par l'équipe de chercheurs.

L'entretien est individuel, il dure environ une heure, et se déroule dans un lieu calme. Il est enregistré par le chercheur, ensuite cet enregistrement est retranscrit par écrit, comme il est dit dans la lettre d'information.

Dans les familles, il est arrivé que l'enfant en situation de handicap soit présent et qu'il participe (deux cas) ; dans un autre cas, c'est une sœur qui était présente et qui a souhaité participer. Le chercheur s'est adapté à la situation qui, bien que « hors cadre », a permis de recueillir des informations importantes.

Pour les familles, les entretiens ont lieu majoritairement à domicile, sinon dans le lieu de soin.

Tous les professionnels sont rencontrés sur leur lieu de travail.

Il n'y a pas de questions préparées à l'avance, le chercheur explorant ce que le répondant peut dire des relations entre enfants, de l'enfant concerné et de leur évolution.

La consigne lors des entretiens est d'être le plus ouvert possible pour influencer le moins possible le discours des répondants. L'idée est vraiment, à partir de ce discours, de recueillir des données autres que celles que nous avons dans les documents écrits, et de favoriser au maximum le déploiement de récits concernant les relations entre enfants, en insistant :

- Sur l'évocation de scènes précises, ainsi, les relances du type - *Racontez moi en détail ce qui s'est passé afin que je comprenne bien comme les relations entre votre enfant et les autres enfants se passent* – sont favorisées.
- Sur l'évocation du développement des relations entre pairs de la naissance à aujourd'hui, toujours avec l'idée d'identifier ce qui les favorise et les entrave.
- Que le parent ne se focalise pas sur l'annonce de la pathologie, sur son histoire pour se concentrer sur les liens entre enfants.

Ainsi, avec ces trois objectifs en tête, les chercheurs s'appuient sur la grille d'écoute suivante pour réaliser leurs entretiens :

- 1) Préférence entre enfants
Qui (âge, sexe) ?
Manière dont les préférences se manifestent (regard, toucher, mouvement, voix)
- 2) Comportements des autres enfants avec lui (évolutions)
- 3) Tonalités agressives ou pas
- 4) Acteur ou passif
- 5) Intervention de l'adulte dans les relations entre enfants (pilote, intervient, reste en dehors)
- 6) Quelles fonctions ont les déficiences dans les relations avec autres ?
- 7) Types de jeux (créatifs, symétriques, symbolique) en lien avec l'autre
- 8) Activités organisées du quotidien (repas, bain, sieste)

Nous avons demandé aux chercheurs réalisant les entretiens de lire le carnet de bord de l'enfant pour éviter de faire des impairs comme poser des questions sur la marche, alors que l'enfant ne marche pas. En effet, il s'agissait de faire en sorte que la participation des familles et des professionnels à la recherche ne soit pas source de difficultés pour eux. La conduite d'entretien devait susciter le plaisir de raconter, d'échanger à propos d'un enfant et de ses relations aux autres.

2.5.6. Bilan du recueil de données

Nous avons analysé 32 cas pour lesquels nous avons des éléments pour le temps 1 et le temps 2.

Sept cas sur les 39 présents au temps 1 ne sont pas inclus dans les analyses. En effet, il manquait trop de données, il a donc été décidé de ne pas les inclure.

- Trois faisaient partie du *corpus* de la thèse d'une doctorante qui a réalisé un recueil de données non conforme au protocole de la recherche EPIL. Les livrets des trois cas suivis par cette psychologue ont été ôtés de l'analyse.
- Le recueil de trois cas n'a pas pu être poursuivi faute de disponibilité de la psychologue concernée.

- Un enfant a quitté le CAMSP pour entrer en établissement spécialisé quelques mois après le début de la recherche. L'équipe a estimé que le protocole ne pouvait plus être maintenu et le cas a été abandonné.

Toutes les statistiques qui suivent sont faites sur les 32 cas et les données concernées l'inclusion et les compétences sont au temps T2.

2.5.7. Données sociodémographiques

Notons que grâce à la collaboration étroite avec le terrain, les 32 cas analysés et les 39 cas inclus sont divers dans leur histoire et dans leurs difficultés et les parents sont dans des situations sociales diverses.

Ceci n'aurait pas été possible si nous n'étions pas passés par les psychologues de terrain qui, par la confiance qu'elles avaient de la part des familles ont permis que nous ayons accès à des familles qui n'auraient certainement pas répondu à un appel à contribution lancées par des chercheurs.

Parmi les 32 cas analysés : 7 mères ont la garde principale de leur enfant avec le père qui reste présent dans l'éducation de l'enfant ; 1 mère est seule avec aucun père évoqué dans les livrets ni dans l'entretien, 24 enfants vivent donc avec leurs deux parents au domicile familial.

Situation professionnelle des parents

Au total, parmi les mères, 4 font partie de la catégorie socioprofessionnelle des cadres, fonctionnaires ou professionnels intellectuels supérieurs, 1 exerce dans le milieu agricole et 10 d'entre elles ont des professions intermédiaires (secrétaire, animatrice, esthéticienne, etc).

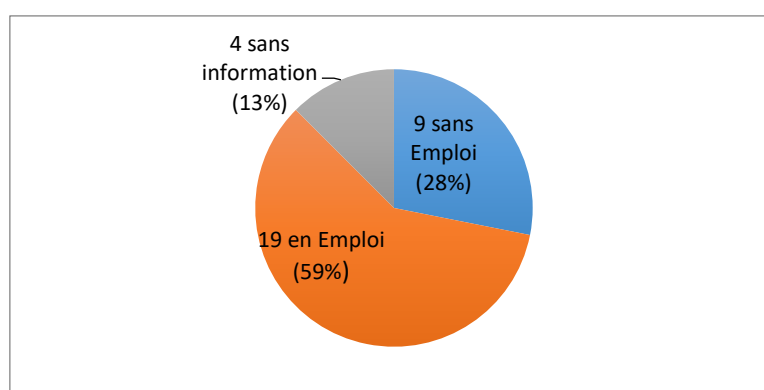


Figure 2 : Situation professionnelle des mères interrogées

Parmi les pères des enfants, 2 sont sans emploi (3%) et 30 ont un emploi (73%). Pour un seul père, nous n'avons pas obtenu l'information de sa profession, la famille ayant très peu de contacts avec lui. Parmi les 29 pères dont on connaît l'emploi, 4 font partie de la catégorie socioprofessionnelle des cadres, fonctionnaires ou professions intellectuelles supérieures, 3 exercent dans le milieu agricole, 10 appartiennent à la catégorie des ouvriers qualifiés (chauffeur de bus, moniteur d'auto-école, bâtiment, etc.), 5 d'entre eux ont des professions intermédiaires (commercial, imprimeur, vendeur, etc.) et 3 sont des employés non qualifiés (éboueurs, agent d'entretien).

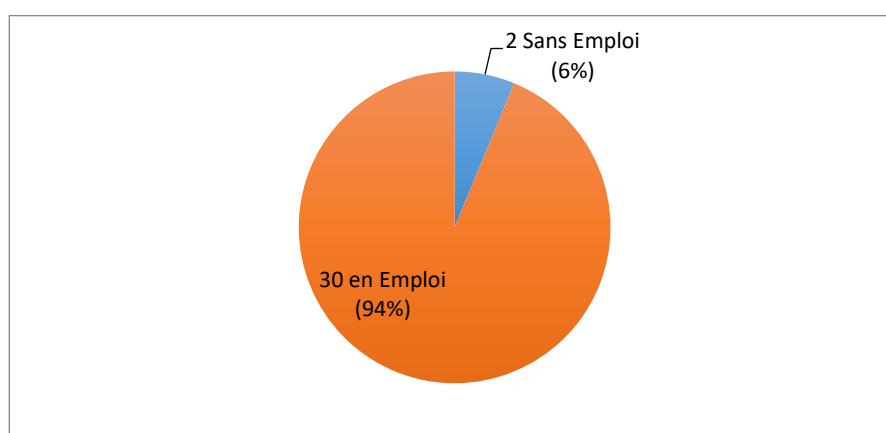


Figure 3 : Situation professionnelle des pères interrogés

2.5.8. Catégorisation des « types » de cas en fonction de la déficience

S'agissant d'enfants jeunes, l'importance et la nature des déficiences ne sont pas toujours claires, et des évolutions positives ou négatives sont toujours possibles.

Toutefois, pour mieux comprendre l'impact de certaines déficiences sur les relations aux pairs, nous avons catégorisé à des fins de recherche, quatre types de « tableaux de déficiences » aidant à identifier l'impact des spécificités des déficiences sur les interactions entre enfants.

Déficience des enfants :

Sur les 32 enfants dont le protocole est complet, il y a

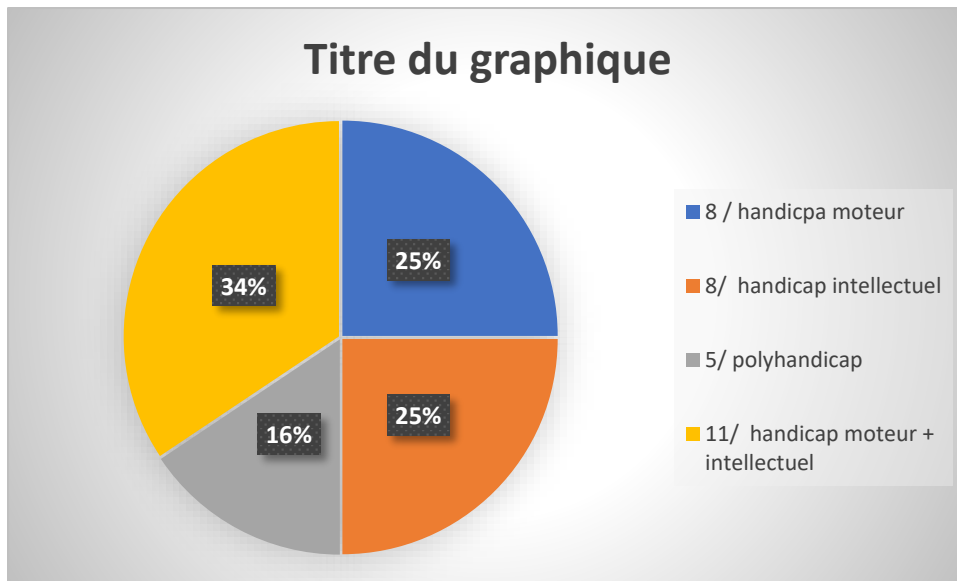


Figure 4 : Types de déficience des enfants du corpus

Langage

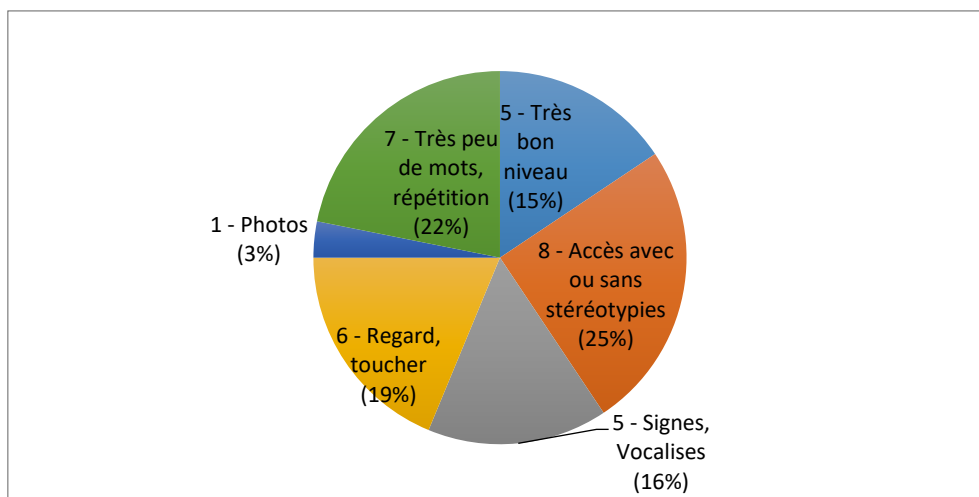


Figure 5 : Niveaux de langage des enfants

Lieu d'inclusion

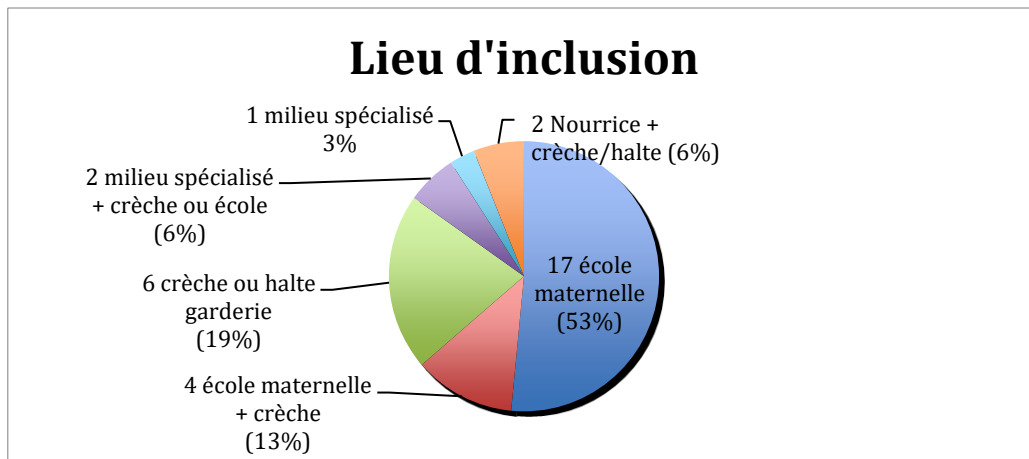


Figure 6 : Lieu d'inclusion

Langage x Lieu d'inclusion

Les enfants se répartissent de la manière suivante selon leur accès au langage et le lieu de leur inclusion :

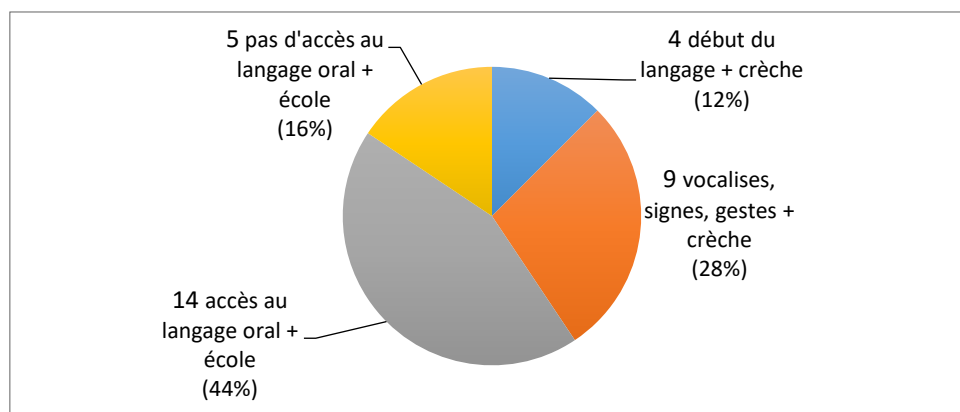


Figure 7 : Niveaux de langage selon le lieu d'inclusion des enfants de notre corpus

Marche

La marche est acquise par 58% des enfants de notre corpus, soit 18 enfants, et non-acquise par 42%, soit 14 enfants.

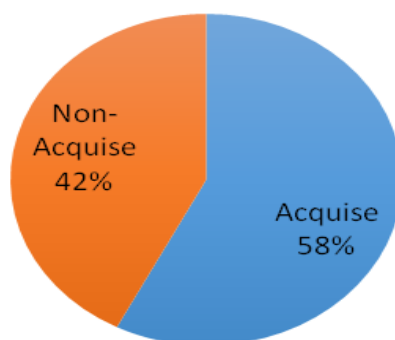


Figure 8 : Acquisition de la marche par les enfants de notre *corpus*

La population d'enfants se compose de 53% de garçons et de 47% de filles.

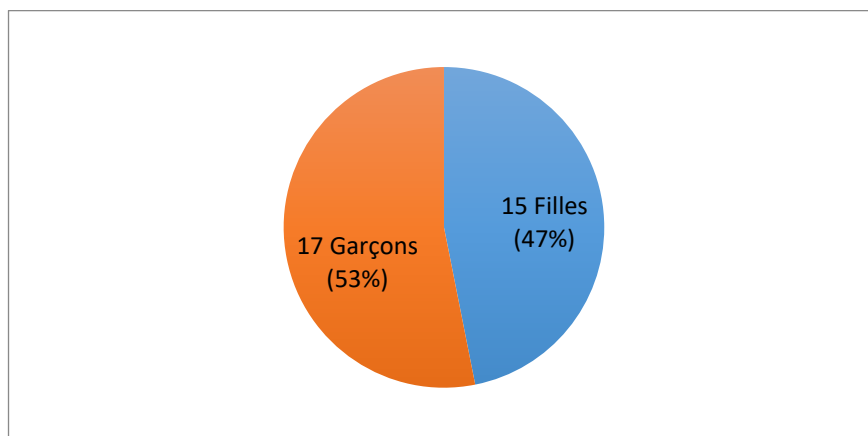


Figure 9 : Sexe des enfants

Concernant la fratrie, 25% des enfants sont enfants uniques tandis que les $\frac{3}{4}$ d'entre eux ont plusieurs frères et sœurs.

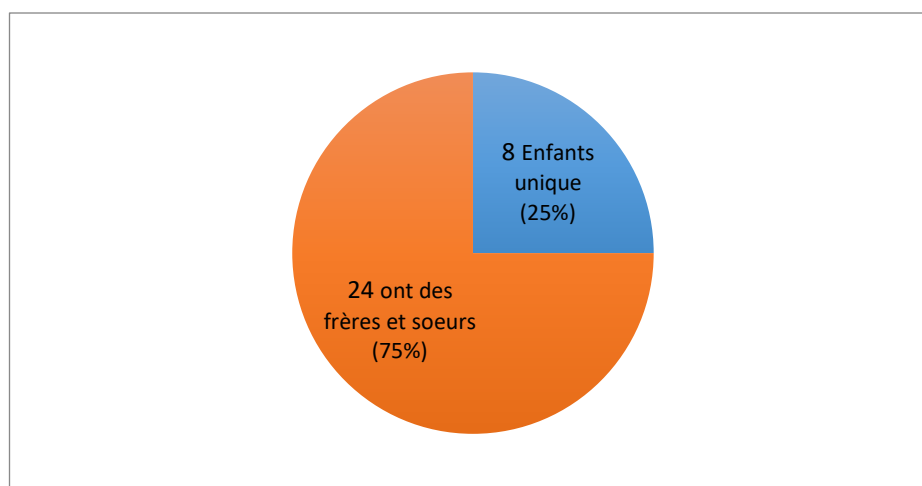


Figure 10 : Fratrie des enfants

2.5.9. Bilan du recueil des livrets

Pour les 32 cas analysés les livrets n'ont pas été remplis de la même manière dans le temps 1 et dans le temps 2.

En effet, entre le temps 1 et le temps 2 deux phénomènes importants se sont produits :

- Les psychologues-coordinatrices, *via* les intervisions et les réunions, ont fait évoluer leur manière d'observer et aussi, évidemment, la manière de parler, de présenter les outils aux professionnels et aux familles.
- Dans le *laps* de temps entre le premier et le second temps, certains enfants avaient peu évolué. Les réponses sont donc plus brèves dans ces cas-là.

Tableau 10 : Recueil des données au Temps 1 (39 cas)

Carnets de bord Psychologues	Livrets Parents	Livrets Professionnels de l'inclusion	Livrets Psychologues Lieu de soin	Livrets Psychologues Lieu d'inclusion	Notes personnelles
39	38	28	32	22	10
159 livrets + 22 notes personnelles					

Tableau 11 : Recueil des données au Temps 2 (32 cas)

Carnets de bord Psychologues	Livrets Parents	Livrets Professionnels de l'inclusion	Livrets Psychologues Lieu de soin	Livrets Psychologues Lieu d'inclusion	Notes personnelles
------------------------------	-----------------	---------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------

24	27	29	18	14	19
112 livrets + 19 notes personnelles					

Tableau 12 : Recueil des données au Temps 1 + 2 (total)

Carnets de bord Psychologues	Livrets Parents	Livrets Professionnels de l'inclusion	Livrets Psychologues Lieu de soin	Livrets Psychologues Lieu d'inclusion	Notes personnelles
63	65	57	50	36	41
Total : 271 livrets et 41 notes personnelles					

Les éléments explicatifs des livrets non renseignés, transmis par les psychologues, sont les suivants :

Livrets non renseignés par les psychologues sur le lieu de soin :

- Pas de soins au CAMSP.
- Enfant suivi en libéral.
- Pas de groupe au CAMSP et pas de possibilité d'observer l'enfant dans un lieu collectif.

Livrets non renseignés par les psychologues sur le lieu de socialisation :

- Refus de l'école ou de la crèche de laisser accéder au lieu de socialisation.

Livrets non renseignés par les professionnels de socialisation :

- Refus de réponse du professionnel de socialisation.
- Congé maladie du professionnel qui suit habituellement l'enfant, le remplaçant ne souhaitant pas renseigner le livret d'un enfant qu'il connaît peu ou moins bien.
- Tensions sur le lieu de socialisation, le recueil des données n'est pas la priorité du professionnel.

Livrets non renseignés par les parents :

- Difficulté du parent à compléter le livret.
- Livrets non rendus malgré les relances. Nous avons veillé à ne pas « harceler » les parents, considérant qu'ils avaient tout à fait le droit de ne pas rendre le livret.

Enfin, un enfant est décédé durant le temps de la recherche. La psychologue a accompagné les parents durant cette épreuve qui a également bouleversé l'institution. L'équipe de recherche a

laissé aux parents le choix de conserver ou de supprimer les données concernant leur enfant dans le *corpus*. Le protocole de la recherche EPIL stipulait en effet que les parents pouvaient se retirer à tout moment de la recherche. Le décès de cet enfant est apparu comme un événement grave qui ne pouvait se passer du renouvellement de l'accord des parents. Interrogés par la psychologue, les parents ont renouvelé leur consentement pour que les données concernant leur enfant soient incluses dans les analyses.

2.5.10. Bilan des entretiens

Tableau 13 : Entretiens réalisés

Parents	Professionnels de l'inclusion
<i>5 seuls parents faits</i>	<i>2 seuls professionnels faits</i>
	<i>2 cas les 2 entretiens non faits</i>
23 entretiens (parents et professionnels faits)	
53 entretiens réalisés en tout	

Onze entretiens n'ont pas pu être réalisés pour les raisons suivantes :

Sept pour les professionnels :

- Pas de suite donnée après la prise de contact du chercheur (2 entretiens) ;
- Refus ou pas de disponibilité (3) ;
- Arrêt maladie du professionnel (1) ;
- Un enfant avait été orienté en institution, l'enseignante du lieu d'inclusion n'a pas souhaité faire un entretien (1).

Quatre pour les parents :

- Pas de disponibilité (1) ;
- Oubli du rendez-vous prévu (1) ;
- Problèmes d'enregistrement de l'entretien ne permettant pas sa retranscription (2).

Au final, ce sont 53 entretiens qui ont été analysés.

2.6. Analyse du *corpus*

L'ensemble des analyses auxquelles nous avons procédé est récapitulé dans le tableau suivant :

Tableau 14 : Ensemble des analyses de données réalisées

Analyse transversale		
Analyse thématique manuelle		
Livrets d'observation Carnets de bord Entretiens	Pour faire une analyse transversale de tous les cas dans leur complexité	Rédaction de la « fiche cas » permettant de faire une analyse transversale des thématiques retenues
Analyse de contenu par Nvivo		
Livrets d'observation	Pour faire une analyse exhaustive de tous les livrets et explorer des thématiques ciblées	Analyse transversale
Analyse de contenu par Alceste		
Entretiens	Pour faire une analyse exhaustive de tous les entretiens et explorer des thématiques ciblées	Analyse transversale qui explore particulièrement le genre, le discours des parents et celui des professionnels et les déficiences.
Etude de 4 cas		
Livrets d'observation Carnets de bord Entretiens Notes personnelles	Pour explorer à partir de la complexité d'un cas singulier, différentes typologies de création et d'évolution des liens aux pairs.	Analyse des cas suivants : F2, J1, H2 et D2.

Nous avons vu précédemment que nous avons 39 inclusions, nous avons analysé 32 cas pour lequel un recueil de donnée a été effectivement fait au temps 1 et au temps 2. Toutefois, il faut noter que pour ces 32 cas comme dit précédemment, il manquait 1 ou 2 entretiens. Nous avons pris la décision malgré cette absence d'entretien d'inclure tous ces cas en raison de la richesse des données présentes dans les livrets.

La quantité des données à traiter (issues des différents livrets d'observation, des notes personnelles des professionnelles et des entretiens) a nécessité l'articulation d'un traitement automatisé des données associé à un traitement manuel.

Nous avons opté pour une triangulation des outils (Julien-Gauthier, Jordan-Ionescu & Héroux, 2009). Ceci permet de fonder une démarche épistémologique et empirique contextualisée, et confère, selon Apostolidis (2005) de la validité et de la rigueur aux démarches qualitatives en combinant différents outils visant à vérifier l'exactitude et la stabilité des données recueillies. Cette méthode est donc particulièrement adaptée à notre étude.

L'analyse thématique de chaque entretien et livrets, en dégagant sa logique interne, permet de comprendre, à travers l'histoire d'un individu, la façon dont divers éléments de sa réalité psychique et externe s'articulent et prennent sens pour lui.

L'analyse comparative entre des cas singuliers est riche par les différences, les similitudes et

les complémentarités qui existent entre individus. Cette comparaison peut se faire à l'intérieur d'un même sous-groupe ou entre deux personnes appartenant à des sous-groupes différents. Dans ce cas : âge, sexe, déficiences différentes, par exemple.

Les analyses transversales s'appuyant sur une quantification, permettent d'observer l'effet de certaines variables, mais pas l'interaction qu'elles entretiennent entre elles pour un cas donné. Elles simplifient le réel en le découpant en une série de points de vue portés sur lui. Si cette approche permet de dégager des généralités, de faire des synthèses pouvant éclairer sous un nouveau jour des éléments dispersés dans différents entretiens, ou présents de façon peu claire dans chacun d'eux, elle échoue à transmettre la subtilité des informations délivrées par l'étude de cas.

Coder à la main un entretien, les livrets et carnets de bord prend un temps tel qu'il n'est pas envisageable de faire plusieurs essais de grilles d'analyse sur tout le corpus. De plus, un autre chercheur n'a que peu de moyens de vérifier si le codage a été correctement effectué, le chercheur lui-même ayant des variations d'attention qui font que toutes les parties d'un même entretien ne sont pas codées avec la même rigueur, malgré une grille d'analyse commune.

Grâce à la puissance de l'ordinateur et des logiciels, de multiples essais peuvent être faits. Chacun d'eux pose les bases d'une nouvelle exploration qui, pour être conçue, requiert la mise en œuvre de la créativité et de la subjectivité du chercheur. Comme Cibois (1984) ⁷, nous pensons que les ordinateurs évitent aux chercheurs de faire des calculs longs, fastidieux et leur permettent de réaliser de multiples représentations graphiques des résultats intermédiaires obtenus.

Il est possible, non seulement de présenter le graphique correspondant aux résultats exposés, mais aussi de confectionner un grand nombre de graphiques qui correspondent à un résultat intermédiaire. Certains sont sans intérêt, mais d'autres laissent entrevoir des arrangements inattendus qui conduisent à des résultats intéressants.

Dans tous les cas, un résultat trouvé avec une des techniques (analyse de données textuelles ou analyse thématique) peut être vérifié et/ou mis à l'épreuve par une autre technique. La décision de faire telle ou telle analyse pour explorer un point particulier peut venir de questions apparues au cours de l'analyse assistée par ordinateur ou au cours de celle issue de l'analyse thématique.

La mise à l'épreuve des résultats issus de l'analyse de contenu thématique, par un traitement

⁷Cibois, P. (1984). *L'analyse de données en sociologie*. Paris : PUF.

s'appuyant sur une quantification des données, n'est pas considérée comme la confirmation « scientifique » de ce que montre l'analyse thématique manuelle.

Le fait que ces logiciels raisonnent à partir de données quantifiées et fournissent des représentations graphiques communicables n'est pas un gage du caractère scientifique des interprétations auxquelles ils donnent lieu.

Les résultats ne sont ni plus fiables ni plus scientifiques parce qu'ils s'appuient sur des chiffres, leur scientificité vient de leur mise en parallèle avec le *corpus* d'origine, en fonction de la question posée et des vérifications faites en amont et en aval du traitement.

Enfin, nous avons décidé de mener 4 études de cas cliniques pour compléter les analyses. Les études de cas cliniques conduisent à saisir de la façon la plus exhaustive possible la complexité du fonctionnement d'un sujet, en permettant l'étude approfondie de certains processus. L'étude des quatre cas sélectionnés pour cette recherche est apparue pertinente pour illustrer de manière approfondie certains processus qui avaient été repérés à travers les entretiens ou les livrets d'observation de manière transversale. Ainsi au cours de l'analyse du corpus, sont apparus quatre éléments en particulier qu'il nous semblait important d'approfondir, pour bien en comprendre le mécanisme, ces éléments étant directement en lien avec notre problématique de recherche sur la construction des liens aux pairs :

- l'influence de l'intervention de l'adulte (cas « J1 »)
- la dimension évolutive, ou non, de ce processus de construction des liens, et l'identification des facteurs afférents, notamment le type de déficience (cas « F1 » handicap moteur et cognitif ; cas « H2 » polyhandicap)
- la particularité du handicap moteur isolé (cas « D2 »)

2.6.1. Analyse thématique manuelle et via NVivo

L'analyse thématique s'est construite de manière processuelle :

1. Les chercheurs se sont répartis tous les livrets et carnets de bord du temps 1 et une première grille d'analyse a été testée pour tous les cas du temps 1 en codage en double aveugle. Ensuite, la mise en commun et la comparaison entre les deux analyses a permis de modifier la grille pour la rendre plus aisée, plus à même de répondre à nos questions et de garantir une uniformité dans les analyses thématiques entre différents chercheurs.

2. À la suite de cette première analyse des écrits du temps 1, la grille a servi à analyser les deux temps du recueil de données. Les *items* à renseigner étaient les suivants :
 1. Présentation de l'enfant et contexte des observations.
 2. Relations entre enfants.
 3. Relations avec les adultes.
 4. Jeux.
 5. Type de lien, type de relation, d'être au monde de l'enfant.
 6. Relations électives.
 7. Ce qui entrave ou facilite les relations entre enfants.
 8. Résumé du cas :
 - 1.2. Ce qui est marquant pour cet enfant.
 - 1.3. Ce qui entrave ou favorise l'interaction avec les pairs.
 - 1.4. Les troubles évoqués en rapport aux interactions avec les pairs.
 - 1.5. Les impressions générales, commentaires.
3. En utilisant cette grille d'analyse, chaque cas (livrets d'observation, carnet de bord et entretiens) a fait l'objet d'une fiche synthèse appelée « Fiche cas » par l'équipe de recherche. Les notes personnelles ont servi à affiner cette « Fiche cas ».
4. Il a ensuite été fait une synthèse de ces « Fiches cas » toujours avec la même grille d'analyse. De cette synthèse, il est ressorti des thématiques permettant :
 - de rédiger une analyse transversale en faisant ressortir les éléments saillants permettant de répondre à notre problématique : résumé des caractéristiques des enfants ; relations aux pairs ; liens électifs ; entraves et facilitateurs des liens ;
 - de déterminer des *focus* thématiques des analyses *via* Alceste et NVivo ;
 - de décider des cas qui feraient l'objet d'une étude de cas détaillée.

Le logiciel NVivo est un outil d'analyse des données textuelles qui permet d'approfondir et de systématiser l'analyse thématique manuelle des données textuelles recueillies. Il aide à gérer, à mettre en forme de manière systématisée et uniforme les données textuelles et à leur donner un

sens. Il apporte donc une aide à l'organisation et au traitement des données, que les résultats recherchés soient qualitatifs, quantitatifs ou mixtes.

Conçu selon une approche basée sur l'analyse « papier-crayon », ce logiciel permet d'organiser de manière systématisée des données textuelles brutes dans des catégories données *a priori* ou constituées au fur et à mesure, selon le principe des outils dictionnaires-registres (Krief & Zardet, 2013). Dès lors, il facilite l'analyse des données et aide à dégager du sens à partir de l'interprétation des différents graphiques ou diagrammes résultant de leur analyse automatisée.

Ce logiciel permet l'analyse en double aveugle, il facilite la communication des résultats et ouvre de grandes possibilités pour approfondir tel ou tel aspect du *corpus* : il est possible de mettre le *focus* sur tel ou tel mot (« enfants », par exemple, ou « fratrie ») afin de mieux comprendre les idées qui sont associées à ces mots, ce qui s'avère très utile pour l'analyse textuelle de contenu.

Il permet de faire des analyses croisées entre chercheurs avec la mise en œuvre de croisements décidés au fur et à mesure qui précisait les résultats des analyses. Dans ce processus, NVivo a fonctionné en complément de l'analyse thématique manuelle. Ce logiciel a permis de multiples allers et retours simples et rapides entre les catégories, leur contenu et les croisements intéressants à faire.

L'intérêt de ce logiciel est qu'il sera toujours possible de retravailler par la suite les données codées pour explorer telle ou telle thématique plus en détail et selon les différentes caractéristiques de cas choisis.

Dans cette étude, NVivo 11 puis 12 ont été utilisés. Chaque enfant observé est « un cas », pour chaque livret de chaque cas, les éléments suivants sont rentrés pour le qualifier et préparer les analyses :

1. Le répondant : des parents, des professionnels des lieux de socialisation et des psychologues).
2. Les caractéristiques de l'enfant (type de handicap, âge, sexe, possédant une fratrie ou non et place de l'enfant étudié dans la fratrie)
3. La temporalité (temps 1 et 2)

Ensuite, nous avons construit un arbre de thématiques pour explorer les différentes thématiques abordées dans les livrets en fonction des caractéristiques et du répondant. Nous avons donc

construit ce que le logiciel appel des nœuds permettant l'encodage (classification des données textuelles en fonction des nœuds). L'architecture finale des nœuds était la suivante :

1) Comportements positifs de l'enfant envers ses pairs

- Frères/ sœurs
- Pairs

2) Comportements négatifs de l'enfant envers ses pairs

- Frères/sœurs
- Pairs

3) Comportements positifs des pairs envers l'enfant

- Frères/ sœurs
- Pairs

4) Comportements positifs des pairs envers l'enfant

- Frères/ sœurs
- Pairs

5) Comportements électifs

- Comportements différents selon un groupe
- Une préférence marquée pour un individu
- Rejet

6) Interactions privilégiées

- Avec adulte
- Avec enfant

Chacun des items des livrets a donc été codés non pas en fonction des questions posées aux participants dans les livrets mais selon les nœuds rendus apparent par le codage en double aveugle et sa communication entre les chercheurs.

Ce codage a supposé un aller-retour sur les différentes données pour arriver à des nœuds thématiques regroupant les nœuds et codages intermédiaires et les regroupant ensemble pour arriver à des thématiques globales et un travail d'interprétation. En effet, l'agressivité peut être pensée, comme nous le verrons plus loin, comme un signe positif d'évolution de l'enfant vers plus de posture active, mais il s'agit toutefois d'un comportement négatif.

Pour faire l'analyse transversale nous avons fait travailler ensemble les résultats issus de l'analyse thématique faites manuellement par différents chercheurs et les résultats des

croisements entre les codages et les caractéristiques ou le type de répondant issus du logiciel NVivo.

L'objectif de ce travail était de confirmer ou d'infirmer ce que l'analyse thématique manuelle mettait en avant et d'affiner selon le type de répondant, les caractéristiques de l'enfant ou le temps l'encodage thématique. Du fait de cette méthode, NVivo confirmait parfois totalement ce que l'analyse thématique manuelle avait permis de révéler et permettait parfois d'avoir un résultat transversal qui corroborait ou nuancait les conclusions.

Dans l'interprétation des données quantitatives, il convient d'être prudent pour deux raisons. Ce n'est pas parce qu'il y a davantage de situations comportementales repérées par un répondant et qu'il a choisies de noter dans le livret qu'il est possible d'interpréter sans précaution ces situations d'un point de vue qualitatif. Par exemple, dans le temps 1, l'enfant handicapé est souvent décrit comme regardant ses pairs, ces différentes situations où le regard a été mis en avant ont été codés comme « actives et positives ». Dans le temps 2 les situations où le regard est mis en avant sont moins décrites. Les répondants décrivent donc quantitativement moins de regards et moins de situations qui y sont associés, donc moins d'actions, au profit de la description de situations moins nombreuses mais plus détaillée où l'enfant se mêle davantage aux autres. Le nombre de situations plus grande en temps 1 qu'en temps 2 pourrait laisser croire à une plus grande activité positive de l'enfant vers ses pairs dans le temps 1, or l'analyse qualitative de ces situations indiquent que les modalités relationnelles sont plus complexes en temps 2 où l'enfant se mêle davantage à ses pairs et les situations décrites étant plus complexe et longues qu'un regard, moins de situations ont été décrites. Ainsi, les modalités relationnelles et la description des répondants est différentes ce qui explique le nombre moins important de comportements positifs en temps 2.

Le logiciel permet de faire différents types de représentations graphiques dont trois utiles pour cette recherche :

Nuage de mots : Pour donner une image visuelle de la manière dont un mot est évoqué en visualisant les mots qui l'accompagne.

Les histogrammes : ils sont construits à partir du comptage des thèmes dans chacun des situations dans chacun des thèmes codés dans les nœuds.

L'arbre à mots : cette représentation permet de visualiser avant et après quel mot un mot est utilisé. Comme pour le nuage de mots, il s'agit bien d'un mot non lemmatisé. Cela permet de comprendre les situations dans lequel le mot est utilisé.

Dans tous les cas, le chercheur choisit d'explorer tout le *corpus*, un thème particulier, une caractéristique particulière en fonction de l'analyse qu'il souhaite faire.

Pour cette recherche, NVivo a été utilisée de trois manières différentes :

- La première pour analyser le contenu des 179 livrets selon les deux temporalités (temps 1 et temps 2 du recueil) afin d'avoir une vision globale des évolutions de chacune des thématiques toutes caractéristiques confondues.
- La seconde pour approfondir l'impact de certaines caractéristiques (impact de la déficience, du sexe, du répondant) sur les thématiques étudiées et leur évolution au fil du temps à travers l'analyse des fréquences de mots les plus présents selon des nœuds et des caractéristiques spécifiques
- La troisième pour se représenter de façon globale sans caractéristiques spécifiques l'utilisation de certains mots dans tous les nœuds du livret.

Au moyen du logiciel, nous avons croisé des caractéristiques de « cas » avec une catégorie thématique. Ainsi, il a été possible de croiser une caractéristique comme un « type de handicap » (moteur, cognitif, cognitif et moteur, polyhandicap...) avec tel ou tel type d'interaction (affiliative/agonistique... ; avec ou sans intervention de l'adulte ; à la maison/en groupe thérapeutique...). Cela a permis, de manière systématisée et uniforme sur tout le *corpus* intégré dans les thématiques choisies au préalable, de repérer, par exemple, les différences et les ressemblances qui existent entre observateurs.

2.6.2. Analyse des entretiens via Alceste

Une analyse de données textuelles a été appliquée aux entretiens à l'aide du logiciel Alceste (Image, 2018) afin d'extraire les éléments du discours les plus significatifs. L'intérêt de l'utilisation de ce logiciel, pour cette étude, se situe dans une approche complémentaire avec les autres méthodologies d'analyse, et notamment par les traitements difficilement réalisables par une approche qualitative papier-crayon, en garantissant une certaine « systématicité d'analyse » (Delavigne, 2003). Le logiciel Alceste a notamment permis de faire apparaître de

façon plus fine les champs sémantiques et le lexique des répondants, parents ou professionnels de l'inclusion.

Ce logiciel analyse un *corpus* textuel en plusieurs étapes : analyse du vocabulaire, classification, sélection des classes. Il prend en compte les termes présents dans le texte, et procède :

- À un travail sur le lexique : construction d'un dictionnaire des locutions et d'un dictionnaire des mots-outils, lemmatisation (toutes les formes conjuguées d'un verbe sont regroupées sous la forme infinitive, par exemple les 116 occurrences du verbe « pleurer » dans les entretiens concernant les filles se déclinent en : *pleuraient* (1 occurrence), *pleurais* (1), *pleurait* (17), *pleurant* (1), *pleure* (66), *pleurent* (4), *pleurer* (26) et apparaissent dans le dictionnaire Alceste sous la forme « pleurer » ; les formes d'un nom sont regroupées sous leur forme au singulier et les formes d'un adjectif sont regroupées sous leur forme masculin/singulier) ;
- Au découpage du texte en unités de contexte élémentaire (selon la longueur des segments de texte définie par le logiciel et la ponctuation) ;
- Au calcul d'une classification hiérarchique descendante (classement des unités de contexte élémentaire en fonction du Chi^2 , qui détermine la faible ou forte appartenance à une classe). « La procédure de classification est itérative. À chaque pas de l'analyse, une classe est créée par partition de la plus grande des classes restantes. » (Bart, 2011, p. 176) ; La « hiérarchisation » de l'arborescence est notifiée par le poids de chaque classe mais n'est pas prise en compte pour notre analyse.
- À une analyse factorielle des correspondances.

Cette méthode permet de constituer des classes de sens, composées des mots significatifs (co-occurrences du vocabulaire employé) et organisés selon leur proximité avec d'autres termes (distance des mots significatifs dans les phrases ou segments de phrases ; présence significative/absence significative des mots en comparaison avec les autres classes). Ainsi, le traitement statistique du logiciel Alceste (Image, 2018) permet d'obtenir des classes d'énoncés, qu'il revient au chercheur d'interpréter.

Le contexte d'utilisation d'un mot peut être visualisé, ce qui favorise un aller/retour permanent au texte d'origine. « La compréhension et l'interprétation des discours peuvent donc être enrichies et affirmées en tenant compte du contexte dans lequel ce vocabulaire est utilisé. » (Bart, 2011, p. 180).

L'analyse des entretiens par le logiciel Alceste a nécessité un traitement préalable des fichiers, avec tout d'abord une mise en forme spécifique du corpus, pour que les interventions, questions et relances des chercheurs ne soient pas prises en compte dans le lexique du corpus traité. Ainsi, tous des résultats présentés par le logiciel Alceste concernent exclusivement le discours des personnes interrogées. Un codage de chacun des entretiens a ensuite été effectué, avec quatre critères : le code de l'enfant, le sexe de l'enfant, le type de handicap, le type de répondant. Ceci favorise le repérage des entretiens qui impactent plus spécifiquement chacune des classes.

Dans ce rapport, les variables prises en compte pour l'analyse des entretiens de recherche sont les suivantes :

- **les répondants** (*corpus* textuel des entretiens réalisés auprès des professionnels de socialisation *vs* entretiens réalisés auprès des parents) ;
- **le genre** (*corpus* textuel des entretiens concernant les filles *vs* entretiens concernant les garçons) ;
- **le type de handicap** (*corpus* textuel des entretiens concernant les enfants avec des handicaps moteurs *vs* enfants avec des handicaps intellectuels *vs* enfants avec des polyhandicaps *vs* enfants avec des handicaps moteurs et intellectuels).

2.6.3. Analyse des données complémentaires

2.6.3.1. *La vidéo*

Comme il a été dit précédemment, à la suite du constat de la difficulté à renseigner les livrets sur des situations précises (les interactions entre enfants sont rapides et il n'est pas toujours possible de noter avec précisions ce qu'il se passe), il a été proposé aux psychologues coordinatrices de faire des vidéos.

Les vidéos n'ont pas été exploitées directement dans l'analyse des données. Comme il avait été suggéré par le professeur Thurin, nous les avons utilisées pour affiner les observations et travailler à leur interprétation.

De même, dans un travail collectif d'analyse, nous avons visionné quelques vidéos pour travailler l'observation lors d'une réunion psychologues/chercheurs.

Une réunion a été également consacrée à l'analyse de vidéos réalisées par les collègues d'Italie.

Ces vidéos ont donc permis de travailler la méthodologie de l'observation, et également, de pouvoir discuter, avec un support « vivant » des processus détaillés et précis que l'on cherchait à comprendre au sein des relations avec les pairs.

2.6.3.2. Analyse des autres écrits (carnets de bord, notes personnelles)

Comme pour les vidéos, leur analyse s'est faite à partir de questions, remarques, qui sont apparues lors de l'analyse de contenu des livrets.

Par exemple, si dans un livret, il apparaissait une diminution importante des interactions entre enfants, nous sommes allés voir dans le carnet de bord si cela pouvait être mis en lien avec un événement particulier, si un autre élément présent dans les autres documents de l'enfant permettait de saisir le sens de cette involution des relations entre enfants. Par exemple, pour « F1 », la naissance d'un puîné a ralenti, momentanément, la progression de l'évolution des liens avec les pairs, en provoquant une angoisse de séparation importante de l'enfant avec ses parents.

3. COLLABORATIONS SCIENTIFIQUES INTERNATIONALES

Nous présentons dans cette partie le fruit de la collaboration scientifique avec le Brésil et l'Italie. Ces collaborations ont été, grâce cette étude, une occasion intéressante pour initier et approfondir des liens avec des collègues brésiliens et italiens. Ce qui suit marque un temps dans cette collaboration qui va se poursuivre.

Elle ouvre sur des débats pouvant nourrir les pratiques des familles et des professionnels de France, d'Italie et du Brésil, c'est en cela que ces parties ont toute leur place dans ce rapport.

3.1. Regards sur le Brésil

Au Brésil, la recherche EPIL s'intitulait CELP (*Crianças com necessidades especiais, processo inclusivo e laços com os pares*).

Sous la direction du Prof. Kupfer, Professeur en Sciences de l'éducation à l'Université de Sao Paulo, l'équipe brésilienne était composée de huit psychologues-chercheuses. Ce groupe travaillait déjà sur les signes précoces de l'autisme et, dans ce groupe, quatre personnes ont recueilli les données. Ces psychologues-coordinatrices exerçaient en tant que psychologues au sein de trois établissements de soin.

- AACD – association médico-sociale spécialisée dans la prise en charge d'enfants et des adultes en situation de handicap moteur.
- APAE – association des parents et amis des personnes en situation de handicap, spécialisée dans la prise en charge des personnes déficientes intellectuelles et polyhandicapées.
- Instituto Escuta – association spécialisée dans la prise en charge psychologique et orthophonique des enfants avec déficience auditive.

Les chercheurs brésiliens ont recruté quatre enfants : deux enfants infirmes moteurs cérébraux ; un enfant avec une déficience auditive ; un enfant avec déficience intellectuelle et des troubles de la relation (une fille, que nous avons prénommée Paula et trois garçons, que nous avons prénommés Gérard, Henri et Sami).

Nous avons en début d'étude, fait un travail avec l'équipe brésilienne pour préciser la méthode et assurer le bon déroulement de la traduction en portugais des livrets et du carnet de bord. Les données recueillies pour l'analyse de cas brésiliens sont donc basées sur les contenus des livrets d'observation et de carnets de bord renseignés sur le lieu d'éducation spécialisée et de socialisation de l'enfant et par les parents.

Compte tenu de l'éloignement et du décalage horaire, les chercheurs et les psychologues de l'équipe brésilienne n'ont pas pu participer aux travaux collectifs qui ont eu lieu tout au long de l'étude, contrairement aux collègues italiens. Ce qui fait que, malgré un voyage en novembre, les psychologues-coordinatrices ont été moins soutenues par le groupe pour le recueil de données. Au Brésil, l'équipe n'avait pas l'objectif de faire deux temps de recueil de données et n'a pas réalisé d'entretien.

Tableau 15 : Présentation du *corpus* brésilien

	Paula, 5 ans	Sami, 4 ans	Henri, 4 ans	Gérard, 4 ans
Livret d'observation directe milieu spécialisé	X T1	X T1	X T1	X T1
Livret d'observation-parents	X T1	X T1	X T1	X T1
Livret d'observation indirecte – lieu d'inclusion	X T1	X T1	X T1	X T1
Livret d'observation crèche		X T1		
Carnet de Bord			X T1	X T1

Les descriptions dans les livrets sont très concises en milieu inclusif de la part des instituteurs, parfois il était juste dit : « *il est gentil, les autres enfants l'aiment bien, il est accepté dans le groupe* ».

Pour les quatre cas étudiés, seulement deux ont donné lieu à la rédaction d'un carnet de bord, ce qui a rendu problématique la construction des profils des enfants et la connaissance du contexte familial et social des enfants. Pour cette raison, nous avons très peu d'informations à propos des pères et de la présence de la famille élargie. Parmi les deux enfants avec carnet de bord, les parents étaient divorcés et les pères participaient à la vie des enfants, mais nous n'avions pas davantage d'information sur la situation du couple et leur profession.

Les analyses ont été réalisées par Viviani Huerta qui, d'origine brésilienne, a travaillé sur les *verbatim* en portugais. Il n'y a donc pas eu, comme en France et en Italie, d'interactions continues entre notre équipe et les psychologues-coordinatrices du Brésil.

Les parents rapportent qu'avant leur arrivée à l'école, leurs enfants avaient eu très peu de contacts avec d'autres enfants, y compris dans leur milieu familial. De fait, parmi les enfants, trois sont enfants uniques. L'enfant avec une sœur aînée, est décrit par la mère comme ayant des interactions avec sa sœur de meilleure qualité qu'avec les autres enfants. Cette mère pointe l'importance de la complicité au sein de la fratrie et estime que cela faciliterait l'émergence des jeux physiques et coopératifs entre enfants par la suite.

Les interactions familiales entre cousins et cousines sont également mentionnées par les mères sans que ce qui se passe entre enfants soit détaillé.

3.1.1. Un enfant éternel « bébé » à materner

Les interactions évoquées sont souvent des jeux d'imitations où le partage des rôles est souvent codé sur le plan des rôles que chacun y occupe, l'enfant en situation de handicap ayant le rôle du « bébé » : « *les autres s'occupent de lui avec beaucoup d'amour* » (Éducatrice de Gérard) ;

Par ailleurs, cette relation de maternage observée au sein des dyades « enfants en situation de handicap - enfant avec développement typique » n'est pas exclusive des situations de jeux.

En classe, les autres enfants rapportent à l'institutrice les sollicitations faites directement par l'enfant : « *maitresse, il a soif* ». Parfois, cette demande n'est pas énoncée par l'enfant, les camarades l'anticipent ou interprètent ce qu'ils supposent être le besoin de l'enfant en situation de handicap. Tel était le cas d'un enfant qui, après la cantine, demande à l'institutrice d'aller chercher un matelas pour que Sami puisse se reposer.

L'enfant en situation de handicap peut aussi se laisser « porter » par les autres enfants. Dans une autre situation, pendant le temps de la récréation, Henri accepte que les autres enfants l'aident à se déplacer dans son fauteuil.

3.1.2. Activités dirigées versus activités encadrées

Si les enfants en milieu inclusif sont décrits comme étant solitaires, « à côté » des autres enfants notamment pendant les activités structurées de classe (dessin, *puzzle*, jeux coopératifs), l'enfant en situation de handicap s'intéresse davantage aux autres enfants pendant le temps libre, où les activités sont peu encadrées par l'adulte et les jeux sont plutôt physiques.

À l'école, Sami regarde attentivement les autres enfants jouer au foot, il peut leur rendre la balle. Il peut mettre fin à une activité exclusive proposée par son AVS pendant la récréation pour observer les autres enfants jouer ensemble.

A l'école, certaines activités encadrées favorisent la participation de l'enfant au groupe. Il s'agit des moments des comptines, des histoires et la danse de ronde, les « *cirandas* ». Lors de ces activités, les professionnels rapportent toutefois une difficulté d'ajustement de l'enfant en situation de handicap dans le cadre des activités de groupe : « *il peut se mettre au milieu de la ronde* ».

3.1.3. Milieu inclusif versus milieu spécialisé

L'enfant est décrit comme étant davantage en interaction avec les autres enfants en milieu inclusif qu'en milieu spécialisé, à condition que les autres enfants initient les interactions. En effet, les interactions évoquées par les professionnels en milieu inclusif sont en grande partie initiées par les autres enfants du groupe.

Les livrets d'observation en milieu inclusif montrent qu'à l'école/crèche, l'enfant en situation de handicap est plutôt passif dans ses interactions, il interagit à la suite des propositions des autres enfants, se laisse mater et accepte souvent l'aide de l'adulte.

En milieu inclusif, les quatre enfants sont souvent décrits par les professionnels comme des « observateurs », « à côté » du groupe.

Le cas de Sami est intéressant car il a un comportement différent en milieu inclusif et à l'école :

- A l'école :

Sami à l'école apprécie la proximité avec les autres enfants. Il les observe et les cherche du regard. À la récréation, il participe avec plaisir à un jeu créé par ses camarades de classe qui font rouler les bouteilles d'eau sur les escaliers pour qu'il vienne le chercher.

- En milieu spécialisé, Sami déambule dans la cour, s'isole et refuse les activités en petit groupe :

« Dans la récréation, Sami ne cherche pas le contact avec les autres enfants, il reste par terre, rampe (même s'il est capable de marcher sans difficulté). Parfois il crie sans vouloir communiquer ».

En milieu spécialisé, en petit groupe d'enfants, les interactions spontanées sont observées pour deux des enfants. Ces interactions sont spontanées, souvent hasardeuses, créées à partir d'un même objet convoité.

Tel est le cas d'Henri qui arrive au groupe en disant bonjour à tous et se dirige immédiatement dans le coin jeu. Dans son cheminement, il marche sur les copains sans s'en rendre compte. Quand un autre enfant prend son jouet des mains, il se dirige vers l'adulte pour avoir un câlin.

Pour Sami, les interactions en milieu spécialisé sont décrites comme inexistantes.

En milieu spécialisé, le nombre d'adultes par groupe est souvent très important. Parfois, il y a quatre enfants pour quatre adultes. Les descriptions ne nous permettent pas de comprendre si les jouets sont à portée de main de tous les enfants ou si les activités sont plutôt dirigées par les adultes.

Le milieu spécialisé, le petit groupe ne conduit pas à ce que l'enfant noue des interactions plus nombreuses avec ses pairs. Le faible nombre d'enfants ne permet pas de généraliser évidemment, mais il s'agit d'un résultat qui sera à explorer dans des recherches futures.

De fait, il apparaît que les petits groupes encadrés par des nombreux adultes en milieu spécialisé pourraient contribuer à entraver le développement des interactions « libres » entre enfants.

À l'école, les difficultés semblent d'une autre nature : les psychologues-coordinatrices observent plutôt une difficulté de l'enfant à trouver sa place, à s'ajuster aux autres enfants et à répondre aux sollicitations des autres enfants pendant le temps des activités encadrées. Les adultes semblent jouer un rôle important lors de ce moment-là.

3.1.4. L'adulte aidant versus l'adulte entravant

L'adulte en milieu inclusif est souvent celui qui soutient l'enfant en l'aidant à s'ajuster aux autres enfants.

Paula, malgré le nombre d'interactions observées dans le groupe, est très souvent en attente de la médiation et du support de l'adulte : elle attend que l'adulte donne la consigne, le cherche du regard et quand l'adulte quitte la scène de jeu, Paula repart auprès de lui.

Comme ce qui a été analysé dans la cohorte française :

- Le professionnel peut faciliter les interactions quand il propose des clés de compréhension qui permettent aux autres enfants de mieux penser les comportements moteurs, cognitifs et langagiers de l'enfant en situation de handicap. Parfois, il aide l'enfant à mieux s'ajuster aux sollicitations des autres.

À l'école, Sami faisait de la balançoire. Une petite fille s'approche et lui touche la jambe. Il lui dit : « non, non ». L'institutrice observe à distance. Elle demande à la petite fille d'aller à

nouveau lui toucher la jambe et cela à plusieurs reprises. Sami finit par accepter le contact de la petite fille. Il descend de la balançoire et lui fait un câlin.

Evidemment, seul Sami pourrait dire le sens que le câlin a pour lui : plaire au professionnel ou initier un toucher avec la petite fille qu'il n'aurait pas osé faire autrement.

- L'adulte peut entraver le déroulement libre des interactions entre enfants quand sa présence est trop imposante et insistante. Ce qui se passe, par exemple quand, par souci éducatif, l'adulte propose à l'enfant, dans un espace à part, des activités exclusives souvent réalisables avec l'aide soutenue de l'adulte et sans relation directe avec les autres enfants. Parfois, par peur qu'il ne se blesse ou qu'il n'échoue, l'adulte surprotège l'enfant.

En institution, Sami refuse d'être dans son petit groupe. L'éducatrice lui dit qu'il ne peut pas rester tout seul. Elle lui prend la main et l'installe à côté des autres enfants. Il s'allonge sur le tapis, un autre enfant lui touche les pieds, il se lève et essaie de l'éloigner à nouveau. L'éducatrice lui demande d'y rester. Elle allume la télé, il tourne le dos, essaie de trouver le sommeil. Elle insiste et lui demande de regarder.

Sami a un comportement opposant que ce soit en milieu inclusif ou spécialisé, toutefois en milieu inclusif, il semble ouvert et finit par accepter les invitations à interagir avec les autres quand c'est l'adulte qui l'invite à le faire.

L'enfant en situation de handicap est souvent en attente du regard de l'adulte pour oser *aller vers* les autres enfants.

- L'adulte peut être nécessaire pour que l'enfant puisse maintenir son attention, son intérêt pour une activité avec les autres enfants

En institution de soin, Paula est décrite comme une petite fille espiègle qui apprécie les interactions avec les autres enfants. Lors des jeux libres dans la cour, elle a souvent besoin d'avoir son éducatrice sous les yeux. Dans une scène de jeux au ballon, l'éducatrice énonce la consigne et les enfants se mettent à jouer ensemble. L'éducatrice s'éloigne, Paula la cherche du regard et finit par abandonner le jeu pour rester auprès de l'adulte.

Cette situation montre la difficulté qu'ont certains enfants à se maintenir dans la relation avec un autre enfant, sans la présence de l'adulte référent.

3.1.5. L'insécurité, la peur des enfants

L'analyse montre un lien important entre l'isolement social des enfants en situation de handicap et leur sentiment d'insécurité ou de peur dans le groupe (peur de tomber, d'être bousculé).

Au Brésil, les autres enfants sont très souvent décrits comme avenants, gentils et attentifs aux besoins de l'enfant. Ce qui suppose qu'ils ont ou qu'on leur a donné une image de cet enfant comme étant fragile et à protéger.

3.1.6. L'agressivité quand elle existe est non intentionnelle ...

Les comportements agressifs chez l'enfant en situation de handicap n'apparaissent que très exceptionnellement dans les descriptions des professionnels. Dans un effort d'interprétation positive et pour pointer le caractère non intentionnel des comportements agressifs (jeter les jouets, taper, marcher sur les copains, prendre les jouets des autres), les professionnels décrivent les enfants avec des traits de personnalité tendres, naïfs et dépourvus de toute intentionnalité.

Cette surreprésentation des mots tendres est un trait commun dans tous les livrets des professionnels et des parents. Ces phrases signent le souhait des répondants de décrire une inclusion réussie.

Les interactions entre enfants et entre enfants-adultes sont dépourvues de toute conflictualité. Nous retrouvons par exemple :

« Il a déjà menacé un copain, mais il n'a jamais vraiment tapé » (mère) ; « les autres enfants s'en occupent (de lui) avec beaucoup de tendresse » (institutrice) ; « les autres enfants sont toujours là pour l'aider » (mère).

Dans les livrets des professionnels et des parents, nous retrouvons une même tonalité de tendresse et de dévouement. Il est intéressant de mettre cela en rapport avec les rôles et statut de la femme au Brésil et de la conception de l'éducation pour le jeune enfant (Neder, 2005). En effet, en raison de la proximité avec le soin, l'attention, l'affection et de la proximité avec la maternité, l'activité d'enseignement est devenue la première forme d'insertion des femmes dans l'univers du travail dominé par les hommes et l'une des rares formes d'occupation de l'espace public destinée aux femmes.

3.1.7. Les déficiences peu évoquées

Dans les écrits des répondants brésiliens, les déficiences de l'enfant sont rarement mentionnées ni par les professionnels du lieu d'inclusion ni par les parents. La seule déficience mentionnée est la déficience motrice et, ceci, pour signifier son rôle positif dans les interactions. En effet,

les autres enfants sont attirés par le fauteuil roulant de l'enfant en situation de handicap qui, de ce fait, devient médiateur des relations entre enfants.

3.1.8. Conclusion

Nous trouvons dans ce *corpus* :

- la place centrale des adultes dans les interactions entre enfants et leur rôle pouvant être aidant ou entravant. Cet aspect est encore plus évident en milieu d'accueil spécialisé
- le fait que les enfants sont décrits comme étant solitaires, à distance des autres enfants, mais très intéressés par ce que font les autres enfants. Le mot « regard » est très souvent retrouvé dans les *verbatim*.

Dans ce *corpus* apparaît clairement l'idée d'un enfant en situation de handicap comme étant un « bébé » à aimer et à protéger.

Cette expérience de collaboration scientifique montre l'intérêt des comparaisons internationales, en particulier, sur le thème des intérêts et des limites des « petits groupes » *versus* « grands groupes » et sur la manière dont l'adulte peut et doit intervenir pour être le plus soutenant possible.

3.2. L'expérimentation italienne

La recherche EPIL - Italie a été menée par Area onlus – Turin, sous la direction de Rossella Bo, directrice de Area onlus. Area, depuis 1982, s'occupe d'enfants et d'adolescents handicapés et de leurs familles : ses services, attentifs à plusieurs types de pathologie, visent à des processus de réhabilitation, d'intégration et de reconstruction de liens formels et informels. Chaque année environ 350 familles, avec une prévalence de cas de handicap intellectuel, s'adressent à l'association pour avoir des informations, du soutien psychologique, des parcours d'orientation aux services et des activités pour l'autonomie et de réhabilitation basées sur les technologies d'assistance nouvelles.

La recherche italienne a impliqué deux psychologues, un docteur en psychologie et un psychologue superviseur, avec l'aide de quatre stagiaires psychologues. Les psychologues impliqués dans la recherche sont des experts dans le domaine du handicap, notamment de la

déficience intellectuelle. La recherche a eu lieu dans la province de Turin dans trois écoles publiques « Scuola per l'Infanzia » et une crèche « Asilo Nido Comunale ».

3.2.1. Présentation des enfants observés

Quatre enfants ont été observés, « I1 », « I2 », « I3 » et « I4 », dont voici les principales caractéristiques :

« I1 », 4 ans et 11 mois à T1 (novembre 2018)

« I1 » est un petit garçon trisomique né en décembre 2013, adopté alors qu'il était nouveau-né (environ 6/7 mois). Sa famille est composée d'un père, professionnel indépendant dans le secteur de la construction et d'une mère, infirmière en oncologie, décédée d'un cancer il y a 2 ans, alors que l'enfant avait environ 2 ans et demi. Il a un frère de 12 ans, adopté également, et qui a une déficience intellectuelle, ainsi qu'une sœur de 16 ans, adoptée elle aussi, avec un nanisme. Le réseau d'amitié est fortement présent et impliqué dans la gestion des trois enfants, encore plus après le décès de la mère et jusqu'à récemment avec une rotation de nombreuses personnes auprès des enfants. Depuis environ un an, une personne est présente à la maison pendant la journée pour limiter cette rotation qui a créé une anxiété et une désorientation chez « I1 ». Il fréquente l'école maternelle. Les relations à la maison sont principalement avec des adultes, étant donné que son frère et sa sœur sont beaucoup plus âgés que lui. La sœur a une attitude de « substitut maternel », mais le frère fait généralement preuve de tendresse et aime jouer avec lui.

Il est suivi par l'orthophoniste, participe depuis deux ans à un parcours de psychomotricité relationnelle, et suit un cours de rééducation auprès d'un groupe d'enfants atteints de trisomie 21 avec une association italienne qui suit spécifiquement les enfants atteints de ce handicap. Il est suivi périodiquement par le Neuro Psichiatra Infantile (NPI) de l'Azienda Sanitaria Locale du territoire.

Il a commencé à marcher vers l'âge de 2 ans et demi/3 ans. Malgré un mouvement quelque peu maladroit, il bouge de manière autonome. Il sait désormais monter les escaliers, seul, s'il se tient à la rampe, sans crainte, mais avec prudence, il court (un peu maladroitement). Maintenant, il sait comment s'asseoir et se lever tout seul depuis le sol et se déplacer dans des espaces où il y a des obstacles à surmonter. La motricité fine est plus difficile pour lui, il attrape d'une façon légèrement grossière les objets.

Il est très communicatif et expressif malgré un langage encore peu articulé et souvent très peu compréhensible. Il a une intentionnalité communicative, et utilise de manière active le mimétisme et la vocalisation même lorsqu'il ne prononce pas le mot. Il communique par son attitude corporelle et des gestes, demande, conteste et s'oppose (peut-être davantage dans la relation avec l'adulte) lorsque cela est nécessaire. Il comprend la communication verbale et non verbale. Il se retourne, regarde, est curieux, il est capable de suivre une action, ses réponses sont en accord avec ce qui est communiqué par l'autre (qu'il soit du même âge ou adulte).

Du point de vue fonctionnel, il est actuellement très autonome. Il fait pratiquement tout, tout seul, y compris mettre le couvert, les moments de transition, etc. Il a besoin d'aide pour se laver, mettre ses chaussures, sa veste. C'est un enfant « solaire », joyeux et curieux.

« I2 », 3 ans et 10 mois à T1 (décembre 2018)

« I2 » est une petite fille avec une trisomie 21, née en février 2015. Adoptée à l'âge de 16 mois environ (maintenant 4 ans, 3 ans et dix mois au début de la recherche), sa famille est composée d'un père, enseignant, et d'une mère infirmière pédiatrique, ainsi que d'une sœur adolescente, placée en famille d'accueil à partir de 3 ans, et d'un frère adoptif de 12 ans, atteint du syndrome de Sotos. « I2 » a fréquenté la crèche une année supplémentaire avant d'entrer à l'école maternelle à partir de septembre 2019. Sa mère avait auparavant une communauté pour les enfants handicapés. À la crèche, « I2 » n'a pas d'éducateur de soutien à la demande de sa mère.

Elle est actuellement suivie dans le service de neuropsychiatrie infantile, par un orthophoniste, et n'a pas d'enseignant de soutien.

Du point de vue de la communication, elle comprend les demandes, les indications, suit par le regard ce qui se passe dans le contexte qui l'entoure. Son langage est difficile à comprendre. La communication verbale est utilisée plus ou moins, et avec plus ou moins d'initiative et d'autonomie, en fonction des contextes. En général, « I2 » a tendance à être passive et à déléguer l'initiative à l'autre : si cette initiative n'est pas saisie par l'adulte, l'intention est facilement perdue.

Elle a une bonne autonomie de base, même si elle délègue souvent à l'adulte, surtout si celui-ci a tendance à faire à sa place. Invitée à le faire, elle essaye de mettre des vêtements de façon autonome, d'aller chercher des objets, etc., même si la difficulté est liée à une coordination oculo-manuelle encore médiocre, ainsi qu'à une saisie et une manipulation grossières.

Elle bouge avec une certaine maladresse. Elle se déplace, elle grimpe. Au début, elle semble avoir besoin du soutien de l'adulte lorsqu'elle est impliquée dans des actions peu connues, pour ensuite commencer à expérimenter avec une autonomie progressive et malgré sa maladresse.

Elle semble très sensible aux sons forts, aux rythmes rapides et intenses, qui semblent la surstimuler, et auxquels « I2 » réagit, dans la vidéo, avec des mouvements répétés plus proches d'une décharge que d'une relation avec la mélodie.

« I3 » 4 ans et 3 mois à T1 (juin 2019)

« I3 » est une petite fille née en mars 2015, avec un diagnostic de trisomie 21. La famille est composée de la mère, vétérinaire, et du père, fermier, ainsi que d'une sœur de 2 ans. La famille vit dans une petite maison dans le hameau d'un village bien relié à tous les services. La mère est très active dans les contacts avec sa fille, qui a fréquenté la crèche avant d'entrer cette année à la maternelle.

La petite est suivie par une équipe spécialisée d'une association dans le domaine de la réadaptation. En fait, elle participe régulièrement à un programme de rééducation de groupe, et est suivie par un orthophoniste. À l'école, elle bénéficie d'un enseignant de soutien. Elle est suivie par le service de neuropsychiatrie infantile.

Elle se déplace de manière autonome dans les espaces, elle a de l'autonomie et prend des initiatives. Elle mange seule, elle demande de l'aide pour la propreté. Elle sait prendre les objets qu'elle veut par elle-même, et malgré la prise encore grossière et le positionnement particulier du crayon, elle est autonome dans le dessin, capable aussi d'une certaine précision (comme dans les contours). La petite expérimente un certain nombre de possibilités motrices à un niveau global (monter et descendre des escaliers, glisser sur le toboggan, rouler, faire des roulades, etc.), avec cette hyperlaxité qui semble être typique de la trisomie 21, avec toutefois un mouvement général du corps maladroit. Elle utilise également beaucoup ses mains, avec une habileté manuelle encore grossière, mais efficace car dotée d'une bonne autonomie.

L'enfant semble bien comprendre ce qu'on lui dit et peut faire des demandes. Lorsqu'elle ne répond pas aux demandes, il semble qu'elle le fasse intentionnellement. Même dans la communication avec les pairs, la compréhension semble être présente. Elle parle avec un langage encore très simple, elle est très communicative au niveau non-verbal : par les expressions des yeux, les postures, l'investissement des espaces. Au niveau de l'expression, son

visage semble parfois inexpressif, puis s'anime activement. Elle comprend les demandes de ses pairs.

« I4 » 5 ans et un mois à T1 (janvier 2019)

« I4 » est un petit garçon né en décembre 2013. Il est affecté par un nanisme hyperostotique de Lenz-Majewski (polyhandicap - syndrome extrêmement rare – 9 cas dans le monde) associant nanisme, dysmorphie faciale, *cutis laxa*⁸, ostéosclérose progressive, et déficience intellectuelle sévère. La mère est employée et le père est technicien dans le domaine de la prévention des incendies (diplôme d'école supérieure). Il a un frère de 3 ans.

Il est actuellement suivi par le service de neuropsychiatrie infantile et un psychomotricien.

Il dépend de la présence de l'adulte dans presque toutes les activités quotidiennes. Il comprend et accepte les activités qui lui sont proposées par les adultes et les enfants. Il comprend des phrases simples liées à ce qu'il connaît déjà et qu'il est habitué à faire. Il suit des yeux l'activité qui se déroule devant lui.

Communication (expression) : « I4 » ne parle pas. L'enseignante de soutien dit qu'il fait des lallations. Il émet des sons vifs lorsqu'il montre de l'enthousiasme pendant le jeu avec les pairs. Il secoue les mains et les jambes pour exprimer un oui/une approbation/un intérêt. Il lance parfois des choses pour exprimer sa désapprobation (mais dans le jeu, lancer des objets ne veut pas dire désapprobation). Il exprime son plaisir de façon visible par les expressions du visage, mais l'expression de son visage est moins identifiable quand il exprime sa colère. À la maison, il a l'air plus serein qu'à l'école.

Motricité : « I4 » marche lentement et seulement s'il est tenu par la main par un adulte, monte l'escalier en s'appuyant d'une main sur la rampe et de l'autre sur l'adulte. Sa dextérité manuelle est limitée par la pathologie (par exemple, il faut toujours l'aider à ouvrir/reboucher les feutres), il se déplace rapidement lorsqu'il est assis par terre, il est rapide dans certains mouvements lorsqu'il s'agit de jouer (par exemple, il prend très vite une voiture miniature quand il joue avec son frère).

⁸ La *cutis laxa* (du latin, « peau lâche » ou « relâchée », également appelée dermatolyse) est un groupe de maladies génétiques rares des tissus conjonctifs lesquels deviennent inélastiques et plissés.

3.2.2. Méthodologie adoptée

La recherche a eu lieu dans la province de Turin (Italie). Le consentement écrit des parents des enfants filmés a été obtenu pour tous les enfants (y compris les parents de tous les enfants des classes) ; le délai d'obtention du consentement a été d'environ un mois. Un psychologue a filmé trois enfants (« I1 », « I2 » et « I3 »), un autre psychologue a filmé « I4 ». Pendant le tournage, il n'y a eu aucun problème, le seul aspect particulier est que parfois les enfants se tournaient vers le psychologue pour le saluer ou lui poser des questions (dans le cas de « I1 », « I2 » et « I3 », le psychologue était déjà connu d'eux), malgré la présence la moins invasive possible par rapport aux séquences vidéo.

La recherche a été réalisée via des observations filmées des interactions entre enfants handicapés et d'autres enfants, dans quatre situations différentes :

- deux à l'école, dont une en présence et une en l'absence des enseignants (onze enseignants au total ont participé, enseignants de la classe et enseignants de soutien, et un éducateur scolaire),
- et deux à la maison, dont une en présence et une en l'absence des parents.

En détail:

- I1 : 16 vidéos (10 vidéos école + 6 vidéos maison)
- I2 : 12 vidéos (6 vidéos école + 6 vidéos maison)
- I3 : 12 vidéos (7 vidéos école + 5 vidéos maison)
- I4 : 7 vidéos (5 vidéos école + 2 vidéos maison)

Les vidéos ont une durée de 7 minutes en moyenne.

Toutes les vidéos, à l'exception de quelques fragments insignifiants, ont été analysées via une grille d'analyse et d'un montage vidéo pour chaque enfant, d'une durée d'environ 20 minutes chacun (en incluant les quatre situations : en famille, avec ou sans les parents ; à l'école, avec ou sans l'enseignant) avec des moments particulièrement significatifs. Les moments significatifs sont ceux dans lesquels « quelque chose se passe » dans la relation entre enfants et / ou adultes (par exemple lorsque dans la cour d'école I1 demande à son enseignante de soutien de jouer avec lui, elle décline l'invitation en le poussant ainsi à jouer avec des camarades). Toutefois, l'analyse des vidéos ne s'est pas basée sur ce montage mais sur toutes les vidéos, même si le montage rassemble les moments les plus significatifs.

Des réunions de restitution ont ensuite été organisées pour les participants, parents et enseignants de chaque enfant.

Une rencontre avec les parents a eu lieu dans le cabinet d'un des psychologues (soit 4 réunions avec les parents et l'équipe de recherche) au cours desquelles les vidéos prises à domicile ont été visionnées, suivies d'une discussion qui a développé une réflexion sur leur rôle. La méthode adoptée consistait à regarder les vidéos avec une pause à chaque fois que l'un des parents souhaitait intervenir et commenter ce que nous regardions.

La même méthode, visionnage vidéo et discussion, a été utilisée avec les enseignants de chaque enfant. Une rencontre avec les enseignants et l'équipe de recherche (soit 4 réunions au total), au cours desquelles les vidéos prises à l'école avec leur élève ont été visionnées, suivies d'une discussion qui a développé une réflexion sur leur rôle.

Avec le consentement des participants, les rencontres ont été enregistrées et retranscrites.

A partir des rencontres avec les enseignants, des éléments thématiques communs ont été dégagés et ensuite approfondis en un *focus group* qui a impliqué six enseignants (à l'exception des enseignants de « I4 » pour des difficultés de logistique). Le *focus group* a permis d'aborder les éléments suivants :

- 1) La perception des enfants envers les compagnons handicapés : perception physique (par exemple enfant « en verre ») ; mode relationnel (par exemple l'enfant handicapé comme poupée)
- 2) Que dit-on aux enfants du handicap de leur camarade ? En plus des mots, que se passe-t-il dans cette communication ?
- 3) Les enfants sont-ils en quelque sorte « forcés » de jouer/ d'être liés à l'enfant handicapé ?
- 4) Le rôle des enseignants de soutien
- 5) Relation privilégiée entre des enfants handicapés et des enfants présentant d'autres problématiques
- 6) L'enfant handicapé peut-il être grondé ? Pouvez-vous vous mettre en colère contre lui ?
- 7) La difficulté de « mesurer » sa présence pour l'enseignant de soutien : entre favoriser les relations avec d'autres enfants et recourir à une protection excessive
- 8) Contextes facilitateurs (par exemple la salle de classe vs cour): quels sont-ils et comment faire valoir leurs avantages d'un endroit à un autre?

Le focus-group, comme les entretiens, a été enregistré en retranscrit. L'ensemble du corpus a été anonymisé et tous les prénoms ont été modifiés.

À partir du matériel vidéo, des entretiens avec les enseignants et les parents, et du *focus group*, nous avons dégagé les thématiques principales issues des observations présentées ci-dessous.

3.2.3. L'impact des représentations et des attitudes

La représentation que se font les adultes du handicap va avoir un impact sur les attitudes des enfants typiques envers les enfants atypiques. De plus certaines conditions vont jouer un rôle de facilitateurs ou au contraire d'entraves dans ces relations entre pairs.

3.2.3.1. *L'explication de la diversité*

La représentation qui est donnée par les enseignants de l'enfant handicapé, et ce qu'ils communiquent aux autres enfants, est que l'enfant handicapé est un enfant « plus jeune », qui n'est pas toujours en mesure de faire certaines choses, « *comme vous quand vous étiez plus petits. Il ne peut pas faire certaines choses, comme vous ne pouvez pas en faire d'autres. Cela prend plus de temps. Tout le monde est différent* » (enseignant). Un autre, ajoute : « *il en est ainsi, il n'est pas malade, sinon il ne viendrait pas à l'école* » (enseignant) ou encore celui-ci : « *on explique les raisons de ce traitement réservé à cet enfant en particulier. Nous enseignons une certaine égalité, on l'explique aux enfants. Nous expliquons que tout le monde est différent mais on a tendance à le normaliser. Les enfants ne sont pas frustrés par cette explication* » (enseignant). Il est important que les enfants puissent toujours exprimer leurs préoccupations et de toujours répondre à leurs questions. S'il y a des craintes, elles disparaissent au cours de l'année. Dans tous les cas, ils perçoivent la différence : « *ils perçoivent la différence mais ensuite elle est surmontée par quelque chose à l'intérieur de « I4 », quelque chose qui attrape* » (enseignant).

Pour les frères des enfants en situation de handicap, le problème se pose moins parce qu'ils les ont toujours vus comme ça. « *Pourquoi « I4 » ne parle pas ? Pourquoi il ne marche pas encore ? « Parce qu'il est petit ! »*. Il n'a pas encore posé de questions sur son apparence. Au début, il disait « *il a de petites mains* » (parent). La mère de « I4 » relate les mots de son fils cadet : « *il ne le voit probablement pas si différent de son point de vue. En fait, il l'a maintenant catalogué comme « I4 est petit »*. Il est petit pour lui, donc un petit enfant, il ne joue pas avec un petit enfant » (parent).

Ces observations permettent de dégager ce qui facilite ou complique la compréhension des difficultés de l'enfant en situation de handicap par les enfants typiques, ainsi que le rôle joué par l'adulte.

Ce qui facilite les relations entre enfants : Dire que l'enfant handicapé est « petit », et que pour cette raison il ne peut pas faire certaines choses, « *comme vous quand vous étiez plus petits* », facilite la compréhension de ses difficultés par les enfants typiques. Si les enfants se sentent autoriser à poser des questions sur le handicap et qu'ils obtiennent tout de suite une réponse des adultes, cela facilite également les relations. L'adulte doit accepter les explications que les enfants typiques inventent concernant le handicap de leurs compagnons/frères et sœurs, et les corriger uniquement si elles peuvent entraver les relations entre eux.

Ce qui entrave les relations entre enfants : Les explications selon lesquelles l'enfant handicapé est plus jeune, si elles aident à comprendre, sont en partie trompeuses parce que ce n'est pas vrai. Cela nuit-il à la subjectivité de l'enfant handicapé ?

Le rôle de l'adulte : L'enseignant parle de diversité et non de handicap. L'adulte explique les diversités en essayant de les adapter à la capacité de compréhension des enfants, et de toujours répondre à leurs questions. C'est un rôle difficile de l'adulte (enseignant et parent) que d'expliquer la diversité en essayant de rendre chaque situation la plus « normale » possible pour ne pas entraver les relations dans la classe et dans la famille.

3.2.3.2. *Les attitudes de l'enfant typique envers l'enfant atypique*

Face à un enfant atypique, les réactions des enfants typiques vont être variées et peuvent aussi dépendre de la visibilité du handicap : « *peut-être parce que les enfants sont conscients des handicaps et des difficultés de l'enfant. Si vous le voyez dans un fauteuil roulant, vous êtes plus intrigué ; si, en revanche, c'est une difficulté mentale et physiquement c'est comme eux, ils ont plus de mal à saisir la différence* » (enseignant). Les vidéos montrent cependant la spontanéité des relations entre les enfants typiques et atypiques, et une attitude souvent protectrice : « *quand « I1 » parle, il n'y a qu'un seul enfant qui rit, les autres ne rient pas. Nous disons à celui qui rit : non, ce n'est pas juste, parce que « I1 » doit encore apprendre, il y aura d'autres choses que tu ne peux pas faire. Ils savent qu'il a cette difficulté, d'autres enfants ont d'autres difficultés, cela ne prend que du temps. Les autres enfants l'aident, il est très bien accepté, il est drôle, gratifiant. Il est très ironique, il est le seul à comprendre les blagues du Piémont que nous faisons entre enseignants* » (I1, enseignant). Par exemple, dans le cas d'un jeu pouvant nuire à l'enfant handicapé, une fillette intervient pour préserver sa sécurité physique, en protestant auprès de ses camarades pour arrêter un jeu potentiellement dangereux pour lui, tout cela indépendamment du regard de l'enseignant (« I4 »). Parfois, l'enfant typique est tyrannisé par les enfants handicapés (par exemple, une fille ne réagit pas physiquement à la gifle que « I3 »

lui donne, mais s'en va) ; parfois, cependant, ce sont les enfants handicapés qui sont emmenés ou touchés par leurs pairs comme s'ils étaient une poupée ou un objet inanimé : l'enfant handicapé se prête à ce « jeu », mais parfois il exprime aussi sa propre volonté et ses émotions. *« Je me souviens de cette petite fille qui n'était pas handicapée mais qui avait subi une opération à la tête, n'avait pas de cheveux. Ils lui touchaient souvent la tête, puis touchaient la leur. Ils l'ont traitée comme différente parce qu'elle n'avait pas de cheveux. Ils vont vérifier la situation, ils n'ont pas peur. Il y a beaucoup de spontanéité, plus ils sont petits, plus ils sont instinctifs. Quand ils sont plus âgés, ils ont des attitudes plus protectrices. Je me souviens, il y a trois ans, Christian, peut-être qu'il s'était fatigué après un certain temps parce qu'il était aveugle, mais il a toujours ressenti cette présence autour de lui de cette petite fille qui lui mettait et enlevait ses chaussures, etc. ... il y a eu une période pendant laquelle il lui tirait les cheveux et les autres enfants étaient époustouflés par cette réaction. Et les autres enfants pleuraient, ils ne réagissaient pas (enseignant). Souvent, les enfants les plus sensibles font plus attention : « même parmi les enfants, quand il y a quelqu'un avec un handicap ou quelqu'un qui se tient à l'écart, les autres ont du mal à l'impliquer. C'est peut-être nous, les adultes, qui lançons un stimulus ... Il arrive alors qu'il y ait des enfants qui ont une plus grande sensibilité et qui vont le chercher, mais ce n'est pas la majorité. Ce sont des enfants très attentifs aux autres » (enseignant). D'après un autre enseignant, « la perception liée au handicap physique a un impact plus important du point de vue relationnel que, par exemple, le fait qu'un enfant avec une déficience intellectuelle peut être plus passif dans les situations de conflit ». L'agressivité de l'enfant atypique peut également entrer en jeu : « cela dépend même s'ils [les enfants en situation de handicap] sont agressifs... s'ils le sont, les enfants s'éloignent. Il n'y a pas la même relation parce qu'ils ont peur » (enseignant).*

Les enseignants nous disent que, d'après leur expérience, les filles, par rapport aux garçons, sont plus protectrices, « maternelles » avec les enfants handicapés et les garçons plus « physiques ». *« Disons que de la part des filles il y a une plus grande attention à l'accueil, aux soins ... pas toutes hein, mais chez certaines il y a cette caractéristique. Peut-être que le garçon ne prend pas en considération cette attention, il a une façon de jouer beaucoup plus active, plus physique. Chez les filles, il y a plus de douceur. Elles sont parfois plus douces et plus maternelles. Mais les soins sont assurés par les deux sexes. La fille entre en symbiose avec la mère, avec la femme. Les petits mettent en œuvre un langage moins verbal dans lequel la relation est corporelle, ludique, mais de manière moins structurée » (enseignant).*

Les parents témoignent de la complicité dans la fratrie : « *Si je réprimande lourdement l'un des deux, le regard se tourne vers la sœur, ils se comprennent, puis se prennent par la main et disent « dit-moi ce qui s'est passé, est-ce que tu t'es fait mal ? ». La réponse est toujours « oui (parce que maman est méchante) ». « Ok, viens avec moi, je prends soin de toi. », se disent-elles, elles vont dans la chambre et pleurent toutes les deux, elles sont complices. Elles se prennent par la main. « Je n'avais jamais pensé à un lien aussi fort », observe la maman (parent, « I3 »).*

Ce qui facilite les relations entre enfants : les enfants typiques ont généralement une attitude accueillante et souvent protectrice envers les enfants handicapés. Leur compréhension de l'incapacité physique est immédiate, moins celle liée aux difficultés mentales, mais cet écart se réduit au fil des ans. Dans la vidéo d'« I4 », sa différence physique suscite beaucoup d'intérêt/curiosité (par exemple quand une petite fille fixe le visage de « I4 », puis détourne le regard et fixe ses mains). Quant à l'effet « poupée », on voit dans la même vidéo comment une fillette intervient pour bloquer deux compagnons qui interagissent avec « I4 » de manière incongrue. Certains enfants sont plus sensibles, plus empathiques que d'autres et comprennent mieux la situation des enfants handicapés. Les garçons et les filles ont une attitude différente envers les enfants handicapés, les filles sont plus protectrices, les garçons plus physiques. Selon les enseignants, une classe devrait idéalement avoir une proportion d'enfants égale entre les deux sexes.

Ce qui entrave les relations entre enfants : Les enfants typiques traitent parfois l'enfant handicapé comme s'il s'agissait d'une poupée, pour leur amusement, ce qui peut conduire à une dé-subjectivation de l'enfant handicapé, qui parfois ne réagit pas. Même en situation de conflit, l'enfant handicapé a tendance à céder plus tôt. Les difficultés mentales des enfants atypiques sont moins immédiatement comprises par leurs compagnons. Si l'enfant handicapé est agressif, les compagnons s'éloignent.

Rôle de l'adulte : Les enseignants interviennent avec des explications, des stimuli, des exemples, des « mantras comportementaux » (« *Vous ne devez pas toucher la tête de « I4 »* ») pour encourager la relation typique-atypique et éviter les conflits.

3.2.3.3. *Les liens entre enfants en difficultés*

Les enfants « en difficultés » (avec des troubles émotionnels, des troubles comportementaux, en situation de handicap) ont tendance à s'attirer mutuellement. « *Les enfants se choisissent.*

On le remarque souvent. C'est ainsi que commencent des relations parfois impensables » (enseignant). La relation privilégiée peut être créée entre un enfant handicapé et un enfant qui, comme lui, a des difficultés, par exemple de communication, de relation, etc. Dans ce cas, se forment des couples qui passent beaucoup de temps ensemble. C'est une relation particulière, basée sur l'union des difficultés mutuelles, et qui tend à en exclure d'autres, mais c'est aussi une relation qui peut apporter un enrichissement expérientiel aux deux. Dans le cas de « I1 », nous avons vu dans la vidéo comment l'enfant handicapé fait un « usage intelligent » de l'un de ses compagnons, comme un pont pour entrer en relation avec un autre enfant ayant des difficultés comportementales. Dans un autre cas (« I3 »), il existe une relation temporellement privilégiée entre les deux enfants en difficulté, mais « I3 » est capable de se « décrocher » du partenaire pour démarrer une activité, seul, ou pour entrer en relation avec un autre compagnon.

Une hypothèse est que cette dynamique relationnelle peut se produire parce que le partenaire est perçu comme plus « accessible » que les autres enfants. Dans la vidéo de « I3 », par exemple, il semble qu'à certains moments le jeu des camarades est difficile pour elle : par exemple, un jeu de règles plus complexes qu'elle ne peut suivre, ou un niveau symbolique également complexe et articulé. Une question qu'on peut se poser à cet égard, par exemple, est de savoir comment sont les contextes éducatifs inclusifs (relation, espaces, objets), et quelle influence cet aspect peut avoir dans la création de relations au sein du groupe de pairs.

Ce qui facilite les relations entre enfants : La difficulté peut rapprocher les enfants et les conduire à une certaine complicité. Parfois, c'est seulement un temps plus long passé ensemble par rapport aux relations avec les pairs typiques, parfois c'est une relation qualitativement différente, qui permet de plus grands degrés d'exploration (par exemple « I3 » qui joue avec Ennio et lui propose deux fois, d'une façon complice, de sortir de la classe avec lui). Un lien entre deux enfants « en difficultés » enrichit souvent les deux d'expériences, qu'ils ne pourraient pas faire autrement.

Ce qui entrave les relations entre enfants : Le lien entre deux enfants « en difficultés » ne doit pas être exclusif car il repose souvent sur un lien en miroir (chacun reconnaît ses propres difficultés en l'autre), et risque de devenir une relation « morbide » qui empêche les relations avec d'autres enfants.

Rôle de l'adulte : L'adulte doit être attentif à ce que les liens entre les enfants « en difficultés » ne deviennent pas morbides, limitant ainsi les relations avec les autres enfants : « nous les respectons jusqu'à ce qu'ils deviennent morbides. Comme avec l'enfant tétraplégique, il y avait

un enfant qui était obsessionnel par rapport à lui, il le touchait toujours, lui apportait des jeux... en fait, nous avons réagi, nous l'avons forcé à se relayer aussi avec d'autres enfants » (enseignant).

3.2.3.4. Un enfant intouchable

L'enfant handicapé peut être considéré comme « intouchable », et en tant que tel, il peut être difficile de légitimer le fait que l'on peut se mettre en colère contre lui ou qu'il soit grondé par les enseignants (ces derniers disent que les enfants typiques demandent parfois explicitement à l'enseignant de ne pas se fâcher avec l'enfant handicapé, même s'il a fait quelque chose qu'il n'aurait pas dû faire, sachant que pour la même chose ils seraient eux-mêmes réprimandés) : *« un jour, je me suis mis en colère [contre un enfant en situation de handicap], un enfant est venu et a dit 'tu n'as pas à le gronder', il est petit » (enseignant).*

Les parents, quant à eux, justifient les différences de traitement en fonction des différents besoins des frères et sœurs : *« il me semble qu'en fin de compte, il est difficile de ne pas toujours donner raison à « I4 »... Je gronde parfois aussi « I4 », mais j'échoue, je ne sais pas. Si « I4 » met ses mains sur la télévision, je dis « pas de mains sur la télévision ». Marco [le frère] me met plutôt en colère s'il le fait, et il le fait exprès. Parfois, il le fait exprès » (parent, « I4 »).*

Ce qui facilite les relations entre enfants : Dans la vidéo de « I3 », il est intéressant de remarquer que l'enseignant pose des limites à l'enfant handicapée quant à l'utilisation du toboggan, comme à tous les autres enfants. Non seulement pour la petite fille, mais aussi parce que cela se passe devant ses compagnons, présents et observateurs de ce qui se passe. Cela favorise peut-être la légitimation, pour l'enfant typique, d'émotions, même conflictuelles, à l'égard des compagnons handicapés, de comportements plus « égaux » à leur égard. Et cela présente l'avantage du processus évolutif de tous les enfants.

Ce qui entrave les relations entre enfants : Les différences de traitement peuvent accentuer la diversité entre enfants handicapés et enfants typiques qui, bien que compris et justifiés par les enfants typiques, peuvent altérer leurs relations au fil du temps (Par exemple, durant un jeu de petites voitures, le frère de « I4 » ne lui prêtant pas attention, « I4 » perturbe le jeu de son petit frère, jusqu'à ce que ce dernier « vole » la voiture de « I4 », provoquant sa colère).

Rôle de l'adulte : Les enseignants et les parents sont moins sévères avec les enfants handicapés que les enfants typiques. L'adulte devrait accueillir les protestations des enfants typiques contre les « réprimandes » des enseignants envers les enfants handicapés, ce qui signifie entendre ces

manifestations comme un signe d'empathie et de protection envers l'enfant en situation de handicap. Il est difficile pour l'adulte de trouver un équilibre dans ces situations.

3.2.4. Les conditions qui peuvent faciliter ou entraver les liens

Après avoir vu l'impact des représentations des adultes et les différentes attitudes des enfants typiques envers l'enfant atypique ou entre les enfants « problématiques » entre eux, cette partie aborde les conditions qui peuvent également jouer un rôle.

3.2.4.1. *La présence d'un tuteur*

En classe, la présence d'enfants à qui les enseignants ont confié le rôle de tuteur/assistant d'un autre enfant peut jouer un rôle important dans les relations entre pairs : dans certains cas, le tuteur est assigné spécialement à l'enfant handicapé, dans d'autres cas, un tuteur plus âgé est chargé de soutenir chaque enfant plus jeune, qu'il ait ou non un handicap. Les enseignants tentent d'identifier un tuteur compatible avec l'enfant à suivre, mais dans certains cas le tuteur est trop présent et étouffe l'autre enfant. Les enfants semblent heureux de ce rôle. Dans certains cas, ils peuvent s'en lasser, mais il y a aussi des aspects de créativité (par exemple « la ceinture », inventée par les enfants et qui consiste à entourer de leur bras la taille d'« I4 » pour l'empêcher de tomber de la chaise). L'attention des enseignants en ce sens est centrale. « *Chaque enfant plus âgé se voit confier un enfant plus petit, qui l'accompagne pour se mettre en rang, pour boire, prendre son sweat-shirt. Les appariements ne se font pas par hasard, nous essayons de faire correspondre personnes et caractères. Cela s'applique à tout le monde. Ici, « I1 » avait le même âge que le tuteur, mais le tuteur suivait un cours plus avancé. Il a eu un tuteur trop proche de lui, qui le traitait comme une marionnette. Il en a souffert et il l'a fait comprendre. On a remplacé le tuteur. Parfois, il y a des tuteurs qui disent « je ne veux plus être grand », surtout s'ils ont un jeune frère à la maison » (enseignant, « I1 »).*

Ce qui facilite les relations entre enfants : Un tuteur approprié peut être d'une grande aide pour l'enfant suivi, handicapé ou non, en lui facilitant les choses dans tous les aspects de la vie scolaire. Les adultes doivent clairement expliquer à l'enfant handicapé qu'il peut exprimer le désir de changer de tuteur s'il n'est pas à l'aise avec lui.

Ce qui entrave les relations entre enfants : Un tuteur qui a tendance à remplacer l'enfant en l'« étouffant », avec la création de dynamiques qui ne conduisent pas à une évolution psychique mais, au contraire, à une involution psychique, négative pour les deux membres du binôme.

Rôle de l'adulte : Les enseignants doivent identifier le tuteur approprié pour l'enfant à suivre, en surveillant constamment la situation, en remplaçant le tuteur par un autre si la relation devient problématique.

3.2.4.2. *Un espace ouvert*

Les observations réalisées apportent des réflexions liées au contexte et aux environnements qui peuvent faciliter les interactions : parfois l'espace ouvert peut favoriser les relations entre pairs permettant une plus grande possibilité de contact, d'autres fois il peut provoquer une certaine dispersion, au point de rendre un environnement plus confiné préférable, comme l'espace fermé de la classe. Dans la cour, l'enseignant a davantage une position d'attente, il peut mieux voir « ce qui se passe ». Le grand espace favorise l'expression de l'enfant, il accentue les dynamiques positives : « *il est clair que plus vous avez de grands espaces, plus vous avez la possibilité de faire sortir des choses. Dans les premiers jours d'école, les accueils se font à l'extérieur car les enfants pleurent beaucoup moins. Nous avons vu que le pourcentage de pleurs diminue considérablement parce que, je ne sais pas comment dire, c'est juste différent que d'être en classe. Nous avons vu que cela fonctionne pour les parents aussi, c'est quelque chose qui est bon pour tout le monde. Ils se sentent plus à l'aise* » (enseignant). Mais il peut accentuer les dynamiques négatives dans la mesure où si l'enfant a des difficultés de relation en classe, cela peut être encore plus le cas à l'extérieur : « *il peut se passer aussi que si un enfant a des difficultés à se lier, il est un peu isolé en classe, à l'extérieur son isolement augmente.* »

Dans un grand espace, l'enseignant « base de sécurité » est moins proche : comment réagit alors l'enfant ? Cette thématique de l'espace ouvert apparaît étroitement liée au degré de présence de l'adulte, abordée ci-dessous.

Ce qui facilite les relations entre enfants : L'espace ouvert favorise une relation différente et plus libre entre les enfants, également en raison du rôle moins central de l'enseignant. L'enfant s'aventure davantage dans l'exploration et peut gérer la proximité et la distance. En général, l'espace ouvert favorise le développement des relations entre enfants, surtout lorsqu'elles sont déjà bien avancées. Par exemple « I1 » alterne distances et rapprochements avec l'enseignant de soutien, l'utilisant comme « base de sécurité » puisque l'enseignant reste en marge mais toujours disponible, avec une attitude détendue et sûre.

Ce qui entrave les relations entre enfants : Dans certains cas, et surtout au début de la période scolaire, l'espace ouvert peut augmenter l'isolement de certains enfants en difficultés.

Rôle de l'adulte : L'espace extérieur permet à l'enseignant d'avoir un point d'observation des enfants différents et qui transforme en partie leur rôle. L'adulte utilise l'espace extérieur pour être à disposition de l'enfant en cas de besoin, l'encourageant à jouer avec ses compagnons, dans un contexte plus libre où les mouvements de la relation sont gérés, en ce cas, par l'enfant. Il permet également aux enseignants de se consacrer temporairement à un seul enfant si nécessaire. L'espace extérieur accentue les dynamiques existant entre enfants, dans un sens positif mais aussi négatif.

3.2.4.3. *Le degré de présence de l'adulte*

Parfois, l'adulte a tendance à surprotéger l'enfant handicapé et, par conséquent, sans le vouloir, à l'isoler. De plus, il peut y avoir de la difficulté à comprendre à quel moment il convient d'intervenir et quand il est probablement plus utile d'éviter l'intervention, permettant ainsi une plus grande autonomie dans la gestion du conflit entre enfants, qui est fondamentale pour leur développement. L'enseignant de soutien peut ne pas s'empêcher d'intervenir lors de conflits entre l'enfant handicapé et les autres, et prendre des mesures pour y mettre fin.

La prise de conscience du rôle de l'enseignant, la compréhension des limites et du potentiel de l'enfant handicapé, son intentionnalité et sa « perception » de l'enfant lui-même est fondamentale. La condition physique de l'enfant compte également : dans le cas de « I4 » (polyhandicap), il faut absolument éviter les situations qui peuvent le mettre en danger. Dans certains cas, l'enseignant de soutien peut être hyper présent pour « justifier » son rôle auprès des autres enseignants : *« nous avons deux enseignantes de soutien qui sont trop protectrices vis-à-vis des enfants qu'elles suivent, nous leur avons donc fait remarquer et elles ont essayé de prendre du recul et en fait c'est mieux, les enfants se sentent maintenant plus libres, ils ont commencé à changer de place en classe, alors que leur enseignant de soutien était toujours proche d'eux. Il y a des situations dans lesquelles l'enseignant de soutien arrive et nous disons « heureusement vous n'étiez pas là aujourd'hui, nous l'avons laissé se battre avec un enfant, mais si vous aviez été là vous ne l'auriez pas permis » »* (enseignant). L'importance de l'expérience professionnelle et du degré d'estime de soi émergent également : si l'enseignant de soutien est sûr de lui, il transmet cette sécurité aux autres enseignants et aux enfants : *« Cela dépend aussi du nombre d'années de soutien... vous devenez plus fort avec le temps. J'avais commencé avec des enfants autistes et j'étais terrifiée de les réprimander et de dire non, Si je dis non qu'est-ce qui se passe ? Est-ce qu'il s'effondre ? »* (enseignant). En tant que « base sécuritaire », l'enseignant, comme mentionné, doit être disponible comme « source de recharge de

sécurité » pour l'enfant : « *Maura [enseignante de soutien] nous donne beaucoup de sécurité. Elle laisse vivre l'enfant. On ressent sa sérénité, si elle est calme nous le sommes aussi. Au fil des ans, tout le monde prend un peu de sécurité* » (enseignant), mais il ne doit pas nécessairement être toujours proche de lui. Cette « passivité » de l'enseignant peut être une attitude difficile pour l'enseignant lui-même. En revanche, une hyper présence de l'enseignant (de soutien) risque de ne pas permettre à l'enfant de faire émerger son « désir ».

Dans la vidéo de « I4 », l'enseignant encourage les enfants typiques à jouer ou se rapprocher de l'enfant handicapé, presque comme une obligation : dans ces cas, l'enseignant semble diriger le jeu pour favoriser l'intégration de « I4 » et il devient alors une sorte d'ego auxiliaire de l'enfant, ses jambes, sa voix, risquant de remplacer l'intentionnalité de l'enfant et son (supposé) désir : « *Nous demandons également à l'enfant [typique] de prendre l'enfant handicapé par la main... oui, ils se sentent importants de cette façon... ils se sentent responsabilisés* » (enseignant).

Dans le cas de « I2 » également, nous voyons dans la vidéo la mère qui la fait danser comme une marionnette : l'impression est que cette mère ne laisse pas émerger le désir de la fille mais veut l'anticiper, ou remplacer le désir de la fille par le sien. Dans ce cas, nous nous sommes demandé dans quelle mesure l'attitude de cette mère aurait pu être influencée par son désir de faire une « bonne impression » dans la vidéo. Ou encore, la mère ayant une longue expérience d'éducatrice dans une communauté pour enfants handicapés, un désir inconscient de montrer une « bonne intervention éducative », avec une possible confusion entre la fonction maternelle et celle de l'éducatrice à domicile (la famille a actuellement quatre enfants en adoption ou en famille d'accueil, dont un seul sans problèmes importants, deux en situation de handicap, et un avec des difficultés importantes nées d'un contexte relationnel défavorisé). La réaction de la mère pendant le visionnage des vidéos est cependant intéressante, car elle semble frappée par les attitudes plus autonomes et affirmées de la petite fille avec ses frères, en l'absence de l'adulte.

Ce qui facilite les relations entre enfants : Un enseignant qui sait être présent en cas de besoin et sait rester en arrière lorsque l'enfant handicapé interagit avec ses compagnons, intervenant si nécessaire et prenant place à l'arrière lorsque la situation le permet, même s'il est toujours disponible en cas de besoin. Une « perception » positive de l'enfant handicapé et de ses potentialités favorise également les relations entre enfants.

Ce qui entrave les relations entre enfants : Un enseignant trop présent limite l'évolution psychique/relationnelle de l'enfant handicapé et entrave les relations, notamment conflictuelles, avec ses pairs. Une « perception » négative de l'enfant handicapé entrave la relation.

Rôle de l'adulte : Dans les vidéos, nous avons assisté à deux modes de comportement très différents de la part des enseignants de soutien : une présence constante pour « I4 » et une présence modérée pour « I1 ». Il faut dire que les conditions physiques de « I4 » nécessitent une attention continue, également parce qu'il y a déjà eu un petit accident à l'école qui, selon les enseignants, a constitué un traumatisme pour eux et les camarades de sa classe, qui s'en souviennent encore. Mais l'enseignant de soutien de « I4 », en visionnant les vidéos, admet lui-même une hyper présence, même si elle est justifiée à des fins de protection. La mère de « I2 » a également été impressionnée en voyant dans les vidéos la diversité d'attitudes de sa fille en fonction de la présence ou de l'absence de la mère, et la trouvant plus confiante et affirmée dans le deuxième cas. L'adulte doit savoir doser sa présence : son désir de protéger et d'éviter un isolement excessif ou des difficultés à l'enfant handicapé est compréhensible, mais un excès de présence risque de limiter le développement de son autonomie, d'empêcher la manifestation de son désir et de limiter le développement naturel de ses relations avec les pairs.

En cela, l'expérience professionnelle et personnelle de l'enseignant joue un rôle important : souvent un enseignant peu sûr de lui ou novice aura tendance à surprotéger l'enfant handicapé, en partie par crainte que quelque chose de négatif puisse lui arriver, ou en partie pour justifier son rôle aux yeux d'autres professeurs. Il aura parfois même tendance à "remplacer" l'enfant en situation de handicap pensant deviner ses pensées et ses désirs, et agissant en conséquence.

Regarder les vidéos des enfants favorise, à la fois pour les enseignants et pour les parents, une prise de conscience de leur rôle et de leur style de relation avec les enfants, et fournit des éléments précieux sur la façon dont l'enfant se comporte avec ses pairs.

3.2.4.4. *L'adulte comme modèle*

En plus du degré de présence de l'adulte (enseignant ou parent), son rôle d'exemplarité est manifeste, notamment auprès des enfants typiques : *« les enseignants au début donnent l'exemple et les enfants voient comment ils font. Ils [les enfants typiques] ont un sentiment de protection et une forte affection »* (enseignant) et son attitude envers l'enfant en situation de handicap va être à la base des comportements des autres enfants : *« Mais... l'approche de l'enseignant à l'égard du handicap de l'enfant est fondamentale, oui, car même si tu ne le*

souhaites pas, tu fais passer le message » (enseignant) ou « quand j'étais très jeune, ma mère ne vivait pas avec moi, donc pendant les deux premières années et demie de la vie de Marco, j'étais seule avec eux deux. C'était très difficile pour moi. Donc « I4 » était très très très petit. Beaucoup moins indépendant. Il y avait des moments où « I4 » pleurait très fort et moi, la seule façon de me défouler était de crier. Avec « I4 » je disais, en criant, de ne pas crier, crier. Aujourd'hui, rétrospectivement, je comprends que c'est quelque chose qui ne se fait pas. Marco a assimilé cela, alors quand « I4 » crie, il lui crie de ne pas crier. Une modalité que je n'ai plus. Mais moi, les deux premières années et demie... Ce que j'ai pu... c'est ça » (parent, « I4 »). Il peut s'agir parfois d'une recherche de reconnaissance des enfants vis-à-vis de l'adulte : « Ou peut-être, étant donné que l'attention de l'enseignant se concentre sur I3, si j'imité l'enseignant, je serai mieux considéré aussi par l'enseignant », comme nous l'avons observé pendant un moment de jeu dans la cour de l'école (psychologue).

Ce qui facilite les relations entre enfants : Si le modèle est approprié, les enfants reproduisent le comportement favorable. Dans le cas de la vidéo dans la cour de « I3 », les enfants imitent peut-être le comportement de l'enseignant pour être mieux pris en compte par l'enseignant lui-même, ou pour à leur tour entrer dans ce "cercle" d'affection qui s'est créé.

Ce qui entrave les relations entre enfants : Si le modèle est inapproprié, les comportements reproduits par les enfants seront inappropriés.

Rôle de l'adulte : L'adulte constitue souvent un modèle de comportement pour les enfants qui, pour le meilleur ou pour le pire, l'introjectent et le reproduisent envers les autres enfants.

3.2.4.5. *Connaître la famille de l'enfant et les liens avec celle-ci*

La connaissance de ce qui se passe dans la famille peut favoriser l'expression de l'enfant handicapé envers ses camarades et les enseignants. « Lorsque nous faisons le circle time, où les enfants parlent à tour de rôle, « I1 » parle aussi. Il a un grand désir de raconter. Pour contrecarrer le fait qu'on ne comprend pas ce qu'il dit, si nous savons ce qu'il a fait les jours précédents en demandant aux adultes qui l'accompagnent... nous demandons au père de nous informer de temps en temps, parce que nous ne voulons pas décevoir « I1 », si nous pouvons parler à quelqu'un qui l'a accompagné ou à une de ses nounous, peut-être que « I1 » nous dit que l'autre jour il est allé à la fête d'anniversaire de Daniela, donc si nous le savons nous essayons de comprendre quand il parle. Et « c'est à vous de parler » et lui : « babab ba ... » Donc, si nous savons peut-être plus ou moins ce qui s'est passé, nous pouvons continuer un

discours de dix minutes. Nous avons demandé à son père de nous écrire de temps en temps, parce qu'il a ce besoin de parler et donc de temps en temps... parce que nous ne voulons pas le décevoir parce qu'il a une énorme envie de dire... nous nous accrochons à ses « mots » en les déchiffrant... et ainsi il parle « normalement ». » (enseignant, « I1 »).

Ce qui facilite les relations entre les enfants : La connaissance des événements familiaux actuels facilite la communication avec la classe.

Ce qui entrave les relations entre enfants : Le manque de connaissance des événements familiaux empêcherait « I1 » de « parler » à ses camarades, ce qui serait source de grande douleur pour lui.

Rôle de l'adulte : Si les parents informent les enseignants des événements familiaux actuels cela favorise la communication entre l'enfant en situation de handicap et les enseignants et surtout entre l'enfant en situation de handicap et ses camarades.

3.2.5. Discussion sur la méthodologie et la recherche en Italie

En plus de ces thématiques principales qui ont émergé de nos observations, nous avons noté les éléments suivants :

- **Intérêt des parents et des enseignants pour l'expérience qui les a impliqués dans la recherche.** Les psychologues ont été bien reçus dans les classes par les enseignants et par les enfants qui n'ont pas vécu leur présence comme une intrusion.

- **Importance pour les enseignants et les parents de se revoir dans les vidéos** : en particulier les enseignants ont exprimé l'importance de se voir au travail car cela permet de réfléchir sur ce qui s'est passé et sur leur rôle en général (« *Revenez demain à l'école* », disaient-elles aux psychologues, « *ainsi on pourra faire des vidéos avec d'autres enfants ...* »). La vision d'ensemble et les commentaires sur les vidéos ont constitué un espace de réflexion partagée, de « supervision » qu'ils n'ont pas à l'école, avec des répercussions probablement immédiates sur leur travail (par exemple, les enseignants de « I1 » n'avaient jamais fait le lien entre ses difficultés en termes d'abstraction et de représentation mentale et sa déficience intellectuelle : « I1 » sait comment connecter la casquette et le marqueur quand il s'agit d'objets physiques mais pas si les deux éléments sont représentés par des images). Ils ont réalisé que le modèle de référence est toujours l'enfant typique, alors que celui de l'enfant atypique paraît incompréhensible et ont réfléchi au principe (inapproprié) de « *nous sommes tous égaux* ». Les

questions qui ont émergé sont celles relatives à la compréhension du handicap et accueillir l'enfant dans sa particularité/subjectivité. Le risque opposé (mais qui dénie également l'identité de l'enfant en situation de handicap) consiste à considérer chaque aspect de l'enfant comme la conséquence de son diagnostic.

- **Les enseignants et les parents ont eu du mal à commenter la séquence vidéo proposée sans se référer à leur expérience globale relative à cet enfant** et en général à toute leur expérience scolaire. En voyant les vidéos, les enseignants se sont posé pour la première fois des questions sur les enfants handicapés : ces questions jamais posées ne pourraient-elles pas concerner également les enfants typiques ? L'effet de l'observation est que parfois cela oblige à remettre en question le schéma que l'on a de l'enfant et dans lequel ce comportement observé ne s'intègre pas (prévalence de processus mentaux du type « *top down* » par rapport aux processus « *bottom up* », selon les termes de la psychologie cognitive).

- Dans quelle mesure la représentation culturelle et subjective du handicap affecte-t-elle les réponses de l'adulte aux questions des enfants ? Par exemple le concept de normalité et celui du retard "il est encore petit, il apprendra plus tard ..."

- Un facteur de protection est le parent qui reconnaît et légitime le conflit et l'autonomie dans la relation entre frères sans les remplacer, mais en tout cas en les accompagnant et les soutenant selon leurs caractéristiques individuelles. Dans le cas de « I3 », la mère souligne l'intention de soutenir la relation sans trop intervenir, même si elle doit tenir compte de l'âge de la sœur. Par exemple, « I3 » tient dans la main un cracker. Sa sœur, âgée de deux ans, se dispute avec elle parce qu'elle en veut un morceau. La mère se limite à dire que la sœur peut peut-être aussi en avoir un morceau. Dans ce cas elle « régule » le conflit, sans l'apaiser, car la petite fille - pas encore 2 ans – était dans une phase où elle mordait. Même la mère de « I2 » aborde le thème du conflit entre frères et sœurs (qui sont quatre à la maison), et les différentes dynamiques. Le type de relation que le parent entretient peut favoriser ou entraver une relation autonome avec ses pairs, et la relation avec ses frères et sœurs peut être un « entraînement » pour la relation avec les pairs hors de chez eux.

- La difficulté à trouver « les mots pour le dire », concernant le handicap et les questions que les enfants se posent, semblent émerger aussi dans la famille, ainsi que la difficulté à expliquer, à mettre des mots de la part de l'adulte. Par exemple Gemma, (sœur de « I3 »), demande souvent aux parents pourquoi sa sœur a plus d'espaces d'activités qu'elle. En effet « I3 » est suivie par différents professionnels de rééducation. De plus, rejoindre les lieux d'activités demande du

temps, et ce sont les parents qui emmènent « I3 ». Donc, Gemma s'inquiète et demande pourquoi ils montrent davantage de disponibilité pour la sœur, et moins pour elle. La mère explique qu'il n'est pas facile pour eux de donner une réponse, « on va laisser passer encore un peu de temps ». La mère de « I2 », quant à elle, évoque la façon dont les enfants vivent, quelles questions ils se posent ou ce qu'ils disent d'eux-mêmes : Stefano est fier de son syndrome ; « I2 » s'inquiète quand après la phase d'excitation Andrea tombe dans une sorte d'état dépressif, et elle demande ce qu'il se passe pour Andrea. Dans le cas de la famille de « I2 », il serait intéressant de réfléchir à l'influence que peut avoir la présence de plusieurs enfants handicapés en termes d'identification.

- Il semble intéressant que dans la discussion, les mères de « I2 » et « I3 » voient leurs enfants dans chacune de leur fratrie comme complémentaires l'un de l'autre. Chacune raconte en effet les relations fraternelles dans cette perspective : dans la fratrie de « I3 », « I3 » est un stimulus pour Gemma sur des jeux d'apprentissage plus fonctionnels, Gemma est un stimulus pour le jeu symbolique, la créativité, l'imagination. Dans la fratrie de « I2 », Andrea est un stimulus pour « I2 » qui est très tactile, ou parce que lorsqu'il joue ou lit le livre à « I2 », « I2 » est là ; « I2 » est un stimulant pour Andrea car lui seul ne ferait jamais un jeu créatif. Quand Stefano fait ses devoirs, « I2 » aime se taire près de lui, le regarde, retrouve son calme. Lorsqu'il est énervé, Stefano fixe la limite, et parfois il tape avec ses « grosses mains », comme dit la mère.

4. RESULTATS DES DIFFERENTES ANALYSES

4.1. PRÉSENTATION DES 32 ENFANTS

Nous récapitulons ici les caractéristiques des trente-deux enfants observés.

Tableau 16 : Récapitulatif des enfants observés à T1

	B1	D1	D2	E1	E2	F1	F2	G1	G2	H1	H2	i1	i2	J1	J2	K1	K2
Sexe	F	F	M	M	F	F	M	M	M	M	F	M	M	M	M	F	F
Age à T1	2a 9m	11 m	2a 1 m	2a 3 m	3a 7m	4a 5m	3a	3a	5a 6 m	3a 11 m	2a 11 m	3a	3a 7m	4a 9m	3a 3m	3a 3m	2a 1m
	K3	L1	L2	M1	N1	N2	O1	O2	O3	P1	P2	P3	Q1	Q2	Q3		
Sexe	F	M	F	M	M	M	M	F	F	F	F	M	M	F	F		
Age à T1	2a 3 m	3a 8m	NP	NP	2a 3m	4a 1m	3a 3m	3a 1m	2a 11 m	2a 9m	5a	3a 7m	3a 11 m	4a 1m	1a 10 m		

NP : non précisé

« B1 », 2 ans et 9 mois à T1 (octobre 2017)

« B1 » est une **petite fille trisomique, née en janvier 2015**. Elle est la cadette d'un grand frère de 6 ans son aîné et qui a été adopté à l'âge de 15 jours. Son père est exploitant agricole, sa mère, d'origine marocaine, femme au foyer. Tous deux sont **séparés** depuis septembre 2016 et la petite, en garde chez la mère, voit son père tous les week-ends. Les occasions pour elle de voir des enfants sont chez ce dernier (une petite nièce plus âgée avec laquelle elle joue peu et d'autres cousins qui ne sont pas du même niveau d'âge), dans les jardins publics ou pendant les vacances au Maroc (enfants de la famille maternelle). A partir de septembre 2018, « B1 » (3 ans et 8 mois) assiste à des rencontres avec d'autres enfants porteurs de trisomie, pas forcément du même niveau d'âge, au sein d'une **association de parents d'enfants trisomiques**.

Sa **trisomie** est diagnostiquée trois jours après sa naissance. A onze mois, elle est opérée d'une **malformation cardiaque**.

Depuis l'âge de trois ans, elle fréquente **un RAM** tous les vendredi matin puis un **jardin d'enfants**, dont le temps de fréquentation passe de deux demi-journées par semaine à un quasi-temps plein en 2019. « B1 » et sa maman fréquentent également régulièrement le **Lieu d'accueil parents-enfants** jusqu'en septembre 2018. La fratrie est accompagnée par une **éducatrice AED** (Aide Educative à Domicile) depuis le mois d'octobre 2018, à la demande de

la maman. A la rentrée de septembre 2019, « B1 » doit être scolarisée en **petite section** avec une **AVS**.

« B1 » **babille** et « **grogne** » ou **râle** face à une frustration, quand elle n'est pas contente, ce qui nécessite un travail avec un **orthophoniste**. Elle fait lentement des **progrès de langage**, en répétant ce que l'adulte dit et en imitant ses gestes à partir de mai 2018. Si sa prise en charge en orthophonie est interrompue en janvier 2019 (orthophoniste du CAMSP en congé parental non remplacé), elle fait des **progrès** grâce à la pose de **diabolos** en mars 2019. Elle est **plutôt autonome au quotidien** (alimentation, habillement). **La propreté**, par contre, n'est pas acquise en novembre 2018, mais semble en cours d'acquisition en juillet 2019. Elle n'a **pas de problèmes moteurs**, si ce n'est les difficultés liées à la trisomie (hypotonie). C'est une enfant qui **bouge beaucoup**, mais qui **devient plus calme** à partir de la période janvier-juillet 2019. A noter que « B1 » est fréquemment exposée aux **écrans**. Elle est têtue et a **besoin d'un adulte** pour se calmer en cas de **frustration**. Encore beaucoup dans le **jeu sensori-moteur**, elle n'est **pas dans le jeu partagé ou symbolique**.

A partir de janvier 2019, elle peut imiter l'autre dans le jeu, notamment dans les jeux de construction. Elle entre également davantage en **interaction**, par exemple en souriant. Elle utilise toujours **le regard et les cris** pour entrer en relation (surtout avec l'adulte). « B1 » semble toujours avoir besoin de garder une **proximité physique** avec l'adulte, sans pour autant être dans le collage. Ce sont les autres enfants qui initient l'interaction avec elle. Elle les **imite** mais **ne coopère pas** avec eux. Elle n'a **pas encore acquis la théorie de l'esprit**.

« D1 », 11 mois à T1 (octobre 2015)

De parents d'origine maghrébine, travaillant tous les deux et divorcés depuis sa naissance, « D1 » est une **petite fille trisomique née en novembre 2014, jumelle d'un petit garçon** et avec **une grande sœur et deux grands frères**.

A la naissance, elle reste sept mois **hospitalisée** (néonatalogie puis chirurgie pour une cardiopathie + traitement hypothyroïdie) puis en **HAD** encore trois mois. Elle a à T1 (octobre 2015) de la psychomotricité à la **PMI** et de la kinésithérapie libérale deux fois par semaine, puis une guidance mensuelle, au **CAMPS**, en orthophonie, kinésithérapie (déjà deux fois par semaine en libéral), puéricultrice ainsi qu'un suivi multidisciplinaire à **Necker** (cardiologie, pneumologie, ORL, pédiatrie générale). Elle porte des **lunettes**.

Elle est chez les grands, **en crèche**, tous les jours sauf le vendredi jusqu'en juin 2018, puis à **l'école, en petite section, depuis septembre 2018 (3 ans et 10 mois)**, dans une classe de 24 enfants avec une AVS mutualisée (sauf le jeudi). Elle a un PAI. Elle dit **quelques mots**, utilise le **Makaton**, respecte les **consignes** et reste à **ses activités**. Elle sort de la classe quand ça ne l'intéresse pas. Elle **marche** depuis ses deux ans et demi, participe aux **activités quotidiennes** à la maison. Elle est **propre**, mais avec encore quelques accidents.

Elle **recherche les interactions avec ses pairs** en les chatouillant, aime **courir** avec eux mais est facilement dans les **conflits** par rapport à la **place** qu'elle voulait prendre et celle que lui laissent les autres. Elle peut **mordre** et **taper** les enfants mais ses **colères** ne durent pas. Si les plus grands la prennent pour une poupée et elle **se défend** en mordant ou tirant les cheveux. Elle joue toute seule si on ne vient pas la chercher. **Coquine**, elle contourne les règles. Elle ne demande **pas beaucoup d'aide** aux adultes. C'est une enfant **souriante** et **tactile** (câlin, bisous).

« D2 », 2 ans et 1 mois à T1 (janvier 2017)

De parents tunisiens travaillant tous les deux, « D2 », petit **garçon né en décembre 2015**, a **deux grands frères**.

Bien que sa **marche** soit acquise, il présente, suite à un AVC passé inaperçu (*in utero* ?), des **troubles moteurs** (spasticité et hémiparésie à gauche) nécessitant un **suivi en CAMPS** par un kinésithérapeute, une fois par semaine, et en ergothérapie, une fois tous les quinze jours, ainsi qu'**en PMI**, dans un groupe de psychomotricité, également une fois par semaine. Il est **asthmatique** et a un **PAI**.

Tout d'abord en **halte-garderie** jusqu'à 4 demi-journées par semaine, il est ensuite scolarisé en **petite section à temps complet** et sans AVS. C'est un enfant décrit comme **souriant**, mais souvent **très dispersé et agité**. Son **langage** est construit, varié, informatif et adapté mais nécessite de l'orthophonie. Il présente un peu de bégaiement depuis mars 2019. D2 **mange tout seul**, mais privilégie encore parfois les mains pour se nourrir. Il **marche** avec une attelle et présente des **difficultés dans certaines activités bimanuelles et de motricités fines**. Il est aussi **appareillé** la nuit. La **propreté** n'est pas encore acquise.

« D2 » apprécie beaucoup le dessin, il ne reste pas dans son coin ou avec un adulte comme avant mais va **beaucoup plus vers les autres enfants**. Avec eux, il peut être **un peu timide** tout en suivant ce qu'ils proposent, mais **s'intègre** désormais facilement. Les garçons ne

viennent pas spontanément vers lui, notamment à l'école, et il va vers des jeux qui s'avèrent « plus féminins ». Il est **calme** mais aussi **têtu** et peut faire des **colères** à la maison.

« E1 », 2 ans et 3 mois à T1 (septembre 2016)

Ainé d'un **petit frère**, « E1 » est un **garçon né en juin 2014**. Ses deux parents travaillent. Sa mère est en arrêt pour « *burn-out* » à partir de janvier 2019 et dit qu'elle ne supporte pas les enfants. C'est donc son père qui s'occupe d'eux.

« E1 » souffre d'une **hémiparésie**, peu visible.

Il est suivi par un kinésithérapeute **en libéral**, une fois par semaine, et au **CAMSP, depuis septembre 2016 (T1)**, d'abord à une prise en charge en ergothérapie. A partir de septembre 2017, il a participé à un groupe, avec 2 autres garçons, dirigé par une ergothérapeute et une kinésithérapeute, puis, à un second groupe, de septembre 2018 à décembre 2019, co-animé par une ergothérapeute et un psychomotricien, avec 3 autres garçons. Il y rencontre également la psychologue, en entretien parents-enfant, depuis plus d'un an. Une proposition de **SESSAD troubles moteurs** a été acceptée. Après avoir été en **crèche** de 6 mois à 2 ans et demi, il est scolarisé à l'école de sa commune, depuis la petite section de maternelle.

Propre, autonome dans les activités quotidiennes, il **parle** (très bon niveau de vocabulaire avec des phrases construites) et **marche**. Il rencontre régulièrement des **cousins/cousines** lors de réunions de famille ou en vacances. C'est cependant un enfant **anxieux et insécurisé**. A l'école, il peut jouer seul ou reste collé à la maitresse. Dans le groupe, avec les autres enfants, il les prend peu en considération, avec beaucoup de **cris**, d'**agitation motrice**, d'**impulsivité**, dans une **position plus égocentrée**, cherchant à ramener le **regard de l'adulte** centré sur lui. Il a besoin d'un **étayage de l'adulte** par la parole, il est sensible à l'humour. Quand il se sent trop en insécurité, il attend son intervention, probablement un peu sidéré, en lien avec des angoisses corporelles, des peurs de chuter, d'être bousculé.

« E2 », 3 ans et 7 mois à T1 (octobre 2018)

« E2 » est une **petite fille polyhandicapée née en mars 2015**, cadette d'un **grand demi-frère** de 12 ans. Mr travaille dans son entreprise familiale et Mme est à la maison, pour s'occuper de sa fille. Ils sont en souffrance face au handicap de leur fille et aux conflits entre Mr et l'ainé. Mme est d'abord venue avec sa fille, en entretien mensuel, avec la psychologue, puis, Mme et Mr sont venus tous les mois et demi, dans une demande de soutien psychologique.

A quatre mois, elle a fait des épisodes de **malaise avec rupture de contact** pendant quelques secondes qui ont nécessité une **hospitalisation**, puis, un suivi neuropédiatrique pour des crises d'épilepsie. A dix-sept mois, elle a commencé un suivi, au **CAMSP**, en orthophonie et en psychomotricité individuelle. A partir de janvier 2019, « E2 » et sa maman participent à des séances de médiation animale, médiation musicale et médiation « eau » dans le cadre d'un groupe parents-enfants polyhandicapés. « E2 » poursuit ensuite son suivi en orthophonie en libéral (départ en retraite de l'orthophoniste au CAMSP).

D'abord gardée, exclusivement, au **domicile** par sa maman, elle fréquente la **crèche en multi-accueil** deux journées par semaine, depuis janvier 2018. Ses parents ont fait une demande de **scolarisation** à temps partiel et ils ont fait une demande de SESSAD, n'étant pas prêts à parler d'IME.

E2 peut se mettre à **quatre pattes** et **se déplace sur les fesses** dans une intention précise depuis l'âge de 29 mois. La **propreté** des selles est possible, grâce à une proposition ritualisée du pot. Une **communication alternative** par photos proposée car elle produit des sons, ne pointe pas. Elle sourit, éclate de rires et crie souvent. En février 2019 (T2), elle peut regarder quand on l'appelle par son prénom et elle comprend le « non ». Elle peut manipuler des jeux sonores et apprécie les jeux sensoriels (tissus de différentes textures, boule sonore, comptines). Très **souriante** dans sa relation aux autres, elle semble pourtant **peu prendre en compte les réactions d'autrui**, que celles-ci soient positives ou négatives. Elle interagit avec les autres par **le regard, la voix et les modalités auditives**, et les toucher dans des **agrippements**.

« F1 », 4 ans et 5 mois à T1 (mars 2018)

De père marocain et mère franco-marocaine, arrivée en France en 2012, « F1 » est une **petite fille née en octobre 2013**. Elle a un **petit frère**, de 5 ans son cadet et 4 cousins qu'elle voit peu. La mère est au foyer et le père en formation.

Après une grossesse et un accouchement sans problème, elle présente ensuite un **retard des acquisitions** (tenue de tête à 6 mois, 4 pattes à 12 mois, marche à 2 ans). Des **troubles de l'attention** apparaissent (enfant très dispersée), ainsi que des signes de **déficience intellectuelle**, sans diagnostic, ni étiologie. Elle bénéficie d'une prise en charge en kinésithérapie, puis d'un suivi orthophoniste hebdomadaire au **CAMPS** abandonné en septembre 2018 suite au départ de l'orthophoniste. Elle est également intégrée dans un groupe de petites filles animé par deux psychomotriciennes.

Elle est accueillie en **halte-jeux à la PMI** une fois par semaine en 2015/16 ; puis en **halte-garderie** deux fois par semaine en 2016/17, puis elle fréquente **l'école** en petite section trois fois une heure par jour les lundi, jeudi et vendredi. En septembre 2018, elle entre en **moyenne section**, où elle s'y rend tous les matins **avec une AVS**.

« F1 » est **propre** depuis juillet 2018, mais n'est **pas totalement autonome** pour se déshabiller/s'essuyer/se rhabiller. Elle est dans la relation à l'autre, même si celle-ci n'est pas toujours adaptée.

Parallèlement à la naissance de son frère, « F1 » manifeste des **angoisses d'abandon**, qui s'expriment surtout à l'école, F1 réclamant ses parents plus que d'habitude. En 2019, la compréhension verbale est en progression constante chez « F1 ». Son **jeu symbolique** est peu élaboré mais devient plus créatif. Elle est **capable de se défendre** si un enfant lui prend un jouet. En parallèle d'une **plus grande proximité physique et relationnelle avec ses pairs**, elle s'est mise à **taper les autres enfants ou les adultes**. En mars 2019, « F1 » a une bonne relation avec son petit frère et la séparation d'avec sa mère se fait sans difficulté. « F1 » **gère seule ses peurs**, ou en s'adressant à un adulte, mais n'utilise pas sa relation aux pairs pour le faire. Elle est **peu prévisible dans ses gestes agressifs**. Elle **accepte plus facilement l'interaction** avec ses pairs, qu'elle initie toutefois peu, mais elle initie toujours beaucoup d'interactions avec les adultes.

« F2 », 3 ans à T1 (janvier 2018)

« F2 » est un **petit garçon trisomique** né en janvier 2015 de parents originaires d'Algérie, qui travaillent tous les deux (à temps partiel pour sa mère). Il a une grande sœur qui a 2 ans de plus que lui et voit souvent ses cousins.

Le diagnostic de **trisomie 21 mosaïque** est posé après la naissance, suivi d'un diagnostic de **maladie de Hirschsprung** (malformation intestinale), qui nécessite 2 mois d'**hospitalisation**. « F2 » a également une grande **fragilité pulmonaire**, avec de l'**asthme**, qui conduit à plusieurs hospitalisations pour bronchiolites, ainsi qu'une cure dans les Pyrénées. Il bénéficie d'un accompagnement individuel de **psychomotricité** et participe au groupe « Labo des sons » (jusqu'en février 2019) au **CAMPS**. Il va chez l'**orthophoniste** en libéral.

« F2 » va en **halte-garderie** dès 2016/2017. Il entre à **l'école maternelle** (petite section) en septembre 2018, d'abord trois demi-matinées par semaine, puis tous les matins et 2 après-midis par semaine, **avec une AVS** la plupart du temps.

Il y a eu une **évolution constante des capacités de communication et de compréhension** chez « F2 », notamment aidé par l'utilisation du **Makaton**. Il est **très expressif** et se fait généralement bien comprendre (regard, gestes, mimiques, sourires, quelques sons). « F2 » n'a pas de problème sur le plan alimentaire et concernant le sommeil, mais l'acquisition de la **propreté** est plus compliquée. Il prend peu à peu **confiance** en lui dans sa motricité.

Adapté dans la relation à l'autre, « F2 » affirme son caractère et recherche les interactions avec les personnes connues. Il est très sensible aux encouragements de l'adulte qui l'aide à aller jusqu'au bout d'une tâche cognitive nécessitant un effort. « F2 » s'oppose plutôt sur un mode passif à l'école, mais apparemment plus actif à la maison. Il **s'affirme** ainsi davantage à la maison dans sa capacité à défendre un jeu, mais un peu moins en classe, bien qu'il y ait eu des progrès. Avec les autres enfants, « F2 » est souvent dans une **attitude de spectateur**, parfois **en retrait**, bien qu'il aille plus spontanément vers les autres enfants à la crèche et à l'école. A T2, en janvier 2019, « F2 » apparaît **autonome pour interagir avec ses pairs**, mais il peut être **rassuré par la proximité d'un adulte connu** pour mobiliser ses habiletés d'affirmation.

« G1 », 3 ans à T1 (octobre 2017)

Né d'un père Guadeloupéen et d'une mère française en octobre 2014, « G1 » est un **petit garçon polyhandicapé**, aîné d'une fratrie de 2 enfants. Sa petite sœur a 4 ans de moins que lui.

« G1 » a une **quadriplégie spastique prédominante à gauche**, diagnostiquée à 8 mois environ, une hypotonie du tronc et sa sphère bucco-faciale est atteinte.

Il se rend à la **crèche**.

« G1 » est aidé pour l'alimentation par ses parents, a des difficultés pour s'endormir, n'est **ni propre, ni autonome dans** la vie quotidienne. Sa motricité globale va de mieux en mieux et il **se déplace à 4 pattes**. Il possède **peu de mots** pour s'exprimer, mais **vocalise** beaucoup, possède un **regard** intense et des **mimiques** riches. « G1 » est un enfant **curieux, souriant**, très demandeur de mouvement. A la crèche, il rampe et **va vers les autres**, dont il apprécie la proximité, il les agrippe parfois pour entrer en relation. Il semble très **intéressé par les échanges**. Il est **capable d'affirmer son point de vue**. Il **peut également se tenir à distance** d'un enfant un peu trop autoritaire et **faire appel à un adulte** s'il en a peur. Du fait de son absence de langage et de ses difficultés motrices, s'il est seul, **les autres enfants ne s'intéressent pas à lui** (CAMSP) ;

« G2 », 5 ans et 6 mois à T1 (avril 2019)

« G2 » est un **petit garçon** né en octobre 2013. Il a un petit frère qui a 2 ans et demi de moins que lui et avec qui les relations sont difficiles. Sa mère travaille et son père a interrompu sa formation pour assurer les accompagnements aux soins de son fils.

Après une grossesse sans problème, « G2 » est né à 38 semaines avec une détresse respiratoire transitoire. Il a un **retard moteur et intellectuel** difficile à évaluer. « G2 » est suivi pour sa **psychomotricité** (1x/semaine), il va chez **l'orthophoniste** (2x/semaine) en libéral. Il bénéficiait également d'un accompagnement de groupe en 2017, pendant environ 2 ans, remplacé en 2019 par un **suivi psychothérapeutique**. Il est suivi au **CAMSP** depuis juillet 2018.

« G2 » a d'abord été gardé par une **assistante maternelle**. Il est ensuite **scolarisé, avec une AVS**, dans une classe avec des enfants d'âges mélangés, l'enseignante mettant en place une pédagogie Montessori. Un **projet d'orientation en IME**, en plus de l'école, est en cours, dans la ville où ses parents s'apprêtent à déménager.

Il acquiert la **marche** à 2 ans et 6 mois, il aime manger, n'a pas de problème de sommeil. Si la **propreté** n'est pas maîtrisée, il fait en revanche des **progrès dans l'autonomie** de la vie quotidienne. Il fait des phrases, **son langage est compréhensible** mais parfois plaqué avec des **écholalies**. Il donne parfois l'impression de ne pas entendre et de ne pas comprendre. « G2 » **recherche l'échange**. Il est **capable d'initier des interactions**, cependant, il **écoute peu** les réponses de l'autre et **rit de façon immotivée**. Il pose sur autrui un **regard** questionnant, inquiet. Il **parle beaucoup**, répétant les mêmes questions et est **très sensible aux bruits et aux émotions** autour. Un jeu avec les autres enfants peut facilement mener à une **excitation excessive** pour lui. Il peut alors **s'isoler de lui-même pour se calmer**. Il cherche aussi parfois à s'imposer à l'autre, et peut exprimer son **désaccord**. Il **observe** et **imite** ses pairs jusqu'à se perdre dans l'autre parfois (ce qui est observé au CAMPS lors du groupe). La **présence de l'adulte** peut entraver les interactions de « G2 » avec ses pairs. Si **l'empathie affective** semble présente, **l'empathie cognitive** est plus difficile pour lui.

« H1 », 3 ans et 11 mois à T1 (juin 2018)

« H1 » est un petit garçon qui a un frère jumeau et vit avec ses deux parents : sa mère, française, travaille à temps partiel, son père, d'origine marocaine, à temps plein.

Il est né à terme, après une menace d'accouchement prématuré, et avec la **maladie des membres hyalines et une anémie du prématuré**. Il a été hospitalisé en réanimation, puis en néonatalogie, en tout un mois et demi.

Il s'est rendu au **CAMSP** en décembre 2014, a eu un suivi en kinésithérapie en libéral, vers 14 mois, date à laquelle il a commencé la **crèche**. A 17 mois, il a commencé à porter des lunettes, puis à 20 mois des attelles nocturnes et des chaussures montantes. Il a des difficultés motrices. Il va à **l'école, avec une AVS**, mais n'est pas scolarisé dans la même classe que son jumeau.

A T2 (septembre 2019), il **comprend bien** et garde un **vocabulaire précis**. Il commence à être propre de nuit, après avoir acquis la **propreté** de jour sans problème. Il devient de plus en plus **autonome** et est très en demande par rapport à ça. Il est très **volontaire** et progresse au niveau de la **marche**, malgré une **syndrome pyramidal prédominant aux membres inférieurs** avec une **spasticité** au niveau du membre supérieur gauche. Au niveau des interactions, « H1 » **observe beaucoup les autres, mais de moins en moins**. Il reste beaucoup dans la **séduction** : regarde, sourit, puis vient faire sa demande. Il **rentre également dans l'interaction** quand il est sollicité ou **peut proposer des jeux** qu'il apprécie à ses copains. Il est **plus sociable** et **plus ouvert** aux autres. « H1 » a **moins besoin de l'adulte** pour interagir avec ses pairs. Il **accepte volontiers l'aide proposée par des enfants plus âgés**, mais pas ceux de son âge. Il **s'affirme vis-à-vis de son frère** mais l'observe dans la cour jouer avec un ami, il **participe** ensuite à leur jeu. « H1 » est **sensible** mais **peut différencier ses émotions de celles des autres** et fait preuve d'**empathie cognitive**.

« H2 », 2 ans et 11 mois à T1 (mars 2018)

« H2 » est une **petite fille polyhandicapée très déficiente**, avec un seuil **de tolérance très bas aux stimulations sensorielles**. Elle est l'aînée de deux sœurs et a une relation privilégiée avec la deuxième pour le jeu. Ses parents travaillent tous les deux.

Elle souffre de nombreuses **pyélonéphrites** dont elle doit être opérée en décembre 2019 et a, à T2, des **troubles visuels** avérés. Elle a une **gastrotomie** et boit de l'eau à la seringue à la maison/ de l'eau gélifiée à l'IMP. H2 **ne dort que deux heures par nuit**, ce qui explique ses **fréquents endormissements diurnes**.

Elle est accueillie en **multi-accueil spécialisé** 1jour 1/2 par semaine à T1, puis passe en **section de grands à la crèche** en septembre 2018. Elle est orientée en **IMP** en janvier 2019. « H2 » y est **souvent en hauteur dans sa chaise**, ce qui, en plus des troubles visuels et de ses endormissements fréquents, limite les interactions possibles avec ses pairs.

Elle **ne peut se déplacer de manière autonome** et n'a **pas de préhension volontaire**. Elle dispose de peu **de modalités communicationnelles, seulement auditives et tactiles** : elle **pleure** quand elle est inconfortable ou pour exprimer un refus. Quand elle est d'accord avec ce

qu'on fait avec elle, elle reste **passive** et elle **rit** quand on fait certains bruits. « H2 » semble **sensible à la voix de l'adulte**, à la présence d'un adulte, qu'elle peut différencier quand elle les connaît, mais cela peut parfois la déborder. Elle **initie peu ou pas d'interaction**, et ce quel que soit son environnement. Quand elle le fait, « H2 » entre en interaction **à distance** le plus souvent sur le mode des **mimiques** (sourires/grimaces) et **par voie tactile** en proximal (par exemple avec des coups de pied). Bien qu'elle ne les sollicite pas, la **médiation par les adultes** (qui expliquent comment communiquer avec « H2 ») semble pouvoir favoriser les interactions. Il en est ainsi aussi si « H2 » est installée dans une **posture confortable/qui lui permet d'être plus active**. Quand **les autres** vont vers elle, elle y réagit de façon très **passive** : si cela lui convient, elle se laisse faire, sinon elle pleure ou crie. Avec **les adultes**, « H2 » initie plus d'interactions (appelle quand elle a besoin, en criant, pleurant, geignant, et en bougeant). A noter que, probablement du fait de l'importance de ses déficiences et de ses difficultés à communiquer de façon adaptée, « H2 » induit un **malaise** chez ceux qui l'entourent.

« I1 », 3 ans à T1 (janvier 2018)

« I1 » est un **jeune garçon de trois ans à T1**, aîné d'une fratrie de deux garçons. Ses parents travaillent en milieu agricole, loin du domicile et avec des horaires contraignants. Il est régulièrement en lien avec des enfants de la famille.

« I1 » a été hospitalisé à 15 jours de vie en réanimation néonatale suite à un choc septique et une hypoxémie nécessitant une mise sous ECMO.

Il présente un décalage des acquisitions qui nécessite un **suivi en CAMPS bimensuel éducatif (en individuel), en psychomotricité et en orthophonie**. Sur le plan de la communication, il comprend les consignes simples mais pas encore les doubles. Il **parle** beaucoup, pose de nombreuses questions et est capable d'attention conjointe. Il a été **propre** le jour à partir de mai 2018 et, même s'il est capable de manger seul, il a **besoin d'aide** dans les actes de la vie quotidienne.

C'est un enfant sensible, anxieux, qui **régule encore mal ses émotions**, plutôt **agressif** à ses débuts en collectivité, qui a ensuite intégré les règles de socialisation. Il se tourne plus facilement vers les adultes avec qui il est capable de **parler** tandis qu'il utilise davantage le **toucher** et les **cris** envers les enfants. Il peut lui arriver de **taper** et d'exprimer sa **colère**, notamment en cas de frustration. Dans ses interactions avec les autres enfants, il **utilise beaucoup l'adulte comme médiateur**. Il est scolarisé tous les jours **en MS dans une classe**

mixte où il suit les apprentissages de PS depuis octobre 2018, après avoir fréquenté **une crèche** et avoir été gardé par **une assistante maternelle**.

« I2 », 3 ans et 7 mois à T1 (janvier 2018)

« I2 » est un **petit garçon** de 3 ans et 7 mois à T1 (janvier 2018). Il est **l'aîné** de deux petits frères. Sa mère ne travaille pas et s'occupe de ses enfants avec l'aide d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (**TISF**). **Les deux petits frères sont également suivis en CAMPS** (retard de langage et troubles du comportement). **La maman est enceinte** d'un quatrième enfant pour mars 2019.

En janvier 2018, « I2 » est orienté au **CAMSP** par le médecin traitant pour un **retard de parole/langage, moteur et des troubles du comportement importants**. En mai 2018, les bilans au CRA ont conclu à un **TSA avec un retard du développement sévère**. A cette époque, la mère est hospitalisée et cela occasionne des changements de vie pour « I2 ». Une **pose de diabolos**, réalisée en septembre 2018, améliore ses **comportements agressifs et d'agitation**. Dès le mois suivant, il est **suivi hebdomadairement au sein d'un groupe parents/enfants au MPEA**, en plus du **CAMSP**. Il est également suivi en **orthophonie deux fois par semaine (libéral) et en psychomotricité en bimensuel (CAMSP)**.

Il **comprend quelques consignes** comme aller chercher son frère et le ramener à sa mère qui l'appelle. A T2, en octobre 2018, « I2 » a 4 ans et 4 mois. Il commence à **pointer** et son **attention conjointe** est possible mais de courte durée. Il prend plus facilement un **biberon** de lait qu'un repas classique. La **propreté** est en court d'acquisition. Il **se déshabille seul** de temps en temps. Il a **marché** à 20 mois et a des **difficultés de coordination importantes** entre le haut et le bas du corps. Les **regards** adressés sont plus fréquents. Bien que **plus serein**, il a encore des **comportements agressifs** envers ses parents et ses frères sans raison identifiée par la maman (tape, donne des coups de pied). Il a également encore tendance à jeter les objets, notamment lorsqu'il est en colère. **L'imitation spontanée** est plus présente à la maison (ex : tâches ménagères). A la crèche, « I2 » **entre en relation avec ses pairs sur le mode agressif**. Il va systématiquement auprès des deux mêmes enfants de manière encore inadaptée (les tape, cogne la tête avec la sienne), **les enfants en ont peur** (en parlent chez eux, cauchemars) **et se méfient** de lui, ce qui met à mal le personnel de la crèche et remet en cause son accueil. Il peut commencer à **toucher** les cheveux des autres enfants. « I2 » peut **chercher l'adulte** (prend le bras, tire sur vêtement) pour effectuer une demande. Il est plutôt dans un **rapport exclusivement tactile avec les autres enfants**. « I2 » peut faire spontanément des **câlins et**

bisous vers d'autres enfants. Il peut tenir la main ou accepter (rarement) qu'un autre enfant lui tienne la main. Il **pleure** lorsqu'un autre enfant lui prend un jouet des mains. Il peut **réagir fortement** et **crier sur les enfants qui crient**. Il est décrit comme un « **électron libre** », avec des allers retours entre le coin regroupement à la crèche et des **activités stéréotypées solitaires, parfois en parallèle**. « I2 » **initie peu les interactions** en général et **l'adulte est nécessaire** pour médiatiser ses relations avec les autres. Il présente un **défaut de théorie de l'esprit** pour le moment.

« J1 », 4 ans et 9 mois à T1 (décembre 2017)

« J1 » est une petite fille **polyhandicapée**. Elle est la **cadette d'une fratrie de 3 enfants**, les aînés sont des garçons, aujourd'hui adolescents. Après une grossesse compliquée, « J1 » présente des complications somatiques diverses lors des premières semaines de vie, notamment des crises d'épilepsie, qui conduisent à un diagnostic de polyhandicap à l'âge de 3 mois, et nécessitent de nombreuses hospitalisations tout au long de la première année. Elle est rapidement prise en charge par le CAMSP puis par le **SESSAD**. Sa mère ne reprend pas le travail et un **accueil en crèche** se met en place à **20 mois** de manière progressive et « J1 » y sera accueillie régulièrement jusqu'à son entrée à l'école. **L'entrée à l'école se fait à ses 4 ans**, en mars 2019. Elle bénéficie au SESSAD d'un suivi en psychomotricité, en ergothérapie et orthophonie par un accompagnement en groupe de 3 enfants polyhandicapés (communication, interactions sociales).

« J1 » **ne parle pas**, mais communique par le visage, les mimiques, le corps et est réceptive au langage Makaton. Ses vocalises se sont diversifiées et précisées, les **modalités relationnelles se sont élargies** : « J1 » associe toucher, regards, variations de voix de manière intentionnelle pour communiquer avec l'autre. Du fait de ses **entraves motrices importantes**, « J1 » est peu autonome dans la vie quotidienne. Elle ne marche pas, ne tient pas seule assise, et se déplace le dos au sol. Cependant, la **mise en place du motilo l'a rendue plus indépendante** et lui permet de se déplacer de façon plus autonome, notamment à la crèche. Elle a toujours été très attachée à ses grands frères, avec lesquels elle partage des jeux corporels et des rituels quotidiens.

Très gênée par une **hypersensibilité sensorielle** les deux premières années, « J1 » était décrite comme une petite fille plutôt **repliée sur elle-même, anxieuse, peu active dans les interactions**. La séparation avec sa mère était difficile. Au temps 2 (décembre 2018), elle apparaît comme **beaucoup plus ouverte sur l'environnement**, plus dans l'échange avec l'autre, moins dispersée, plus affirmée dans ses relations avec les adultes comme avec les

enfants : encore intimidée par les enfants qu'elle ne connaît pas, elle est aujourd'hui beaucoup **plus demandeuse et active dans ses interactions avec le groupe d'enfants**, et du fait de ses déplacements plus autonomes, **elle tient aussi mieux assise, a moins besoin de l'adulte** pour entrer en lien avec les autres. Seule, elle **privilégie les jeux sensoriels**, mais elle peut s'intéresser à des **jeux plus variés** lorsque d'autres enfants les initient avec elle.

L'entrée à l'école, facilitée par l'expérience de la crèche, semble avoir été bénéfique pour J1, qui **développe des apprentissages**, et semble frustrée de ne pas y passer plus de temps.

« J2 », 3 ans et 3 mois à T1 (décembre 2017)

« J2 » est un **petit garçon** de trois ans et trois mois à T1 (décembre 2017). Ses parents sont d'origine irakienne, sa mère a toujours vécu en France et parle très bien français contrairement au père. Il a **deux sœurs** plus âgées. Tous vivent dans une **maison individuelle, souvent ouverte** à toute la famille, sœurs et frères des parents avec leurs enfants, tous très proches. « J2 » est donc souvent au centre des interactions des participants à tous les rassemblements de famille.

« J2 » est né à terme mais après un accouchement très long. Des trémulations ont été notées dès la naissance avec des mouvements anormaux nécessitant une **hospitalisation**. L'examen neurologique a montré une **hypotonie**. Il a été transféré au CHU de Rennes du 12/9 au 9/12 puis pendant un mois dans le service de nourrisson pour des **problèmes d'alimentation** et a passé deux semaines au CH de secteur durant lesquels il a **convulsé** (intubation et ventilation, dégradation neurologique). Une **recherche génétique** est toujours en cours.

Gardé d'abord en famille par sa **mère**, qui n'a pas repris son travail de caissière depuis sa naissance (congé parental prolongé), puis plusieurs heures par semaine à la **crèche**, il a débuté sa scolarité par deux heures par semaine sur une matinée, en **petite section**, depuis décembre 2017. Il est entré au CAMSP puis **SESSAD** depuis le 13/06/16. La maman a repris son travail en septembre 2018, ce qui a entraîné l'augmentation du temps de crèche à deux jours pleins et une demi-journée par semaine. Il bénéficie au SESSAD d'un suivi en psychomotricité, en ergothérapie et orthophonie par un accompagnement en groupe de 3 enfants polyhandicapés (communication, interactions sociales).

En janvier 2016, il commence à être réceptif au **langage Makaton**. Il s'exprime par des **sons** en direction de la personne (adulte ou enfant), **babille**, répond par le **sourire** quand on lui sourit. Il n'est pas encore propre ni autonome dans les actes de la vie quotidienne. Il arrive à se mettre

assis et peut **toucher** un autre enfant assis près de lui. C'est un enfant **calme**, mais **fatigable**. Il est très proche de ses parents et de ses sœurs. Très sensible aux jeux sonores et visuels, il commence à explorer son environnement autrement que par la bouche. En décembre 2017 (T1), il commence à essayer de **ramper** pour aller vers ses sœurs et est capable de **garder un jeu en main** si un autre enfant essaye de la lui retirer. La communication avec les autres se fait essentiellement par **le registre sensoriel (toucher, regard et vocalises)**, pas toujours de façon simultanée. Il commence à **différencier ses éprouvés de ceux des autres**. Il ne pleure plus systématiquement quand un autre enfant pleure par exemple et va être différent avec chacune de ses sœurs. A l'école, où il arrive avec le sourire, il est **attendu et apprécié par les autres élèves**, toutefois les temps d'interactions demeurent très faibles et il semble que ce soit **surtout les autres enfants qui vont vers « J2 »**, plutôt que l'inverse.

« K1 », 3 ans et 3 mois à T1 (décembre 2017)

« K1 » est une **petite fille** de 3 ans et trois mois à T1 (décembre 2017). Elle a une sœur aînée qui a 5 ans de plus. Sa mère travaille à mi-temps et est en AJPP sur l'autre mi-temps. Son père travaille.

La grossesse, menée à terme, a été agitée et source d'angoisses. Une séroconversion au **CMV** a été détectée durant la grossesse mais les inquiétudes des parents ont remarqué des anomalies aux six mois de l'enfant : « K1 » n'a **pas de demande**, "elle regarde sans regarder", **ne répond pas** au jeu du coucou, n'imité **aucun geste social**.

Elle a d'abord été gardée par une **nounou**, puis à son entrée à **l'école** par une **deuxième nounou** et elle va à la **crèche** à raison d'une demi-journée hebdomadaire en septembre 2017 (3 ans).

Au niveau posturo-locomoteur, elle ne s'assoit pas seule, reste figée, attire les objets vers elle plutôt que de tenter de se déplacer sans être très persévérante. Ils notent qu'elle n'a pas de posture de protection quand elle bascule. A 15 mois, elle commence à appeler en **grognant**, double les **syllabes**, peut s'exprimer en **criant**. Elle semble **plus réactive avec des échanges de regards** possibles et peut manifester des **réactions de plaisir** en voyant des personnes proches. A 19 mois, les parents notent un plus grand intérêt pour les personnes autour d'elle. Elle **réagit à l'absence de ses parents** et les cherche quand ils sortent de la pièce et commence à **geindre** pour manifester son mécontentement. A 26 mois, elle peut **se déplacer en se faisant glisser sur ses fesses** et se saisit de cette nouvelle acquisition pour **explorer**. A 32 mois, « K1 » semble **plus sécurisée** et **s'ouvre davantage vers l'extérieur**. Elle n'est pas loin de pouvoir **marcher** et tend souvent les bras pour être mise debout et que l'autre l'aide pour un déplacement. Elle fait

ses **premiers pas à 37 mois** et porte ensuite des **attelles**. Un diagnostic de **déficience moyenne** est réalisé en septembre-octobre 2017. Elle a peu d'expression faciale. « K1 » porte des **couches** mais peut **manger seule** et commence à vouloir s'habiller seule. En novembre 2017, elle commence les **jeux de faire-semblant** et garde une **certaine distance corporelle des autres**. Elle **peut** récupérer **timidement** un objet qu'un autre enfant vient de lui soustraire. Dans sa relation aux autres, **les adultes restent des référents essentiels** et à la maison, c'est sa sœur, avec laquelle elle joue beaucoup, qui joue ce rôle. Elle est cependant **moins collée à l'adulte et peut se mêler au groupe d'enfants**, surtout après un temps d'observation.

« K2 », 2ans et 1 mois à T1 (janvier 2017)

« K2 » est **fille** unique et il semble que depuis sa naissance ses parents aient vécu **reclus** car avant l'été 2016, l'enfant ne tolérant aucun visage inconnu, ce qui rendra le **début de la prise en charge compliqué**. Sa mère s'est arrêtée de travailler à la naissance de sa fille, son père est employé polyvalent.

« K2 » présente une **microcéphalie** qui a été détectée lors de la grossesse. Elle est **intolérante à la protéine de vache**. En janvier 2017 (T1), elle présente un **important retard global** (10 mois en coordination, 10 mois en posture, 9 mois en langage et 9 mois en socialisation). En mars 2017, elle a été **hospitalisée** pour une **maladie de Kawasaki** et a connu une petite **régression** au plan alimentaire.

A T1, sa mère note que sa fille semble **intéressée par les autres enfants** qu'il lui arrive de croiser lorsqu'elles font des courses, mais ne pourra donner suite à la proposition de se rendre sur les lieux d'accueil parents enfants, ne pouvant envisager de voir l'écart entre sa fille et les autres enfants. En mai 2017, elle **comprend mieux** surtout quand en lien avec des éléments qu'elle apprécie (manger, prendre le bain...) Sur demande, elle **peut montrer** son nez, ses cheveux, tirer la langue, souffler.

En septembre 2017, mère et fille commencent un **groupe Parents enfants Balnéothérapie au CAMSP** puis un second, un **groupe comptine**. En octobre 2017, « K2 » commence **la crèche** à raison d'une matinée par semaine. Elle a 34 mois. En décembre 2017, si elle tire les cheveux d'un enfant, elle ne paraît pas avoir conscience de faire du mal. En avril 2018, elle émet des **syllabes redoublées**, peut **répéter son émis** par l'adulte associés à des gestes. Elle vient maintenant **chercher l'autre** lorsqu'il y a un problème au lieu de crier comme auparavant. Elle **mange bien** et commence à affirmer ses **goûts**. Elle a un **sommeil irrégulier** et peut ne dormir que quelques heures par nuit. Elle a toujours des **couches**. Elle peut manger seule à la cuillère

ou à la fourchette si l'aliment est piqué par l'adulte. A cette époque, elle marche avec déambulateur mais a du mal à l'orienter. En groupe, elle a une grande **demande d'exclusivité vis-à-vis de l'adulte** et ceci avec un **besoin de proximité corporelle** bien qu'elle puisse se contenter d'une simple **réassurance verbale**. Elle émet **des sons et des cris** pour attirer l'attention de l'adulte sur elle. Elle est **hypersensible aux bruits** du monde extérieur et a un **mouvement stéréotypé** en passant sa main derrière son oreille en cas d'inquiétude, mais peut être apaisée par la voix. Elle s'est assouplie au niveau relationnel mais reste fragile et **se sent vite « effractée »** par ce qui l'entoure, ce qui la maintient en **hypervigilance**. A la crèche, ils lui proposent une chaise dans laquelle elle serait plus tolérante dans ces interactions avec les autres enfants. Son **attention** et sa **capacité à jouer** sont plus longues et semble **moins intéressée qu'elle ne l'était par ses pairs, sauf si un adulte l'ouvre à l'autre**. Elle **observe** et c'est aussi sa manière de réagir aux cris et aux pleurs. **La théorie de l'esprit n'est pas en place.**

« K3 », 2 ans et 3 mois à T1 (novembre 2017)

« K3 » est une petite **filles** née en 2015 de parents d'origine réunionnaise. Elle a une sœur de 7 ans de plus et deux demi-frères (d'une précédente union paternelle) plus âgés (20 et 21 ans). Son père est auto-entrepreneur dans le domaine du bâtiment, sa mère secrétaire dans un cabinet de notaires, à temps partiel depuis janvier 2019.

Après sa naissance, de retour à domicile, une fausse route occasionne une **cyanose** qui sera suivie de 2 jours **d'hospitalisation**.

Ils arrivent au **CAMPS** aux 9 mois de l'enfant, orientés par leur pédiatre du fait **d'un retard global de développement**. En janvier 2019, « K3 » va **en crèche** 4 jours dans la semaine, le jeudi étant le jour destiné aux soins où sa mère l'accompagne (kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie).

En mars 2019, à 3 ans et 7 mois, elle **comprend une consigne simple**. Elle **s'exprime plus**, elle associe des mots à des signes (encore, gâteau...) et est capable de **dénommer certains objets**. Elle est en **surpoids** (+2DS) et **ralentit au niveau moteur**. K3 a des **difficultés d'endormissement**. Elle n'est **pas autonome** au quotidien, mais veut faire de plus en plus seule. Elle peut **marcher seule** et monter des escaliers mais est **fatigable**. Elle incarne maintenant des **mimiques** avec tout son corps et plus simplement des grimaces. Elle affirme son caractère. Elle est maintenant plus active dans **l'exploration**. K3 est une petite fille **gaie et**

observatrice. La théorie de l'esprit n'est pas acquise et elle ne montre **pas d'empathie affective**, surtout dans les affects négatifs.

« L1 », 3 ans à T1 (avril 2018)

« L1 » est un petit **garçon** né en avril 2015. Il est issu d'une famille marocaine, a un frère et une sœur plus âgée. Son père travaille dans le bâtiment, sa mère est au foyer. Ils ont **déménagé** en 2018, ce qui a causé de grandes inquiétudes à « L1 », avec des difficultés en particulier au niveau alimentaire.

La grossesse est menée à terme, mais l'enfant montre rapidement une **hypotonie** et des difficultés motrices. Une IRM à 18 mois fait évoquer une **étaxie congénitale et un syndrome cérébelleux**. Il a une **crise d'épilepsie** en octobre 2018 (3ans et 6 mois). Il est suivi au CAMSP depuis 2016. T1 avril 2018 : hypotonie, tremblements, retard moteur et retard de langage. Avec un comportement plutôt inhibé. T2 en mai 2019 (4 ans), beaucoup de progrès dans tous les domaines. A T2, il a **plusieurs appareillages** (motilo, verticalisateur, siège, orchidée).

Il va en **crèche** deux jours par semaine. A cette époque, « L1 » dispose d'un **lexique beaucoup plus riche**. Il a **envie de communiquer**. Il a gagné en **autonomie, est plus sûr** et souhaite manger seul. Il **s'affirme** et veut être traité comme les autres. Il n'est **pas encore propre**. Il est plus **tonique** et **participe** de manière plus investie dans toutes les activités proposées. Il est maintenant capable d'**exprimer verbalement** ses demandes avec des **phrases structurées**. De même, il se fait mieux **comprendre** et **sait se défendre** en cas d'intrusion de ses pairs. Son évolution sur le plan du langage et du déplacement a facilité ses relations avec les autres enfants. Il cherche beaucoup le **regard**, sourit, et **échange à travers des dons ou le refus d'objets avec les autres enfants** ou bien encore il les **repousse**. Il **accepte** mieux les autres et leur aide. Il a cependant encore **besoin de l'adulte** ou reste **passif** dans ses interactions qu'il ne sollicite presque jamais de lui-même. **L'imitation** reste difficile. Quand il perçoit le rapprochement comme désagréable (demande appuyée de bisous, par exemple), il manifeste une certaine distance. Il commence à pouvoir **différencier ses éprouvés** de ceux d'autrui.

Une orientation en IEM se met en place dès ses 4 ans sur 3 demi-journées avec perspective de scolarisation en parallèle avec AVS pour la rentrée septembre 19.

L1 quitte la crèche et la 2^{ème} observation se fait donc en IEM.

« L2 », 2 ans 1 mois à T1 (mars 2018)

L2 est une petite **filie trisomique**, née en 2016. Elle a un frère et une sœur aînés et ses parents sont d'origine algérienne. Le père travaille dans le bâtiment, la mère est au foyer. Cette dernière la traite comme les autres enfants.

Le diagnostic de **trisomie 21** a été fait pendant la grossesse. Une **hospitalisation** en néonatalogie, à la suite d'une opération d'une sténose duodénale, a été nécessaire pendant un mois. Elle a pu être allaitée après trois semaines de sonde gastrique. Elle est sous **surveillance cardiologique** et des séances de **kinésithérapie** ont été mises en place précocement. Elle a ensuite eu un suivi en **psychomotricité** au **CAMSP** et ses parents un soutien psychologique avec la participation à un groupe de parents. Non socialisée à T1, elle va en **halte-garderie** trois fois par semaine à T2 en avril 2019.

Elle **comprend** alors des consignes simples, des mots usuels en français et en arabe, et est **capable d'exprimer** quelques mots isolés ou d'avoir des gestes conventionnels (bravo, au revoir). Elle est aussi capable d'**attention conjointe**. La **propreté** n'est pas acquise et elle est **peu autonome**. Elle commence à **marcher** à 23 mois. C'est une enfant **souriante**, plutôt calme, qui observe beaucoup les autres, qui pleure moins mais **s'impatiente** (trépigne, jette), **s'oppose** ou **s'excite** par moment. Elle **observe** beaucoup ses pairs, fait du **bruit** pour attirer l'attention, les appelle et tend les bras, **recherche le contact** et n'hésite pas à **se déplacer** vers eux. Elle peut aussi **crier fort** et **tirer les cheveux** quand elle veut quelque chose.

Déménagement de la famille en juin 19 : arrêt de la crèche, et début de la scolarisation 3 demi-journées en septembre 19.

« M1 », 3 ans 4 mois à T1 (janvier 2018)

« M1 » est un petit **garçon** né en septembre 2014. Il a un grand demi-frère du côté de son père qui interagit plus avec lui depuis septembre 2018. Ses parents **travaillent tous les deux**, sont **divorcés** et habitent deux rues voisines, et sont tous deux **toujours présents** pour tout ce qui concerne leur fils. « M1 » est un week-end sur deux chez son papa qui le garde aussi les soirs de la semaine où sa mère rentre tard de son travail.

Né à terme, on lui a diagnostiqué une **malformation cérébrale** à type de polymicrogie bi-hémisphérique antérieure associée à une dysplasie cérébelleuse bilatérale. Il a eu un **stridor** à la naissance majorée à l'âge de 3 mois, puis de **l'épilepsie** en mars 2015 (6 mois). On lui a posé une **gastrojéjunostomie** en octobre 2015 (13 mois), arrêtée et remplacée par une gastrostomie en mai 2018. Il souffre d'**insuffisances respiratoires** fréquentes et graves. C'est un petit garçon

hyperalgique, avec de **probables douleurs neuropathiques**. Il a subi de **nombreuses hospitalisations (en gastro, en novembre 2017, et en pneumo, en décembre 2017)**, en soins continus il a un **suivi gastro, neuro et pneumo**. Il a également **un bras en extension** et à **une dysplasie de hanches**. Il a été pris en charge au **CAMSP** en avril 2015 (T1) puis au **SSAD** en novembre 2015. Il est entré à **l'IME** en septembre 2017. Depuis août 2018, il a des **injections de toxines botuliques** aux abducteurs pour diminuer la spasticité. « M1 » a de **nombreux appareillages** : siège confort, siège coque, verticalisateur.

Il est, en octobre 2018, en **crèche** un jour par semaine, et à **l'IME** trois jours par semaine.

Au niveau **langagier**, « M1 » **vocalise**, il comprend le « non » et réagit aux « oui » par un changement de mimique. Il réagit également à l'annonce de son prénom et comprend le "encore". M1 est capable d'**attention conjointe**, il est **attentif** aux histoires qu'on lui raconte et est capable par le regard de faire des choix sur deux objets (livres). **L'imitation des sons** (bruits d'animaux) apparaît ainsi qu'un peu **des gestes** comme « au revoir ». Il **mange toujours peu** par voie orale. La qualité de **sommeil** est meilleure, avec un endormissement plus rapide, moins de douleurs et de réveils nocturnes. Du fait de son polyhandicap, « M1 » est **dépendant** pour tous les actes de la vie quotidienne.

Au plan moteur, il n'y a pas de changement si ce n'est dans la **relation et le dialogue tonico-émotionnel**. On perçoit une **ébauche d'intentionnalité du geste** par répétition.

En septembre 2018, « M1 » est un enfant **de plus en plus dans la relation aux autres** (lorsqu'il est bien installé et non douloureux). Il réclame moins les bras de l'adulte et interpelle les éducatrices par des **sons et bruits de bouche**, qu'il est d'ailleurs capable d'imiter, et des **regards appuyés** avec une **mobilisation tonique importante**. Il a des expressions plus franches de **colère** et de réactions à la **frustration**. Son **attention conjointe** est désormais évidente. Il est capable de faire des choix par l'orientation du **regard** (grand temps de latence).

Il **apprécie que les enfants le touchent et viennent le voir**. Il a **besoin de portage** pour calmer ses douleurs et apprécie les balancements et bercements. « M1 » a **de plus en plus d'interactions avec les adultes** : il vocalise, rit et est sensible aux intonations de voix de l'adulte et parfois ses vocalises peuvent être de **l'imitation**. En octobre 2018, un **comportement électif** apparaît et « M1 » peut pleurer et s'agiter si un des enfants du groupe (N) se trouve à côté de lui. En revanche, il est toujours **souriant** et en relation lorsqu'un enfant plus grand (C) vient vers lui. M1 montre délibérément à l'IME une **préférence pour les adultes** qui sont à ses côtés,

il **réagit beaucoup plus avec les enfants à la crèche**, ses **relations aux autres enfants sont toutefois plus marquées qu'à l'IME** (plus de sourires, plus de comportements moteurs volontaires). Il est cependant sensible aux pleurs des autres enfants dans tous les lieux d'accueil.

« N1 », 2 ans et 3 mois à T1 (janvier 2018)

« N1 » est un **petit garçon trisomique** né en 2013. Il est le dernier d'une fratrie de onze enfants. Il joue beaucoup avec un de ses neveux qui a le même âge que lui et avec son frère juste au-dessus (4 ans d'écart). Ses parents sont français. Sa mère est à domicile et ses enfants ne sont scolarisés qu'à 6 ans.

« N1 » est porteur de **trisomie 21** diagnostiquée en anténatal. Il souffre également d'une **cardiopathie congénitale** qui s'est longuement fermée, d'**hypothyroïdie** et du **syndrome de Vert**. Il a été opéré pour la pose d'aérateurs. Il porte des **lunettes**.

A T1, « N1 » est suivi en **psychomotricité** une fois par semaine au **CAMSP**, en **kinésithérapie** en libéral 2 fois par semaine et **orthophonie** en libéral 1 fois par semaine.

A T2, il **comprend des choses simples**, n'a **pas de langage**, ni de pointage. Il **mange peu** mais bien et **pas seul**. La **propreté** n'est pas acquise. Il a acquis la **marche** en décembre 2018 mais se déplace parfois encore à quatre pattes. Il a une opposition manifestée par un corps lourd, mais il oublie rapidement si on le chatouille. C'est un garçon **calme, jamais agressif**, présent par le **regard**, touchant émotionnellement. Il a un **besoin de maîtriser pour être dans la relation et le partage de jeux**, il ne faut pas qu'il y ait d'attentes de l'adulte. Il aime les **jeux sonores**. « N1 » est **plutôt à distance** mais il peut apparier un **étayage physique** pour certaines activités. Il **observe beaucoup** les autres enfants. Il est **capable de s'affirmer et de dissuader** les autres enfants de lui prendre son jouet. **Il n'aime pas que ce soit un autre enfant qui vienne vers lui** et s'éloigne des enfants conflictuels. Il semble **indifférent aux émotions des autres**. La théorie de l'esprit n'est pas présente.

« N2 », 4 ans et 1 mois à T1 (Décembre 2017)

« N2 » est un **petit garçon** né en 2015. Il est enfant unique et son père, d'origine malienne, et sa mère ne vivent pas ensemble. Il voit son père une fois par semaine.

« N2 » est un **ancien prématuré** de 24 semaines (525 grammes) et porteur d'une drépanocytose comme sa mère. Il est adressé au **CAMSP**, pour un **suivi hebdomadaire en kinésithérapie**, en raison des **difficultés motrices** avec un tonus exaspéré et une mauvaise organisation, après

une **hospitalisation** de quatre mois. Il est également suivi en **pneumologie** (a été hospitalisé pour pneumopathie en octobre 2018) et en **allergologie** pédiatrique.

« N2 » va à **l'école avec une AVS**, 3 matinées par semaine et est **gardé par la grand-mère maternelle**, avec ses cousins germains, presque tous les jours. Il y a une **vraie vie familiale et sociale autour de « N2 »**.

Il mange peu, est **autonome**, même s'il a besoin de temps, et sa **propreté** est acquise. Il **marche**. Au niveau du contact, « N2 » est **assez inhibé** avec un **langage peu développé** et des phrases simples. Il se sert beaucoup de **l'imitation**. Cela lui donne un bon repère pour exécuter la consigne quand il n'est pas sûr de l'avoir comprise. Il est très **agréable, souriant**, parfois et s'endort quand il ne veut pas de la situation. Ce n'est jamais le cas avec les pairs, qu'il préfère aux adultes et avec lesquels **il communique très bien, avec les gestes et le regard**. Il n'utilise pas le langage. « N2 » se montre **plutôt calme et très social**. Si un autre enfant cherche le contact avec lui, il se montre **intéressé**. « N2 » est **à bonne distance** de ses pairs et des adultes aujourd'hui. Il utilise **le regard**, parfois **le toucher** pour attirer l'attention. « N2 » cherche à **imiter** ses pairs et se sert beaucoup de son **observation**. Il se met avec **les enfants qu'il connaît bien** et qui sont ceux qui sont un peu à part dans la classe. Il est surpris par les rapports conflictuels des autres. Il est **sensible à l'état émotionnel de l'autre** et le différencie bien du sien. Pour lui, s'il est dans une relation d'affiliation, il est content mais s'il est dans une situation de rejet, il se montre triste. Il semble avoir acquis la **théorie de l'esprit**.

« O1 », 3 ans et 3 mois à T1 (novembre 2017)

« O1 » est un **petit garçon** de 3 ans et 3 mois à T1 (novembre 2017). **Enfant unique**, ses deux parents travaillent et sa mère est à mi-temps. Ils vivent dans une maison dans une petite commune.

La **grossesse** a été marquée par l'annonce à 5 mois de **pied convexe et dilatation rénale**, confirmés par une amniocentèse 15 jours avant la naissance (à terme) mais sans explication génétique. Il a eu des **attelles** pour son pied entre cinq et huit mois. Son parcours a été émaillé de **plusieurs hospitalisations** à 5, 11 mois, 3 ans puis en janvier 2018 (T2), où il est opéré des amygdales et des végétations.

Il a été gardé **en nourrice** 3- 4 jours par semaine avec d'autres enfants depuis la reprise du travail de sa mère lorsqu'il avait 3 mois. Il est suivi au **CAMSP** depuis janvier 2016 pour un **retard psychomoteur** en lien avec un syndrome malformatif (pied convexe, retard staturo-

pondéral, microcéphalie, épicanthus, fosse sacro-coccygienne et syndrome jonction pyélo-urétérale gauche) et y bénéficie d'un suivi en kinésithérapie, rééducation fonctionnelle, orthophonie et groupe éveil-langage. Il voit également un psychomotricien une fois par semaine en libéral. Une **scolarisation** est mise en place en février 2018 (3 matinées par semaine de 9h à 10h30).

« O1 » a un **retard de langage**, bien qu'il maîtrise le vocabulaire de base. A T2, la **propreté** est en cours d'acquisition (il a 4 ans et 5 mois). Il souhaite **manger seul, marche** et possède la **pince fine**. Il est marqué par son vécu d'hospitalisation et, à T1, il a **besoin de mise en confiance** pour être à l'aise et oser faire. Il peut exprimer son ressenti et ses envies **en présence de l'adulte** mais plus difficilement avec les enfants, malgré un **désir d'interaction** noté. Ses tentatives de relations s'établissent souvent par le **toucher (caresses) et le regard, peu par le langage** avec les autres enfants. Il est **très sensible aux émotions d'autrui**, sans en être envahi. Il peut interrompre son activité s'il observe un enfant qui pleure par exemple. C'est un enfant **plutôt calme, non agressif et très observateur**.

A T2, « O1 » présente une motricité globale et un tonus plus fluide, moins raide et saccadé. Sa motricité fine s'améliore dans les jeux de manipulations de type puzzle, encastrement. Il est aussi plus autonome : il s'habille seul. On observe un début d'accès à des petits jeux symboliques. Il est plus dans l'essai même si demeure une certaine peur de l'échec. Il présente une attention labile dans les jeux, et possède une bonne mémoire. Sur le plan de la communication et des interactions, « O1 » a conscience qu'il n'est pas compris car il présente de grosses difficultés d'articulation. Il se montre très câlin avec les autres enfants, et il semble avoir saisi les règles sociales.

« O2 », 3 ans 1 mois à T1 (décembre 2017)

« O2 » est une **petite fille trisomique de 3 ans et un mois à T1** (décembre 2017). Elle a un grand frère et ses parents, d'origine française, travaillent tous les deux à plein temps. La famille vit dans une maison dans une petite commune.

La **grossesse**, marquée par un diabète gestationnel, s'est soldée par un accouchement à 36 SA et trois jours. La **trisomie** a été diagnostiquée à trois jours. « O2 » est suivi sur le plan cardiaque, a des **lunettes**. Elle est au **CAMPS** depuis Juillet 2015 avec un suivi en kinésithérapie (une fois par semaine), dans le cadre d'un petit groupe d'enfants éveil langage (groupe d'observation dans le cadre de la recherche) avec également un suivi orthoptique en libéral. Elle voit de manière ponctuelle une psychomotricienne et une orthophoniste. « O2 » est gardée par une **assistante**

maternelle, avec deux autres enfants et **elle joue bien avec la plus grande des deux**. « O2 » va aussi à **l'école**.

A T2 (octobre 2018), communique quasi exclusivement par les gestes du **langage de signes** pour chanter, pour nommer des animaux, pour cuisiner. Elle peut aussi **montrer des objets** en se déplaçant ou en prenant la main. « O2 » a **besoin d'être sollicitée pour communiquer** avec les gestes, elle est plutôt discrète, voire même dans un **comportement d'isolement ou de renfermement** : elle peut baisser la tête pour montrer son désaccord de communication. A T1 (pas d'information à T2), elle mange (un peu trop), seule avec un peu d'aide, et n'est **pas propre**. **Autonome dans ses mouvements et déplacements au sol** et en cabotage, elle commence à faire **quelques pas** tenue par une seule main. Elle manipule finement les objets et aime « dessiner ». A T2, elle est décrite par sa mère comme **gaie, enthousiaste et de bonne humeur**. Elle **joue avec plaisir** mais sera plus **en retrait** si elle ne connaît pas les enfants. Si elle ne se laisse pas faire avec son frère et a du répondant, « O2 » n'en a pas, par contre, avec les autres enfants, et se laisse vite **intimider**. A l'école, « O2 » **va**, après un **temps d'observation, vers les autres**, leur montre des signes de langage de signe, fait la ronde sur la cour. Elle ne montre **pas d'agressivité**, elle **se laisse guider** par certains enfants, souvent plus matures et/ou plus protecteurs. Elle **ose repousser** lorsqu'elle veut être seule. Elle peut aussi être « **dans sa bulle** », sans émotion, **toujours à côté des autres enfants**, sans manifester d'intérêt vis-à-vis d'eux. Elle ne manifeste **pas de préférences particulières ou d'attirance dans ses relations avec les adultes** de l'école. Lorsqu'un adulte intervient pour un **conflit**, « O2 » **écoute avec attention les consignes**. Si elle a mal agi avec son frère et lui dira « pardon ». Avec d'autres enfants, « O2 » va plus facilement **bouder** lorsqu'un adulte intervient.

« O3 », 2 ans et 11 mois à T1 (novembre 2017)

« O3 » est une **petite fille de 2 ans et 11 mois** à T1. Elle est **filles unique** et ses deux parents travaillent à plein temps (mère au domicile). Ils vivent en maison individuelle.

En août 2017, elle a souffert d'une **infection** d'un disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents et dont les conséquences ont conduit au port d'un **corset** et l'ont interrompue dans son apprentissage de la marche.

Son mode de garde a été assuré par un regroupement d'assistantes maternelles dans une **MAM** – 5 jours par semaine, fermé en novembre 2017. En janvier 2018, après un **déménagement**, elle a été **scolarisée avec une AVS à temps complet** sur le temps scolaire (4 matinées par

semaine). Elle a eu une **assistante maternelle** sur le temps hors scolaire, quatre après-midis par semaine.

« O3 » est suivie au **CAMSP** pour un **retard global** en lien avec une **pathologie génétique**. Elle y est suivie par une éducatrice de jeunes enfants et en psychomotricité (chacune une fois par semaine) et participe à un groupe d'enfants animé par deux psychomotriciennes une fois par semaine. A T2 (février 2018), elle **comprend** des consignes simples et a fait des progrès au niveau langagier. Elle utilise **quelques signes de la LSF** en spontané et dans un contexte connu à bon escient ou en imitation. « O3 » a un **petit appétit**. Elle a un endormissement tardif et quelques réveils nocturnes. L'acquisition de la propreté est en cours et elle commence à être autonome pour se laver les dents et se déshabiller.

C'est une petite fille **observatrice et attentive aux déplacements des autres**. Elle peut avoir un sourire en réponse et peut montrer du **plaisir partagé** en triangulant son regard entre sa maman et la professionnelle. Elle **aime être dans le groupe** tout en gardant une **certaine distance**. Les autres enfants vont facilement vers elle car elle est **souriante**. Elle est **moins isolée** qu'à T1 et **plus réceptive aux situations de jeux proposées et aux interactions**. Elle n'est cependant **pas capable d'empathie** pour les autres adultes comme pour les enfants. Elle n'est pas **en capacité de comprendre qu'elle peut faire mal à l'autre**, dans ses explorations sensorielles par exemple (tirer les cheveux). De même **la théorie de l'esprit n'est pas acquise**.

« P1 », 2 ans et 9 mois à T1 (mars 2018)

« P1 » est une **petite fille née en juin 2015**. Ses parents se sont **séparés** à sa naissance, elle a une grande sœur. La mère qui a des antécédents d'épilepsie, a eu une scolarité en IME de 14 à 20 ans et se sent dépressive depuis le départ de son compagnon.

La **grossesse**, marquée par un diabète gestationnel, a été menée jusqu'à 38 SA. « P1 » est suivie au **CAMSP** à l'âge de 8 mois pour un **retard psychomoteur** (hypotonie axiale importante, tenue de tête assise non acquise). A 12 mois, la pédiatre note un **retard majeur de développement psychomoteur, un retard de langage, une hypotrophie** avec cassure pondérale nette, et une suspicion d'absences. Un suivi psychomoteur et un suivi orthophonique hebdomadaires sont réellement en place au CAMSP après un an chaotique pour cause de changements de professionnels et de faible investissement de la mère, en septembre 2017 et jusqu'en septembre 2019. A l'âge de 2 ans, des **troubles alimentaires** viennent s'ajouter au retard psychomoteur et du langage. Après le CAMSP, un **SESSAD DI** est envisagé.

Depuis mars 2017, et après une **mise sous tutelle budgétaire** et des **mesures judiciaires** (investigation éducative et AEMO) mises en place en 2016 après une **procédure d'information préoccupante** initiée par la grand-mère maternelle, « P1 » vit en **Centre Maternel** avec sa mère et sa sœur aînée, en appartement semi-autonome à partir de juin 2018 et jusqu'en avril 2019, où la famille réintègre à mi-temps un appartement classique. Elle **ne voit plus son père**, originaire de la Martinique, et dont les droits ont été suspendus par le Juge pour Enfant, en attendant qu'il manifeste son intérêt pour les enfants auprès des professionnels de la protection de l'enfance.

Dans ce centre maternel, « P1 » est accueillie en **crèche** régulièrement et voit des enfants dans la salle de détente. A partir de septembre 2018, elle fait son entrée en **Petite Section de Maternelle**, 2 matinées par semaine sans AVS, et avec une présence très irrégulière du fait de la mère.

En décembre 2018, « P1 » **comprend les consignes simples** et produit spontanément de plus en plus de **gestes**, pour effectuer des demandes et être compris. En juin 2019, « P1 » adopte spontanément un déplacement en 4 pattes ou assis sur les parcours alors **que la marche est acquise**. A cette époque, il apprécie beaucoup les **jeux de motricité fine**, mais se crispe dans la tenue d'un crayon. A T2, on note qu'il est **fusionnel avec sa sœur**, mais aucune information sur ses interactions avec ses pairs.

« P2 », 5 ans à T1 (mars 2018)

P2 est une **petite fille** née en mars 2013. Ses parents, cousins germains d'origine marocaine, étaient déjà **séparés** depuis la naissance de sa sœur aînée mais se sont revus en 2012. Le père vit en Angleterre et a donné pourvoir à sa femme pour la gestion des enfants. Il n'a plus de contacts avec elles. En dehors de petits cousins proche d'elle, la famille est très isolée sur le plan social.

La **trisomie 21** a été détectée au cours de la première échographie de cette grossesse non désirée. Le père s'est opposé à l'arrêt de la gestation. Pendant les quatre premières années, P2 souffre de **bronchiolites et des difficultés respiratoires** régulières. Elle est suivie en **cardiologie, ophtalmologie et ORL** (appareil auditif posé temporairement). Le suivi au **CAMSP** débute en mai 2013 avec une prise en charge bimensuelle en **psychomotricité** depuis décembre 2013 et un **accompagnement psychologique mensuel pour sa mère** depuis février 2014. La prise en charge **orthophonique** est hebdomadaire et en libéral depuis juin 2015.

Elle a été en **halte-garderie** quatre après-midis par semaine puis à l'**école** à partir d'octobre 2017 (4 matinées/semaine) en **Petite Section de Maternelle**, avec la **présence d'AVS** depuis janvier 2018.

A T2, elle **ne parle pas** mais souhaite communiquer et utilise pour cela des gestes. Elle **mange peu** et a des **problèmes d'endormissement**. Elle est décrite comme étant **joyeuse** et **enthousiaste**. A l'école, elle n'est **pas autonome** et à **beaucoup besoin de l'adulte, toujours prioritaire**, et de la relation duelle. Elle est **très affirmée** et a parfois des **réactions inattendues, agressives et actives** (comme cracher), quand elle joue avec ses pairs. Elle **pleure** quand les autres enfants la tapent pour l'éloigner d'eux. Les autres enfants l'appellent pour jouer avec eux, lui parlent, mais comme elle ne comprend pas, **ils se détournent et s'éloignent**. « P2 » pleure parfois, sinon les ignore et **joue seule**. Dans sa classe, elle est plus isolée quand le groupe classe est au complet (20 enfants) qu'en petit groupe de dix. Elle préfère les enfants qu'elle connaît et **joue avec plaisir** avec sa sœur et ses cousins habituels. Elle peut être dans le **maternage** avec les autres enfants plus petits qu'elle, mais **pas dans l'empathie**.

« P3 », 3 ans et 7 mois à T1 (février 2018)

« P3 » est un **petit garçon** de 3 ans et 7 mois à T1 (février 2018). Il a un **petit frère** et sa **mère**, d'origine russe, présente des troubles psychiatriques importants ayant nécessité une hospitalisation. Elle a été naturalisée en 2016, s'est convertie à l'islam et porte actuellement le voile. Le **père** est d'origine marocaine, né en France. Il a des antécédents d'épilepsie (entre 8 et 16 ans), ce qui impacte beaucoup sur sa façon de vivre les difficultés de P3. Il a fait une demande de reconnaissance adulte handicapé.

Suite à sa naissance, « P3 » a dû être **hospitalisé plusieurs fois** pour des malaises et suspicion de reflux gastro-œsophagien (RGO). Il est suivi au **CAMSP** pour un **retard de développement** dans le cadre d'une épilepsie, équilibrée au plan thérapeutique. Il y est également suivi (deux fois par mois) par une **puéricultrice**, en **psychomotricité** (idem) et au plan **pédopsychiatrique** (trimestriellement). Un **orthophoniste** le suit en libéral.

Après avoir fréquenté la **halte-garderie**, il va à l'**école à temps partiel** depuis septembre 2017 (3 x 2h30 par semaine). Un **projet d'IME** est en place.

A T2, « P3 » peut faire des demandes, pointer et répéter des mots (**écholalie fréquente et persévérations verbales**), mais son langage verbal ne semble pas abouti et il **comprend peu** les consignes en contexte. Il y a **très peu d'imitation** et **beaucoup de conduites répétitives**,

notamment dans le jeu de faire-semblant. Il ne mange que ce qu'il veut. Sa mère l'assiste beaucoup, notamment dans les activités quotidiennes. Son **autonomisation** se met en place et il a encore besoin de beaucoup d'aide (difficultés de coordination). La **propreté** de jour n'est pas acquise. Sans doute à cause de difficultés à organiser ses actions et à orienter son corps dans l'espace, il a **marché** à 27 mois mais pas de façon fluide, peut-être à cause de chaussures peu adaptées. Les **manipulations fines** sont peu précises et parfois inefficaces par manque de force et de précision du geste.

P3 est capable de **relations duelles, il y est plus présent**. Il ne se soumet pas facilement au cadre, **s'oppose** souvent et se **distrain** extrêmement rapidement, teste les limites et a **besoin d'être recadré**. Il peut **râler** si quelque chose ne lui plaît pas mais il n'y aura **pas d'opposition franche**, il va plutôt fuir ou ignorer. Dans le jeu, **les intérêts et les émotions sont facilement partagés** mais « P3 » n'accepte pas facilement la nouveauté. Il est **plus craintif et beaucoup plus à distance avec les autres enfants** qu'avec son frère avec qui il joue et se défend très bien. Il ne cherche pas de situation de conflit et **préfère les enfants calmes** (comme les filles) aux enfants brusques ou agités. Il **peut se défendre** par rapport aux autres enfants. Ce sont **les enfants plus âgés** qui le sollicitent, mais souvent il reste **passif** face à ça. Il **imite** souvent deux autres enfants en situation de handicap (autisme et troubles du développement), sans que l'on sache trop pourquoi. « P3 » semble également avoir **besoin de temps**, il doit **observer**, apprécier la situation avant d'y participer ; **sa lenteur, et la différence de rythme avec les autres**, entravent certainement des possibilités d'interaction et l'isolent parfois. Son **attitude générale semble ajustée** dans son rapport physique à l'autre. **Lorsqu'il est repoussé** par des enfants, il est bouleversé et met longtemps à se calmer et à pouvoir dire à l'adulte ce qui s'est passé. C'est par ailleurs toujours **l'adulte** qui le sollicite pour faire des activités et il a **besoin de l'adulte pour interagir** avec les autres enfants. **Il s'oppose aussi beaucoup aux adultes** qui le sollicitent souvent. Le **chant** et **les activités conviviales** (goûters d'anniversaire) semblent favoriser sa participation.

« Q1 », 3 ans et 11 mois à T1 (février 2019)

« Q1 » est un **petit garçon** né en 2015. Il a **une sœur** de deux ans de moins. Ses parents, d'origine française et de classe moyenne, vivent ensemble.

Il est **né** à 38 semaines d'aménorrhée, après une menace d'accouchement prématurée à 32 SA, mais pas de complications à la naissance, ni dans la période néonatale. Une hémiparésie gauche est diagnostiquée en 2015. Les examens indiquent des **séquelles d'un accident vasculaire et**

un syndrome de West. Il bénéficie alors d'un traitement et de rééducation psychomotrice et kinésithérapeutique.

Il a d'abord été gardée par une **assistante maternelle** avec deux autres enfants, à six mois, quand sa mère a repris le travail. Sa mère l'a gardé **à domicile** à la naissance de sa fille, puis il est entré en **halte-Garderie** en octobre 2017. Il va à T2 à **l'école** 3 demi-journées par semaine, et en halte-Garderie 1 jour par semaine.

« Q1 » **comprend des phrases simples** lorsqu'elles sont liées au contexte concret et dit de **nombreux mots** à bon escient ainsi que des petites phrases qui sont souvent un peu plaquées, et marquées par la répétition. Il peut montrer de **l'attention conjointe** lorsqu'il est disponible et **pointer** du doigt pour désigner des objets. Il **mange** volontiers tout seul, et de tout, amis n'est pas autonome au niveau de la toilette et de l'habillage. La **propreté** n'est pas acquise. Il **marche seul** et maîtrise les **manipulations fines**. Dans sa relation à l'autre, « Q1 » peut **interpeller** ou questionner par de petites phrases, maintenir un contact par le **regard**, mais cette attention conjointe est fluctuante et de **courte durée**. S'il se sent envahi par un contact physique trop insistant d'un autre enfant, il va bien souvent rester **immobile, passif**. Il lui arrive d'interpeller alors l'adulte, par un regard ou un petit cri. Il continue à montrer une certaine **fragilité tonico-émotionnelle**, avec des **réactions d'excitation** très présentes (agitation motrice, productions verbales ininterrompus sur un ton de plus en plus aigu et fort). A l'école, il peut venir volontairement un court moment **au milieu du groupe**, il s'allonge ou se pose au milieu. Les autres **enfants viennent alors vers lui, d'une manière très respectueuse**, lui parlent, lui apportent des objets. Il participe plus fréquemment aux activités. Il est en général de bonne humeur, et **souriant**, ne crie plus et ne pleure jamais. Il a **peu d'intérêt pour les jeux**, peut imiter dans l'immédiat des gestes, mais il n'y a **pas de suivi dans l'activité**, il passe à autre chose juste après. A T2 (mai 2019), il supporte mieux les **frustrations** mais a **tendance à se figer** lorsqu'il est approché de près par un autre enfant, sans doute faute de compréhension et de pouvoir s'ajuster à la situation. Il est **très autocentré**, avec peu de possibilités de voir l'autre comme une entité différente de lui. **L'adulte**, qu'il regarde presque toujours l'adulte avant de déclencher une action envers un autre enfant, **reste le repère** et le guide dans la plupart de ses interactions.

« Q2 », 4 ans et 1 mois à T1 (octobre 2017)

« Q2 » est une **petite fille** née en 2013. Elle a une sœur jumelle, sans problème neurologique, et un demi-frère et une demi-sœur plus âgés, nés du premier mari (décédé) de leur mère. Ses

parents, d'origine algérienne et naturalisés français, vivent en France avec les quatre enfants et touchent le RSA.

Elle est **née prématurée** à 30 semaines, après une grossesse gémellaire, et a été prise en charge en **néonatalogie** pendant 2 mois suite à un retard de croissance *in utero* et des *dopplers* pathologiques. Elle a été orientée vers le **CAMSP** en décembre 2013, à l'âge de trois mois.

« Q2 » a été intégrée en **crèche** à partir d'octobre 2015 pour 2 demi-journées et jusqu'en septembre 2017, date à laquelle elle a intégré **l'école** 3 demi-journées avec une **AVS**.

La **propreté** n'est pas encore acquise malgré une possibilité physiologique. « Q2 » est **dépendante** pour tous les actes de la vie quotidienne. La **station assise** n'est pas acquise et elle peut **se déplacer** en rampant sur le sol à l'aide des deux bras ou sur un *motilo* qu'elle peut pousser avec les jambes pour avancer. « Q2 » **comprend très bien** ce qu'on lui dit et est **capable de très bien parler**, aussi bien en français qu'en arabe. A l'école, elle ne parle ni avec la maîtresse, ni avec les autres enfants, et à peine avec l'AVS, mais **se fait comprendre si besoin**. Elle **observe**, peut **sourire**, faire des signes avec ses mains, des **mimiques**. Elle a besoin de temps pour prendre ses marques avec des nouvelles personnes. « Q2 » pose beaucoup de questions à sa mère sur son handicap et a une relation avec sa sœur jumelle très conflictuelle et jalouse. Dans sa famille, elle a une place importante avec des **comportements tyranniques et colériques** tandis qu'à l'extérieur, elle est plus **inhibée**. Très impliquée dans le **jeu symbolique**, elle **s'intéresse** aux jeux proposés à l'école et y **participe** dans la mesure de ses possibilités.

« Q3 », 3 ans et 10 mois à T1 (décembre 2017)

« Q3 » est **une petite fille** née en 2014. Elle a un **demi-frère** aîné, né du père et de sa première épouse décédée, qui rencontre des problèmes de délinquance. Les parents de « Q3 » sont d'origine algérienne, ils vivent ensemble dans un **logement précaire** ne comprenant qu'une seule chambre et touchent le **RSA**.

Elle est née sans problème et c'est à huit mois qu'une **paralysie cérébrale**, d'origine probablement anténatale avec **hémiparésie gauche séquellaire**, a été diagnostiquée. Elle a un **strabisme**, dont elle a été opérée, et une forte **myopie unilatérale et amblyopie** (différence d'acuité visuelle entre les deux yeux).

« Q3 » a été prise en charge en **kinésithérapie** en libéral de mars à mai 2015. Elle est suivie au **CAMSP** depuis décembre 2015 (22 mois). Elle n'a pas été en crèche, et a intégré **l'école maternelle** en septembre 2016, à 4 ans et 7 mois.

A T2 (mars 2019), « Q3 » montre quelques **problèmes de compréhension** au plan verbal, mais l'interaction est devenue plus fluide. Elle est capable de faire des **phrases bien construites**. La **propreté** est acquise et « Q3 » est **autonome** pour la toilette et l'habillage. Elle **marche** très bien, sans tomber. Elle se sert sans problème de sa **main gauche**. Elle a du **plaisir à être avec les autres** enfants, est beaucoup plus **active dans ses interactions** et s'isole beaucoup moins. « Q3 » est très appréciée à l'école pour son **caractère souriant et participatif**. Elle se montre **souple**, jamais en conflit avec les autres, **intéressée** par tout et très **autonome**. Elle **maîtrise ses émotions** dans les relations sociales. Elle a très bien **intégré les règles**, et est capable de dire à un autre enfant ce qu'il faut faire. C'est d'ailleurs une des rares situations où elle interpelle l'adulte, lorsque les règles ne sont pas respectées. Elle se montre toujours aussi **soucieuse d'aider les autres**. Elle n'est plus passive et sait **défendre efficacement ses affaires**. **L'empathie affective et cognitive** semblent bien présentes chez elle.

4.2. RESULTATS DE L'ANALYSE TRANSVERSALE

Nous présentons d'abord l'analyse faite sur les entretiens avec Alceste avant de présenter l'analyse faite via NVivo et l'analyse thématique manuelle.

4.2.1. Remarques générales sur l'analyse

Les résultats issus de l'analyse des entretiens *via* Alceste ont été présentés en début de l'analyse transversale car ils traitent de manière ciblée de thématiques particulières permettant une approche différente et complémentaire des analyses thématiques et celles faites *via* NVivo.

Ce qui suit traite des données issues des deux modalités de traitement des livrets et de l'analyse thématique de tous les documents. Dans la présentation nous évoquerons à la fois des résultats issus de l'analyse thématique et des résultats issus de l'analyse *via* NVivo.

Nous analysons ce que les répondants ont écrit et ont dit spontanément lors des entretiens. Ce détail est important à préciser car lorsque nous avons créé les livrets, nous ne pressentions pas encore la richesse et la diversité de ce qui serait évoqué par les répondants. Ce n'est que lors de l'analyse, et donc, dans l'après-coup du recueil, que certaines thématiques sont apparues centrales. Cette analyse rend donc compte de ce que, spontanément, les répondants évoquent quand ils parlent des enfants concernés.

Ceci explique que les répondants n'ont pas nécessairement été en capacité à répondre spécifiquement à telle ou telle question qui, suite à l'analyse, est apparue importante.

Par exemple, la notion de l'évolution de l'empathie pour les autres enfants est apparue importante dans les analyses, pourtant, ces précisions dans les écrits sur cette question n'apparaissent pas dans certains cas. Ce qui est normal car cette question ne figurait pas dans les livrets. Or, le fait qu'un répondant n'ait pas pensé à évoquer les questions relatives à l'empathie ne signifie évidemment pas qu'elle n'a pas été repérée mais que le répondant n'a pas pensé, pas jugé utile, pertinent, de l'évoquer. Évidemment, le fait que certains l'aient évoqué et d'autres pas, est, en soi, un résultat. Mais le sens et l'interprétation à donner à cela doivent assurément être formulés avec prudence.

4.2.1.1. *Quantification des données qualitatives*

Comme il est dit dans la partie « méthodologie », nous avons traité les données quantitatives de manière prudente. Par exemple, dans les analyses *via* NVivo nous avons pris en compte la proportion entre les différents thèmes et pas la quantité exacte de présence de tel ou tel *verbatim* concernant tel ou tel thème.

En particulier, le nombre de livrets remplis au temps 1 et au temps 2 n'est pas le même, cela ne ferait donc aucun sens de dire : il évoque moins de thématiques de pleurs au temps 2. En revanche, nous pouvons dire qu'au temps 1, il y a davantage d'évocations de « câlins » que de « pleurs ».

L'idée est donc, à partir de cette quantification de données textuelles et de thématiques abordées, d'avoir une représentation fine de ce que les répondants ont de l'enfant sur cette thématique-là.

Notons que dans ce qui suit, NVivo a été utilisé en complémentarité avec l'analyse thématique manuelle. Certains des graphiques ont été générés à partir d'une catégorisation de mots signifiants apparaissant dans les livrets. Ils sont représentés avec des histogrammes dans le texte. D'autres l'ont été à partir de catégorisation par nœud évoquée dans la partie méthodologique. Ils sont représentés dans le texte qui suit par les nuages de mots ou par des schémas rendant compte de phrases dans lequel tel ou tel mot apparaît.

Ainsi, avec NVivo nous avons choisi d'approfondir ce qui était dit des affects à valence positive (plaisir, rire...) et des affects à valence négative (pleurs, cris...) en réalisant une sommation de tous les termes présents dans le *corpus* des livrets.

4.2.1.2. *Analyse qualitative*

Dans toute analyse qualitative, la fréquence d'une idée est un indicateur à prendre en compte, en proposant une interprétation tenant compte du petit nombre de cas et du fait que l'échantillon ne peut être dit représentatif.

Par exemple, si le mot « gentil » ou « facile » est évoqué de nombreuses fois, cela peut :

- Signer la volonté des répondants de donner une bonne image de l'enfant. Indiquer que celui qui répond veille à bien mettre en avant les aspects positifs de l'enfant,
- Montrer que l'enfant, conscient des difficultés qu'il génère, fait de grands efforts pour se montrer « gentil » et « désirable »,
- Révéler que l'enfant ayant de très grandes et multiples difficultés, il est difficile de dire des choses « positives » sur lui, alors le répondant insiste sur son apparence ou sur sa bonne humeur, pour signer sa volonté de présenter l'enfant sous le meilleur jour possible.

Toutes ces interprétations peuvent être justes ou uniquement certaines d'entre elles. La méthode qualitative permet dans toute leur complexité d'explorer et ainsi d'acquérir une meilleure connaissance des phénomènes étudiés.

4.2.1.3. *Répondants différents*

Dans cette analyse, nous n'identifions pas systématiquement les différences entre les répondants. Or, pour la plupart des enfants, la manière dont les parents et les professionnels, chacun à leur manière, analysent les interactions entre enfants est très différente. Pour certains enfants, les perceptions sont opposées. Par exemple, l'enfant peut être perçu comme passif par les professionnels de halte-garderie ou à la crèche et décrit comme actif, imaginatif par les parents ou la psychomotricienne qui voit l'enfant en petit groupe. Ces divergences peuvent tenir à plusieurs raisons :

- Enfants observés en petit groupe *versus* en grand groupe ;
- Enfants avec des personnes familières *versus* avec des personnes pas ou moins familières ;
- Enfants observés à un moment précis *versus* enfant observé à tous les moments de sa vie quotidienne ;
- Comme il s'agit d'observations rétrospectives, les répondants ne font pas référence aux mêmes étapes de la vie de l'enfant.

Ceci conforte l'idée que plus l'observation doit être fine et plus il faut pouvoir croiser les regards des différents observateurs pour mieux saisir comment l'enfant gère ses liens aux autres enfants.

Nous avons pris l'option de travailler sur des écrits de personnes avec des formations, des parcours professionnels, des cultures différentes. Certains parents n'écrivaient pas de manière totalement fluide le français. Ces divergences entre répondants ont évidemment donné lieu à des différences dans le vocabulaire et la manière de rendre compte, dans l'après-coup, des reconstructions de l'histoire relationnelle de l'enfant.

Les professionnels de socialisation, par exemple, décrivent une ou plusieurs situations fréquentes sans beaucoup de détails :

(D1) « aime jouer à la dinette seule ou avec quelque camarade, avec les poupées. Elle aime bien donner à manger et coiffer d'autres camarades, les poupées, les adultes ».

Les psychologues dans les lieux de soin et les lieux d'inclusion décrivent des situations qu'ils ont sous les yeux avec beaucoup de détails :

« JA sort de la salle pour prendre du matériel. D1 la regarde. La porte se ferme. AS commencé à installer un parcours moteur. D1 se lève en faisant des sons. Elle suit X et grimpe sur les marches en mousse et glisse sur le mini-toboggan sur le ventre, ravie. X va sur le podium apporté par P. D1 la suit. Elles s'asseyent toutes les 2 dessus. X la regarde. D1 la regarde. Elles se sourient. Elles se font des bisous. D1 suit X et grimpe sur le parcours proposé. »

Cela montre que nous devons être prudents dans nos analyses et devons toujours revenir au texte de base, la quantification des données n'étant qu'une des indications parmi d'autres.

La diversité des répondants peut être considérée comme un biais et en même temps, il s'agit d'une richesse car, de ce fait, nous pouvons comprendre l'enfant *via* des regards multiples, il s'agit de considérer que chacun de ces regards dans leurs richesses et leurs limites sont des ressources précieuses pour mieux comprendre l'enfant.

4.2.1.4. Temporalité

A ces multiples regards s'ajoute la double temporalité des observations dans des contextes différents, crèche ou école, famille, lieu de soin. En effet, chaque répondant a eu la possibilité de répondre à deux moments distincts aux livrets, créant ainsi une vision plus complète de l'enfant et de son évolution.

Ainsi, le moment où le répondant remplit le questionnaire ou participe à un entretien colore nécessairement ce qu'il rapporte. Par exemple, si l'enfant vient de franchir une étape importante de son développement (il marche depuis 15 jours), cela gratifie enfants et adultes, alors, dans l'écrit ou dans l'échange verbal, le *focus* sera mis sur cette évolution favorable et à ce moment-là, et les difficultés resteront dans l'ombre.

Il faut donc prendre cette analyse comme la mise en lumière d'une diversité de processus auxquels parents et professionnels peuvent et doivent être attentifs pour favoriser au maximum le déploiement des relations entre enfants. Aussi, nous devons nous garder de généralisations qui rendraient compte d'un « type » de développement « moyen » et échouerait à rendre compte de la diversité des évolutions des liens entre enfants.

C'est tout l'intérêt de l'approche qualitative que de mettre l'accent non pas sur le « général » mais d'étudier le « particulier » pour en tirer des enseignements qui peuvent, après étude quantitative éventuelle, être validés en terme statistique, si nécessaire.

4.2.1.5. Analyse transversale de l'ensemble du corpus : complexité des interactions entre variables

Le principe même de l'analyse transversale est de considérer le *corpus* étudié comme un seul *corpus* et d'analyser de quelle façon tel ou tel thème est présent dans l'ensemble des cas. Cette analyse efface donc la singularité pour mettre en lumière des éléments propres à tous, une majorité, ou encore de cas. Cela n'aurait aucun sens de dire : 5 séparations sont difficiles, 2 sont impossibles, car l'échantillon n'était pas représentatif : il est possible que cette différence soit due à la constitution de la cohorte. En revanche, explorer les 5 séparations difficiles en essayant de comprendre quelles sont les caractéristiques de ces cas-là est riche d'enseignement.

Cette analyse permet de repérer l'impact de l'une ou l'autre des variables intervenant dans les relations entre enfants, ce qui sera utile dans la phase de diffusion des résultats. Mais, de fait, pour un enfant donné, toutes les variables interviennent dans des interactions complexes et propres à chaque enfant, d'où l'intérêt des études de cas présentés dans ce rapport.

Un exemple montre que les enfants entre eux composent de manière originale avec les interventions des adultes et leur propre capacité d'initiative. Il s'agit d'une observation faite dans une crèche d'un cas non analysé en raison du fait que l'enfant est sortie de la cohorte car la psychologue n'a pu continuer ce suivi-là. Les prénoms des enfants sont évidemment fictifs.

L'éducatrice demande à Jules de montrer un jeu qui fait de la musique à Léa, polyhandicapée, qui est assise au sol. Jules s'exécute et tend le jeu à Léa. Celle-ci ne

réagit pas et ne le regarde pas, Jules regarde l'éducatrice qui lui dit de se mettre à la hauteur de Léa. Jules s'accroupit mais Léa ne réagit toujours pas. Il se décourage, jette un coup d'œil sur l'éducatrice qui est occupée à autre chose et lance le jeu loin. Il s'affale alors sur Léa et passe sur elle. L'éducatrice le voit, elle surveille de loin car elle craint beaucoup que Léa soit blessée par un geste, intentionnellement ou pas, et que Jules, un peu agressif, la fasse tomber ou ne lui fasse mal. De loin, elle lui dit de faire attention, il ralentit alors son geste, et Léa commence à réagir un peu. Jules vérifie que l'éducatrice ne regarde plus et il continue à se déplacer sur Léa qui touche alors sa jambe. A ce contact, il la regarde et un bref instant leurs regards se croisent. Il finit son parcours, regarde Léa en souriant et part. Léa le suit du regard. Jules avait inventé un jeu qui a fait exister une interaction libre et créative entre les deux enfants.

Dans cette scène, les interventions des adultes et la liberté des enfants se sont combinées, ce qui a permis à Léa d'expérimenter la prise de conscience de l'existence de l'autre, suffisamment, en tous les cas, pour le suivre du regard quand il s'est éloigné.

Pour l'analyse thématique nous avons séparé l'analyse des relations entre enfants de l'analyse des relations entre enfants et adultes, cet exemple montre qu'il faut les combiner pour saisir le processus des relations entre enfants. Ce que nous faisons dans l'analyse des 4 cas présentés par la suite.

Cela montre aussi que le chemin qui permet de passer d'une absence de conscience de l'existence de l'autre enfant à celui où l'autre commence à exister est complexe, sinueux et se construit progressivement, parfois, et même souvent, par surprise.

4.3. ANALYSE DES ENTRETIENS VIA ALCESTE

L'analyse avec le logiciel Alceste (Image, 2018) a été effectuée à partir des 53 entretiens réalisés dans le cadre de la recherche. Cette analyse repose donc exclusivement sur le *corpus* des entretiens, alors que **l'analyse thématique** traitée en suivant comprend l'ensemble du *corpus* (carnets de bords, livrets et entretiens). Par ailleurs, Alceste repère les thèmes et les mots significatifs par leurs occurrences et par leur proximité. Le *focus* est donc mis sur les entretiens les plus « significatifs » selon Alceste, alors que l'analyse thématique manuelle permet de repérer plus finement certaines variables, qui peuvent n'apparaître que dans un seul entretien

ou de façon marginale. Cette approche est donc complémentaire à l'analyse thématique et à l'analyse avec le logiciel NVivo.

Si les résultats ne peuvent pas être strictement comparés à l'analyse thématique manuelle, les résultats de l'analyse Alceste permettent de présenter le contenu des entretiens de façon globale. Trois axes ont été choisis pour être complémentaires à l'analyse thématique :

- l'analyse du discours selon le type de répondants : les professionnels de socialisation (professionnels des crèches, haltes-garderies, jardins d'enfants et écoles) ou les parents,
- l'analyse du discours selon le sexe de l'enfant,
- et l'analyse du discours selon le type de handicap de l'enfant.

L'analyse Alceste permet donc de découvrir les grandes thématiques qui sont abordées dans les entretiens, et de mettre en lumière les idées-forces qui discriminent chaque angle de l'analyse, selon les répondants, le sexe ou le type de handicap. Les *verbatim* cités sont issus des unités textuelles repérées par le logiciel en fonction des mots significatifs.

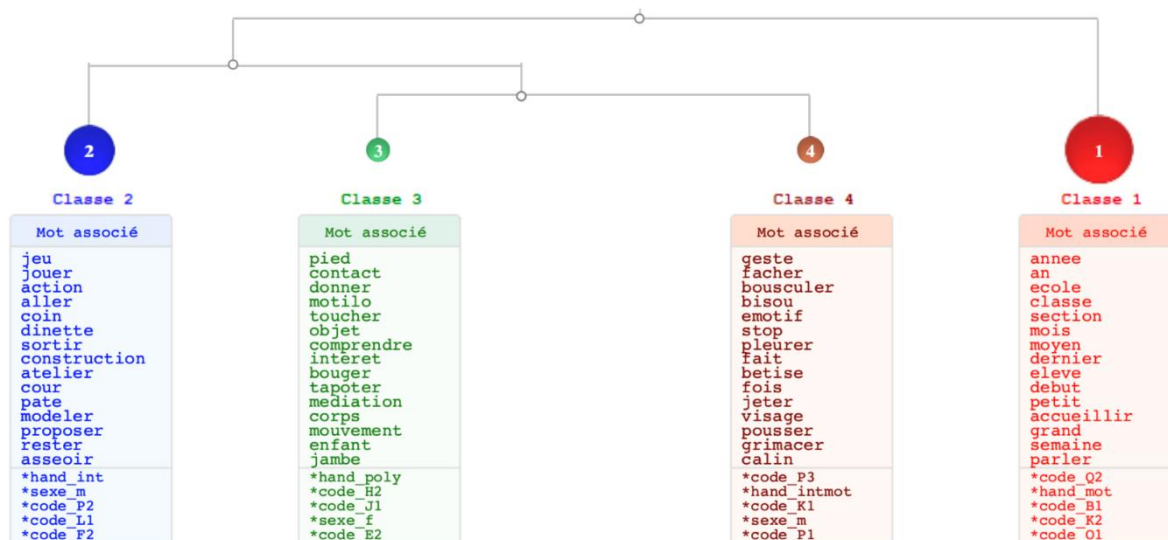
4.3.1. Le discours des répondants : professionnels de socialisation vs parents

Les entretiens semi-directifs des deux catégories de répondants ont été analysés afin de découvrir s'il existe des spécificités dans les thématiques évoquées par les parents et par les professionnels de socialisation des écoles, crèches ou jardins d'enfant. Il est utile de rappeler que la grille d'entretien pour les parents et pour les professionnels était similaire ; les différences constatées émanent donc bien du discours émis et non d'une investigation différente. Le *corpus* analysé comprend :

- 28 entretiens des parents,
- 25 entretiens des professionnels de socialisation.

4.3.1.1. *Les professionnels : école, jeux, communication et affects négatifs*

Concernant le discours des professionnels de socialisation qui accueillent les enfants suivis dans la recherche, 70% des unités textuelles du *corpus* ont été classées (niveau de pertinence élevé) en quatre catégories du discours (quatre classes d'énoncés significatifs).



Graphique 1 : Analyse textuelle – discours des professionnels de socialisation

La classe 1 représente 39,62% des unités textuelles classées. Le vocabulaire le plus significatif est *année, an, école, classe, section, mois*. La classe 1 regroupe les termes relatifs à l'école, plus spécifiquement ceux de la temporalité à l'école, qui se décline en plusieurs aspects :

- temporalité réelle, évoquée pour des enfants qui ne vont pas à l'école ou sur le lieu de socialisation à temps plein : I2 « *il a fait un petit stage à l'école, et à l'école ils l'ont pris une heure par semaine à partir de la rentrée de Toussaint* » ;
- temporalité de l'adaptation à l'école : F2 « *comme il change d'école, je sais pas du coup s'il sera aussi impressionné par le groupe, par l'environnement qu'il a pu l'être... On va dire les deux premiers mois quand même, oui, que la première période quoi, deux mois, en début d'année ici.* ».

Mais cet aspect paraît finalement moins présent dans le discours que l'adéquation entre l'âge de l'enfant et le niveau des apprentissages : G2 « *c'est un moyen de l'année dernière. Mais comme il faisait aussi du travail de petits, c'était compliqué pour eux finalement de comprendre ça. Quand je dis travail de petits, il découvrait vraiment les activités de la classe, contrairement aux autres* ».

Cependant, les répondants remarquent qu'à certains âges ces différences peuvent passer inaperçues, puisque les enfants se développent à des rythmes différents : « *Chez cette classe d'âge, alors, peut-être que ça serait différent chez les plus grands, ils n'ont pas noté qu'il était différent d'eux* ». Selon la temporalité propre à chaque enfant, les professionnels notent les

changements et le développement des compétences de leurs élèves handicapés, sur une échelle annuelle : P3 « *il y a eu quand même des changements entre l'année dernière* ».

La classe 2 représente 29,34% des unités textuelles classées. Elle est caractérisée par les mots *jeu, jouer, action, aller, coin, dinette*. Cette classe évoque les différentes activités et jeux des enfants à l'école ou au jardin d'enfant.

L'univers des jeux est plutôt tranquille, avec des jeux de poupée, de puzzle, de peinture, de perles, de jeux de construction, de dinette.

Les professionnels connaissent très bien et citent les jeux préférés des enfants handicapés, mais ces jeux tranquilles sont aussi, dans ces exemples significatifs du *corpus*, des jeux solitaires : Q1 « *Dans la classe, il y a un petit caddie en plastique pour le coin cuisine, poupées, et tout ça, il prenait son caddie, il l'emmenait avec lui, voilà. Et puis, je le revoyais... à un moment donné, il revenait dans la classe, mais tard, quoi. Et après, à la récréation, il restait peu dans la cour* », O2 « *elle va à côté des autres, elle s'installe, mais elle joue seule. Elle va pas chercher à rentrer en contact avec eux* ». Ainsi, ces activités sont choisies par l'enfant, mais ne sont pas motivées par le rapprochement avec d'autres enfants.

Les jeux apparaissent comme des activités médiatisées par l'adulte (lecture d'une histoire dans une relation privilégiée avec l'adulte : B1 « *Le chant, les histoires, les histoires elle aime beaucoup, donc je vous dis c'est la seule qui vient, Elle sait que c'est l'heure des histoires et elle monte sur mes genoux quand je raconte des histoires.* ». Les professionnels évoquent davantage le plaisir de l'enfant à ces activités en interaction avec eux (lecture, chant) que pendant les temps de jeux libres.

La classe 3 représente 14,98% des unités textuelles classées. Ses mots significatifs sont *piéd, contact, donner, motilo, toucher, objet*. Cette classe évoque les modes de communication et les modalités corporelles particulières pour que l'enfant handicapé puisse participer aux activités.

La communication peut passer par le regard, le mouvement, les coups de pied. Il s'agit alors d'apprendre à repérer ces mouvements qui sont un mode de communication alternatif qu'il est important de savoir décrypter : H2 « *qu'il faut qu'elle comprenne : « On l'a vue », sinon, elle va plus faire. Si personne ne reconnaît que quand elle touche avec son pied, qu'elle dit « Bonjour », qu'elle dit : « Je te vois, je suis contente, etc. » elle va plus le faire* », H2 « *elle fait tomber quelque chose. Et au début, on pense : « C'est le hasard », parce qu'elle bouge tout*

le temps. » Mais quand on met quelque chose et qu'elle fait tomber ça tout le temps et que c'est pas ailleurs qu'elle est, c'est très important, et on comprend que c'est dirigé ».

Cette classe comprend également le registre des aides techniques (par exemple, le *motilo* comme aide au déplacement).

La classe 4 représente 16,06% des unités textuelles classées, marquée par les mots *geste, fâcher, bousculer, bisou, émotif, stop*. Cette classe regroupe un certain nombre de termes exprimant des affects, souvent négatifs.

Ainsi, les répondants décrivent les émotions négatives des adultes, qui se fâchent contre l'enfant handicapé : D1 *« il a fallu se fâcher de plus en plus fort ».*

Ils présentent également des émotions de l'enfant handicapé qui peut hurler, pleurer, crier, pour une raison reconnue valablement par les professionnels : P1 *« Il y a que quand on lui prend, quand on lui arrache où là, souvent, il pleure et il crie, voilà. Comme pour les autres »,* B1 *« au bout d'un moment elle le verbalise, enfin elle crie, enfin oui elle crie quoi, stop, ou elle enlève sa main parce que elle en a marre ».*

Ces manifestations de colère ou ces pleurs peuvent être valorisées car les professionnels estiment que les enfants handicapés rencontrent des difficultés à montrer leur opposition, et les considèrent parfois comme trop passifs : B1 *« au début de l'année (...), ils étaient vraiment durs et entre guillemets c'était physique, ils lui marchaient dessus, enfin quand ils se jetaient tous les uns sur les autres des fois, à des moments d'excitation, ils faisaient pas attention à elle ».* Ainsi, la manifestation de leur rébellion est potentiellement rassurante : si les enfants handicapés sont reconnus capables de manifester des émotions négatives légitimes, ils ne sont pas considérés comme manifestant de l'agressivité : P3 *« il pleurait, il fronçait les sourcils, mais il va pas aller se venger ».* Au contraire, l'enfant handicapé est identifié comme moins violent que les autres enfants : *« il hurle, et donc, il faut dire : « Non, non, OI, arrête. » Donc, après, il obéit à l'adulte, il y a pas de souci. (...) Je l'ai jamais vu violent parce qu'il avait été agressé, en fait, c'est ça. Je l'ai jamais vu... En fait, je l'ai jamais vu agresser ».*

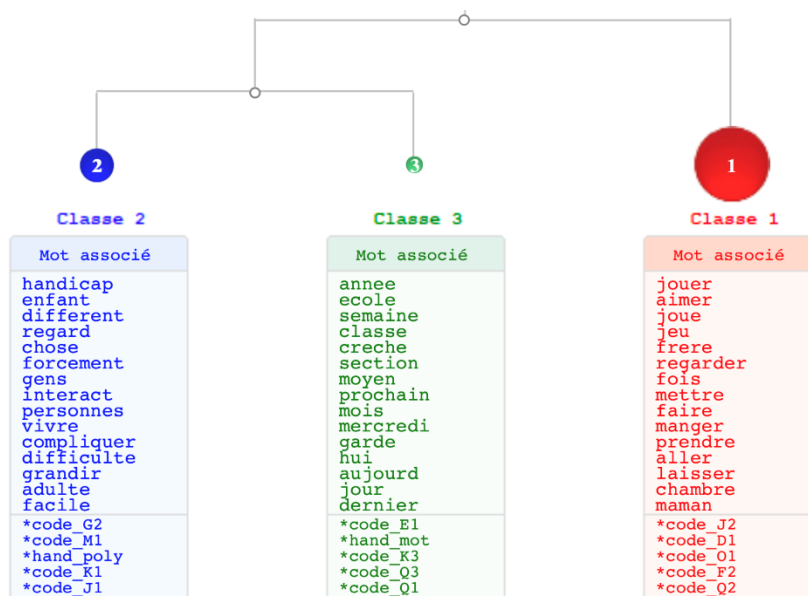
Quant aux bêtises, les professionnels n'évaluent pas forcément l'intentionnalité de l'enfant à transgresser les interdits : P2 *« mais j'ai pas l'impression qu'elle comprenne toujours qu'elle a fait une bêtise ».*

Même les bisous sont compliqués, et nécessitent parfois l'aide de l'adulte : Q2 *« Des bisous, des câlins, des caresses sur ce qui est accessible pour eux du coup. Il y a même des fois, ils me*

disent : « Est-ce que tu peux m'aider ? Je voudrais lui faire un bisou ». Du coup, il faut l'aider pour aller lui faire un bisou ».

4.3.1.2. Les parents : jeux, regard des autres et école

Le logiciel Alceste identifie trois classes de sens dans le discours des parents. Dans ce corpus, 82% des unités textuelles du corpus ont été classées (niveau de pertinence très élevé). Le discours des parents se divise en trois classes thématiques.



Graphique 2 : Analyse textuelle – discours des parents

La classe 1 est la plus représentative et la plus pertinente, elle concentre 58,52% des unités textuelles classées. Le vocabulaire significatif de cette classe sont les mots *jouer*, *aimer*, *joue*, *jeu*, *frère*, *regarder*.

Cette classe évoque le plaisir du jeu en famille et les interactions avec la fratrie dans le jeu : P3 « Ils aiment bien lancer des jouets. Ils aiment bien prendre des jouets, les lancer et crier aussi ». Elle présente aussi le détournement d'activités qui deviennent des jeux : G2 « Il va prendre un linge ou une peluche ou un coussin et mettre tout ça dans la machine et faire tourner le tambour (...). C'est quelque chose qui le passionne ». La répétition du mot « aime » ou « aimer », parmi les premiers mots significatifs de la classe, illustre ce plaisir du jeu. Les parents décrivent leur enfant handicapé dans des interactions fortes avec la fratrie et, pour un exemple de discours significatif, dans une posture d'imitation : D1 « Quand lui, il veut jouer à la voiture, elle joue à la voiture, mais elle veut prendre la voiture pour jouer à la voiture. Il veut dessiner, elle veut

dessiner. Elle veut faire pareil que lui ».

Les parents parlent également des bêtises de leur enfant handicapé : « *Il y avait un pot de yaourt sur le lit, c'est un adolescent. Et E2 l'a pris, elle a regardé son frère, pouf. Alors il m'a regardée : « C'est une bêtise ça maman ? », « Oui ça c'est une bêtise » ».*

La classe 2 regroupe 27,32% des unités textuelles classées. Son vocabulaire représentatif concerne la perception d'autrui, le regard des autres sur le handicap : *handicap, enfant, différent, regard, chose.*

Pour les parents, ce qui explique la difficulté dans la perception du handicap est le manque de connaissance sur la déficience : « *le fait que c'est J1, elle est différente, ils sont un peu perdus dans leurs repères, et ils savent pas trop comment réagir avec elle* ». Néanmoins, ils estiment que le regard est positif lorsque ce sont les enfants : G2 « *c'est plutôt un bon outil d'avoir la spontanéité et l'ingénuité des enfants à apporter d'eux-mêmes parce que ça aigüise notre tolérance ou notre façon d'être vis-à-vis des gens qui ne sont pas concernés par ça* ».

Par contre, lorsqu'ils parlent d'eux, le handicap est connoté positivement. Les parents insistent sur les bénéfices de la situation vécue, malgré les difficultés rencontrées et sans les minimiser : G2 « *Je souhaite pas bien sûr à quiconque d'avoir des difficultés, à devoir vivre des choses comme ça, mais l'avantage pour nous, c'est que ça à la fois nous fait grandir (...) En fait, c'est une invitation un peu contrainte à devenir un peu plus philosophe. Si on veut s'assurer une bonne santé mentale, je veux dire... (...) C'est ce qui nous a grandi vis-à-vis de beaucoup d'autres, tout en acceptant cette différence aussi. Mais c'est un sacré truc, c'est un sacré parcours quand même* ».

Dans la classe 3, constituée de 14,16% des unités textuelles classées, les parents abordent la question des lieux de socialisation, crèche et école. Les mots significatifs sont : *année, école, semaine, classe, crèche, section.*

L'emploi du temps prend une part importante du discours sur l'école puisque les enfants peuvent partager leur temps entre l'école et un lieu de soin, ou l'école et la crèche, ou l'école et le domicile familial : J1 « *Elle y va le mardi matin de 10 heures et demie à midi moins le quart, et le jeudi matin de 10 heures et demie à midi moins le quart aussi. C'est court* ». Comme les professionnels de socialisation, les parents évoquent également un décalage possible dans le développement de leur enfant handicapé par rapport à des enfants du même âge : Q1

« *Maintenant on a gardé ce jour en crèche encore aujourd'hui. On arrêtera sûrement l'année prochaine, mais (...) être une journée avec des enfants qui ont le même niveau de développement, et donc d'apprendre aussi par rapport à ses... Et c'est un moment qu'il apprécie, qu'il apprécie bien* ».

Les mots représentatifs de cette classe sont relativement neutres, ils ne sont pas personnifiés (pas de personnes citées, ni enfants ni adultes), il n'y a pas d'affects exprimés ou très peu, même si les extraits significatifs peuvent indiquer un sentiment positif de l'enfant vis-à-vis de l'institution scolaire et son plaisir à aller à l'école : Q3 « *Jusqu'à maintenant, elle [se] réveille à 7 heures : « Maman, je vais partir à l'école ». Même les jours de week-ends, les vacances : « Maman, il y a pas de l'école ? »* ».

4.3.1.3. *Un discours différent malgré des thématiques communes*

Ainsi, le discours des professionnels de socialisation s'articule autour de quatre grandes thématiques : temporalité et école, le jeu, la communication et les affects négatifs, alors que le discours des parents est divisé en trois champs sémantiques : temporalité et école, le jeu et le handicap. Même si des thèmes identiques sont abordés par tous les répondants, dans le discours de chaque groupe de personnes interrogées la façon d'en parler peut être très différente.

Alors que les enfants sont plutôt évoqués par les professionnels comme étant à côté des autres dans des activités solitaires, les parents les décrivent dans des interactions plus vivantes avec la fratrie et les enfants de la famille proche. Si le mot « jeu » est présent dans les discours des deux types de répondants, il n'est pas associé aux mêmes mots. Pour les professionnels des lieux de socialisation, le jeu est plutôt solitaire et calme, il est aussi nommé et correspond à un jeu précis (*puzzle*, *dinette*, *poupées...*), alors que pour les parents, le jeu correspond aux activités ludiques en famille, les parents évoquant des jeux moins codifiés (lancer les jouets en l'air, par exemple) et ils insistent sur le plaisir que peuvent procurer ces activités, lors des interactions libres avec la fratrie ou les cousins/cousines.

Les enfants décrits par les professionnels le sont sous le signe de la passivité, et d'ailleurs on leur « propose » des activités, alors que les enfants décrits par les parents sont plus actifs, font plus preuve d'initiative, et ils peuvent faire des bêtises.

Dans ce discours des professionnels, on remarque que le terme de « handicap » n'est pas central : il n'apparaît pas parmi les mots fréquents et significatifs, tout comme n'apparaissent pas les mots relatifs aux difficultés que pourraient vivre les professionnels dans cet accueil, qui ne sont pas verbalisées. De leur côté, les parents utilisent les mots « handicap, différence, compliqué » qui ne sont jamais employés par les professionnels, mais ils insistent davantage sur les difficultés rencontrées par les personnes extra-familiales pour interagir avec l'enfant handicapé. Pour eux-mêmes, ils évoquent plutôt la façon dont l'expérience du handicap les a transformés positivement.

Ainsi, l'image d'enfants solitaires, sages, passifs, assis, porteurs d'une aide technique, qui heureusement apprennent peu à peu à se défendre des autres et se rebellent (discours des professionnels), contraste avec l'image d'un enfant handicapé certes, ce qui n'est pas toujours simple, mais qui en famille aime jouer, prend du plaisir, fait des bêtises, et se montre suffisamment créatif pour transformer en jeux les objets du quotidien (discours des parents).

La thématique évoquée uniquement par les professionnels concerne les modes de communication et la compensation du handicap par les aides techniques. Ils pointent la nécessité pour eux de l'apprentissage des modes de communication d'un enfant non verbal, par exemple, et insistent sur les capacités d'observation nécessaires pour ne pas manquer le décryptage d'une manifestation ténue et subtile. Seuls les professionnels évoquent cette thématique, comme si ce n'était pas un sujet pour les parents qui connaissent mieux les modes de communication de leur enfant et s'y sont peut-être déjà largement habitués au moment où leur enfant a intégré un lieu de socialisation.

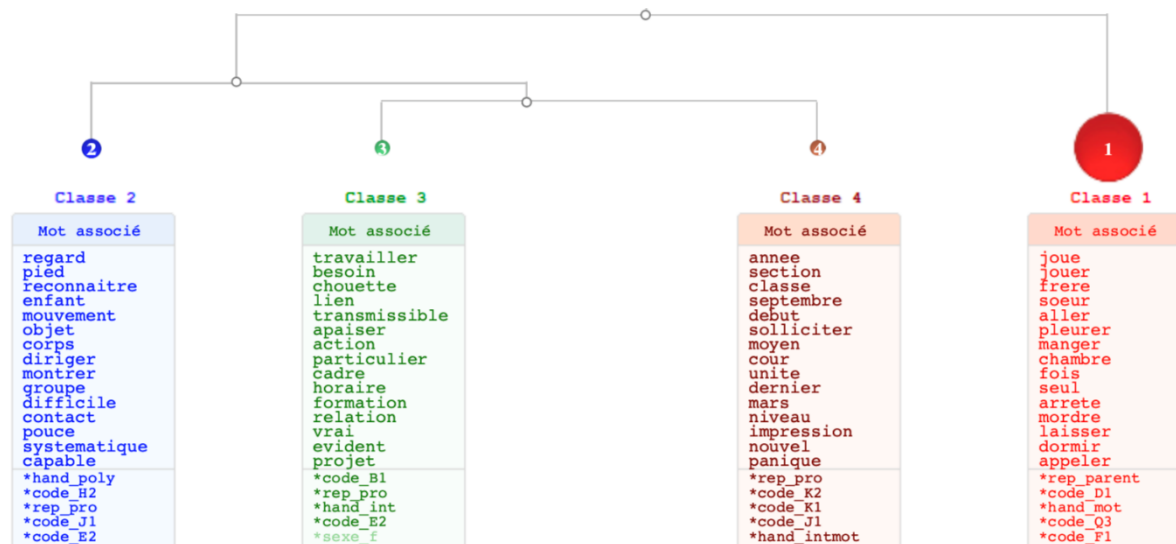
4.3.2. Les entretiens des professionnels et des parents concernant les filles ou les garçons

Le deuxième volet de l'analyse Alceste examine le discours des professionnels et des parents lorsqu'ils évoquent une fille ou un garçon, afin de connaître les similitudes et les différences selon le sexe de l'enfant. 77% des unités textuelles du corpus ont été classées (niveau de pertinence élevé). Nous avons donc analysé :

- 26 entretiens concernant des filles,
- 27 entretiens concernant des garçons.

4.3.2.1. Les filles : vie quotidienne, jeu, corps et communication

Le logiciel Alceste a mis en évidence quatre classes thématiques pour les entretiens relatifs aux filles.



Graphique 3 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux filles

La première classe est la plus importante et la plus significative. Elle regroupe 58,91% des unités textuelles classées et se caractérise par des mots tels que *joue*, *jouer*, *frère*, *sœur*, *aller*, *pleurer*. Elle comprend le vocabulaire de la vie quotidienne et de l'éducation parentale.

Le thème central est la vie familiale, et donc le jeu, notamment avec la fratrie, Q3 « *Il joue avec elle, ils rigolent et... Elle a parlé avec elle, ils jouent. (...) Quand tu demandes : « Ton frère, où il est ? » Elle dit : « Il n'est pas là, il va venir »*. Les discours concernent aussi les joies et tracas de la vie familiale ordinaire :

- le repas : D1 « *Elle aime bien préparer la table avec ses frères, elle mange avec eux, elle réclame, par exemple, si elle veut encore, elle va demander à sœur qu'elle veut encore. Quand elle veut pas, elle va pousser son assiette et elle va bouder pour dire : « Je n'aime pas ». Alors, on lui dit : « Tu goûtes quand même »* »,
- les chamailleries devant la télévision : D1 « *si par exemple, elle se met sur les genoux et elle parle son jargon, donc elle écoute pas le dessin animé, donc ils vont la pousser, ils vont : « Pousse-toi D1 et laisse-nous tranquille »* »,
- le sommeil : Q3 « *elle dort bien, elle [se] réveille bien* ».

Les parents évoquent également leur rôle éducatif : E2 « *je lui dis : « Stop maintenant ! », oui elle comprend parce que elle a arrêté* » ; Q3 « *même elle reste pas beaucoup à la télé. La télé,*

c'est pas bon ». Une mère fait même un astucieux usage de la figure enseignante : Q3 a en effet une maîtresse « qu'elle aime beaucoup », mais cette maîtresse crie, et la mère n'hésite pas à s'y référer dans l'éducation de sa fille : « *quand elle fait les bêtises à la maison, j'ai dit : « je vais appeler la maîtresse* » ».

La classe 2 représente 17,71% des unités textuelles classées : ses mots significatifs sont *regard, pied, reconnaître, enfant, mouvement, objet*. On y trouve le vocabulaire lié à la pathologie de l'enfant et à ses manifestations, en particulier l'entrave du corps pour les filles avec un handicap moteur ou un polyhandicap : H2 « *il y a le fait qu'elle peut pas diriger son corps* » « *Il faut savoir que H2, elle a... les objets, elle peut les toucher que très proches d'elle, elle peut pas tendre sa main* ».

Les modalités de communication des filles en lien avec la pathologie sont évoquées. Il s'agit de « *comprendre comment l'enfant essaie d'entrer en contact avec les autres* » (H2). Dans cette classe apparaît la difficulté d'en décrypter les signes : « *S'ajoute aussi qu'elle peut pas bien commander son corps. Elle a très peu de possibilités de manipulation volontaire, et il faut encore comprendre, parce qu'elle a des mouvements parasites* » (H2).

Les modalités alternatives de communication passent par :

- les coups de pied, « *regarde, H2, elle te donne des coups de pieds.* » *Et puis, l'autre enfant, elle se dirigeait vers H2* »,
- le regard ou le mouvement : « *le regard aussi, mais c'est difficile à tenir, et pas essayer de bouger. Tout son corps, quand elle est contente avec les enfants, bouge complètement* ».

Les mots significatifs de la classe 3 (10,86% des unités textuelles classées) sont *travailler, besoin, chouette, lien, transmissible, apaiser*.

Dans cette classe, les professionnels de socialisation se penchent sur leurs pratiques professionnelles, d'une part en direction de la classe ou de l'ensemble des élèves : B1 « *l'aménagement de l'espace, les petits groupes, racheter des jeux éducatifs, des activités manuelles, enfin, travailler sur les fiches d'activité* ». Cet exemple d'entretien significatif révèle que la situation de handicap de l'élève n'est pas spécifiquement évoquée, mais que le professionnel envisage des adaptations pédagogiques qui peuvent bénéficier à tous (petits groupes, etc.). D'autre part, il détaille ses pratiques professionnelles en direction de l'enfant en situation de handicap en inclusion. Les professionnels ont bien repéré les activités les plus

adaptées ou les plus appréciées par l'enfant handicapé : « *avec elle, ou de la musique ou du chant ou des choses comme ça. Elle a un jeu qu'elle reprend toujours (...) où il y a des effets ou il y a une conséquence d'un geste, un spiralon où on fait passer des perles* » (B1).

Mais les professionnels évoquent également le lien avec les familles : B1 « *le travail que je veux mener aussi ici, c'est un vrai travail plus approfondi avec les parents, un travail de transmission peut-être plus important pour faire le lien* ». Sur ce point, les professionnels n'axent pas ce travail particulièrement en direction de la famille de l'enfant handicapé, mais l'ouvrent à tous les parents de la classe.

Enfin, les professionnels parlent de la collaboration avec leurs collègues : B1 « *travailler sur une charte aussi pour les stagiaires et les remplaçants pour qu'ils sachent où ils mettent les pieds et comment on fonctionne* ».

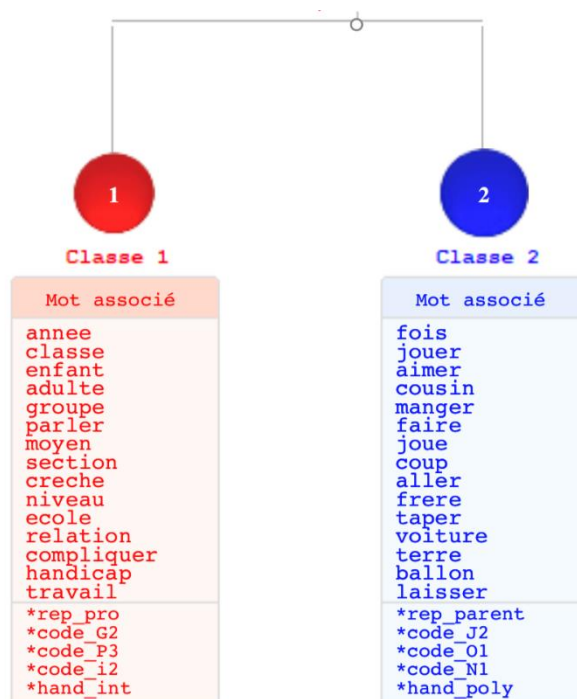
Dans la classe 4, qui représente 12,52% des unités textuelles classées, marquée par les mots *année, section, classe, septembre, début, solliciter*, c'est le vocabulaire significatif de la temporalité de l'année scolaire qui domine : O2 « *en tout début d'année, tout le mois de septembre* ».

Les professionnels de socialisation, notamment les professeurs des écoles, évoquent avec cette temporalité le changement ou la progression de l'élève handicapé : K2 « *Elle est arrivée vers janvier-février ? Et on peut dire peut-être arrivée vers mai-juin où on sentait qu'elle était plus sereine. (...) Elle était sur le qui-vive tout le temps. Et voilà. Elle épiait les bruits et au fil des mois, petit à petit, elle s'est rassurée. Elle s'est habituée. Oui, ça l'a rassurée* ».

Ils parlent positivement des AVS (auxiliaires de vie scolaire) qui accompagnent les enfants handicapés à l'école : O2 « *tout le mois de septembre, là, en effet, elle était plus en retrait à regarder. Et en effet, son AVS l'a sollicitée* ».

4.3.2.1. *Les garçons avec leurs pairs : école et fratrie*

L'analyse des entretiens relatifs aux garçons est un peu moins diversifiée puisqu'elle met en évidence deux classes d'unités textuelles relativement équivalentes en poids. 91% des unités textuelles du *corpus* ont été classées (niveau de pertinence très élevé).



Graphique 4 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux garçons

La classe 1 représente 48,32% des unités textuelles classées et se caractérise par des mots tels que : *année, classe, enfant, adulte, groupe, parler*. Le champ sémantique de cette classe concerne la place du garçon handicapé dans les lieux de socialisation.

Les enseignants évoquent son âge par rapport au niveau : G2 « *ce qui est intéressant, c'est qu'à l'école, il est dans une classe avec trois niveaux. Donc les trois sections, petite, moyenne et grande section. Donc, il est amené à côtoyer des enfants plus petits que lui, de deux ans plus petits que lui. Oui, c'est ça. Donc, avec des gabarits différents et à devoir composer avec la diversité qui se propose à lui* ». Ils évoquent également sa place dans un groupe déjà nombreux : I1 « *C'est un enfant qui a vraiment, vraiment, besoin d'être guidé. Alors pourquoi ? Parce que c'est un enfant qui est vite perturbé par tout ce qui l'entoure. Et dans cette classe de 27 élèves, il y a quand même du bruit. Même si je travaille en groupes, en ateliers, il y a beaucoup de bruit autour de lui* ». Ici, l'enseignant pose des hypothèses sur la source de ses difficultés.

La place de l'enfant handicapé est interrogée par ses pairs, qui ne comprennent pas forcément sa particularité : G2 « *c'est un moyen de l'année dernière. Mais comme il faisait aussi du travail de petits, c'était compliqué pour eux finalement de comprendre ça* ». Dans d'autres situations, l'enfant handicapé peut également passer inaperçu, car il est encore petit et que le développement individuel de chaque enfant varie : P1 « *il parlait pas, et même à l'heure actuelle, il y a encore des petits enfants qui ont pas de handicap, mais pour qui le langage se*

développe plus tard ».

Par rapport aux relations avec la fratrie, les professionnels de socialisation peuvent porter un jugement assez critique sur les interactions fraternelles au sein de la collectivité : I1 « *Il donc a énormément besoin donc le lundi matin et le mardi de son petit frère, et il perturbe énormément le jeu de son petit frère ».*

Les évolutions positives de l'enfant handicapé se remarquent dans la temporalité : F2 « *Là maintenant au mois de juin, il rentre dans la classe facilement. Il est plus gêné par le bruit, il a pas le geste de se boucher les oreilles. Il participe aux petites activités en groupe selon ses capacités, mais en tout cas il refuse pas d'entrer dans le travail »*

La classe 2 représente 51,68% des unités textuelles classées et ses mots significatifs sont *fois, jouer, aimer, cousin, manger, faire*. Elle évoque majoritairement les relations fraternelles et les jeux entre les enfants de la famille, fratrie ou cousins/cousines.

Ce sont les jeux moteurs qui dominent dans cette classe, des jeux qui bougent, que les parents observent parfois avec un peu d'appréhension : D2 « *ils faisaient des glissades avec le matelas. Ils l'ont mis comme ça entre le lit et par terre. J'avais peur qu'ils se fassent mal (...) parce qu'ils descendaient comme ça, et j'avais peur qu'ils se cognent la tête ».* Les extraits de corpus significatifs montrent qu'ils acceptent le risque lié à ces activités pour que leur enfant puisse jouer en famille : J2 « *il aime bien que ça bouge, quoi. Il aime bien le mouvement. Et du coup, en général, il y a un cousin, mais je laisse faire. Il y a un cousin, il va le prendre sous les bras, il va l'emmener là, et puis, il va lui mettre un jouet dans la main ».*

Le rire de l'enfant handicapé est très présent lorsqu'il apprécie particulièrement une situation : L1 « *c'est un coquin quand même. Oui, il y a des mots qui le font rire. Je sais pas pourquoi, quand on dit un mot, ça le fait rire. Oui, il peut rigoler. Des fois, quand quelqu'un fait une bêtise ou que quelqu'un... va glisser ou va tomber, lui, ça va, il va s'éclater de rire ».* Cette réaction de plaisir survient aussi lorsqu'un jeu le réjouit particulièrement : J2 « *Le trampoline, pareil, on va le mettre sur le trampoline, et puis, on va sauter à côté, il va être mort de rire ».* Le rire partagé entre les enfants de la famille est parfois volontairement inaccessible aux parents, qui parlent avec plaisir de cette complicité fraternelle : N1 « *Après, ils ont un fou-rire entre eux, ils rigolent entre eux, oui. A la maison, souvent, il le fait avec ses cousins, il va tousser... ou il va rigoler comme ça. Mais c'est souvent avec ses cousins en fait »* H1 « *ils font des trucs, je sais même pas pourquoi ils rigolent, mais ils se mettent à avoir des fou-rires et ils*

s'arrêtent pas. Hier, c'était en mangeant leur compote et leur yaourt. Je sais pas, il a dû y en avoir un qui a fait une grimace, et donc du coup, ça fait rire l'autre ».

Les garçons handicapés ne sont pas exempts de faire des bêtises, et des bêtises conjointes avec les frères et sœurs : P3 « *quand même, des bêtises. Ils aiment bien lancer des jouets. (...) En tout cas, ils se relaient. Quand il y en a un qui fait, l'autre il va le faire aussi. Taper, par exemple, [le frère], il aime bien taper sur les vitres, voilà, ou taper les portes aussi* », D2 « *il finit... D2, par faire pipi sur le matelas. Alors, là je me suis fâchée* ».

Les relations dans la fratrie peuvent être source de conflit entre les enfants, ou se terminer par des pleurs et des réconciliations : F2 « *Comme ils peuvent se taper dessus. Elle des fois, elle va le chercher, parce qu'en fait elle aime bien quand il pleure pour qu'ensuite elle puisse lui faire un câlin* », P3^[SEP] « *Même s'ils se disputent beaucoup, mais c'est pas très très méchant, en fait* », E1 « *c'est plus corporel, oui. C'est ça, jouer à la balançoire, enfin, ils se disputent pour la balançoire. Ils s'arrachent un des trois vélos, parce que c'est celui-là qu'ils voulaient, ou la trottinette* ».

4.3.2.2. *Des thématiques spécifiques aux filles et aux garçons*

L'analyse des entretiens à partir du logiciel Alceste fait apparaître des différences dans les thématiques et le discours lorsque les professionnels de socialisation et les parents parlent d'une fille ou d'un garçon. Ces différences rejoignent peu ou prou les différences relevées dans les observations d'enfants typiques.

Les discours concernant les filles décrivent davantage les activités tournées vers l'intérieur, la famille et la vie quotidienne (les repas, le sommeil) avec une partie consacrée, dans l'éducation familiale, à l'apprentissage du respect des règles. La vie quotidienne n'est pas évoquée pour les garçons, qui sont décrits essentiellement dans des jeux plus vifs, des corps à corps avec les autres enfants de la famille. Leur éducation accepte davantage la prise de risque par rapport aux activités qui peuvent potentiellement conduire à une chute ou une légère blessure ; les bêtises sont également plus présentes dans ce *corpus* chez les garçons que chez les filles.

Les filles ne sont pas forcément « sages », car elles peuvent mordre, pleurer, bouder... mais les garçons qui se chamaillent, qui pleurent, qui crient, qui tapent dans les portes semblent plus bruyants. Ils ont des affects également plus positifs : les rires, les fous rires, être mort de rire, éclater de rire, rigoler, sont des termes qui se rencontrent dans les extraits significatifs des entretiens concernant les garçons.

Les filles comme les garçons, bien entendu, sont décrits dans des activités de jeu. Mais ce ne sont pas forcément les mêmes jeux qui sont évoqués selon le sexe. Pour les filles, les adultes parlent de jeux plutôt calmes, silencieux, jeux d'intérieur (dinettes, *puzzle*), qui peuvent être aussi des jeux solitaires. Alors que les types de jeux cités pour les garçons sont essentiellement des jeux moteurs (jeux de balançoire, de vélo, de petite voiture, de ballon, de moto, de trottinette, de *toboggan*, de cabane, de pirate, d'eau, de trampoline, de transport de terre ou de cailloux, de jeu avec les placards), des jeux plus bruyants (tambour ou *buzzer*), qui nécessitent au moins un autre partenaire (cache-cache ou jeux de bagarre), et seulement quelques jeux plus tranquilles tels que la pâte à modeler ou les *puzzles*.

Cette différence sexuée n'est pas l'apanage de la vie quotidienne familiale, mais se rencontre également au sein de la crèche et de l'école. Ainsi les professionnels de socialisation remarquent une évolution positive de l'inclusion des filles basée sur leurs comportements et leurs affects. Une enfant rassurée, un comportement plus serein, seront par exemple les signes d'une évolution positive. Pour les garçons, le signe d'une évolution positive se fera sur la participation au groupe ou l'entrée dans le travail scolaire.

A noter que le terme « handicap » n'apparaît pas comme un mot significatif pour les filles, alors qu'il est cité pour les garçons.

4.3.3. Le type de handicap

Le troisième volet de l'analyse Alceste examine les entretiens en fonction du type de pathologie de l'enfant en situation de handicap. Le *corpus* se décline comme suit :

- 10 entretiens concernent un enfant avec un handicap moteur,
- 16 entretiens pour un enfant porteur d'un handicap intellectuel,
- 10 entretiens concernent un enfant avec un polyhandicap,
- 17 entretiens concernent un enfant avec un handicap moteur et intellectuel.

4.3.3.1. *Les enfants avec un handicap moteur : affects négatifs, électivité et activités*

Les champs sémantiques des entretiens concernant un enfant avec un handicap moteur sont divisés en cinq classes. Certains d'entre eux diffèrent syntaxiquement des autres discours, ce qui se repère par la classe 4 et la classe 5, qui représentent majoritairement un seul entretien chacune. 65% des unités textuelles du *corpus* ont été classées (niveau de pertinence moyen).

il dit rien. Et nous, même nous, ça nous fait péter les câbles, ça, on ne supporte pas que E1 soit en difficulté ». Dans ce cas, l'impossibilité de bouger sous le corps du frère et les pleurs qui s'ensuivent sont vraiment, pour les parents, le signe visible de la situation de handicap de leur fils.

Mais les enfants avec un handicap moteur sont également capables d'imitation ou d'empathie, telle cette petite fille avec un handicap moteur qui se met à baver et émettre des sons : Q2 « *pendant une semaine ou deux, elle était beaucoup dans l'imitation, c'est-à-dire qu'elle bavait, elle faisait l'escargot pour imiter ceux qui bavent, elle faisait des petits bruits pour imiter [un camarade] qui arrive pas à parler, elle criait comme [un autre camarade]* », L'enseignant l'interprètera comme une tentative de se mettre à la place de l'autre, afin de mieux comprendre la situation et les sensations de ses deux camarades qui n'ont pas le même handicap qu'elle.

La classe 2 représente 17,60% des unités textuelles classées. Ses mots significatifs sont *section, moyen, crèche, école, mari, garçon*. La classe 2 évoque les relations des enfants entre eux, les amitiés des enfants handicapés et leurs relations privilégiées ou l'absence d'amitié.

Certains enfants sont décrits comme isolés et plutôt proches des adultes, que ce soit dans le discours des parents : K3 « *dernièrement la kermesse, l'école, la kermesse, la réunion, non elle était pas là à ce moment-là, c'est mon mari qui l'a gardée. Non j'ai pas... c'est une petite fille qui grandit entourée d'adultes en plus, donc ça n'aide pas à la sociabiliser* » ou celui des enseignants : H1 « *Les petits, c'était des bébés, et après, c'était que les garçons, surtout pas les filles. Et puis, c'était toujours un des enfants qui était toujours près de la maîtresse, enfin qui allait pas vers les autres* ».

Les amitiés existent pourtant avec des affinités bien identifiées : E1 « *on l'a mis dans la même école, pour qu'il soit avec [prénom du copain]. [prénom du copain] est parti cette année. Heureusement, il avait d'autres petits copains à la crèche, et puis, il s'est fait d'autres copains, quand même l'année dernière, donc on l'a laissé toujours dans la même école* ». Les parents insistent sur le caractère bénéfique de ces amitiés entre enfants : E1 « *heureusement qu'il avait ses petits copains crèche (...) Il a eu des amis très proches à la crèche* » car « *on a remarqué très tôt qu'il était timide* ». Et ces amitiés précoces peuvent perdurer avec le temps : « *ils étaient trois, et il y en a un qui est allé dans l'école dans laquelle il est aujourd'hui* ».

Outre les affinités électives, les enfants peuvent avoir des relations fluides avec de nombreux camarades de la classe : D2 « *il préfère aller peut-être vers les filles. Voilà, jouer avec les filles.*

Enfin, c'est ça que j'ai remarqué cette année en fait. (...) Mais il va aussi vers les garçons, il a des copains garçons ».

La classe 3 représente 34,22% des unités textuelles classées : ses mots significatifs sont *impression, vraiment, groupe, jeu, voiture, vrai*. Cette classe regroupe le discours sur les activités préférées, ce qui donne envie, ce qui fait plaisir.

Ce peut être des activités encadrées : K3 « *j'ai l'impression de grand plaisir pour elle. Le temps de chanson, les histoires, les chansons. Les histoires, les chansons, elle participe beaucoup. Elle vient nous chercher du regard pour nous montrer qu'elle est contente* » mais aussi des activités libres : L1 « *on leur demande pas mal de choses déjà. Donc sur le peu de temps qu'ils ont de libre... On le laissait vraiment faire ce qu'il aimait. Et lui, il aimait bien les voitures au sol* ».

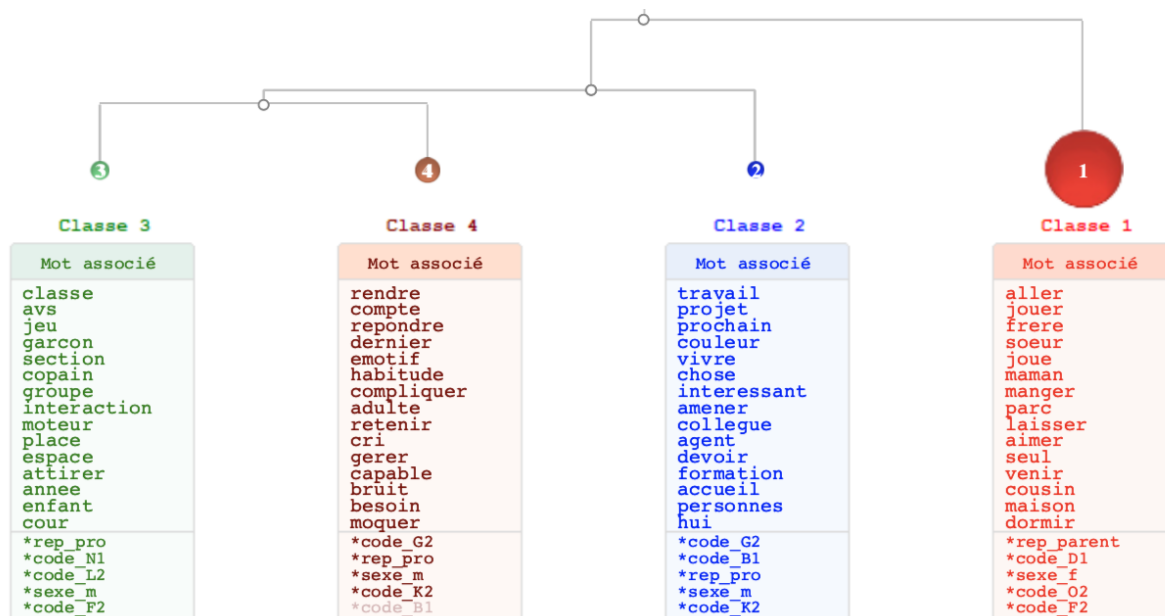
Au-delà des activités ou des jeux proposés ou libres, les adultes parlent aussi du plaisir d'être en groupe : K3 « *embarquée par l'énergie des autres et bien il y a des choses qui... se mettent en place aussi. (...) Et puis elle est contente de venir. (...) Même si elle est pas en interaction directe, j'imagine que ça lui a quand même donné envie d'aller chercher, de faire ci, de faire ça. Elle participe quand même à sa mesure, à la vie de collectivité. (...). On sent vraiment un plaisir d'être là* ».

Puis la classe 4 représente 15,08% des unités textuelles classées, marquée par les mots *joue, rester, maman, heure, maison, plage*. Cette classe évoque la vie quotidienne familiale, avec les différents membres de la famille, mère, père, fratrie, les actes de la vie quotidienne (le repas, le sommeil) et activités de l'enfant handicapé : Q3 « *tous les samedis et dimanches, je la ramène à la plage, parce que si elle reste à la maison, c'est pas bon* », les jeux dans le sable, le sport...

Enfin, la classe 5 (9,78% des unités textuelles classées), marquée par les mots *commencer, motilo, tablette, directement, intéresser, mets*. Elle est composée du vocabulaire des aides techniques : Q2 « *elle s'assoit toujours sur son corset-siège, pas tout le temps, mais dans la plupart du temps, elle est sur son corset-siège (...) comme elle est au motilo, elle arrive pas à chercher bien les coins et tout. Elle peut pas, par exemple, baisser sa tête pour regarder sous le lit, elle n'arrive pas* ».

4.3.3.2. Les enfants avec un handicap intellectuel : famille et interactions difficiles

Dans le *corpus* des entretiens concernant les enfants avec un handicap intellectuel, 79% des unités textuelles du corpus ont été classées (niveau de pertinence élevé). Les unités classées sont réparties en quatre classes d'énoncés significatifs.



Graphique 6 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux enfants avec un handicap intellectuel

La classe 1 représente 53,22% des unités textuelles classées et se caractérise par des mots tels que *aller, jouer, frère, sœur, joue, maman*. Elle contient le vocabulaire des relations aux autres, surtout dans le cadre de la famille.

Le jeu peut être initié par l'enfant en situation de handicap auprès des enfants de la famille : N1 « *Avant, c'était beaucoup les cousins qui le demandaient à venir. Là, maintenant, c'est lui. Quand il a envie de jouer, il va appeler son cousin, il va dire : « Viens, on va jouer, viens, on joue au ballon. Et viens, on va jouer »*. Alors qu'avant, c'était plus eux qui l'appelaient. Et maintenant, il aime bien jouer, du coup, il est plus intéressé » ou auprès des enfants rencontrés au parc : D1 « *quand je vais au parc, elle va aller jouer toute seule, et Madame, elle se permet même de prendre les jouets des gens »*.

Les marques d'affection sont très valorisées : F2 « *c'est quelqu'un qui est très câlin (...) c'est magnifique. Des fois quand il y a mon neveu-là qui va venir à la maison, il va vers lui, il le prend dans ses bras, il est tout content »*.

Les enfants avec une déficience intellectuelle sont décrits dans des attitudes d'imitation, très

liées aux attitudes et sentiments d'autrui, pour les actes de la vie quotidienne : D1 « *elle montrait du doigt : « Je veux pareil (...) quand elle voyait ses frères qui mangeaient de la viande et elle mangeait des légumes, elle regarde et elle va arrêter la viande, elle va manger les légumes, comme eux »* ou les actions et sentiments exprimés : D1 « *ils vont un peu la taper, elle va les taper. Et moi, je viens, et je crie : « Qui a commencé ? » Alors, elle te regarde, elle te fixe. Elle voit tes yeux. Si je vais rigoler, elle va commencer à rigoler »*.

Même si certains de ces enfants ne parlent pas, ils arrivent à se faire comprendre de leur entourage par d'autres biais que la parole : D1 « *si vous comprenez pas, elle va vous montrer. Elle va vous prendre pour vous montrer »*.

La classe 2 regroupe 13,13% des unités textuelles classées : ses mots significatifs sont *travail, projet, prochain, couleur, vivre, chose*. Le vocabulaire évoque le registre du travail et des objectifs. Cette thématique concerne les trois groupes d'acteurs : les enfants en situation de handicap, les parents et les professionnels.

Pour l'enfant avec un handicap intellectuel, le travail consiste en son activité de rééducation avec son orthophoniste, et non son travail scolaire : G2 « *Il fait des phrases de plus en plus complexes qui ont été constatées dans la grammaire par son orthophoniste, enfin toutes les personnes avec qui il travaille dans la semaine, et ça avance »*, sans omettre les objectifs des étapes à venir : G2 « *il accède à des choses plus complexes, par étape comme ça, de plus concret vers l'abstraction la plus accessible possible »*.

Pour les parents, c'est le travail introspectif qui est évoqué, sur ce que la situation de leur enfant a modifié en eux et sur la façon d'appréhender philosophiquement le monde : G2 « *ce qu'on a pu constater, c'est que ce travail sur soi qu'on a menés en deux, individuellement avec des personnes extérieures, ce travail là n'est pas forcément amené à être abouti chez des personnes qui ne rencontreront pas ces difficultés-là (...) on est amenés à vivre une situation qui est moins commune que d'autres. C'est pas le lot commun, le syndrome, c'est fragile. Mais pour nous, c'est notre quotidien. Pour nous, c'est notre quotidien, mais ce qu'y a aussi, c'est que ça amène à s'interroger sur soi, sur la relation aux autres ou sur la raison d'être, enfin tous ces trucs »*. Se donner des objectifs, pour les parents, est considéré comme un moyen d'éviter le repli sur soi : G2 « *à situation particulière, vie quotidienne banale. Et puis pour nous, ça fonctionne. Il faut qu'on se nourrisse de projets et de choses à faire, parce que sinon l'horizon est bien proche du bout du nez et on s'enferme vite »*.

Pour les professionnels, le travail est dirigé vers les collègues, et les projets d'école sont

habituels aux enseignants. Dans ces extraits d'entretiens, les projets concernent l'école sans forcément un lien avec les enfants en situation de handicap qui y sont accueillis : B1 « *j'espère que l'année prochaine on pourra mettre ces projets-là. Moi je voulais travailler sur un (...) théâtre de marionnettes, quoi, pour travailler sur des histoires aussi, des choses comme ça* ».

La classe 3 représente 14,70% des unités textuelles classées. Les mots significatifs sont des termes tels que *classe, AVS, jeu, garçon, section, copain*. Ce champ sémantique se réfère aux interactions en classe. Les *verbatim*s montrent des interactions difficiles ou peu fluides de l'enfant handicapé avec ses camarades.

Les enfants avec une déficience intellectuelle sont décrits dans un certain isolement, sans lien privilégié avec d'autres enfants : K2 « *Elle n'a pas de lien avec un particulièrement. Et même, elle est pas... Non, elle n'est pas non plus dans le jeu avec un autre. Non, du tout. Il y a pas du tout cette relation* ». Ils sont présentés comme en difficulté pour participer aux jeux collectifs : « *elle est partie en courant dans l'autre sens avec la poussette. Il a fallu que je lui coure après pour attraper la poussette, quoi. (...) Après, au niveau moteur, elle est pas super à l'aise D1. Donc c'est ce qui l'empêche peut-être aussi de rentrer dans les plus grands jeux dans la cour de récréation* ». Ces difficultés s'expliquent par le fait qu'il y ait trop d'enfants, trop de bruit, trop d'agitation : D1 « *dans la cour de récréation, il y a des enfants, ils courent dans tous les sens* ». Outre les difficultés rencontrées par le bruit ou l'agitation, les enseignants posent l'hypothèse de la difficulté de communication, qui entraverait la relation aux autres : D1 « *est-ce que ces difficultés à s'exprimer sont liées à son handicap ? Ça, je suis pas en capacité de le dire, peut-être, oui, mais chaque année, en petite section, il y a des enfants qui arrivent, qui sont en difficulté pour s'exprimer, et c'est toujours les morsures, les coups, etc., les cris, etc.* ». L'auxiliaire de vie scolaire peut servir de truchement pour les relations avec les autres enfants, à la demande de l'enfant handicapé : N1 « *il utilise l'AVS. (...) Là, il avait utilisé l'AVS pour qu'elle intervienne à sa place. Il avait quand même cette attitude-là assez souvent* ».

Des évolutions sont remarquées, sur une année scolaire ou sur plusieurs années, et peut-être grâce à la familiarisation de l'enfant handicapé à ce contexte et à ses camarades, et à la familiarisation des camarades à leur pair handicapé : N1 « *Là en deuxième année, il a deux petits copains maintenant. La première année, non, mais là, sur cette deuxième année d'école, il a deux petits copains. Alors du coup, c'est plus des jeux, on va dire de chahut. Enfin, de... voilà, un peu... C'est plus ça qui l'intéresse* », F2 « *Ce qui est nouveau, en cours d'année, il s'est mis à aller dans les coins jeux* ».

Les petits groupes sont également repérés comme étant plus propices aux relations entre

enfants : F2 « *Il observe, toujours, et j'ai l'impression qu'il prend en compte quand même les réponses ou les attitudes des autres enfants quand on est dans un petit groupe* ».

La classe 4 est constituée des mots significatifs tels que *rendre, compte, répondre, dernier, émotif, habitude* et représente 18,95% des unités classées. Cette classe évoque les affects des enfants handicapés et leurs réactions face à ces affects.

Les propos des répondants évoquent un vécu d'insécurité : « *Le fait peut-être, enfin par rapport aux adultes aussi, le fait qu'elle ait appris à nous connaître, je pense que c'était important pour se sentir plus en sécurité. Parce que par exemple au début B1 elle ne venait pas me voir* ».

L'agressivité de l'enfant handicapé est expliquée par un débordement d'affects : « *C'est G2 qui tapait [son frère]. Oui, oui. C'était pas l'inverse. En fait, depuis l'été dernier de toute façon, G2 manifeste les émotions qu'il arrive pas à gérer en tapant* ».

Parfois, la difficulté des enfants est mise en lien avec un envahissement, une absence de limites : B1 « *Je pense qu'elle cherchait des limites aussi, qu'elle n'avait pas du tout chez elle. Donc, c'était très compliqué. Une petite qui arrivait sans contrôle inhibiteur, sans rien. Donc compliqué à gérer et il arrive un moment, quand on cherche les bêtises... enfin quand on cherche la limite il faut la trouver, parce que sinon on n'en a pas* ».

Le discours des répondants indique les réactions à la peur, qui sont décodées par l'adulte à défaut d'une expression verbale de la part de l'enfant : G2 « *Ça fait du bruit. (...) C'est fort. Oui, la peur, il la manifeste en se bouchant les oreilles, parce que c'est un bruit* ».

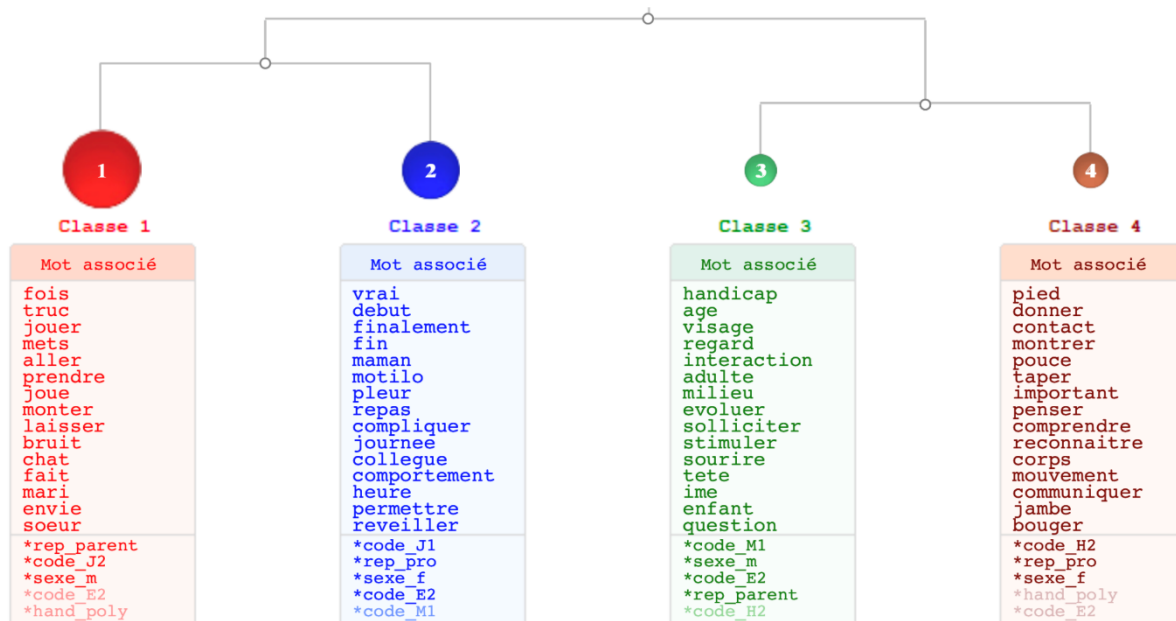
L'hypersensibilité sensorielle et l'hypervigilance sont également abordées : G2 « *je trouve qu'il est hypervigilant, enfin il est très sensible par rapport aux émotions des autres, que ce soit des enfants ou des adultes. Il ressent vraiment beaucoup les émotions* ».

Bien que la majorité des affects perçus par les enseignants soient de tonalité négative, ils insistent tous pour exprimer une amélioration avec le temps : le petit garçon qui a peur du bruit finira par se boucher les oreilles « *aussi pour s'amuser* » (G2), la petite fille sans limites « *est plus apaisée, elle est beaucoup moins dans les cris* » (B1).

4.3.3.3. *Les enfants avec un polyhandicap : pathologie et bénéfices de l'inclusion*

50% des unités textuelles des entretiens concernant des enfants polyhandicapés ont été classées

(niveau de pertinence faible). Les classes 1 et 4 ont été majoritairement constituées par un entretien spécifique pour chacune d'entre elles.



Graphique 7 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux enfants avec un polyhandicap

La classe 1 est la plus spécifique, elle représente 37,98% des unités textuelles classées et se caractérise par des mots tels que *fois*, *truc*, *jouer*, *mets*, *aller*, *prendre*. Cette classe évoque les difficultés de l'enfant polyhandicapé.

Ce peut être des douleurs dues à une sur-stimulation sensorielle, qui rend certaines perceptions douloureuses : J2 « *le bruit de la vaisselle, je sais pas. C'est multiplié par 1 000 et ça lui fait beaucoup mal aux oreilles. (...) Donc là, il supporte vraiment pas, le bruit de la vaisselle, les verres ou les trucs, la vaisselle qui se cogne (...) Dès que je fais un bruit : « Je suis désolée » Je sais tout de suite qu'il va pleurer, quoi. Il a horreur de ça. Il est très sensible à ça* »

Ce peut être également des situations rendues plus difficiles pour l'enfant, qui résultent de son absence de mobilité : J2 « *je le mets là, le pauvre. Des fois, je me dis : « Ça vaut pas le coup, pour dix minutes, je vais le monter, et après, je dois le redescendre pour manger », alors, je le laisse là* »

Ensuite se détache **la classe 2**, qui représente 28,15% des unités textuelles classées. Ses mots significatifs sont *vrai*, *début*, *finalement*, *fin*, *maman*, *motilo*. Cette classe est composée des termes de l'adaptation en crèche : J1 « *assez vite, elle a quand même repéré les référentes. C'est vrai que même d'autres collègues qui pouvaient venir vers elle, lui parler, tout de suite elle avait pas le même comportement* ». Outre l'adaptation, cette classe concerne les évolutions qui

ont été constatées dans le comportement de l'enfant : J1 « *il y avait des temps où elle pleurait, où on était obligées de la rassurer (...). Sur la fin, il y avait pas de pleurs au niveau de la séparation, et au niveau des retrouvailles, elle était super contente de retrouver maman* », « *elle mangeait à la crèche. Et ça, c'était super. (...) enfin, ça a été un pas pour moi et J1, qu'elle mange là-bas, parce qu'elle mangeait de tout là-bas* ». Les évolutions concernent également le comportement du personnel : « *Même au niveau des changes, les autres collègues... Tout le monde se permettait de faire les changes de J1. Au début, c'était vraiment que les référents et après, je pense pas, sur la fin* ».

Ces temps de l'adaptation, des pleurs du début, de l'apprentissage des repas collectifs, sont peu ou prou communs à l'ensemble des enfants, et dans les discours émis la situation de handicap n'est pas présente. Elle apparaît avec la présence du *motilo*, qui est perçu comme une aide appréciée pour passer d'une situation de passivité à une situation plus active : J1 « *Quelques mètres autour ou voilà. Pas comme des tout-petits ou qui vont se déplacer dans toute la pièce, c'était vraiment restreint. Alors que le motilo, ça pouvait... elle pouvait aller partout, puis, elle voyait toute la pièce aussi, puisqu'au début (...) elle voyait... elle restait quand même près de la barrière* ».

La classe 3 représente 16,13% des unités textuelles classées. Ses mots significatifs sont *handicap, âge, visage, regard, interaction, adulte*. Elle comprend le vocabulaire de l'interaction entre les enfants polyhandicapés et les autres enfants.

Que ce soit en crèche ou à l'école, les parents et les professionnels constatent les bénéfices du groupe et de l'inclusion en milieu ordinaire : « *C'est ce qui nous a toujours tenu à cœur aussi de le mettre dans un milieu dit normal, en fait (...). En fait... M1, il s'exprime avec le regard, avec le visage, avec les rires. Et d'autres enfants viennent, le stimulent, le sollicitent* » M1 « *A l'IME, c'est différent. Apparemment, à l'IME, il est beaucoup en sollicitation, il demande beaucoup les bras, il demande beaucoup de câlins, à être rassuré. Et ici, pas du tout. Je pense que parce qu'il trouve cette interaction avec les autres enfants, il a plus autant besoin de l'adulte qu'à l'IME* ».

La « stimulation » est spontanée de la part des enfants : « *Pour eux, M1, ils se disent : « C'est un bébé ». Et ils voient pas le handicap. Et il y a aussi toute cette spontanéité qui va pas forcément de paire avec la société : « Tiens, un handicapé, bon, il est dans la case handicapé », tiens, bon, un enfant dit normal, il est dans la case dit normale* ». En revanche, les adultes, se refusent parfois à certains comportements, jugés trop infantilisants : E2 « *je veux pas non plus*

la stimuler avec un hochet, ça, voilà, c'est non ».

La classe 4 représente 17,74% des unités textuelles classées. Elle est marquée par les mots *pied, donner, contact, montrer, pouce, taper*. Cette classe rassemble des termes qui touchent à la communication des enfants polyhandicapés, et plus précisément les modalités alternatives au langage verbal ou au déplacement.

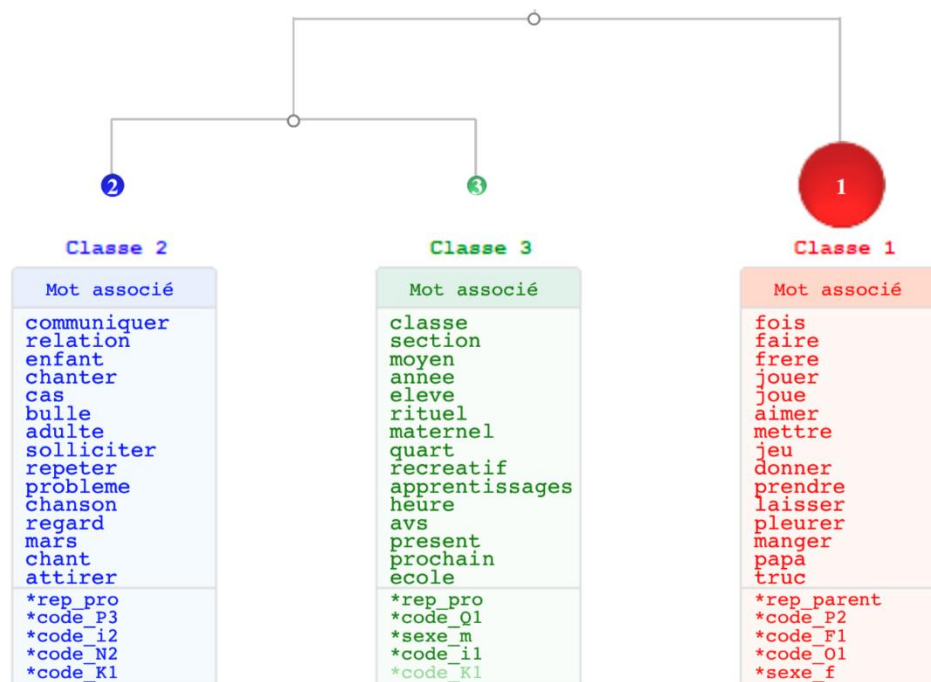
Par exemple, dans ces extraits significatifs du *corpus*, les coups de pied apparaissent comme une façon de communiquer pour une enfant : H2 « *le mouvement en direct, elle peut pas se pointer vers quelqu'un. Elle pouvait se pointer, se diriger vers quelqu'un et donner des coups de pied, c'était parce que ses jambes étaient les seules façons dont elle pouvait le faire* ». Les professionnels évoquent l'importance de repérer ces gestes alternatifs de communication, d'une part pour les reconnaître lorsqu'ils se produisent : H2 « *Elle avait une hypotonie, elle peut pas montrer. Et avec le like, avec le mouvement de pouce « J'aime », il faut que ça se reconnu avec des mouvements parasites autour* », et d'autre part pour éviter que l'enfant ne se décourage et ne les fasse plus s'il n'était pas compris.

Cette connaissance des facultés de communication des enfants nécessite un temps de travail et d'observation : H2 « *elle peut pas fermer ses mains sur l'objet, mais elle peut pousser certains objets. Et nous avons, avec la psychomotricienne, donc beaucoup travaillé sur la compréhension de H2, vraiment avec des observations minutieuses ensemble quand on donnait des objets pour voir ce qu'elle peut faire, et on a découvert qu'elle peut pousser des objets* ». Ce temps d'observation peut apporter d'heureuses surprises aux professionnels, qui découvrent avec joie des potentialités jusqu'alors inexplorées, une « révolution » dira l'une d'elles : H2 « *C'est la scène avec les petits coups de pieds, parce que là, c'était vraiment, c'était pour nous une révolution, qu'elle peut avec ses pieds chercher le contact avec l'autre. Ça, pour nous, c'était une révolution* ».

Comprendre les modalités de communication est particulièrement important car cela va ensuite permettre de favoriser l'expression des enfants polyhandicapés en direction des autres enfants, en la mettant : « *dans des conditions de l'installation pour qu'elle ait un vécu plus grand, et qu'elle est capable de bouger ses pieds vers les autres* ».

4.3.3.4. Les enfants avec un handicap moteur et intellectuel : fratrie, communication et niveau scolaire

Dans les entretiens concernant les enfants avec un handicap moteur et intellectuel, 76% des unités textuelles du corpus ont été classées (niveau de pertinence élevé), et divisé en trois classes thématiques.



Graphique 8 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux enfants avec un handicap moteur et intellectuel

La classe 1 est la plus spécifique, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 69,66% des unités textuelles classées et se caractérise par des mots tels que *fois, faire, frère, jouer, joue, aimer*. Dans cette classe, les parents décrivent des relations harmonieuses dans la fratrie : O1 « *ils lui donnent, ils lui demandent de relancer. Et il aime bien aussi les regarder jouer, ou ils se sautent dessus dans l’herbe, enfin, voilà, mais oui oui, ils jouent* », K1 « *Elles s’amusent. Si, elles jouent au bébé, des fois je trouve que [la sœur] elle aime bien jouer aux poupées, donc elles font comme s’il y avait une crèche dans la chambre de sa sœur* ».

Le frère ou la sœur, durant ces jeux en commun, fait également office d’éducateur ou d’éducatrice, pour que l’enfant handicapé maîtrise le jeu : O1 « *Ils étaient tous les deux dans l’herbe. A un moment, je dis : « Il est en train d’essayer de faire une pirouette ». Et mais après, du coup, elle, elle a essayé. Puis après, c’était à chacun son tour, voilà. Ils se regardaient faire, puis hop, ils essayaient l’un l’autre* ».

Dans cette classe apparaissent également la complicité entre frères et sœurs et les bêtises

partagées : « *Ils ont un placard dans leur chambre et [la sœur] aime beaucoup les vêtements, donc elle ouvre le placard, elle montre les T-shirt à Q1, et Q1 sort de son lit. Et par contre lui il vire tous les vêtements par terre, c'est plus dans le gros œuvre, là. Et [sa sœur] déplie tout et les met sur le côté. C'est [la sœur] qui appelle Q1 pour faire la bêtise là pour le coup. Chacun son style* » en échappant au regard et à la vigilance des adultes : P2 « *Elles peuvent faire des bêtises quand elles sont dans la chambre et quand elles jouent avec le maquillage de la poupée, ou à se mettre des crèmes partout* ».

Certes, les relations ne sont pas toujours idylliques, mais lorsque les enfants ne veulent plus jouer ensemble, cela se traduit par un simple refus : P2 « *des fois, elle lui dit : « Viens jouer », la grande, elle lui dit : « Non, j'ai pas envie de jouer avec ces jouets », avec quelques chamailleries : « tu mets un dessin animé, que l'autre, elle aime, ça chaille dessus* ».

La classe 2 est formée de 20,50% des unités classées. Les mots significatifs de cette classe sont des termes tels que *communiquer, relation, enfant, chanter, cas, bulle*. Cette classe rassemble le vocabulaire de la communication.

A l'école ou à la crèche, une difficulté de communication est repérée entre l'enfant handicapé et les autres enfants, qui du coup vont davantage solliciter l'adulte : « *On l'impression que P3 ne les intéresse pas, oui, voilà, parce qu'il y a quand même un petit décalage de communication et d'être. (...) Oui, plutôt avec l'adulte, oui. Il va parler avec l'adulte, parce qu'on va le solliciter. Mais d'emblée, il va pas chercher à parler avec les autres* » bien que la communication par le geste comme mode de communication alternatif à la parole soit parfois utilisée par les enfants : P2 « *elle était avec les autres, il y avait des moments d'échange, de communication à sa façon, toujours par le geste* ».

Mais les professeurs des écoles repèrent un mode de communication privilégié pour certains enfants avec un handicap moteur et intellectuel, la chanson : P1 « *moi, je communique beaucoup dans la chanson. On chante beaucoup et donc c'est ça qui doit peut-être l'aider aussi* » ; P3 « *il y a un moment vraiment où je le trouve en interaction avec les autres, c'est au moment du chant, parce que là on chante et on fait des gestuelles. Et là, il prend plaisir. Alors, il répète quelques mots de la chanson, mais là il est content* ».

Si l'interaction avec les autres enfants est rendue possible grâce aux chansons partagées en classe, la rencontre avec un autre enfant paraît également facilitée lorsque cet autre enfant a lui-même une difficulté ou un handicap : « *il a tendance à se poser quelque part et à regarder un*

peu en observateur, à se mettre toujours en retrait. Après, il y a un moment où là, effectivement, on constate qu'il va être attiré par des enfants, mais qui ont des troubles aussi ».

La classe 3 est constituée de 9,84% des unités classées. Les mots significatifs de cette classe sont des termes tels que *classe, section, moyen, année, élève, rituel*. On y trouve le champ sémantique de l'âge et du niveau scolaire.

Lorsque les enseignants évoquent l'adéquation entre l'âge et le niveau scolaire, c'est pour faire remarquer que l'enfant handicapé est dans une classe qui ne correspond pas forcément à son âge : O1 « *là, il fait une moyenne [section de maternelle], mais il fait un niveau de petite. Donc, l'année prochaine, il rentre en grande, mais il fera un niveau moyen* » ; Q1 « *on va l'envoyer dans une autre classe de petits moyens, il va travailler plutôt avec les petits* » Le handicap est pour les enseignants une explication indirecte de ce retard. En effet, ils n'évoquent pas comme raison du retard des troubles moteurs ou cognitifs mais ils évoquent le fait que les enfants handicapés fréquentent peu l'école les premières années, et qu'ils n'ont donc pas accès aux apprentissages au même rythme que les autres : O1 « *il a fait une petite section l'année dernière de février à juin, et il ne faisait qu'une heure et demie, trois matinées par semaine* », y compris pour les activités sportives : Q1 « *les activités physiques, il est un petit peu dans la crainte. Pas encore. La fréquentation de l'école, cette année pour lui, ça a été trois matinées par semaine* ». Les enseignants ne critiquent pas la scolarisation partielle, car ils ont la sensation que la journée d'école est particulièrement difficile pour ces enfants avec un handicap : Q1 « *après, jusqu'à une heure et quart, c'est long, voilà. Donc, bon, mais de toute façon, je pense qu'il aura son AVS qui sera là et qui le fera rentrer. Pour se reposer, parce que c'est intenable, franchement. C'est très difficile. C'est épuisant* ».

Ce décalage entre l'âge et la section débute dès la crèche, et fait perdre des amitiés à des enfants qui restent dans une structure alors que ses camarades changent d'établissement : Q1 « *Y a pas de tout petits petits, ça commence à partir de un an. Et après le mercredi il y a des plus grands je crois que c'est cinq ans le maximum. Oui, alors c'est une petite fille qui est rentrée à l'école cette année, donc qui y est plus, qui s'occupait souvent de lui* ».

4.3.3.5. *Des enfants aux caractéristiques qui diffèrent selon leur pathologie*

L'analyse Alceste fait apparaître que les professionnels de socialisation et les parents brossent des portraits différents selon la pathologie des enfants.

Les relations conflictuelles avec les autres (coups, bagarres) ou les affects négatifs (énervement) caractérisent les enfants avec un handicap moteur. Certains adultes l'interprètent comme une phase transitoire où l'enfant veut « tester les limites », mais d'autres évoquent également la « frustration » de ne pas pouvoir faire la même chose que les autres enfants du fait du handicap moteur. Mais ces enfants sont également les plus décrits comme ayant la capacité d'éprouver de l'empathie pour leurs camarades. Les amitiés électives sont un autre thème qui les distingue des enfants avec d'autres types de handicaps : les enfants avec un handicap moteur ont des amitiés bien identifiées et les parents peuvent citer plusieurs prénoms de copains de la crèche ou de l'école. Outre leurs camarades privilégiés, leurs goûts sont également connus et reconnus par les adultes : les professionnels ont bien repéré ce qu'ils aiment et leurs activités préférées. Ils insistent sur le plaisir que les enfants ont à réaliser ces activités, ce qui suggère également la compétence des enfants à exprimer leurs choix et leurs préférences.

Pour les enfants avec une déficience intellectuelle, c'est la relation à l'autre qui est mise en avant, et qui n'est pas perçue de façon identique. Dans le cercle familial, l'enfant peut se montrer très affectueux, facile, et les relations familiales sont globalement décrites comme positives, même si l'enfant reste très collé à l'autre et dans l'imitation. *A contrario*, à l'école ou en collectivité, les interactions avec les autres enfants sont jugées difficiles. Les enseignants repèrent les éléments extérieurs qui entravent les liens entre enfants, tels que le bruit, l'agitation, les grands groupes. Mais ils sont également attentifs à repérer les affects des enfants avec un handicap intellectuel qui pourraient nuire à l'établissement de ces relations, comme la peur ou l'insécurité. Une seconde thématique spécifique au discours concernant ces enfants concerne l'engagement de chacun des acteurs (enfants, parents, professionnels) dans un travail ou un projet (projet d'école pour les enseignants ou une activité nouvelle pour les parents). Ces projets visent peut-être à compenser le temps parfois long des évolutions, qui peuvent se mesurer sur plusieurs années.

Deux caractéristiques principales distinguent les enfants avec un polyhandicap. La première thématique concerne la communication, et surtout les observations fines pour réussir à repérer les modalités d'expression qui sont parfois ténues et qui sont toujours propres à chaque enfant (léger coup de pied, regard appuyé, léger mouvement de tout le corps...). Le décryptage de ces signaux apparaît comme un préalable aux relations avec les autres enfants. La deuxième thématique porte sur des bénéfices de l'inclusion dans le milieu ordinaire, autrement dit les bénéfices de la relation avec des enfants ordinaires. En effet, les discours des répondants évoquent le besoin de stimulation pour les enfants polyhandicapés, stimulation apportée par les

professionnels mais également, et de façon plus spontanée, par les autres enfants à la crèche ou à l'école.

Des relations fraternelles intenses et heureuses caractérisent particulièrement les discours concernant les enfants avec un handicap moteur et intellectuel associé. Ces relations fraternelles sont très valorisées par les parents, qui se réjouissent de la complicité des enfants et de leur connivence hors du regard de l'adulte, les parents décrivant également les bêtises conjointes des enfants de la fratrie. Celle-ci a parfois une fonction éducative, le frère ou la sœur montrant ou apprenant quelque chose à son pair handicapé. Une autre thématique spécifique aux enfants avec un handicap moteur et intellectuel, à la crèche ou à l'école, porte sur le décalage qu'il peut y avoir entre leur âge et le niveau dans lequel ils évoluent. Ce décalage, qui peut s'accroître au fil des années, explique peut-être le choix des liens électifs de certains de ces enfants, qui préfèrent les enfants présentant également des difficultés.

4.4. RESULTATS DE L'ANALYSE TRANSVERSALE DE L'ENSEMBLE DU CORPUS VIA L'ANALYSE THEMATIQUE ET L'ANALYSE VIA NVIVO

Dans cette partie nous donnons le résultat de l'analyse thématique manuelle réalisée sur les livrets, les carnets de bord et sur les entretiens et les résultats des traitements des livrets NVivo qui a permis d'apporter des nuances, des confirmations des analyses thématiques manuelles. Dans cette partie, figure des extraits d'entretiens, des livrets et des carnets de bord et des représentations graphiques issues du traitement des livrets via NVivo.

Représentation graphique des résultats N VIVO

Pour la présentation des graphiques en histogramme de NVivo nous mettons toujours entre parenthèses le nombre de fois exact où le thème, les mots, sont apparus et nous présentons les histogrammes en faisant ressortir comme il est dit plus haut la proportion entre les éléments évoqués.

Nous présentons cette analyse en détaillant ce qui est dit des relations entre enfants, puis ce qui est dit des relations entre enfants et adultes et nous terminons par ce qui est dit des entraves et des facilitateurs des interactions entre enfants.

4.4.1. Relations entre enfants

Le contraste entre la description d'un même enfant par des observateurs différents est parfois extrême. Ainsi, un enfant peut être décrit par un répondant comme étant isolé, sans contact avec

les autres en groupe alors qu'un autre répondant le verra comment un enfant alimentant, créant, participant à des jeux moteurs, sensoriels et même parfois symboliques, avec ses frères et sœurs.

Dans tous les cas, les relations avec les frères et sœurs sont plus importantes en nombre, en qualité et en diversité, elles sont plus matures que celles avec les enfants du milieu inclusif.

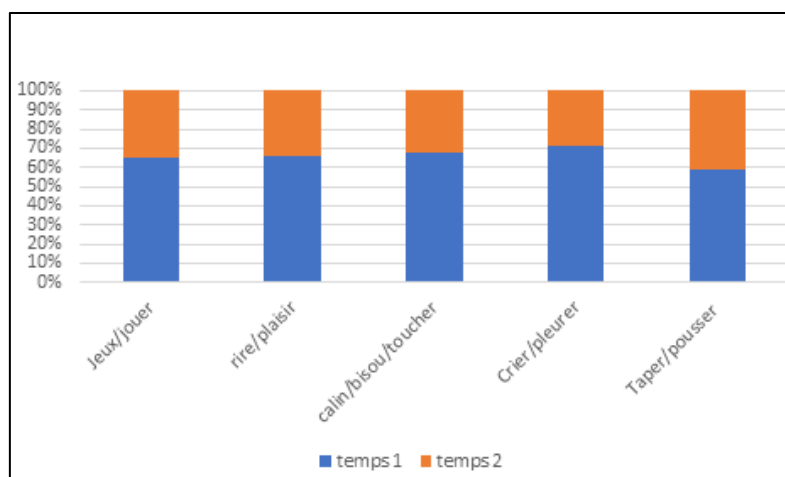
Selon la mère de H1, « *Il aime surtout jouer avec son frère jumeau. Ils jouent aux jeux d'imitation, jeux symboliques, de construction. Il fait des coloriages et de la pâte à modeler, inventent des histoires ensemble. Il imite plus particulièrement les conduites des adultes. Cependant, avec les enfants inconnus, il est en retrait. Quand il s'est fait embêter ou taper, il ne réagit pas. « 'Elle est moche ta poussette'. Du coup... moi, je n'étais pas forcément là, c'était ma belle-sœur qui m'en a parlé, et du coup, il n'a pas trop su comment réagir, enfin, il s'est mis en retrait, il s'est mis à bouder. »*

Cette image d'enfant actif, avec des relations diversifiées avec ses frères et sœurs et en retrait avec les autres enfants est très courante durant le temps T1, un peu moins courante durant le temps T2⁹.

Pour ce graphique (graphique 9), nous avons repris tous les mots qui sont apparus plus de 20 fois dans le *corpus* des livrets et nous les avons catégorisés pour pouvoir identifier clairement la proportion de ce qui est dit sur tel ou tel thème.

Les thèmes suivants ont été choisis car dans l'analyse thématique, ils ont paru particulièrement importants pour qualifier et rendre compte des interactions entre enfants : jeux/jouer (figurent par exemple dans cette catégorie les mots *joue, jouent, jeu, jeux*) ; regarder/observer ; plaisir/rire/sourire ; taper/pousser ; bises/câlins.

⁹ Dans les graphiques générés par NVivo, les chiffres sont le nombre d'énoncés catégorisés avec parfois leur pourcentage, par exemple dans ce graphique (graphique 9), il y a eu 1999 *verbatim*s qui contenaient l'idée de taper, pousser.



Graphique 9 : Type de relations entre enfants

On voit dans ce graphique une légère augmentation des thématiques agressives mais globalement les proportions sont stables c'est l'analyse qualitative des *verbatim* qui permet de voir que par delà cette « ressemblance » dans la « proportion » il y a des différences qualitatives dans ce qui est évoqué en fonction de la déficience et du répondant.

Cet exemple montre toute la prudence dont on doit faire preuve dans les interprétations, en effet, on pourrait conclure que les enfants jouent moins en T2 alors qu'en fait l'analyse du *verbatim* montre que les descriptions des jeux sont plus détaillées, plus précises. Il y a donc moins les mots de la catégorie « jeu » et davantage de *verbatim* longs développant la manière dont le jeu a commencé, évolué. En effet, par exemple au temps 1, on a des *verbatim* du type « *il joue bien* » alors qu'au temps 2, on aura l'énonciation d'un jeu suivie de la description détaillée de ce jeu-là. Ce qui montre soit que l'enfant développe davantage ses jeux, soit que l'observateur est plus attentif, du fait des participations à la recherche, à ce que l'enfant fait.

4.4.1.1. Enfants plutôt solitaires

Tableau 17 : Comportements des enfants solitaires

	Temps 1	Temps 2
Interactions très brèves avec les enfants	F1 ; Q3 ; I1 ; O1 ; Q1	B1 ; Q1 ; I1
Ignore les autres enfants	K3 ; I1 ; L1 ; K1 ; L2 ; E1 ; N1 ; K2 ; O1	L2 ; K3 ; P2 - ; Q3 ; K2
Reste à l'écart, solitaire	F2, F1 ; O1 ; L1 ; O3 ; O1 ; L2 ; K2 ; N1 ; E2 ; K1 ; D1 ; E1 ; H1	Q3 ; L1 ; O3 ; I3 ; F2 ; H1
Peur des autres enfants	F1 ; E1 ; Q3 ; Q1 ; K3 ; L2 ; E2 ; E1 ; P3 ; K2	Q3 ; Q1 ; L1 ; N1 ; K2 ; Q2 ; F1

Dans leur majorité, les activités évoquées au temps 1 en milieu inclusif se font en solitaire, « à côté » des autres enfants et exceptionnellement avec un autre enfant dans un jeu d'échange et de coopération sauf avec les frères et sœurs.

On trouve les *verbatim* suivants dans les livrets des professionnels :

Au jardin d'enfants : « Avec les autres enfants de son âge, elle est décrite comme plutôt à distance mais observatrice. Mais elle les observe "avidement" dit la maitresse. La plupart temps, B1 joue dans le groupe, à côté des autres plutôt qu'avec eux. Elle ne manifeste pas que cela la fasse souffrir. Dans la cour en particulier, elle marche ou fait du vélo, sans chercher à initier une interaction avec l'autre ».

« Au moment de la boisson à table, B1 se lève, alors que les autres sont assis, elle va s'asseoir par terre à l'écart du groupe et déballer la dînette, dont elle jette les éléments par terre. Quand B1 arrive dans la cour extérieure, elle reste assise, ne va pas vers les autres. Au retour du passage au WC, B1 marche seule dans la pièce de jeu, elle ne va pas vers les autres enfants qui sont en train de jouer ».

« D2 dans la cour de récréation va rejoindre d'autres enfants qui cherchent leur grand frère ou grande sœur de primaire dans la cour d'à côté, séparée par un grillage. Il est au milieu d'eux. Il ne s'adresse pas à eux, concentré sur son observation, mais si un enfant s'adresse à lui, il lui répond. De même, il va sur un vélo sans roues et avance seul dans la cour. Si un enfant croise sa route et vient vers lui, il lui répond, bien que la relation soit brève ».

Dans de nombreux cas, cet isolement est mis en lien avec le fait que l'enfant est insécurisé, a peur des autres, il en sera question plus loin, ce sentiment s'atténuant dans le T2.

Parfois, l'enfant est décrit comme étant solitaire, voire fuyant le contact rapproché et, en même temps, le répondant a l'impression qu'il bénéficie du fait d'être au milieu des autres enfants.

« Là, il a trouvé le plaisir d'être avec d'autres enfants, à l'école, enfin là, sur la deuxième année, en tout cas, mais on voit qu'il y a des interactions, mais ce n'est pas dans un vrai échange, malgré tout. Ce n'est pas dans un vrai jeu constructif, de vrai partage. Il y a du partage, mais ça reste quand même plaqué, la situation. C'est toujours, c'est très répétitif. Ainsi, l'éducatrice note ces interactions mais exprime le sentiment que quelque chose de peu investi par l'enfant a eu lieu, ou du moins, elle ne sait ce que cette interaction a signifié pour cet enfant-là à ce moment-là » (N1).

Chaque enfant compose comme une symphonie avec la diversité des situations, d'où l'importance de présenter à l'enfant de multiples propositions, ceci ouvrant sur la surprise de le voir profiter d'une stimulation alors qu'il paraissait y être indifférent. Nous y reviendrons dans la partie sur la surprise.

« Des fois, il faut quand même pas mal l'inciter à jouer, sinon ça papillonne et... Elle a eu un moment où... Oui, les semaines précédentes, moi je l'ai vue jeter pas mal de cubes. Oui, elle s'amusait à jeter » (I1).

« Une fois, elle avait fait un atelier cuisine. Et ça elle gère bien. Je pense qu'à la maison, elle doit peut-être en faire. Après, elle aime bien les hamacs... C'est les jeux qu'on propose. Ce n'est pas elle qui... Donc, on propose et ça ne dure pas longtemps, parce que je vous le dis après, c'est vite... Elle regarde ailleurs ce qui se passe. Elle n'est pas dans son jeu. Après dehors, et bien c'est pareil dehors, elle promène beaucoup. Bon après, si on l'aide, elle va sur le toboggan, voilà. Des choses comme ça. Des fois, elle s'isole elle... Je ne sais pas, ou elle erre un petit peu sans être vraiment ni avec les adultes ni avec les enfants ou... Du coup, si on le voit, on fait attention comme tous les autres... Voilà, déjà elle est moins rapide. Moi, je pense que c'est comme ça du coup. Elle ne cherche pas à se mettre à l'écart. Ce matin, elle était à l'écart, mais c'est parce que voilà, elle est allée pour les livres. Et du coup, après elle est restée toute seule. Moi, j'ai dû partir et elle est restée toute seule. Mais après, oui. Se mettre à l'écart, vraiment dire : « Non, je ne veux plus de vous ». Et puis voilà, enfin je reviens sur le temps de chanson.

Elle a un tel plaisir. Enfin déjà, c'est comme... on se regroupe et on se touche physiquement. Enfin, les gamins ils peuvent... Enfin, elle a l'air bien à ce moment-là quoi. Et puis elle dit : « Encore ! », oui. Ce que je veux dire par là c'est que ce moment de groupe qui pourrait la gêner aussi, parce qu'on est les uns à côté des autres, les énergies, on est là. Il y a du bruit. Enfin, ça brasse. Il y a des enfants qui sautent à côté d'elle. Enfin, parce qu'elle n'arrive pas forcément à se lever aussi rapidement que les autres. Et c'est un moment de plaisir » (I1).

Ainsi, la solitude a plusieurs sens et varie parfois, pour un même enfant, selon les circonstances :

- Il peut s'agir d'un enfant dit « dans sa bulle » qui ne supporte pas le contact avec les autres, il se sent bien seul, loin des autres, sans interférence dans les jeux et/ou activités qui peuvent être estimés comme étant stéréotypés, ou pas ;
- Il peut s'agir d'un enfant très incommodé par le bruit, l'agitation et qui se protège activement des intrusions en s'éloignant activement du groupe ;

- Il peut s'agir d'un enfant fatigable et qui, plus souvent que d'autres, doit s'isoler pour se reposer ;
- Il peut s'agir d'un enfant distractible, se mettant à l'écart de l'agitation pour mieux exercer son attention sur une tâche, sans forcément s'éloigner géographiquement des autres, ni être insensible à ce qui se passe autour de lui.

Il peut y avoir isolement dans le groupe et plaisir à y être.

« Mais effectivement, oui, on peut observer une forme de joie et de plaisir. Alors la joie, c'est quand même relatif. On parlerait plus de plaisir à être là, oui. D'ailleurs, qui n'est pas forcément avec ce besoin d'être en lien avec les autres enfants. Il y a quand même un plaisir à être là. Les autres enfants jouent, elle est là sans jouer directement avec les autres enfants, mais voilà. Il y a un plaisir en tout cas à être là avec nous et qui est quand même plus manifeste avec les adultes, oui. Je sais que les questions concernent les enfants entre eux, mais nous, ce qu'on observe, c'est quand même il y a plus d'interaction et de plaisir à être avec les adultes qu'avec les enfants. En tout cas, elle va plus facilement vers les adultes. Et par exemple, si elle veut jouer à quelque chose, elle va chercher l'adulte pour qu'il l'aide à jouer à ce jeu, plus que... D'ailleurs, elle ne va jamais chercher des enfants. » (C1)

Dans ces situations, regarder n'est pas une activité passive, l'enfant est à distance mais intéressé par ce que se passe.

4.4.1.2. L'enfant et le groupe

Tableau 17 : Comportements des enfants avec le groupe

	Temps 1	Temps 2
Plaisir à être avec les autres enfants	O3 ; E2 ; H1 ; H2	K1 ; O3 ; O1 ; N1
Observation des autres à distance	P3 ; Q3 ; E2 ; Q3 ; N2 ; L1 ; H1 ; Q2 ; K1 ; D2 ; O3 ; B1 ; E1 ; J2 ; O1 ; Q1	E2 ; Q3 ; G1 ; F2 ; P1 ; H1 ; J2 ; P3 ; P2 ; B1 ; L1 ; F2
Jeu « à côté » et pas avec les enfants	O3 ; I1 ; B1 ; O1 ; Q1 ; N2 ; L1 ; G1 ; P3 ; O1 ; L2	K1 ; F2 - ; K3 ; K2 ; G2 ; P1 ; L2 ; K1 ;
Augmentation des relations aux autres	G2 ; F2 ;	F1 ; Q3 ; Q1 ; K3 ; D2 ; O3 ; Q2 ; I2 ; G2 ; L2 ; P2 ; B1 Q1
Participe à des activités collectives entre enfants	E2 ; Q1 ; L2 ; B1 ; H1	Q1 ; N2 ; L1 ; H1 ; P3 ; I1

Les raisons des difficultés à entrer en relation avec des enfants et avec des groupes d'enfants ont plusieurs fondements selon les cas :

- Ils sont insécurisés, ils ont peur et l'adulte est celui qui peut les aider à se protéger, à anticiper les dangers, à les consoler, ou à répondre à des demandes non compréhensibles par une personne qui ne les connaît pas ;
- Ils sont indifférents aux autres enfants (en dehors des frères et sœurs et des cousins/cousines) ;
- Ils doivent apprivoiser la présence de l'autre après avoir pris conscience de son existence. Cet apprivoisement se fait progressivement en passant par l'observation, l'expérimentation par petites touches de relations aux effets positifs. Selon les enfants cela prend plus ou moins de temps.

Chaque fois qu'un progrès est noté en ce sens (l'enfant refuse que l'adulte intervienne, il va spontanément vers les autres, il participe à un groupe), parents et professionnels se réjouissent et notent cela comme un progrès important.

« À l'école au début elle aimait les enfants et tout, mais pendant la récré, elle a très peur. Elle n'aime pas, quand un enfant s'approche d'elle, elle a peur. Comme elle ne court pas bien, elle tombe et tout, elle a peur. Mais là pour l'instant, elle aime bien jouer avec les autres, elle est très câline, elle reste beaucoup avec les enfants. Et là même à l'école pendant la récré, elle va toute seule, elle n'a pas besoin de l'AVS pas comme au début. Au début ce n'était pas possible, la récréation toute seule ou sans AVS ou sans personne avec elle, quelqu'un avec elle. Elle avait besoin d'un adulte avec elle. Mais là elle recherche est-ce qu'elle est là l'AVS avec elle, mais elle peut s'éloigner. Elle a commencé de faire ça, ça fait trois semaines, trois, quatre semaines. Ça ne fait pas longtemps. » (F1)

Quand l'enfant commence à prendre conscience de l'existence des pairs, cela va avec un tableau d'un enfant qui communique mieux, se fait mieux comprendre et aussi est plus en capacité à se détacher de sa mère. Il est alors plus sûr.

Dans ce cas, on constate une progression assez nette ; progression pas repérée de la même manière par chacun des observateurs.

L'enfant prend conscience des autres enfants mais n'a pas de contact avec eux : il est content en groupe, s'active dans le groupe, observe de loin mais n'interagit pas avec les autres, parfois il accepte quand les autres le sollicitent, parfois pas. Les adultes notent alors que l'acceptation ou le refus est d'abord pour tous les enfants puis progressivement, l'enfant accepte la sollicitation de l'un puis de plusieurs.

« H2 est toujours un peu pareil, sauf quand il y a du bruit, vraiment beaucoup de bruit. Là, elle va pleurer, mais elle est moins irritable qu'avant là-dessus. Quand elle est très fatiguée aussi, le bruit peut l'énerver, ou même quand les autres viennent jouer avec elle, ça l'embête. Mais en moyenne, c'est plutôt les autres qui iront vers elle qu'elle qui ira vers les autres. » (Entretien de recherche)

L'enfant a pris conscience de ce qui le différencie de l'autre, il semble prendre en compte les autres enfants, exprime des préférences mais il ne peut pas encore participer réellement au collectif : il est rare que les enfants arrivent à ce stade de liens aux autres.

Mère de D2 : « (avec les frères) Ils jouent entre eux. Ses frères l'intègrent bien aux jeux et il s'intègre aussi du mieux qu'il peut, surtout lorsqu'ils s'amuse à se bagarrer ou à faire des courses de vitesse. Ses frères se rapprochent assez souvent de lui pour jouer. D2 a du plaisir à jouer avec eux. Il accepte les jeux et les rôles qu'on lui donne. Il n'a pas encore la notion de perdre. Il défend son frère K et son frère A le défend contre son frère K. il rit lorsque son frère K fait des bêtises et en fait autant. (Avec les autres enfants) Il est intimidé dans un premier temps, dans les débuts, devant des enfants ou des cousins qu'il ne voit pas souvent, aimerait s'intégrer à un jeu qu'il apprécie comme la pâte à modeler, mais n'ose pas. Sinon, quand il est un peu habitué aux enfants, il est heureux de les revoir et essaye de s'intégrer de lui-même. » (Livret parents T1)

Tout ce développement suppose la mise en œuvre de plusieurs processus différents :

- Différenciation soi/autre ;
- Capacité à se penser et à penser l'autre avec la naissance de l'empathie ;
- Sentiment de sécurité dans la situation de groupe.

Quand il est dans les lieux d'inclusion ou les lieux de soins, l'enfant a besoin de beaucoup de temps pour apprivoiser le groupe, le plus souvent on note la progression suivante :

- il est indifférent au groupe, il observe le groupe, il l'approche à juste distance ;
- il entre dans le groupe mais sur un temps court, avec des allers et retours ;
- il reste dans le groupe sans y participer
- et enfin avec le temps, dans certains cas, et toujours uniquement au temps 2, il participe aux activités du groupe d'abord en ignorant les enfants puis en prenant en compte certains d'entre eux.

Parfois, un enfant déjà bien intégré au groupe ménage des moments d'isolement qui vont lui permettre de réguler ses émotions :

« Dans la cour, G2 participe spontanément aux jeux de course avec 2, 3 enfants, en leur donnant ou pas la main. Cela le fait très souvent rire, Il sourit beaucoup. Parfois, même cela le dépasse et il « s'arrête » et ne participe plus à l'action. Il s'isole de lui-même pour se calmer. » (Livret professionnel de socialisation T2).

J1, dans le groupe avec deux autres enfants polyhandicapés, les professionnels ont constaté son évolution entre T1 et T2 au niveau de sa participation : pendant la première année, elle était en retrait, dans la manipulation des objets puis la deuxième année du groupe, elle est entrée progressivement dans le groupe, touchant et prenant les jeux d'un autre enfant, lui souriant et se redressant.

Il est intéressant de constater également que l'enfant ne se comporte pas forcément de la même manière dans les groupes dans lesquels il évolue : lors d'une même période d'observation, un enfant peut être plutôt en dehors du groupe, dans une posture d'observation des autres enfants à l'école, alors qu'il peut se montrer beaucoup plus présent et participant au sein du groupe du CAMSP. Les conditions de chaque groupe (environnement, enfants handicapés ou non, petit ou grand groupe, nature des activités proposées etc...) sont spécifiques et vont avoir une influence importante sur la façon dont l'enfant va s'y sentir sécurisé, et va pouvoir investir les liens aux pairs.

Par exemple, une enfant a montré au temps 2, un comportement très différent à l'école et au CAMSP. Plutôt calme, conciliante et observatrice à l'école, commençant doucement à nouer des liens électifs avec certains enfants, elle s'est montrée dans le même temps, opposante avec les adultes, agressive avec les autres enfants au CAMSP. On peut supposer que le petit groupe avec des enfants handicapés comme elle, allant au même rythme, des adultes proportionnellement en grand nombre, ont permis à cette petite fille d'expérimenter la période d'opposition, l'affirmation de soi vis-à-vis des adultes et des enfants. A l'école, encore peu en confiance, déjà occupée à traiter la multiplicité des informations et à trouver sa place parmi les autres enfants, elle n'était peut-être pas encore en mesure de jouer cet enjeu relationnel de la phase d'opposition, par ailleurs bien présente au sein du milieu familial également. Ainsi elle a expérimenté en petit groupe et avec des pairs handicapés, une posture qu'elle ne peut pas encore adopter en milieu inclusif, mais qui pourra peut-être se déployer de manière plus tardive, et

certainement sous une autre forme. C'est ici un ensemble de conditions spécifiques à chaque milieu, inclusif et ségrégué, qui ont influencé les liens de cette enfant avec ses pairs.

De même, une enfant intégrant un IEM a montré dans les trois premiers mois de son arrivée un comportement très différent : observatrice mais bien présente le premier mois, elle est passée par une phase d'opposition et de mutisme total dans l'institution le second mois, pour enfin s'ouvrir à nouveau le troisième mois et paraître heureuse d'être là. A ce moment-là, elle a pu exprimer aux adultes un questionnement important quant aux pathologies des enfants de l'IEM : elle a semblé très impressionnée par les déficiences motrices conséquentes, et certaines dysmorphies faciales d'autres enfants, et a beaucoup interrogé les adultes à ce propos. On peut supposer que la sortie du milieu inclusif et la confrontation au handicap des autres enfants ont pu profondément la déstabiliser dans un premier temps ; ce n'est qu'après avoir apprivoisé ce nouvel environnement, par ailleurs très adapté à ses propres déficiences et problématiques, que cette petite fille a pu entrer en lien avec les autres enfants et prendre du plaisir à la relation aux pairs.

Ainsi, il ne se joue pas la même chose pour l'enfant dans chaque environnement, ce qui rejoint les observations parfois très divergentes en famille et en inclusion ou en milieu de soin. De manière générale, on observe un comportement plus affirmé en petit groupe, dans un environnement plus « protégé », plus restreint.

Via NVivo, nous avons regardé tous enfants en situation de handicap et tous répondants réunis pour explorer l'environnement du mot enfants au pluriel. Evidemment, quand on parle d'enfants au pluriel, il s'agit des enfants « typiques ». Ce schéma permet de voir comment les répondants associent les *verbatim* concernant les enfants typiques à l'enfant en situation de handicap.

Via le logiciel NVivo, on retrouve aisément les phrases concernant l'enfant en situation de handicap car NVivo permet facilement de passer du mot à la phrase dans laquelle le mot apparaît. Le mot qui permet de voir dans ce schéma que les *verbatim* qui correspondent à l'enfant handicapé sont les suivants : assis, table, assois, s'approche, assiettes ... (il est assis loin ou à côté des autres) ; câlin dans de nombreuses phrases ; il/elle est souriante ; il/ elle regarde, observe, est attentif.

Les mots « récréation », « regroupement », « bouge », sont là pour décrire les difficultés de l'enfant à participer aux regroupements et à se sentir bien, en sécurité dans les récréations.

4.4.1.3. Les frères et sœurs et les enfants de la famille élargie

Tableau 19 : comportements des enfants dans la fratrie

	Temps 1	Temps 2
Grande différence entre comportement avec les pairs à la maison et en milieu inclusif	L2 ; D2 ; K2 ; E1 ; E2 ; Q1	D2 ; I1 ; F2 ; H2 ; J2 ; P2 ; B1 ; E2 ; H2

Nous parlons des frères et sœurs et des enfants de la famille élargie, car souvent les cousins, cousines ont un rôle important surtout quand l'enfant est enfant unique ou qu'il a de grandes différences d'âge avec ses frères et sœurs. Les caractéristiques communes à ces enfants :

- Ils sont familiers,
- L'enfant est en contact prolongé avec eux,
- Leurs interactions se font dans un contexte où les apprentissages ne sont pas au cœur de leur co-présence mais il s'agit de « vivre ensemble » le plus agréablement possible,
- Les adultes familiers, affectivement impliqués dans ces relations, sont des garants protecteurs et initiateurs et attentifs à protéger l'enfant, à le stimuler et à favoriser ses liens avec les autres enfants.

Les frères et sœurs sont, dans tous les cas, identifiés comme ceux qui peuvent créer, faire évoluer les interactions entre enfants. Les expériences vécues en famille sont le plus souvent évoquées comme facilitant les interactions en dehors de la famille. Il y aurait ainsi une sorte de généralisation des liens entre enfants à partir de ce qui est vécu en famille entre enfants.

D2 en T1, jouait essentiellement avec ses frères. Il allait vers les amis de ses frères.

Les interactions avec les frères et sœurs sont diversifiées, évolutives et fonction de leur âge et de l'importance et de la nature des déficiences. Ces interactions passent :

- Par le toucher, chatouilles, bousculades, agressivité physique

« Quand ils font un peu trop... parce qu'ils la chatouillent ou ils... C'est souvent quand c'est physique, quand, voilà... il y a des endroits où enfin, elle est hyper sensible, J1, il y a des moments, c'est un peu trop, quoi, ou des fois, c'est un peu douloureux, enfin, un peu aussi, puis des fois, ils sont là, bon, ils sentent pas forcément leur force, ils sont un peu trop forts, et du coup, voilà, ou des fois, elle a juste envie d'être tranquille et voilà. » (J1).

- Par des jeux symboliques quand l'enfant le peut (dînette, maîtresse...);

- Par des moments quotidiens, comme le repas ou le coucher, durant lesquels les enfants font ensemble des bêtises, se font des blagues, rient.

Parfois aussi, le frère ou la sœur peut faire du « forçage » durant lequel le souhait de faire progresser l'autre se mêle à de l'agressivité.

« Alors que lui ne l'était pas du tout avant sa sœur. Même avec nous il avait du mal à faire un câlin. Et au contraire sa sœur elle est peut-être trop tactile aussi, et elle l'a obligé hein. Pour le coup, elle lui saute dessus, elle lui fait des câlins un peu contraints et forcés. Au départ, c'était dur pour lui, maintenant il l'accepte, et même il rend alors pas vraiment en forme de câlins, mais il aime bien lui faire des chatouilles ». (Q1)

Avec eux, l'enfant en situation de handicap expérimente les différences qu'il y a avec les interactions avec des plus jeunes, des plus âgés, des garçons, des filles.

La maman de C1 décrit très bien comment C1 joue pour apprendre une palette diversifiée de relations entre ses différents « pairs familiaux » : frère, cousines et enfants des amis.

C1 et son frère : *« Alors, il y a deux façons où C1 est avec les enfants. D'une part, elle a son frère aîné [prénom du frère]. Donc [prénom du frère], il a quatre ans. Je les laisse facilement jouer ensemble. Ce qu'il ne faut pas c'est que C1 prenne un jouet de [prénom du frère]. Là vraiment, ou pire qu'elle casse ou qu'elle le prenne sans son autorisation, alors là vraiment ça fait un drame. Et donc [son frère] peut vraiment se mettre très, très en colère, voilà. Ça c'est... Voilà, il se met en colère, ce qui fait peur à C1. Et généralement, je l'entends et j'interviens. » (C1).*

C1 et ses cousines : *« C1 a aussi des cousines avec qui ça se passe très, très bien. Elles jouent principalement à la poupée et puis aussi au square. Elles aiment jouer dehors ou dans le jardin. Elle a des cousines qui sont plus âgées et plus jeunes qu'elle et voilà. J'ai l'impression qu'elle joue plus facilement avec les plus petites qu'elle. Et en même temps, les grandes prennent soin d'elle, donc voilà. Oui, elles jouent principalement à la poupée, à la dinette. Elles font des puzzles aussi. Alors pour C1, les puzzles c'est difficile, donc... voilà. Donc, c'est plus elle [qui] défait le puzzle, toutes les pièces tombent par terre. Et puis après, les cousines, les grandes refont le puzzle quoi. Les petites aussi, elles peuvent le faire. » (C1).*

C1 et les enfants des amis : *« Les autres enfants que nous on a observés, c'est quand on va chez des amis. Alors là, c'est beaucoup plus compliqué. Quand on va chez des amis, C1, elle reste collée à nous en fait, même si elle connaît les enfants. En fait au début, elle ne les reconnaît*

pas tout de suite. Voilà. C'est compliqué quand on va chez des amis. Ce qui n'est pas le cas avec les cousines, quand on va... (...) On est allés chez un groupe d'amis qui ont trois enfants : une petite fille un peu plus jeune que C1, une petite fille quasiment de l'âge de C1 et un petit garçon plus grand. Donc, du même âge que notre fils [prénom du frère] et les deux petites filles, donc quasiment du même âge que C1 et un peu plus jeune que C1, étaient assez intéressées pour en fait jouer avec C1. Mais C1, il lui a fallu du temps. Donc en fait, on est allés voir les deux petites filles et pourtant elles se connaissent. C'est des amis de longue date, donc elles se connaissent. Mais le contact est moins évident qu'avec les cousines, je ne sais pas. Il faut juste un temps pour elle quoi, un temps où voilà. Un temps d'adaptation où elle trouve ses repères. » (C1).

Les relations avec les copains des frères et sœurs vont d'une mission du frère de « partager ses copains » à une révolte du frère qui ne supporte plus que l'enfant handicapé prenne trop de places dans ses relations amicales. Les parents se disent anxieux de cette situation et très soucieux du fait que la présence du handicap ne « gêne » pas trop les frères et sœurs. Certains parents, disent faire en sorte que l'enfant handicapé n'envahisse pas trop l'univers de leurs autres enfants, en particulier de celui/celle qui a des relations proches avec l'enfant en situation de handicap. En même temps, les mères sont ravies que leur enfant handicapé ait des compagnons de jeux et « profite » de ceux de leurs autres enfants.

Les frères et sœurs sont aussi décrits comme opposant des résistances, frustrant, rejetant leur pair en situation de handicap. Ce qui rend triste les parents d'ailleurs mais introduit l'enfant en situation de handicap à devoir gérer les conflits et les oppositions.

Entre le temps T1 et le temps T2, il apparaît, dans certains cas, y avoir une sorte de généralisation des apprentissages de la socialisation de la fratrie vers les lieux d'inclusion. Ce qui laisse à penser que dans certains cas, l'enfant « expérimente » avec les frères et sœurs et ensuite transfère cela avec les autres enfants.

NVivo ne montre pas de différence significative des jeux entre frères et sœurs du temps 1 au temps 2 si ce n'est une sorte d'évolution des liens allant vers une plus grande diversité des interactions et une évolution des jeux en fonction de l'évolution des compétences de l'enfant.

Les schémas suivants générés par NVivo permettent d'illustrer et d'approfondir ce qui précède concernant les frères et sœurs.

Les 2 schémas qui suivent sont tirés des livrets parents.

Comportements positifs enfant vers sœurs temps 1 :

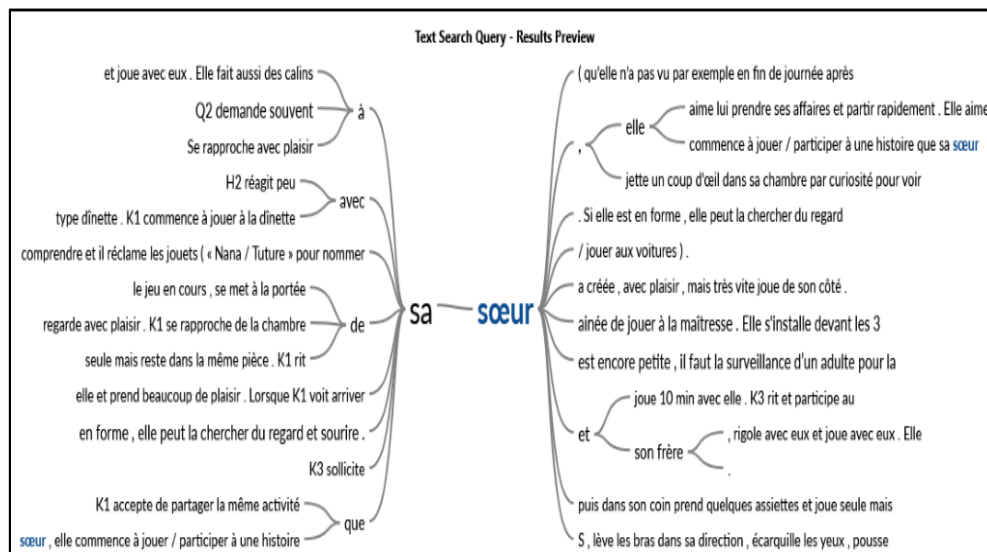


Figure 14 : Temps 2 : au temps 1 le plaisir, les rires. La nécessaire surveillance de l'adulte

Comportements positifs enfant vers frères temps 1 :

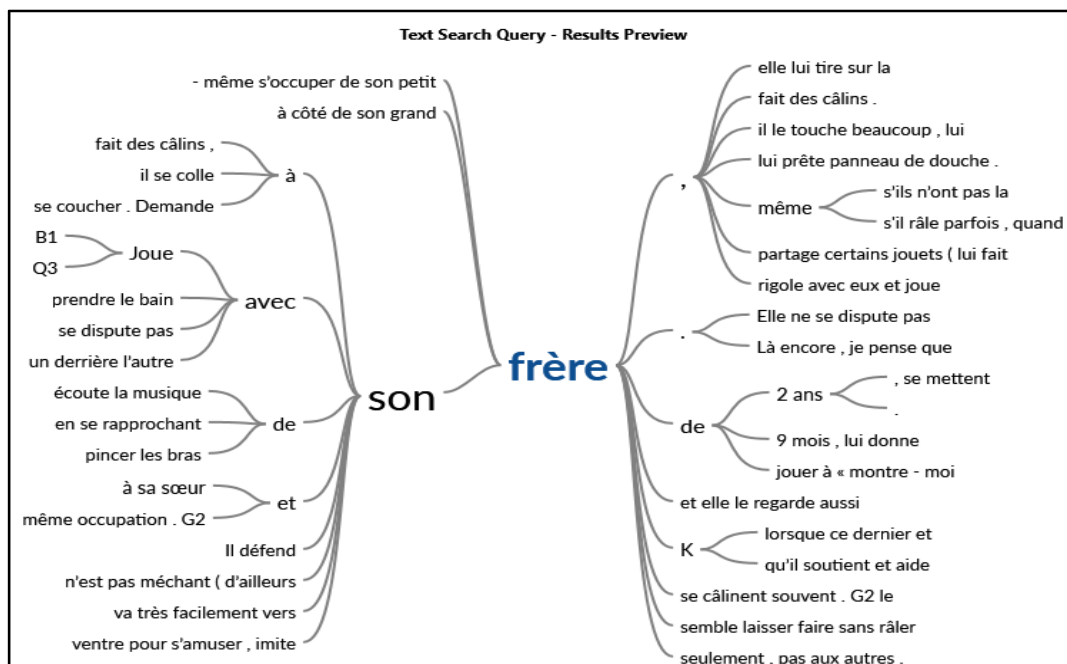


Figure 15: Comportements positifs enfant vers frères temps 2

Ces 2 schémas indiquent que les jeux entre frères et sœurs sont mis en lien étroit avec le plaisir, l'affection, le toucher, les câlins.

La sœur peut apprendre, peut montrer mais ce qui est surtout noté par les parents est que ce qui se passe entre les enfants est source de plaisir. Quand, elles jouent à la maîtresse c'est pour le plaisir pas pour apprendre.

Évidemment, apparaît aussi clairement que le frère/sœur sollicite, montre, initie et les enfants en situation de handicap sont décrits par les parents comme beaucoup plus actifs dans leurs relations qu'ils/elles ne le sont par les professionnels.

Ces schémas montrent aussi comment à la maison les parents sont soucieux à la fois de surveiller mais aussi de laisser les enfants entre eux. Voir leurs enfants jouer ensemble dans la chambre est source de plaisir pour les parents, signe de la « normalité » des relations fraternelles.

Alors que l'analyse des entretiens avec Alceste montre une différence, on ne note pas ici de différences majeures entre les *verbatim* concernant un garçon ou une fille. Cela veut dire que lorsqu'on laisse parler les répondants, qu'ils développent leur propos, alors, ils évoquent des différences entre garçon et fille. Ce qui prouve l'intérêt de cette méthodologie associant réponse à un questionnaire et entretien.

Ces schémas montrent toute la diversité des liens qui existent entre les enfants et leurs frères et sœurs. Ils rient ensemble, s'observent dans leurs activités, dans leurs réactions, la sœur de Q2 se montre fière de sa sœur, elle chante, elle initie des jeux, elles jouent seules dans leur chambre, mais ils se repoussent aussi, c'est aussi le cas de B1, son frère peut la repousser lorsqu'elle touche à ses affaires, il peut donc y avoir des conflits ...

4.4.1.4. Actif ou passif dans les relations

Tableau 20 : activité ou passivité des comportements

	Temps 1	Temps 2
Passif dans la relation (n'initie pas, ne répond pas)	L1 ; E2 ; Q3. ; Q1 ; N2 ; D2 ; O3 ; I2 ;	L1 ; F2 ; Q3 ; E2 ; Q3 ; N2 ; J2
Réagit activement aux sollicitations des autres (refus, acceptation)	Q3 ; M1 ; D2 ; O3 ; D1 ; O1 ; J1 ; H1 ; J2 ; L2 ; K2 ;	E2 ; G1 ; F2 ; P1 ; H1 ; J2 ; P3 ; P2 ; B1 ; D2
Peut être agressif	L1 ; E2 ; Q3 ; Q1 ; N2 ; D2 ; O3 ; L1	L1 ; F2 ; Q3 ;
Actif dans la relation (initie, se défend)	Q3 ; M1 ; O1 ; I1 ; B1 ; F2 ; E1 ; G1 ; L2 ; Q2 ; G2 ; Q3 ; Q1 ; H2	Q3 ; P1 ; B1 ; L1 ; G1 ; Q3 ; P1 ; E1 ; L2 ; Q1

Peut de manière régulière avoir des relations entre enfants en dehors de l'intervention de l'adulte (en dehors des frères et sœurs)	Q3 ; K1	
--	---------	--

Comme dans tous les autres thèmes, pour un même enfant, un répondant estimera qu'il est passif et un autre qu'il est actif. Ainsi, l'enfant peut être perçu comme passif, ne jouant pas à la halte-garderie ou à la crèche, et décrit comme actif, imaginatif par les parents ou la psychomotricienne qui voit l'enfant en petit groupe.

En revanche, jamais un enfant décrit comme actif en milieu inclusif n'est perçu comme passif en famille. En effet, même quand l'enfant est décrit comme tenant peu compte des autres en milieu inclusif, observateur voire fuyant les autres, en famille, il est toujours décrit avec ses frères et sœurs et/ou avec ses cousins/cousines comme acteur, au moins à certains moments.

Les parents, sans hésitation, peuvent de manière claire repérer ce que leurs enfants aiment faire ensemble, ce qui mène au plaisir, ce qui mène à des relations plus conflictuelles. Ce qui montre tout l'intérêt de la prise en compte de ce qu'ils ont à dire des compétences sociales de leur enfant. En effet, quand il y a plusieurs enfants dans la famille, la diversité des liens noués avec chacun des frères et sœurs montrent combien l'enfant, même avec des troubles relationnels importants, parvient à interagir avec une palette de comportements divers : câlins avec l'un, bagarre avec l'autre, jeux de dînette avec le troisième, par exemple. Ceci se voit aussi dans les jeux avec les cousins, cousines.

Pour certains enfants, les choses sont claires :

« Donc, oui à la question : Est-ce qu'elle est passive ou active ? Clairement, elle est passive. Elle attend que les autres enfants viennent. Elle attend que l'adulte lui propose quelque chose. Elle est très, très peu dans la demande, vraiment très, très peu. Même quand on prend soin d'elle, elle ne met pas ses chaussures elle-même. Quand on la change, elle peut par exemple tendre le bras pour quand on lui change son body, mais c'est très, très limité. C'est vraiment très limité » (Professionnelle C1)

Un même enfant peut être passif dans un lieu et actif dans un autre.

Une psychologue rapporte le fait que E1 est décrit par sa mère comme actif dans la relation avec son père, y compris dans les moments de conflit, mais avec les autres enfants, il va laisser tomber, va se laisser prendre ses jouets. *« Il leur criera dessus, mais il n'ira pas récupérer les*

jouets « *ce qui nous fera intervenir forcément* » (la mère dit qu'il commence à changer et cela grâce à son frère et les conflits avec lui). La mère raconte une seule occasion où il a pu récupérer son vélo des mains d'une petite fille (2 ans plus petite que lui). Il lui a crié dessus et a récupéré son vélo.

L'enfant répond parfois activement, parfois ignore et parfois aussi fuit les propositions. Certains enfants se découragent, d'autres non.

Dans de nombreux cas des évolutions sont notées, E1 a un déficit moteur :

Une psychologue rapporte dans le livret d'observation que E1 semble très intelligent et au clair avec son handicap. Il essaie de faire comme les autres et cache son handicap à tout prix à l'école, mais aussi à la maison. Il s'agit d'un enfant qui aime la relation avec les autres enfants, mais seulement quand la relation est établie, sécurisante et de bonne qualité. Dans le groupe du CAMSP, avec son ancien copain de la crèche et avec quelques enfants à l'école, E1 peut initier la relation et proposer des choses. Le lien fraternel, selon l'entretien de la mère, est de très bonne qualité : les garçons se cherchent, jouent ensemble, se piquent les jouets. E1 n'est pas passif dans les relations avec les enfants connus. Cependant, avec les enfants inconnus, il est en retrait, dans l'observation. Il peut se laisser taper et piquer ses jouets, sans vraiment réagir. Quand il s'est fait embêter ou taper, il peut crier et pleurer. On ne sait pas si c'est pour appeler l'adulte, il me semble que non. L'adulte intervient lors de ces moments, mais je pense qu'il s'agit plutôt d'un moment un peu dépressif où la conscience de son handicap apparaît.

Ainsi, l'enfant est parfois passif, parfois actif selon les lieux et les moments et il apparaît que les enfants soient décrits comme plus actifs au temps 2 qu'au temps 1.

Ce que disent les parents

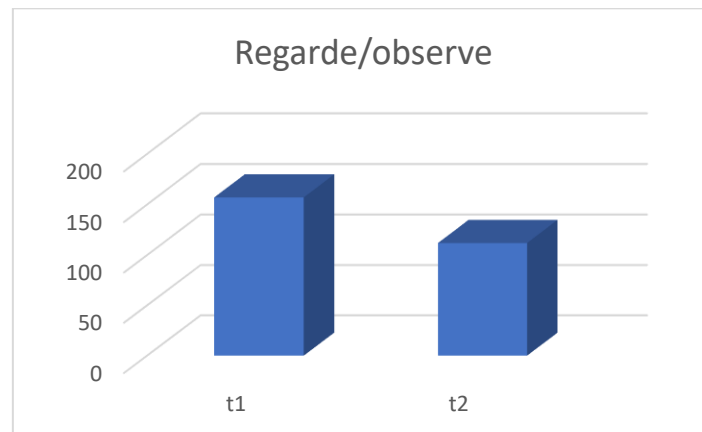
Que ce soit avec les autres enfants ou avec les frères et sœurs, les parents mettent l'accent sur les marques d'affection de leur enfant envers les autres enfants.

Quand au temps 1, les parents et/ou les professionnels notent que les relations aux pairs sont pauvres, peu développées, au temps 2 les choses évoluent toujours un peu et parfois beaucoup. Cette évolution peut évidemment être due à l'évolution de l'enfant mais aussi au fait d'une observation plus fine des répondants suite au premier recueil de données. Ils regardent davantage et donc ils voient plus de choses et de manière plus fine et ciblée.

Ce que disent les professionnels

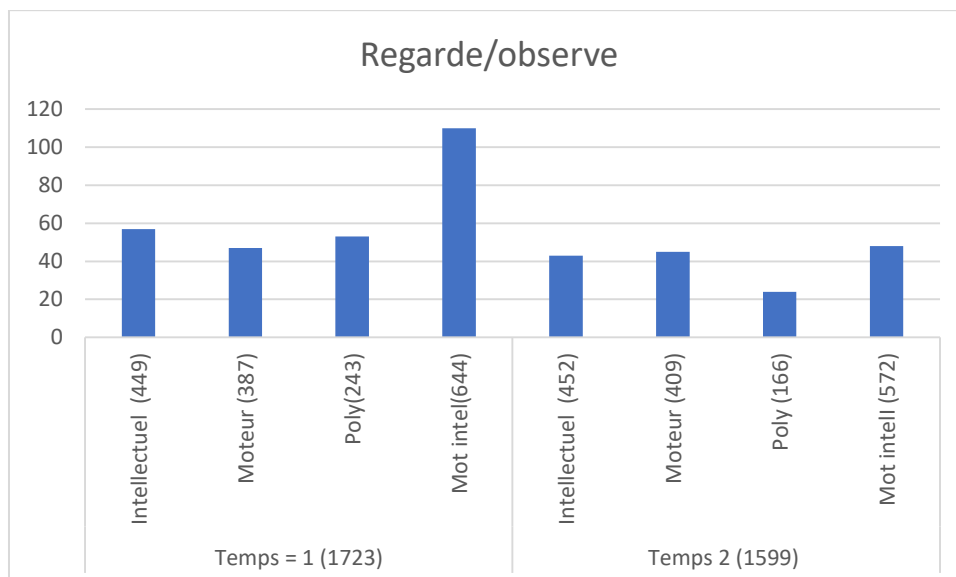
Au temps 1, les professionnels mettent en avant l'observation de l'enfant envers ses pairs, l'enfant observe davantage qu'il ne joue. Ainsi le mot le plus fréquent dans le temps 1 pour tous les professionnels est « regarde ».

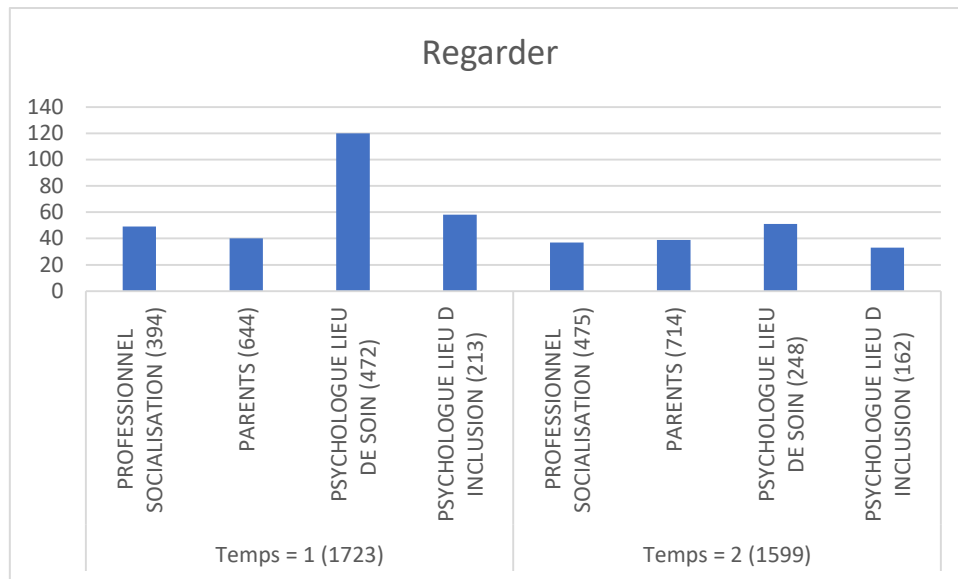
Le mot regarde et observation sont importants et ces expressions diminuent pour tous du temps 1 au temps 2 :



Graphique 10 : Evolution de l'observation de l'enfant envers ses pairs

Si nous regardons maintenant par déficience nous avons le résultat suivant :





Graphique 11 : Nombre de regards par type d'adulte intervenant

A titre d'exemple, nous pouvons visualiser les environnements des mots « regarder » et « dire » par les professionnels

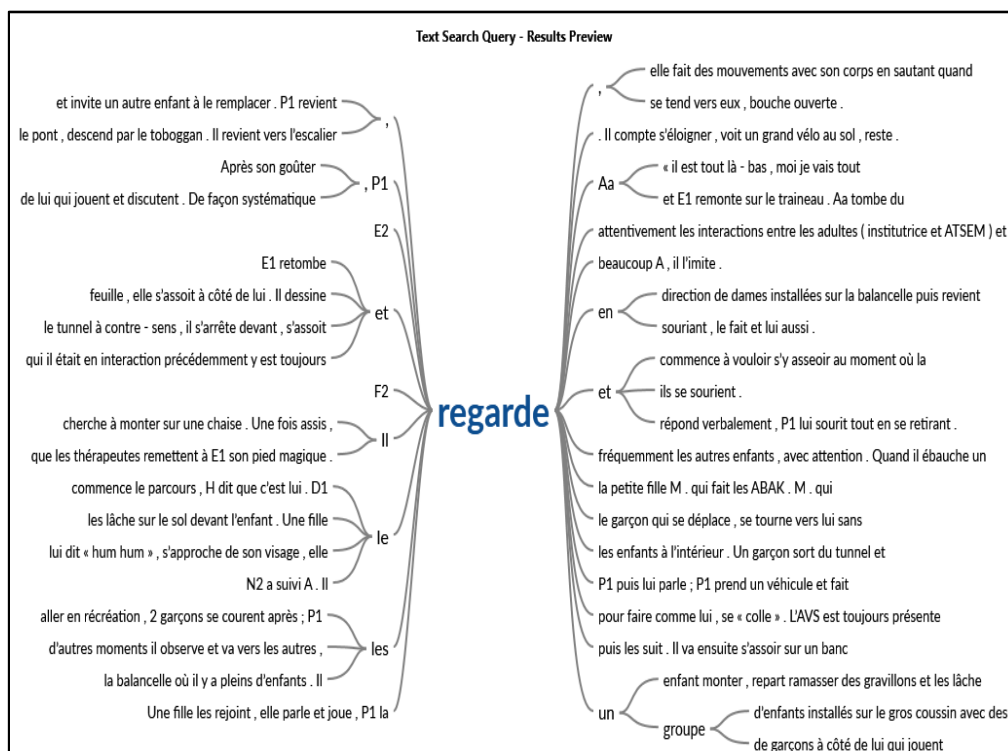


Figure 16 : Psychologue lieu d'inclusion temps 1 (regard)

La modalité relationnelle majoritaire est le regard de l'enfant vers d'autres enfants. Dans ces situations, regarder n'est pas une activité passive, l'enfant est à distance mais il est intéressé par ce que se passe.

Le regard peut aussi passer par l'adulte avant de permettre l'existence d'une modalité relationnelle plus directe avec un enfant (Q1 regarde une petite fille, regarde l'adulte, puis sourit à la petite fille).

Au temps 2 :

Les interactions décrites sont davantage centrées sur la parole là où le regard primait dans le temps 1. L'enfant verbalise davantage, s'adresse davantage par des sons, des actions et l'adulte interagit davantage avec lui *via* la parole. **Un enfant** a accès au langage par des mots simples et isolés. Il nomme sur demande de l'adulte et avec plaisir apparent sur son visage les noms de tous les enfants durant le temps initial de "bonjour" avec les photos de chaque enfant. Il est à noter qu'en dehors de ce moment, il ne nommera pas les enfants et il utilisera le langage principalement dans la relation à l'adulte pour demander de l'aide par exemple.

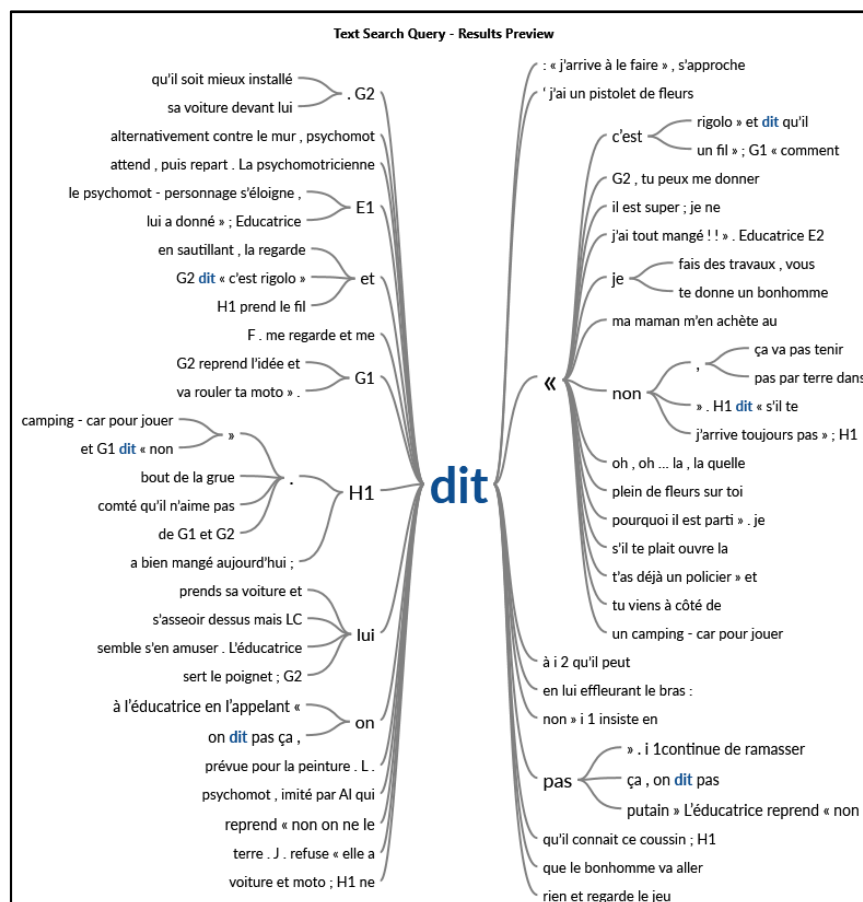


Figure 17 : Psychologue lieu d'inclusion temps 1 (langage)

Au temps 2, les professionnels évoquent donc davantage un enfant qu'il interpelle par la parole, plus à distance, les *verbatim* évoquant l'incitation par la parole sont importants. Ainsi, si les *verbatim* évoquant le regard restent nombreux, cette posture est toutefois associée à une autre modalité (toucher, parole, rire) et souvent présentée dans un jeu ou une activité.

En miroir de cette passivité, les autres enfants sont souvent décrits, quand ils sont évoqués, dans une position active vis-à-vis de l'enfant en situation de handicap. Ainsi, si l'enfant handicapé regarde, observe... les autres enfants agissent, ils touchent, proposent, oralisent...

Tableau 21 : Activités des autres enfants

	Temps 1	Temps 2
Autres enfants lui font des câlins ; le touchent	M1 ; E2 ; K1 ; I1 ; G1 ; M1 ; L2 ; I2 ; K2	O3 ; J2 ; E2
Enfants proposent des jouets, des activités	M1 ; B1 ;	

La finesse d'analyse des parents les conduit à différencier des interactions dans lesquelles l'enfant est pleinement impliqué de celles où l'observateur ne parvient pas vraiment à comprendre ce qu'il vit, la manière dont il perçoit, ou pas, l'existence de celui avec lequel pourtant, dans la réalité, il interagit.

« Là, il a trouvé le plaisir d'être avec d'autres enfants, à l'école, enfin là, sur la deuxième année, en tout cas, mais on voit qu'il y a des interactions, mais ce n'est pas dans un vrai échange, malgré tout. Ce n'est pas dans un vrai jeu constructif, de vrai partage. Il y a du partage, mais ça reste quand même plaqué, la situation. C'est toujours, c'est très répétitif ».
(N1).

Au temps T2, l'enfant est décrit comme allant davantage vers les autres par tous les répondants.

L'interaction est davantage recherchée et initiée par l'enfant. Ainsi on peut noter pour les professionnels de socialisation différents termes associés aux termes « autres » désignant les pairs : rapproche, propose, interagit, crie, rigole, imite, salue, donne, accepte.

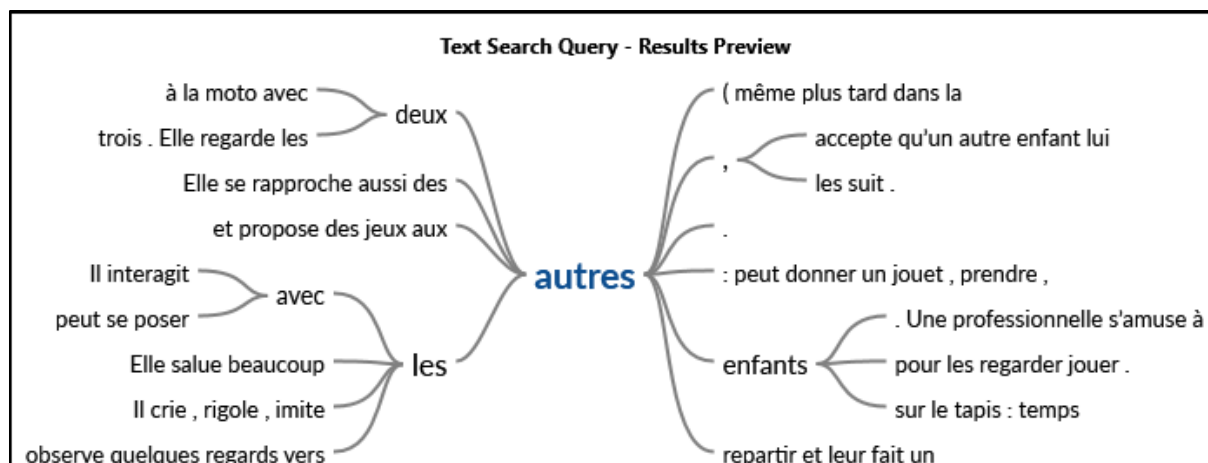


Figure 18 : Comportements positifs enfants vers pairs professionnel socialisation temps 2

4.4.1.4.1. L'agressivité, l'opposition

Les répondants, ont des styles de réponses différents mais aussi des visions différentes de l'enfant. Ainsi ils ne répondent pas de la même manière à une même question, par exemple, concernant la manière de repérer si l'enfant est acteur (enfant initie le lien vers pairs et comportements négatifs de l'enfant vers les pairs), passif (pairs initient le lien vers enfant et comportement négatif des pairs vers l'enfant), agressif (comportements négatifs de l'enfant vers les pairs) ou pas dans ses relations aux autres.

Ce *verbatim* montre la difficulté que peuvent avoir les adultes à repérer de l'agressivité intentionnelle chez les enfants en situation de handicap.

Dans quasiment tous les cas, au temps 1 comme au temps 2, les relations avec les enfants familiers sont décrites comme différentes de celles avec les autres enfants en milieu inclusif. Ce contraste est particulièrement accentué chez les frères et sœurs dont l'un est proche en âge de l'enfant en situation de handicap.

Les parents décrivent toujours des relations très différenciées avec chacun des enfants de la fratrie.

Ces graphiques sont constitués, sur NVivo, à partir du comptage des mots dans les thèmes codés concernant à la fois le fait d'être initiateur ou pas de la relation et mettent le *focus* sur les comportements négatifs.

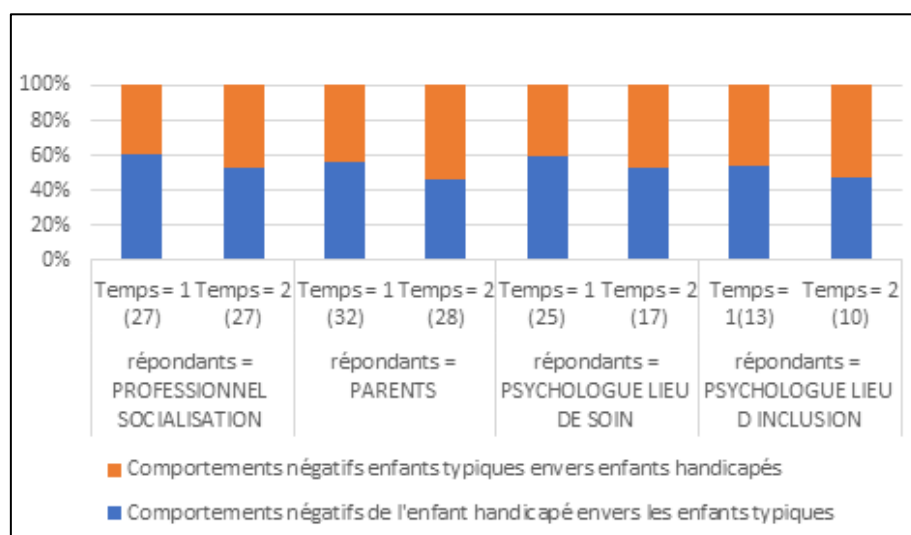
Comme il est dit précédemment, les graphiques ci-dessous sont obtenus avec le comptage des

mots qui ont été catégorisés manuellement pour mettre ensemble tous les mots évoquant les pleurs par exemple (pleurer, criant, pleurant...).

Les psychologues sont davantage en mesure de créer les conditions pour que l'enfant initie le lien, elles le voient en petit groupe et pour des activités très dirigées. En observation d'inclusion, elles repèrent aussi davantage d'interactions durant lesquelles l'enfant en situation de handicap initie les choses. Rappelons que les professionnels et les parents notent dans les livrets ce dont ils se souviennent des scènes vécues durant plusieurs semaines.

Dans tous les cas, l'enfant en situation de handicap ne semble pas être perçu, comme étant davantage initiateur dans la relation.

Mais dans ce cas, comme pour les mots évoquant le jeu, les scènes dans lesquelles il est initiateur sont davantage développées, décrites dans les détails.



Graphique 12 : Comportements négatifs selon le type d'enfants

Ce graphique (graphique 12) fait apparaître le fait que les répondants proportionnellement évoquent davantage de comportements négatifs au temps 2 de la part des enfants « typiques » ce qui peut à la fois être vu comme une bonne chose : l'enfant est moins protégé, les enfants se donnent plus le « droit » de jouer avec lui et d'utiliser la palette de tous les comportements, y compris de l'agressivité. Cela peut aussi être vu comme le signe d'une évolution pouvant mener à ce que l'enfant en situation de handicap devienne un peu la « victime » de ses pairs. L'analyse des *verbatim* montre la nécessité de répondre à cela au cas par cas. En effet, pour certains enfants, cette évolution est pensée comme une sorte de « normalisation » des relations entre

enfants alors que, pour d'autres, il s'agit d'une évolution plutôt négative pouvant être le signe d'une exclusion de l'enfant du groupe.

Ce qui est intéressant dans ce graphique n'est pas l'aspect quantitatif mais la proportion pour chacune des populations de chacun des thèmes évoqués. Cela permet d'avoir une vision claire des différences qui existent entre les répondants.

Ainsi, pour tous les professionnels de l'inclusion, que ce soit au temps 1 ou au temps 2, ce sont les pairs qui initient les relations et moins souvent l'enfant en situation de handicap.

Les psychologues, elles, observent en petit groupe et souvent dans un groupe qui ne comprend que des enfants en situation de handicap. Il est donc tout à fait normal qu'elles notent davantage de situations durant laquelle l'enfant en situation de handicap initie la relation. Mais on voit qu'au temps 2, elles notent cette fois la passivité de l'enfant en situation de handicap, certainement parce que leur expérience d'observation a acéré leur capacité à analyser les interactions entre enfants et elles ont davantage repéré qui en était l'initiateur, dans le cadre d'un grand groupe avec moins d'interventions de l'adulte.

Les parents, eux aussi, notent que leur enfant en situation de handicap est moins initiateur de la relation. Ils notent plus de situations d'interactions mais cette augmentation du nombre d'évocations ne s'accompagne pas d'une inversion des interactions passives *versus* actives.

Pour ce qui concerne les comportements négatifs, pour les parents comme pour les professionnels d'inclusion, il y a entre le temps T1 et T2 une augmentation des comportements négatifs que ce soit de la part de l'enfant en situation de handicap ou des autres enfants. Nous reprendrons ce point plus loin.

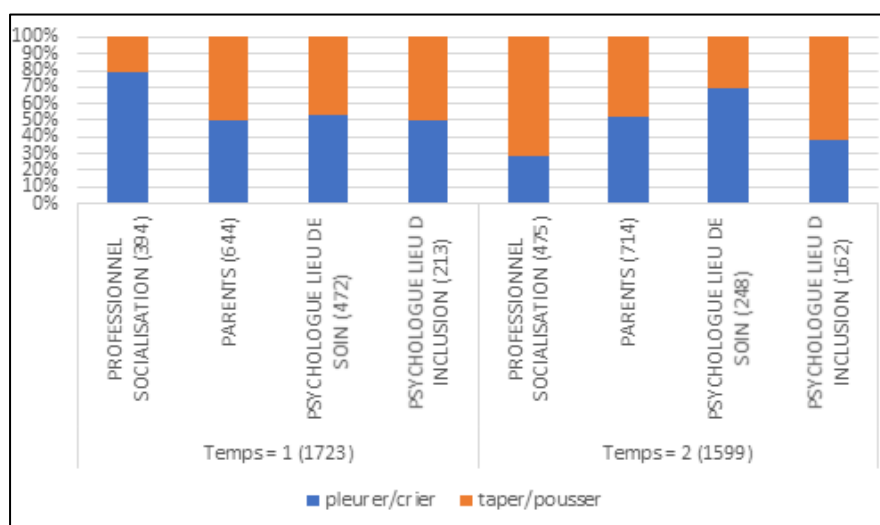
À la suite de cette première analyse, il était intéressant de mettre davantage le *focus* sur les termes évoquant un mal être chez l'enfant en situation de handicap. Il s'agissait de savoir si l'augmentation des comportements négatifs entre enfants s'accompagnait de manifestations comme les pleurs et des actes clairs d'agression.

Or, nous constatons qu'au temps 2, il y a parfois moins de *verbatim* évoquant une manifestation de mal être et des actions agressives.

Il s'avère qu'il y a une augmentation de situations de pleurs en milieu inclusif, en particulier concernant les scènes évoquant l'agression physique. L'analyse des *verbatim* montrent que cette augmentation des actes agressifs est évaluée comme positive car montrant que l'enfant réagit davantage, s'exprime davantage et que les autres enfants, traitent aussi l'enfant en

situations de handicap davantage « comme les autres ». Ils sont donc moins câlins, protecteurs et davantage dans des relations de rivalité.

Les psychologues évoquent peu cela, mais rappelons qu'elles voient les enfants sur un temps court en milieu inclusif et en tout petits groupes sur le lieu de soin avec une présence forte d'adultes. Les comportements négatifs se déploient moins dans ce cadre protégé et sont plus rapidement repérés et canalisés qu'en milieu inclusif.



Graphique 13 : Proportion de comportements négatifs selon le type de professionnels

L'agressivité évolue entre le temps 1 et le temps 2.

- L'agressivité est parfois évoquée comme consécutive à une frustration ;
- Il est souvent dit qu'il est difficile d'y mettre un sens, ce qui met enfants et adultes très mal à l'aise ;
- L'agressivité peut aussi être pensée comme consécutive à une fatigue, un trop-plein de stimulations.

D1 est vécue comme agressive par les enfants de sa classe en T2. Elle s'approche très près d'eux, fait des grimaces et fait un charabia verbal non compréhensible et les enfants (ayant un an de moins qu'elle) réagissent en se repliant ou se tournent vers l'adulte pour avoir de l'aide à certains moments.

- L'agressivité intentionnelle visant un enfant est évoquée de manière claire en famille. Par exemple, le plus souvent dans le cadre de la famille, une sœur est particulièrement la cible de l'agressivité de l'enfant en situation de handicap, laissant les adultes démunis.

- L'agressivité qui apparaît au temps 2 est souvent évoquée comme un signe d'évolution positive de l'enfant, de la passivité dans la relation à la position plus active : il se défend, devient jaloux...
- L'agressivité est rarement évoquée comme faisant partie de la pathologie de l'enfant.

Un point particulier doit être noté sur la jalousie, en effet un enfant jaloux d'un autre enfant signe qu'il différencie bien ses proches et qu'il a pris conscience de l'existence d'un autre enfant menaçant sa prérogative sur l'un ou les deux parents. Ceci est bien souligné par les référents qui notent l'expression de la jalousie comme un signe de « normalité » de l'enfant.

Parfois, l'agressivité est déniée, à tort ou à raison.

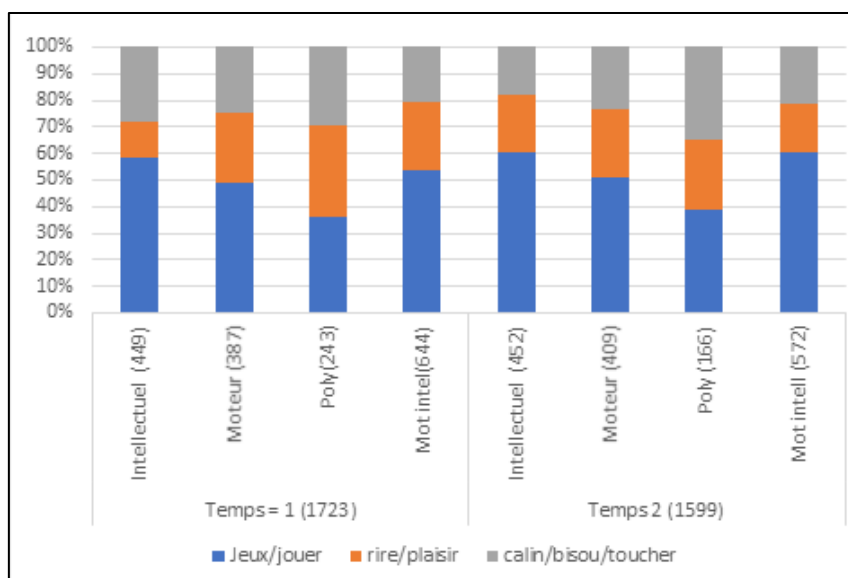
Dans le bain il arrive souvent à G2 de pincer les bras de son frère. Là encore, je pense que c'est un geste qui n'est pas méchant (d'ailleurs son frère semble laisser faire sans râler !). Tous les deux sont capables de rester calmes de longs instants, dans leur chambre ou au salon, pour jouer/lire.

D1 (T1) : A la crèche, D1 se faisait rejeter d'un groupe, car elle mordait et tapait beaucoup les autres enfants. L'adulte intervient car D1 pleure puis se fait consoler.

T2 : A l'école, elle arrive à trouver bien sa place parmi les autres enfants, malgré le fait qu'elle tape et qu'elle arrive à contourner les règles de la classe et faire les choses que les autres enfants n'ont pas le droit de le faire. Après, elle a un comportement qui peut gêner les autres enfants, et qui est qu'elle va... elle est assez tactile, assez... un peu envahissante, en fait au niveau de l'espace de chacun.

4.4.1.4.2. Le plaisir, le jeu

Il est intéressant de voir si le jeu, le plaisir sont évoqués différemment selon le type de handicap



Graphique 14 : Proportion de comportements positifs selon le type de handicap

Sans surprise, ces énoncés évoquant le jeu sont moins nombreux concernant les enfants atteints de polyhandicap.

La déficience intellectuelle associée, ou pas, à une déficience motrice paraît selon les observateurs susciter davantage de scènes dans lesquelles le plaisir et le jeu sont centraux, ce qui se retrouve dans Alceste.

Pour tous, les « câlins », « bisous », « touchers », diminuent au temps 2 sauf pour les enfants ayant une déficience motrice.

Au temps 2, en particulier, et pour les enfants qui commencent à intégrer le groupe, apparaissent des jeux d'alternance, comme par exemple l'habillage à deux d'une poupée, ou un jeu de vélo où chacun son tour monte sur vélo. En revanche, même pour les enfants plus grands, il n'y a jamais de jeux où des règles claires doivent être respectées, comme des jeux de cartes, *memory*, etc...

Il apparaît donc ici une différence entre les déficiences.

La diminution des énoncés sur ces thèmes entre le temps 1 et le temps 2 peut s'expliquer par le fait que les enfants ont peu évolué, et que les répondants n'ont pas redit dans le second livret ce qu'ils avaient mis dans le premier livret.

On voit qu'au temps 1 et au temps 2, les parents sont ceux qui évoquent le plus les jeux, et au temps 2 ce thème a moins d'énoncés. Mais le retour avec *verbatim* montre que les énoncés sont plus longs. Les jeux sont détaillés, inscrits dans une temporalité plus longue.

Parfois, le type et la forme de jeux n'ont pas évolué entre le temps T1 et T2, aussi les répondants n'ont pas jugé bon de répéter ce qu'ils avaient écrit au temps T1. Ceci est partiellement vrai pour le polyhandicap.

Les jeux sont souvent décrits, dans un premier temps, comme faits en imitation aux autres enfants, après observation.

Il y a moins de situations décrites en détails et davantage de petits « moments » mentionnés. L'enfant attire l'attention, il a des gestes tendres, il joue seul et surtout observe les autres. Nous pouvons noter certaines spécificités selon les répondants. Si avec les pairs en lieu d'inclusion, l'enfant observe et cherche leur attention, avec les frères et sœurs, il joue, surtout au temps 2 : « cache-cache, dinette, histoire, maitresse, voiture, animaux » sont mentionnés. Les interactions sont alors décrites avec des nuances émotionnelles et des verbes d'action : « jouer, demander, bisou, rigoler/rire ».

Par ailleurs, une même scène observée par deux personnes différentes peut aboutir à des interprétations différentes : un enfant fait rouler sa voiture, la mère dit qu'il fait cela de manière stéréotypée, alors que la professionnelle, elle, note des variations dans le jeu faisant penser à un début de scénario.

L'analyse avec le logiciel NVivo a permis d'approfondir ce qui était dit des jeux des enfants, en particulier, il a permis d'objectiver l'évolution des jeux entre le temps T1 et T2. Au temps 1, il s'agit majoritairement de jeu que l'enfant fait seul comme cela a déjà été évoqué :

B1 peut sortir d'un coin jeu pour aller à un autre, où aucun enfant ne se trouve. Elle explore les jeux seule, notamment la cabane dans la pièce, au plan sensoriel, mais elle regarde tour à tour les autres enfants, pour attirer leur attention.

F2 imite une petite fille (J.) qui faire rouler une petite voiture par terre. Il l'imité durant quelques secondes (même trajectoire, côte à côte) puis, arrivés au bout de la salle, chacun repart dans son propre jeu. Il ne me semble pas que J. ait repéré que F2 l'imitait. Alors qu'elle est concentrée dans une activité de manipulation qu'elle explore seule, elle réagit au bruit provoqué par un enfant qui se met à souffler dans une trompette et en se retournant vers lui.

Ce dernier *verbatim* souligne l'importance de la distractibilité de certains de ces enfants.

Ou d'une tentative de jeux en commun :

« Elle se déplace vers l'autre, s'assoit à côté de lui, le regarde, elle sourit, elle utilise le toucher (caresse) et elle cherche à imiter les gestes et les bruits de l'autre pour entrer dans son jeu ».

Qui n'aboutit pas :

« Un peu plus tard, il observe S. qui parle du Père Noël avec la professionnelle. Elle ne s'en rend pas compte. Puis F2 prend le jeu avec lequel S. jouait auparavant : il le sort en double exemplaire, et les pose sur la table, à côté de S. Ensuite il va vers l'adulte qui est à l'autre bout de la pièce, mais s'arrête en chemin pour jouer avec un autre matériel. J'ai eu l'impression (la psychologue) qu'il voulait initier un jeu avec S. et qu'il allait chercher l'adulte pour médiatiser sa relation avec S., mais qu'il a oublié en étant captivé par un autre jeu.

« Quand une petite fille (S.) arrive à la crèche, elle vient s'asseoir à côté de lui à une petite table. F2 la désigne à l'adulte qui est à côté de lui, puis se tourne vers l'enfant et lui montre le jeu qui est devant elle. L'interaction n'est pas relancée par la fillette, et F2 revient à son propre jeu ».

Qui conduit à un jeu « côte à côte » :

« Elle prend une voiture avec laquelle jouait un autre enfant. L'enfant crie et manifeste son mécontentement. Elle regarde l'adulte qui lui explique que l'enfant voudrait récupérer sa voiture. Elle tend alors la voiture à l'adulte. L'adulte lui explique qu'elle peut donner directement la voiture à l'enfant mais elle maintient son geste de donner la voiture à l'adulte. L'adulte s'approche alors d'elle et accompagne son geste vers l'enfant qui réclame sa voiture. Une fois la voiture redonnée, l'adulte lui propose de prendre une autre voiture disponible. Elle repart dans le jeu ».

Ce *verbatim* met en scène combien l'adulte est actif dans le déroulement des jeux entre enfants.

Situations où le terme jeu est associé à une interaction avec un autre enfant :

Elle peut être dans un petit jeu de transvasement avec G2. L'un met des pompons dans la boîte et l'autre la renverse. Elle sera celle qui renverse dans un premier temps mais pourra un peu plus tard, être dans le rôle inverse.

Il y a là un début de jeu d'alternance.

Lors d'un jeu proposé sur le tapis, en tout début de séance, l'enfant O2 peut aider G2 à ouvrir le couvercle d'un contenant ou lui tendre une balle sur simple proposition verbale d'une éducatrice.

Lors d'un jeu sensoriel de découverte de pompon, elle peut imiter ce que G2 a pu lui faire (caresser G1 avec un pompon).

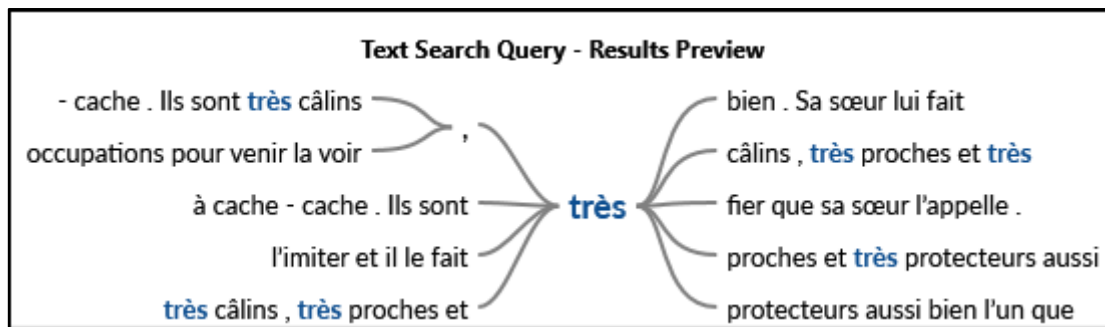


Figure 20 : Comportements positifs des enfants vers les frères et soeurs temps 2
(répondants parents)

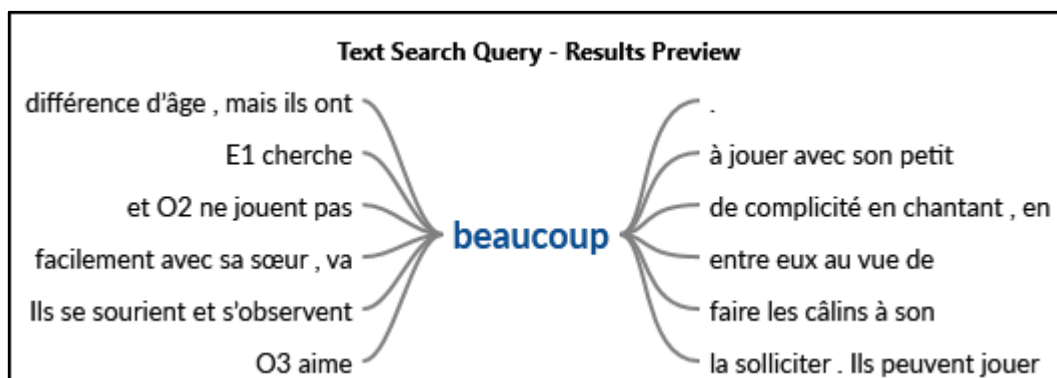


Figure 21 : Comportements positifs des enfants vers les frères et sœurs temps 2
(répondant parents)

Nous retrouvons aussi dans cette étude le fait que l'objet dans la relation à l'autre évolue durant les 18 mois d'observation à un rythme différent selon les enfants.

- 1) Attirait pour l'objet en lui-même. Les enfants sont décrits au temps 1 comme étant attirés par des objets qu'ils manipulent, regardent, touchent de manière répétitive, stéréotypée ou pas. Puis, l'objet est pris à un enfant sans que l'enfant handicapé soit attentif à celui qu'il vient de spolier de son bien. Tout se passe comme s'il voyait l'objet mais pas celui qui le détenait. L'attrait est clairement pour l'objet et pas objet médiateur de la relation.
- 2) L'enfant en situation de handicap peut laisser un autre lui prendre l'objet sans manifester son opposition.
- 3) L'enfant prend conscience que l'objet est en lien avec un autre et il peut alors devenir ce qui va favoriser, initier, faire évoluer la relation à l'autre. Il devient potentiellement objet de négociation entre les deux enfants. Il a un sentiment d'appartenance, de propriété.

Au temps 1 et au temps 2 le jeu, la demande, l'affection, la protection, l'imitation, le partage, le rire, le don, le toucher et la parole sont mis en avant. Les jeux décrits ou mentionnés sont la lecture, la musique, le dessin, le trampoline, danse, dinette, poupée, gommettes, voiture, maitresse, ballon, cache-cache. Au temps 2, les jeux sont poupées, livres, voitures, balançoire, cache-cache.

Ces évolutions sont notées par les parents et les professionnels. Ainsi, au temps 2, on voit apparaître davantage de scènes mettant en jeu des objets : livre, voiture, *puzzle*, dans lequel l'objet est clairement un médiateur de la relation à l'autre. Ce jeu peut générer des scènes de pleurs, de frustrations. Ces scènes sont plutôt vues d'un bon œil par les répondants qui y voient une évolution positive de l'enfant.

4.4.1.4.3. Les imitations

Tableau 22 : Imitations à Temps 1 et à Temps 2

	Temps 1	Temps 2
Imitation	H1 ; E1 ; L2 ; L1 ; P3 ; Q1 ; L1 ; K3	G1 ; G2 ; Q1
Faire semblant (Docteur, dinette, poussette, voiture ...)	F1 ; Q2 ; K1 ; N1 ; L1 ; H1 ; L2 ; I1 ; E1 L2 ; N2 ; Q3 ; E1	H1 ; K1 ; D2 ; P1 ; P2 ; Q1 ; B1 ; Q3 ; Q2 ; F2 ; P1 ; Q1 G1 ; F2
Stéréotypies, jeux répétitifs, <i>flapping</i>	G2 ; Q3 ; K2 ; N2 ; N1 ; E2 ; O3 ; K2	O3

L'imitation revêt plusieurs formes.

- Imitation « miroir » l'enfant reproduit ce qu'il voit mais ne semble pas avoir intégré le sens du geste, de l'activité, cette imitation se fait dans l'immédiat, sans transformation. Il s'agit parfois d'une sorte d'imitation « collage » « stéréotypée ». L'enfant fait « comme » s'il était devant un miroir de manière plaquée.
- Imitation pour apprendre. L'enfant imite ce que les autres font et, avec le temps, finit ainsi par apprendre des manières de faire et d'être qu'il reproduit en présence de l'enfant mais en semblant avoir intégré les gestes, les comportements.
- Imitation et transformation. L'enfant imite et transforme progressivement ce qu'il imite pour s'approprier le geste ou l'activité. Il peut alors reproduire ce qu'il a vu en dehors du modèle et faire évoluer ce modèle.

« I2, des fois elle fait partie des enfants de la crèche, bon voilà, un petit bébé, mais bon elle est contente comme tout la petite, elle suit sa sœur avec la poussette derrière, alors là elle est ravie,

mais alors là elle est super contente quoi. (...) elle est beaucoup dans ce truc en ce moment. Elle imite beaucoup. Les jeux d'imitation ça lui plaît énormément : jouer au bébé, jouer à la dinette. (...) Parce qu'on en a acheté un, j'ai vu que ça lui plaisait bien avec des tiroirs, et elle le traîne voilà dans les pièces, puis elle met la table. Enfin, elle met la table, elle sort une assiette c'est elle qui dit : « Ah c'est bien t'as compris un petit truc » on profite pour faire deux, trois petits trucs, et c'est sympa, franchement c'est sympa. »

La mère dit que « c'est sympa » mais sa description laisse comprendre que son enfant répète des gestes vus mais sans y mettre de sens symbolique.

4.4.1.4.4. Jeux symboliques

Les professionnels et les parents différencient clairement les « imitations » des jeux de « faire semblant » c'est-à-dire de jouer une scène, de faire « comme si » c'était vrai. Ce jeu symbolique n'a pas le même sens selon qu'il parait se faire dans la répétition, sans évolution, qu'il se fait en solitaire ou qu'il est possible de le partager avec d'autres enfants.

- L'enfant « fait semblant », il mange avec une cuillère de la dinette, il passe le balai mais dans ce cas, il agit de manière répétitive et sans scénario perceptible. Nous pourrions l'appeler « jeu de répétition ».

Il convient de distinguer le :

- Jeu symbolique individuel : l'enfant rejoue seul une situation, cela est uniquement repéré dans le T2. L'enfant joue à habiller sa poupée mais seul ;
- Jeu symbolique collectif : l'enfant avec un autre enfant joue à habiller la poupée chacun ayant un rôle dans ce jeu. Ces situations ne sont évoquées que dans deux cas en milieu inclusif mais, plus fréquemment, à domicile avec les frères et sœurs.

« Sa sœur par contre, elle, elle met toujours sa poupée ou son doudou dedans. Sa sœur a compris le principe de la mini poussette. Q1 c'est assez récent qu'il ait vraiment compris. Jusque-là, il adorait jouer avec les petites voitures quand il était petit, et maintenant il aime bien la poussette parce qu'elle est certainement un peu plus adaptée avec sa taille. Il a compris le principe de la poussette récemment, il y a trois semaines, quand il a voulu mettre pour la première fois un doudou dedans ».

La mère comprend que son enfant mettant le doudou dans la poussette différencie la poussette d'un simple objet à pousser.

Une autre nuance encore apparaît chez un autre enfant :

« Alors après, c'est vrai, les autres, ils jouent, c'est déjà très organisé. Elle, elle va arriver, c'est toujours au coin dinette où elle essaie de communiquer. Elle va arriver, elle va les servir, elle va leur mettre le verre dans la bouche, voilà, il y a le geste, elle y va. Elle ne fait pas semblant, elle, elle y va vraiment, alors que les autres ont compris qu'on faisait semblant, et c'est un petit peu brut. Et les autres sont un petit peu : « Non, P2 tu me fais mal, je ne veux pas jouer. » Ils la repoussent un petit peu par rapport à ça ».

Il arrive aussi que l'enfant joue à la dinette, au docteur et parait jouer une histoire, seul ou plus rarement avec les autres enfants, dans ce cas, le plus souvent, ces jeux existent avec les frères et sœurs.

Une directrice d'école raconte :

« Voilà, dans son coin... Alors, on a un coin docteur aussi. Alors là, si, elle joue avec les autres enfants. C'est-à-dire que ma collègue a ramené des énormes seringues qu'elle nous plante dans le dos. Ça l'amuse beaucoup, parce que ça fait un peu mal. Il n'y a pas d'aiguille, bien sûr, mais le bout est un peu pointu. Donc, elle s'amuse à nous faire des piqûres comme ça. Elle le fait aussi aux autres enfants. Donc, on peut dire qu'elle joue un peu avec les autres enfants à ce niveau-là. Dans la classe, elle adore les poussettes qu'on peut avoir pour le coin poupées. Et là, c'est souvent la bagarre, parce qu'elle ne veut pas lâcher la poussette, elle ne veut pas partager. Et à la limite, pendant la récréation, elle va chercher la poussette qui est dans la classe pour sortir avec. Donc, ça fait tout un tas d'histoires avec les autres enfants. Mais voilà, après, en petite section, il y a pas énormément, par exemple, le jeu de construction, c'est rare que les enfants, ils construisent quelque chose à plusieurs ». (D1)

4.4.1.4.5. Jeux moteurs

Tableau 23 : Jeux moteurs à T1 et T2

	Temps 1	Temps 2
Jeux de ballons	K3 ; N2 ; P3 ; O1 ; I2 ; N2 ; H2	Q3 ; K3
Vélo, trottinette	N2 ; I1 ; P3 ; B1 ;	
Jeux moteurs	N2 ; O1 ; L2 ; L1 ; G2 ; D1 ; B1 ; G1 ; E1 ; J2 ;	K3 ; K2 ; K1

Les jeux moteurs sont souvent évoqués comme les premiers que l'enfant a avec ses pairs :

- Ils se courent après,
- Ils se chatouillent, se pincent,

- Ils se bagarrent.

Ces jeux sont source de plaisir partagé, d'agitation et ne mettent pas en jeu la cognition. Ils sont davantage évoqués en famille qu'en milieu inclusif.

4.4.1.4.6. Jeux de graphisme, de construction et de lecture

Tableau 24 : Jeux de graphisme, de construction et de lecture à T1 et T2

	Temps 1	Temps 2
Jeux sonores, musique, comptines	H2 ; L2 ; D1 ; N2 ; E2 ; J1 ; N1	Q1 ; P2
Jeux de constructions (puzzle, abaque, cubes, encastrement)	O3 ; D1 ; F1 ; P1 ; O1 ; N2 ; O1 ; B1	B1 ; K1 ; F2 ; D2 ; P1
Pâte à modeler	P1 ; N2 ; H1	H1
Dessin, graphisme, Coloriage écriture	P1 ; L2 ; Q2 ; N2 ; P3, D1 ; N2 ; E1 ; O1 ; L1 ; I1	Q1 ; L1 ; Q3 ; D2 ; H1
Histoire, livre	B1 ; Q3 ; H1 ; O3	K1 ; O3 ; G2

Le livre est évoqué par les parents comme par les professionnels comme étant un outil d'échange entre enfants.

Pour les professionnels de socialisation, le jeu ou la tentative de socialisation sont associés à des activités auxquelles l'enfant prend part : brique en bois, dinette, sable magique, jeu de voiture, chant, massage, jeu d'eau, livre. L'enfant joue peu avec l'autre, il peut être attiré par le jeu, par exemple lors d'une activité comme le « sable magique ». Il s'intéresse au matériel du copain. Il est dans l'imitation, ou il est content à l'idée de participer.

« On observe un comportement de satisfaction lorsque l'adulte propose une activité telle que le chant, les massages ou jeu d'eau. Durant ces moments, E2 a un sourire, rigole ».

Ces jeux qui mettent plus en jeu le cognitif sont évoqués à propos d'enfants ayant compris la différence soi/autre et développant des relations diversifiées avec les autres enfants.

4.4.1.5. Impact des activités dirigées ou activités libres.

Une des hypothèses de l'étude était qu'il pouvait y avoir des différences entre les interactions qui avaient lieu lors d'activités dirigées ou celles qui avaient lieu lors d'activités plus libres en dehors de l'action d'un adulte la dirigeant et/ou en contrôlant le déroulement.

Dans les activités dirigées, nous avons distingué :

- les activités du quotidien comme le repas, les rituels du quotidien dans la famille,
- les temps organisés par l'adulte et contrôlés par lui.

Les temps plus libres sont ceux durant lesquels l'enfant joue seul dans sa chambre, avec ses frères et sœurs, ou durant les récréations ou les temps entre les activités organisées à l'école.

Il est difficile de conclure de manière simple sur cette question : en effet, il semble que la manière dont l'enfant se comporte durant les temps « libres » dépend beaucoup de son développement cognitif et surtout du stade où il en est dans la conscience de lui-même et la conscience de l'autre.

Il arrive qu'un même enfant, décrit comme n'ayant aucune initiative durant les temps libres, errant dans la cour de récréation, vive des séances de chatouilles avec sa sœur dans leur chambre.

Les conclusions concernant les activités dirigées sont, elles aussi, assez contrastées :

- L'enfant n'investit ni l'activité ni le groupe et alors il fuit l'activité ou y participe mais en demeurant un peu étranger à la scène.
- L'enfant s'intéresse à l'activité mais pas encore aux enfants, dans ce cas l'activité dirigée encadrée par l'adulte l'aide à se concentrer, à aller plus loin dans ses compétences mais il le fait totalement à côté des autres. Son intérêt se porte sur l'activité et non sur les participants à l'activité.

« [La psychomotricienne et l'orthophoniste] tentent d'attirer son attention sur ce que font les autres enfants (en parlant et en désignant par le geste), en vain. F1 part chercher d'autres jouets dans la salle, que parfois [la psychomotricienne et l'orthophoniste] lui retirent pour recentrer son attention sur les jouets partagés dans le groupe. Elle accepte cette frustration mais repart aussitôt chercher autre chose, comme si tous les jouets étaient interchangeables. Elle semble surtout intéressée par des anneaux, des balles, mais n'a même pas remarqué les plaques sensorielles que les professionnelles ont sorties ». (psychologue F1)

L'enfant a conscience de lui et de l'autre, il commence à s'intéresser aux autres enfants et alors il peut bénéficier de l'activité dirigée et de la stimulation du groupe qui fait avec lui cette activité.

4.4.1.6. *L'empathie*

Tableau 25 : Empathie à T1 et T2

	Temps 1	Temps 2
Empathie envers les autres enfants	K3 ; O1 ; H2 ; J2 ; N2 ; J2 ; B1 ; F2 ; H1 ; H2	Q1 ; N2 ; K1 ; F2 ; N2

L'empathie est une attitude qui pousse l'individu vers l'altruisme, la générosité. L'empathie est un élément important de la vie en société car elle favorise l'entraide et donc la survie du groupe. Le terme d'« empathie » est une traduction de l'allemand *Einfühlung*, qui exprime la capacité à ressentir intuitivement une œuvre d'art. L'empathie suppose de comprendre le point de vue de l'autre (empathie cognitive) et ce qu'il ressent (empathie émotionnelle). Cela suppose donc que le sujet soit à la fois différencié de l'autre et en capacité de s'identifier à lui. C'est pourquoi il est important dans cette étude de s'intéresser à ce que les répondants disent de ce sentiment-là.

Les professionnels et les parents différencient :

- Une émotion « contagieuse » : l'enfant pleure quand un autre pleure mais sans paraître vraiment vivre ce que l'autre enfant vit dans la différence de leurs places respectives ;
- Une émotion qui résonne chez l'enfant et l'amène à s'identifier à l'autre. L'enfant devient triste quand un enfant pleure et il va chercher à le consoler.

Les questions sur l'empathie des enfants ont été peu renseignées par les psychologues-coordinatrices. Elles estimaient qu'il était difficile d'induire ce qu'il en est de l'empathie de l'enfant au seul examen des observations ponctuelles.

Nous avons relevé des signes d'empathie quand l'enfant paraissait affecté par ce que vivait un autre enfant et qu'il ne paraissait pas s'agir d'une « contagion émotionnelle » mais bien d'un mouvement d'identification à la souffrance de l'autre.

Les enfants pour lesquels ces mouvements ne sont pas notés sont aussi ceux n'ayant manifestement pas encore mené à terme le complexe processus d'identification/ différenciation et pour lesquels la séparation d'avec la mère reste difficile.

Les professionnels parlent très souvent de l'empathie des autres enfants vis-à-vis de l'enfant en situation de handicap.

« Comme entre deux amitiés d'autres enfants, c'est impossible de comprendre. Surtout qu'ils n'ont pas forcément les mêmes caractères, ni les mêmes... c'est juste magique quoi. Les relations c'est ça. Je ne sais pas. Peut-être une très grande tolérance et ouverture d'esprit de

la part de [prénom d'un camarade]. Donc, accepter d'aller vers un enfant différent, c'est pas donné à tout le monde. Il a une grande empathie, donc je pense que ça, ça joue. Et il ne parle pas beaucoup [prénom d'un camarade], mais il intériorise beaucoup. Et donc du coup, G2 ça correspond à son mode de fonctionnement aussi, parce que G2 n'étant pas un grand bavard, ils se comprennent sans parler finalement. Donc, peut-être ça, je ne sais pas ».

« Donc finalement, les deux autres petites filles viennent la voir et bon, voilà. On a l'impression qu'elles vérifient si tout se passe bien finalement. Si C2 va bien, voilà. On a l'impression qu'il y a de l'empathie en fait de ces deux autres petites filles envers C2. Donc oui, on observe de l'empathie, de la douceur, de la gentillesse. Alors après, elles n'insistent pas, parce que C2, elle n'est pas très réactive en fait pour jouer avec elles ».

C2 peut imiter l'autre, les autres sont empathiques avec elle, mais elle ne parait pas montrer d'empathie envers les enfants. Ce qui signe la différence que les parents et les professionnels font entre « imitation » (faire comme) et identification (se sentir être comme).

Ce manque de prise de conscience de l'enfant en situation de handicap, de ce que peuvent vivre les autres vis-à-vis de lui, peut l'amener à ne pas comprendre l'agressivité des autres. Ainsi, une mère raconte :

« Dans ce square, on peut voir des enfants qui se moquent ouvertement de lui, qui sont même méchants. Alors on est l'estomac noué et tout et en fait G2, il ne s'en rend pas compte. Et si les enfants en se moquant de lui rigolent, G2 rigole avec eux parce que lui, il est juste, en empathie, je ne sais pas, il partage ce moment de gaieté avec eux, donc il rit avec eux, il se rend pas du tout compte ».

Une autre mère explique :

« Je n'ai pas d'exemple concret, mais de toute façon, à cet âge-là, je crois que déjà, ils en ont... Enfin, E1 alors en a aussi, parce que dès qu'il y a un enfant qui pleure sur la plage, de toute façon, ils sont tous, ils pleurent tous. Donc, je crois que oui, c'est normal. Mais oui, on l'a élevé comme ça aussi, à faire attention aux autres, à être gentil avec les plus petits, les plus faibles. Donc, oui, forcément, il a de l'empathie, oui, mais je n'ai pas d'exemple concret. Il fait attention aux petits animaux ».

Une mère dit que son enfant a montré de l'empathie par rapport à un bébé qu'elle gardait.

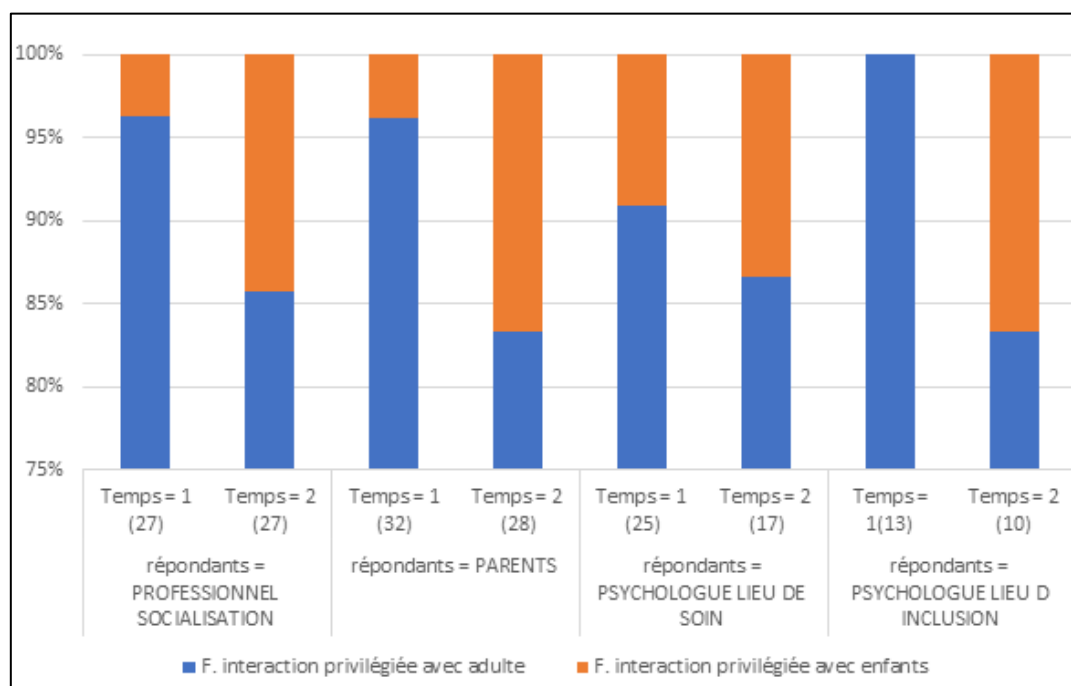
Quand l'enfant a conscience de l'existence des autres enfants, alors il montre de l'empathie pour les autres.

4.4.1.7. Relations électives

Le moment où le répondant repère chez l'enfant des comportements très différents selon les personnes avec lesquelles il est en interaction et qu'il peut identifier les personnes que l'enfant préfère, avec lesquelles il a des relations privilégiées et électives est important.

NVivo permet d'avoir une vision qualitative de ces relations privilégiées en fonction des répondants et des déficiences.

Le premier graphique (graphique 15) permet de repérer si les préférences sont perçues de manières différentes selon les répondants.

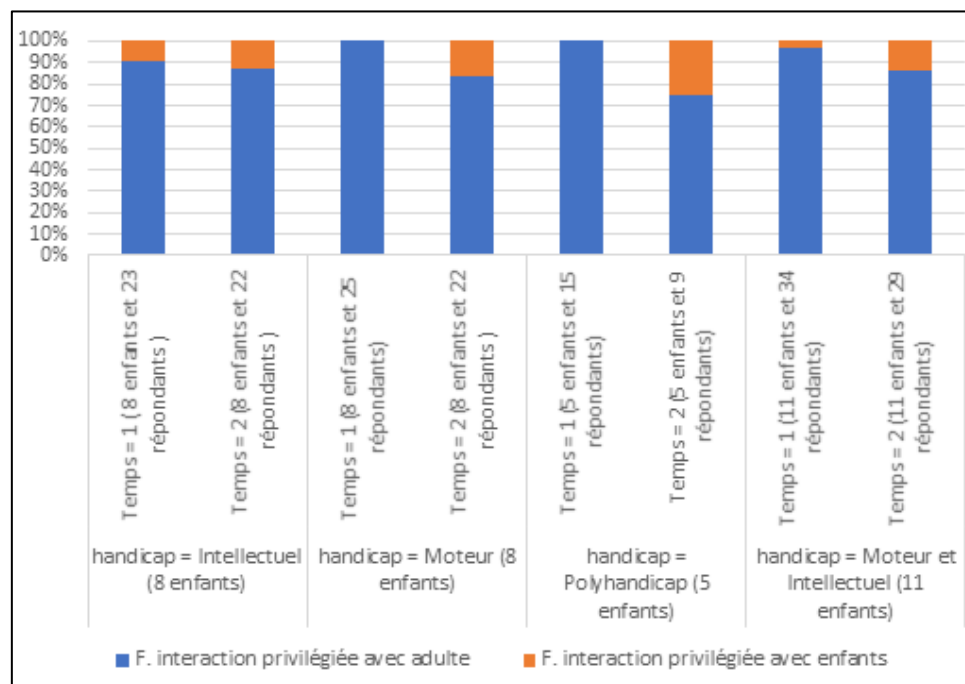


Graphique 15 : Proportion d'interactions privilégiées à T1 et T2 selon les répondants

Ce graphique montre de manière claire que, au temps 2, les répondants repèrent davantage de relations privilégiées. Cela peut aussi témoigner du fait que la participation à la recherche a conduit les répondants, au temps 2, à noter davantage cet aspect de la vie sociale de l'enfant.

Malgré cette nuance, il apparaît donc de manière assez nette qu'au temps 2 l'enfant a certainement pris un peu de distances par rapport aux adultes.

Dans tous les cas, au temps 2 les relations privilégiées sont moins évoquées, ce qui signifie ce qui sera dit plus loin, à savoir que l'enfant diversifie ses liens et va davantage vers les autres ce qui rend moins centrale la référence à une personne ressource clairement identifiée. Ce tableau général posé, il convient d'affiner ce qui est dit des relations privilégiées concernant spécifiquement les enfants et les adultes.



Graphique 16 : Proportion d'interactions privilégiées selon le type de handicap

Ce graphique (graphique 16) montre que finalement tous les enfants, quel que soit le type de handicap, sont perçus comme ayant davantage de relations électives avec les autres enfants au temps 2. Ce qui apparaît aussi dans les entretiens analysés *via* Alceste, mais de manière moins nette.

L'analyse au cas par cas montre que dans un certain nombre de cas, y compris au temps 2, des enfants ne sont pas repérés comme ayant des relations électives avec les enfants hors de la famille.

4.4.1.8. Relations électives avec les enfants

L'analyse des *verbatim*s montre toute la complexité face à laquelle se trouve les répondants pour définir si oui ou non l'enfant a des relations électives avec ses pairs, Quand il s'agit des adultes, il n'y a aucun doute exprimé sur le fait que tel ou tel adulte est manifestement choisi par lui comme un référent important pour lui.

Or, si parfois, concernant les enfants, le répondant se dit certain des références de l'enfant, le plus souvent, il doute. Il se demande s'il s'agit d'un choix, si cela durera dans le temps... si l'enfant a choisi ou s'il est choisi et accepte la proposition du pair.

- Si l'enfant a des préférences :

« Maintenant, elle est à l'école, c'est depuis le mois de septembre. Non, elle n'a pas un copain ou copine préféré. Elle aime tout le monde, elle me raconte s'il y a quelque chose, elle me raconte. A ce moment-là, oui, il y a un garçon qu'elle aime ». (Q2)

Cet extrait montre la complexité face à laquelle se trouvent les observateurs pour déterminer si oui ou non l'enfant a des préférences.

- S'il a véritablement des comportements différenciés avec tel ou tel enfant « non familier ».

En dehors des cousins/cousines ou fratrie, deux cas émergent clairement :

- Le répondant ne peut pas vraiment dire ni qu'il y a des choix électifs ni des comportements très différenciés. Dans ce cas, il peut toutefois, se souvenir d'une ou plusieurs scènes durant laquelle l'enfant paraît avoir choisi tel ou tel enfant de manière active. Dans ce cas, l'enfant est, par ailleurs, décrit comme peu actif, peu conscient de l'existence des autres. Ce qui est plus fréquent au temps 1.
- Le répondant a clairement identifié que l'enfant :
 - Marque le fait qu'il est familier avec un enfant, en particulier, qu'il a connu chez la nourrice, ou qui habite près de chez lui. Il manifeste qu'il le connaît, mais cela ne signifie pas forcément qu'il joue davantage avec cet enfant familier.
 - A des liens clairement électifs parfois stables, parfois qui varient d'une année à l'autre, voire d'un moment à l'autre.

Quand il est noté que l'enfant joue peut-être plus avec tel ou tel enfant, souvent, il est dit que ce « choix » est davantage à l'initiative de l'enfant « ordinaire » qu'à celle de l'enfant en situation de handicap. Autrement dit, l'enfant en situation de handicap est plus souvent « choisi » qu'il ne choisit lui-même.

Quand l'enfant commence à prendre conscience de l'autre, il arrive qu'il repousse celui ou celle qui l'a choisi pour se tourner vers un enfant de son choix. Les répondants estiment qu'il s'agit là d'un véritablement progrès dans les compétences relationnelles de l'enfant.

« Lors de sa 1ère année d'école en Petite Section et ayant un an de plus que les autres élèves, à une amie de prédilection dans la cour. Cette enfant vient voir D1, qui est heureuse de la voir. Elle joue avec elle et ses amies pendant la récréation ».

Il y a peu de précisions sur les caractéristiques des enfants préférés, ni sur leur âge ni sur leur sexe et l'impact de ces variables varie totalement d'un enfant à un autre.

Il arrive aussi que les préférences soient clairement repérées par les parents et les professionnels. Dans ce cas, les enfants affiliés sont appelés par leur prénom.

« Les enfants, ils disent : « C1 tu viens ici. » ils se battent pour elle. Il y a par exemple [prénom], son amoureux, il la prend tout le temps par la main, il l'emmène partout. Il y a un autre enfant.

C'est [prénom] qui s'en occupe beaucoup alors, enfin qui s'en occupe d'ailleurs, je ne sais pas si on peut dire il s'en occupe ou il veut jouer avec elle en fait. Les deux, parce qu'en fait, il dit : « Allez viens, tu veux faire quoi et tout ? » mais je vois, c'est mignon, parce qu'il joue avec elle, ils font comme si c'était un enfant normal ».

Notons que cet « amoureux » joue avec elle mais la mère ne dit pas que son enfant joue avec cet enfant.

« Parce qu'à chaque fois, ses copains s'en vont, donc ils étaient trois à la crèche : E1 et [enfant 1] et [enfant 2], et [enfant 1] a déménagé. Donc, on a perdu [enfant 1]. Et là, il était amoureux de [prénom], c'était son amoureux, et parce qu'en fait, ils désignent des amoureux et des amoureuses, je crois, ils se les attribuent comme ça, enfin. Donc, lui, c'était [prénom], et elle est partie à Noël, elle a déménagé. Donc, elle aussi, elle est partie. Donc, il pouvait l'inviter aussi à son anniversaire. Sinon, il y a une [prénom], on l'a croisée l'autre jour devant le magasin, et il est devenu tout rouge, mais rouge écarlate. Je dis : « Oui, c'est [prénom], ton amoureux ? » « Non, [prénom] est amoureuse de... je sais plus qui. Elle est déjà avec machin. » D'accord, OK, mais bon, il était rouge écarlate, quoi. Donc, il aime bien [prénom] ».

Même pour les frères et sœurs, ce n'est pas systématiquement l'enfant le plus proche en âge avec lequel l'enfant a des relations privilégiées.

Quand l'enfant n'est pas le seul enfant en situation de handicap, alors, il paraît être attiré par les enfants qui, comme lui, ont des difficultés.

« Relation privilégiée jusqu'à mars 2019 avec un autre enfant en difficulté de langage : communiquaient avec des gestes, vrai jeu partagé. L'enfant a fait des progrès, et parle mieux

maintenant : il s'est détourné de P2, qui est plus isolée dans la classe à présent. Moins d'interactions, cherche moins à communiquer avec les autres enfants. Plus tournée vers l'adulte que vers les autres enfants ».

Quand il y a des frères et sœurs, de cousins/cousines, alors dans tous les cas, l'enfant en situation de handicap a des relations clairement différenciées avec certains enfants et exprime des préférences pour une frère/sœur et/ou cousin/cousine.

Par exemple, pour E2 à T2 les relations sont toujours indifférenciées à la crèche (même attitude face aux enfants et aux adultes), mais elles sont clairement différenciées dans le cadre familial (préférences pour un cousin, une cousine ou un des frères/sœurs).

Dans quasiment tous les cas au temps 1 comme au temps 2, les relations avec les enfants familiers sont décrites comme différentes de celles avec les autres enfants en milieu inclusif.

Dans tous les cas en T1, de manière moins nette en T2, les enfants sont centrés sur l'adulte : sur ce point, parents et professionnels sont d'accord. Parents et professionnels, avec un parfait consensus estiment que cette centration est indispensable à l'enfant mais qu'elle doit progressivement céder pour que l'enfant s'ouvre aux autres adultes et aux autres enfants que ses frères et sœurs, et connaisse le plaisir de la relation avec eux tout en développant ses compétences sociales.

4.4.2. Relations avec les adultes

Si l'enfant est souvent décrit comme « passif » dans ses relations avec les autres enfants, tel n'est pas le cas pour les relations aux adultes. En effet, il sollicite activement l'adulte, accepte ou refuse ses propositions.

L'enfant est souvent décrit comme étant centré sur l'adulte, et c'est en s'appuyant sur cette base de sécurité qu'il apprivoise la présence des autres enfants non familiers, après avoir pris conscience de sa propre existence et de celle des autres enfants. Ce processus se fait progressivement en passant par l'observation puis l'expérimentation par petites touches de relations avec les enfants aux effets positifs. Dans ce déroulement, l'adulte a un rôle central qui s'estompe un peu quand l'enfant est davantage en relations avec les autres. Il arrive, dans certains cas, que ce soit alors celui-ci qui dise à l'adulte de prendre de la distance.

« F2 regarde un autre enfant (B) avec intérêt. Sa mère le repère et elle commente verbalement le jeu de B à l'attention de son fils. A pleure : F2 commente cette action en adressant un signe de Makaton à sa mère, puis il regarde A partir dans les bras de sa mère (la mère de A) ».

« F2 repousse sa mère quand elle intervient dans le jeu, sauf quand il a envie qu'elle y entre : il lui montre alors où elle doit se placer/ce qu'elle doit faire. Il peut aussi accepter sa mère comme partenaire de jeu à la place de sa sœur (dans ce cas il repousse sa sœur), c'est selon son envie/son humeur. » (Livret parents, cette description concerne les interactions de F2 avec sa sœur et ses cousins/cousines).

Les parents, en particulier, disent être conscients qu'eux-mêmes craignent que leur enfant soit bousculé, pas respecté par les autres, alors ils anticipent les conséquences néfastes de la vulnérabilité de leur enfant. Ils se mettent à l'écoute de ses demandes, anticipent ses besoins, veillent à ce que les relations avec les autres se passent le mieux possible. Nous reviendrons sur ce thème dans la partie sur la peur. A l'école, c'est l'AVS qui peut jouer ce rôle.

D1 au temps 2 est très active pour « séduire » son AVS et accaparer son attention. Elle ne s'occupe pas des autres enfants ou très peu alors qu'ils sont tous assis autour de la même table. Certains des autres enfants la regardent régulièrement, certains lui sourient par moment. Elle donne le sentiment de ne pas s'en apercevoir. Par contre, elle se jette dans les bras de son AVS, lui répond, lui sourit régulièrement.

4.4.2.1. Les relations électives en famille avec les adultes

Nous distinguons clairement les relations à la mère et évoquons aussi les autres membres de la famille élargie, bien moins évoqués, parfois pas du tout, et pour le souligner le *focus* est mis sur la mère pour tous les répondants. Il est indispensable de noter le peu de *verbatim* qui concerne le père, alors même que la plupart des enfants vivent avec leurs deux parents ou qu'ils ont des contacts réguliers avec celui-ci lorsque les parents sont séparés.

4.4.2.1.1. La mère, base de sécurité et rôle central dans le processus de socialisation

Tableau 27 : Relations aux parents

	Temps 1	Temps 2
Relation privilégiée avec les parents	Mère : tous ; père : 1	

Séparation difficile avec la mère	N2 ; E2 ; D2 ; Q1 ; L1 ; B1 ; P1 ; N1 ; J1 ; Q2 ; F1 ; O1 ; L2	N2 ; L1 ; D2, J2 ; F1 ; K3 ; J2
--	--	---------------------------------

Dans tous les cas, sans exception, la mère est vécue, pensée, parlée comme étant un personnage central dans la vie relationnelle de l'enfant.

La mère est décrite comme :

- Protégeant l'enfant, parfois aussi les autres enfants car son enfant est agressif en famille et/ou dans les lieux d'inclusion ;
- Expliquant aux autres enfants les particularités de l'enfant en situation de handicap ;
- Anticipant les difficultés de son enfant en situation de handicap pour créer de bonnes conditions, se tenir prête à intervenir « au cas où ». Si une hyper vigilance est au-devant du tableau au temps 1, elle devient moins importante au temps 2. Ceci quand l'enfant progresse et que des expériences heureuses se sont multipliées, conduisant la mère à se sentir rassurée sur les compétences de l'enfant à se débrouiller sans elle ;
- Servant d'interlocutrice privilégiée pour les professionnels.
 - Au cœur de la question de la séparation.

Cette situation de centration sur la mère est souvent notée comme ayant évolué entre le temps 1 et le temps 2. Les séparations sont moins problématiques, la mère, elle-même, ayant pris conscience de l'importance de prendre de la distance. Ce processus est plus net quand l'enfant a progressé, qu'il parle mieux et qu'il se déplace seul notamment.

Quand la mère se dit, ou est dite, « fusionnelle », c'est toujours associé à l'idée que cette situation doit évoluer pour ouvrir l'enfant à d'autres relations, en particulier, avec ses pairs.

Dans cette étude, les répondants différencient les notions de séparation « physique » et de séparation « psychique », l'une et l'autre étant interdépendantes.

De fait, la littérature scientifique montre que pour que la séparation physique ne soit pas vécue comme un arrachement, qu'elle ne mette pas en péril le sentiment d'unité ou de continuité de l'enfant, elle doit être précédée d'un processus de séparation-individuation, donc d'un minimum de séparation psychique. Cependant, cette dernière ne peut advenir sans l'expérimentation de petits moments de distanciation géographique, sur des temps qui soient supportables pour l'enfant et dont la durée va augmenter progressivement.

Ce processus n'est pas linéaire, encore moins à sens unique, il se développe de manière complexe, avec des allers et retours qui se déroulent au fil des interactions parents-enfant et entre enfants. Notons qu'une maladie, une séparation parentale, un déménagement ou un changement de lieu de socialisation peuvent amener à une régression du processus de séparation avec la mère plus ou moins temporairement.

Séparation physique et séparation psychique sont mentionnées dans les livrets :

- les difficultés de *séparation psychique* apparaissent dans l'évocation de l'insécurité des enfants face à un environnement peu familier (p. ex. le parc de jeux auquel l'enfant n'est pas habitué) ;

« À la récréation ça fait trois, quatre semaines, pas plus, qu'elle a commencé à aller toute seule sans l'AVS. Mais quand même quand elle joue, elle est là en train de jouer, mais des fois, elle la cherche. Est-ce qu'elle est là, ça la rassure, si elle voit que l'AVS, elle n'est pas loin. Avant, elle était collée à elle, elle ne bougeait pas, surtout quand elle entendait des cris. Et à la cour, ils courent, ils se poussent, elle, elle a peur de ça » (entretien mère F1).

- les difficultés de *séparation physique* sont énoncées lorsque l'enfant débute un accueil à la crèche ou entre à l'école maternelle et manifeste de l'angoisse au moment de dire au revoir à son parent.

« En arrivant des fois elle ne voulait pas venir au jardin d'enfants, elle se mettait par terre, elle criait, elle pleurait » (entretien professionnel jardin d'enfants B1)

La question de la séparation est traitée différemment selon les répondants :

- elle est toujours évoquée par les psychologues-coordonateurs dans les carnets de bord, dans la partie « développement psycho-affectif » : en effet, pour des professionnels sensibilisés au développement du jeune enfant, cette problématique est en lien avec le thème de la recherche ;
- elle n'est mentionnée par les parents que lorsqu'elle implique des difficultés de la part de l'enfant. Elle apparaît toujours sous forme négative (difficulté de séparation) aussi peut-on supposer que lorsqu'elle n'est pas décrite ni évoquée, la séparation d'avec la mère se déroule sans problème.

Par ailleurs, chaque fois qu'une difficulté de séparation est repérée chez un enfant, le répondant considère qu'il s'agit d'une entrave à la mise en place des liens aux pairs et, en même temps, qu'il est impossible de ne pas « respecter » ce temps de réassurance.

Il arrive que la séparation se passe bien :

« Rien de spécial. Il a bien vécu la séparation avec la maman, il a jamais pleuré, contrairement à d'autres, parce qu'il y a maman qui partait. Je pense que la maman, elle a très bien su gérer. Je ne sais pas, mais je pense que cette maman est super. Et ça, c'est... en fait, je la connais pas bien, mais parce que les échanges, finalement, ils sont un peu limités, quoi. Je la connais... En plus, elle est très réservée, bon, mais... je ne sais pas, j'ai l'impression qu'elle agit au mieux. Et donc, en tout cas, la séparation, en tout cas, ça ne s'est pas vu. S'il l'a mal vécu, ça ne s'est pas vu ». (Q1)

Dans tous les cas où les séparations difficiles sont évoquées, elles concernent le couple « mère-enfant » : ainsi, aucune mention n'est faite de difficultés de séparation d'avec le père ou un autre adulte familial. Sur le plan longitudinal, dans la grande majorité des cas, les répondants notent une évolution entre le temps 1 et le temps 2 dans les capacités de l'enfant à se séparer sereinement de sa mère.

« ça s'est fait petit à petit, progressivement, une séparation déjà avec la maman. On sentait que c'était vraiment nécessaire de prendre le temps, à la fois pour la maman, mais pour JI aussi. C'est vrai qu'au début, c'était quand même... dès que les enfants s'approchaient un petit peu trop d'elle... elle réagissait par des pleurs. Elle détournait le regard, elle était... enfin, assez fuyante, je veux dire, elle regardait pas longtemps, et du coup, après, on était obligés de la prendre, du coup plus en proximité pour la rassurer. Donc, c'est vrai qu'au début, c'était vraiment... déjà qu'elle soit rassurée par rapport à l'environnement si on parlait des enfants ou même... de nous [...] Quand sa maman partait, peu de temps après, elle allait quand même aller à la barrière, et puis après elle s'autorisait un peu à jouer [...] Sur la fin, il y avait pas de pleurs au niveau de la séparation, et au niveau des retrouvailles, elle était super contente de retrouver maman. Elle signifiait sa joie d'arriver mais sa joie aussi de partir. Et puis, avec les autres enfants, oui, c'est vrai qu'il y avait vraiment, oui, quand même... enfin, une évolution de s'intéresser aux autres » (entretien professionnel crèche).

Ainsi, au fur et à mesure de son adaptation à la crèche, J1 continue transitoirement à marquer la séparation, parallèlement à cette capacité à se séparer sereinement de sa mère, elle manifeste de plus en plus un intérêt à l'égard de ses pairs.

« Cette année, ça s'est très bien passé, mais l'année dernière, c'était un peu compliqué la séparation avec la maman. Elle pleure à l'arrivée, durant un temps, et puis avant le départ aussi, voilà. Fin de matinée, les pleurs revenaient. Et là cette année, là, ça fait plusieurs mois là où ça se passe bien : elle est joyeuse, enjouée, elle participe aux activités, elle est contente de venir je pense » (entretien professionnel crèche L2).

Comme pour L2, parfois, les difficultés de séparation se rejouent au moment des transitions dans la journée, notamment au moment du repas, qui est fréquemment associé par les petits enfants à la relation nourricière aux parents.

Pour les quelques situations dans lesquelles ce constat est inversé, lorsque des difficultés de séparation apparaissent au temps 2, cela concerne exclusivement des enfants polyhandicapés qui, au T1, sont encore dans une indifférenciation soi-autrui, et ne prennent conscience de la séparation entre eux et leur parent qu'au T2. Cette évolution, qui peut paraître négative, signe donc en fait un progrès dans le développement de la prise de conscience de soi et de l'autre.

Pour certains, on note des difficultés de séparation transitoires, entre T1 et T2, dues à des épisodes somatiques graves qui ont impliqué une séparation traumatogène, car brusque et/ou associée à des angoisses parentales (p. ex. hospitalisation). Ce peut être aussi le cas de la naissance d'un puîné qui va réactiver les angoisses de séparation de l'enfant (cas F1).

Pour un autre, cette difficulté de séparation, après apaisement de l'enfant, le verra en disposition de nouer des liens avec ses pairs. Ainsi K3 a du mal à se séparer de sa maman le matin mais ensuite « Elle joue beaucoup, ça c'est autre chose. Il y a même de l'humour. Moi je lui dis : « Viens, on va pleurer ensemble ». Elle est comme ça et puis après elle me regarde, elle rigole. ».

Ici, on peut se demander si K3 présente réellement une difficulté de séparation ou s'il n'a pas plutôt besoin de marquer de façon visible la transition entre le monde de la maison et celui de la crèche.

Il arrive aussi que, tout au long de la recherche, la séparation se passe bien, dans ce cas le répondant ne le mentionne qu'en réponse à une question du chercheur.

D'autres figures familiales que les parents peuvent faciliter l'adaptation à un nouvel environnement, ainsi pour l'entrée à l'école de I1 :

« I1, donc c'est un enfant qui est rentré dans l'école dans ma classe en début d'année, il devait être scolarisé en moyenne section vu son âge. C'est un enfant qui vis-à-vis de l'école au début, ça a été assez compliqué la séparation avec la maman, mais il s'est vite adapté à l'école parce que son petit frère était dans la classe aussi en toute petite section, ce qui était pas prévu au départ » (entretien professionnel école).

Même en l'absence d'une entrée simultanée de l'enfant avec son frère ou sa sœur à l'école ou à la crèche, la présence de frères et sœurs sollicitant l'attention du parent, occupant l'attention de l'enfant est un facteur favorisant la séparation dans de nombreux cas. De fait, la fratrie impose que les parents ne consacrent pas tout leur temps à l'enfant handicapé, ce qui donne à ce dernier l'opportunité d'expérimenter le fait d'être seul en présence de ses parents. Ces petits moments de séparation psychique étayent le processus d'individuation qui permettra de mieux vivre la séparation physique.

Pour F1, initialement fille unique, qui a eu un petit frère entre T1 et T2, l'attention d'abord exclusive de sa mère sur elle s'est partagée au sein de la fratrie :

« C'était difficile, c'était que moi et elle, et là il y a son frère. C'était le moment d'allaitement, c'était le plus dur. Il était sur moi, il prend le sein, et elle n'acceptait pas. C'est quand je lui donne le sein ou je lui fais dormir, elle me dit : « Maman, maman, viens ici, maman je veux ça, maman, je veux ci. » Et si je lui dis : « Attends » elle pleure. Elle n'aime pas. Mais après elle a compris que c'est son frère, il va rester avec nous tout le temps. Elle s'est calmée, elle ne dit plus rien. Je sens qu'elle a changé, elle a accepté » (entretien mère F1).

Les données recueillies suggèrent qu'une difficulté de séparation chez l'enfant ne constitue pas toujours une entrave, à long terme, au lien de l'enfant avec ses pairs : cela nécessite seulement d'apaiser l'enfant pour qu'il puisse entrer en interaction avec les autres mais des relations sont possibles. En cela, évidemment, les enfants en situation de handicap ne se différencient en rien des autres enfants.

Par ailleurs, dans ces cas spécifiques d'enfants en situation de handicap, un élément majeur semble avoir un impact sur le processus de séparation mère-enfant : il s'agit de la représentation que la mère a de la fragilité de son enfant, de ses capacités à se faire comprendre, à se défendre, à se protéger face aux potentielles agressions et maladroites des « non familiers », qu'ils soient

adultes ou enfants. En effet, si un parent sent son enfant trop vulnérable pour interagir seul avec un autre, et que cela n'est qu'une peur du parent, ceci risque d'entraver ses relations aux autres enfants. A l'inverse, un parent trop confiant dans les compétences de son enfant peut l'exposer à des interactions qui seront vécues de façon négative par l'enfant, ce qui le conduira à mettre en place des modalités défensives pour s'isoler des autres, et, finalement, cela pourrait aboutir à limiter ses interactions avec ses pairs.

Ainsi, au-delà de la qualité de l'attachement de l'enfant à sa mère (puisque nous ne savons pour les cas étudiés *quasi* rien sur les attachements au père), la question de la vulnérabilité réelle de l'enfant en situation de handicap est impérativement à prendre en compte pour l'accompagner dans ses processus de séparation et de socialisation.

Ainsi, la mère serait une personne source de sécurisation, protectrice, soutenance, les adultes du lieu d'inclusion ont aussi cette fonction, mais ils disent aussi que l'enfant est « collé » à l'adulte, le sollicite mais sans nécessairement différencier les adultes le prenant en charge. Quand il l'est, il s'agit de l'AVS et de la professionnelle référente de l'enfant.

4.4.2.1.2. Le père

Le premier adulte de la famille présent auprès de l'enfant, après la mère, est le père. Mais il occupe une place très différente selon les familles et les situations. Il est cité comme une personne centrale pour trois enfants : en effet, les pères de G2, K2 et M1 sont très présents au quotidien, ils ont parfois arrêté de travailler pour s'occuper de leur enfant. Ces pères ont rempli les livrets avec les mères, et parfois participé à l'entretien avec le chercheur, toujours avec la mère.

Les pères font alors part d'observations extrêmement fines sur leur enfant ; l'un d'eux évoque l'importance de son rôle quotidien auprès de son enfant :

« Je trouve qu'en étant devenu père au foyer, j'ai commencé à savourer la force du quotidien qui est d'un ennui mortel pour beaucoup d'entre nous. Et en fait, je trouve des victoires assez agréables, parce qu'elles sont à portée de main tous les jours, donc saisissables facilement. Et ça nous a appris, nous, cette situation à aller vers l'essentiel, à attraper cette essence des choses qui sont agréables dans ce qui fait nos jours. Et par le devoir de G2 d'être inscrit dans cette instantanéité avec les repères forts, les choses qui étaient dérobées à notre attention, parce que trop banales, se révèlent. Et c'est assez savoureux en fait. Donc, y a des nouveautés qui sont en

fait d'une banalité... mais de les voir autrement, ça, c'est chouette. C'est un exercice de style, en tant que progression philosophique (entretien parents G2).

Dans ce contexte particulier, où le père est très présent au quotidien, la relation père-fils ou fille est alors de très bonne qualité, comme pour M1 :

« Moi je ne vois pas de changement dans son comportement. Il est pareil, en fait, il est égal à lui-même. Il n'y a pas de changement de comportement. Par contre, oui, quand il y a son papa... Alors, soit il râle pour faire comprendre que « Papa, tu m'as laissé trop longtemps à la crèche... » Donc soit il va râler un petit peu, soit il va sourire à papa... comme tous les autres enfants de la crèche, en fait » (entretien professionnel crèche M1).

Le père de K2 est décrit avec tendresse par la mère, comme un « papa poule », inquiet, mais aussi très attentif et très investi auprès de sa fille :

« Papa, c'est... il ne s'en occupe pas de trop, mais il est toujours inquiet, quoi. Après, même si elle n'avait pas de problème, je pense qu'il serait pareil. Il la protège beaucoup ». (K2)

Hormis ces trois pères, aucun autre n'a rempli les livrets ou participé aux entretiens avec les chercheurs.

Pour huit enfants, le père est peu mentionné, mais il semble très présent ; il travaille alors que la mère est plus présente au quotidien, il est alors évoqué comme un relais, un soutien. Le couple parental apparaît dans ces situations comme uni : la mère est plus présente que le père auprès de l'enfant, mais les deux parents sont autant impliqués l'un que l'autre dans l'éducation de leur enfant. Dans ces situations, des relations tendres sont décrites, l'attachement semble important entre les enfants et leurs pères, des jeux partagés peuvent avoir lieu. De même, le père apparaît comme une ressource pour l'enfant quand il est en difficulté dans ses relations avec les pairs.

Il arrive que les relations se soient transformées : la mère, en reprenant le travail, a laissé de la place au père, qui a dû s'investir davantage au quotidien ; des divergences éducatives apparaissent, dont l'enfant semble bien conscient...

« Depuis que j'ai repris le travail, c'est son père qui s'occupe de lui le matin, qui l'emmène à l'école, qui le ramène. Et comme il cède énormément, que ce soit pour la télé, pour la nourriture, papa c'est meilleur. Je suis la méchante. Donc là, donc il est parti là au pays justement, c'est très bien, maintenant c'est moi qui vais reprendre. » (F2).

Pour dix enfants, on comprend que les pères sont présents dans le quotidien familial, mais ils ne sont que très peu mentionnés dans les entretiens ou les livrets : l'éducation, les prises en charge de l'enfant sont assumées entièrement par la mère, pendant que le père travaille, il n'apparaît donc que très peu dans les discours des mères et des professionnels.

Cette absence relative du père dans le discours peut être comprise de diverses façons, ces propositions n'étant pas exhaustives :

- Le père est physiquement et psychiquement peu présent auprès de l'enfant, et/ou il n'a pu nouer avec lui une relation nécessaire à sa sécurisation dans son ouverture au monde.
- Le père est moins présent physiquement que la mère auprès de son enfant (par exemple ce n'est jamais lui qui fait les accompagnements à l'école/la crèche, donc les professionnels de ces lieux ne peuvent observer la qualité de la relation père-enfant ;
- La diffusion dans le grand public des théories psychologiques centrées sur la relation mère enfant pour le tout petit a induit une focalisation des répondants sur la relation mère-enfant, ce qui ; dans le discours, mettrait, en quelque sorte, la relation père-enfant dans un angle mort ;
- Ce sont en majorité les mères qui ont rempli les livrets et participé aux entretiens de recherche, c'est donc leur point de vue qui apparaît : ainsi, quand elles évoquent leur enfant, il est compréhensible qu'elles ne parlent que des difficultés de séparation de leur enfant avec elles.

Par ailleurs, un père est décrit par la mère et par les professionnels comme étant passé par une période de déni au début de la vie de l'enfant : il n'a pas pu reconnaître les difficultés de sa fille ; c'est la naissance de son deuxième enfant qui l'a conduit à admettre le retard de développement de son aînée. Un autre ne parvient pas à poser les limites à son fils, il est décrit ainsi par la mère :

« Il lui cède tout parce que le pauvre, il a déjà assez de problèmes » (L1).

Enfin, du côté du lien que les enfants entretiennent avec leurs parents, assez peu évoqué de manière générale, une enfant est décrite comme ayant un comportement très différent avec son père et avec sa mère : elle semble très tyrannique avec sa mère, avec laquelle une relation fusionnelle semble s'être installée, et l'est beaucoup moins avec son père :

« Avec son père, elle ne dit rien, mais avec moi, elle commence de crier, de râler : « Je veux marcher, je veux courir, je veux sauter » [...] Avec les autres, même son père, elle ne fait pas le cinéma. Elle est calme, elle est sage, elle écoute, elle est très bien, super bien ». (Q2).

4.4.2.2. Famille élargie

Du côté de la famille élargie, les grands parents sont évoqués, ainsi que les tantes ou les oncles quand ils ont un rôle actif et important dans la garde de l'enfant. Mais proportionnellement, cela ne concerne qu'un tout petit nombre d'enfants du *corpus* (exactement 4 sur 32). Dans ce cas, ils sont des ressources pour les parents et prennent le relais pour s'occuper de l'enfant ; une relation d'attachement est décrite.

Cela est assez étonnant comparativement aux observations cliniques que l'on peut faire dans le quotidien des structures de soin : de plus en plus d'oncles et tantes, et grands-parents sont présents en tant qu'accompagnants de l'enfant, et deviennent parfois les interlocuteurs les plus fréquents des professionnels. Mais dans ce *corpus*, force est de constater qu'ils ne semblent pas très présents auprès des familles. Cela est probablement dû au thème de la recherche, dans certains cas, les répondants se sont volontairement limités à ne pas mentionner les relations de l'enfant avec ses grands-parents, par exemple pour M1 :

« Ou avec son grand-père, alors mon papa qui mesure deux mètres, qui fait peur d'habitude à tous les enfants, il le voit, on n'existe plus, enfin, il adore son papy. Et c'est déjà arrivé qu'il l'interpelle pour dire, enfin : « C'est je suis là, regarde-moi. » Alors, je sais que l'étude c'est sur les enfants. »

4.4.2.3. Relations avec les autres adultes

Tableau 28 : Types de relations à l'adulte

	Temps 1	Temps 2
S'agrippe, colle l'adulte	F1 ; Q3 ; K2	K1 ; G2
Préférence relationnelle claire pour les adultes	F1 ; L1 ; K1 ; K2 ; G1 ; D2 ; O1 ; B1 ; H1 ; F2	F1 ; L1 ; K1 ; K2 ; G1 ; D2 ; O1 ; B1 ; H1 ; F2
Veut faire plaisir à l'adulte, veut attirer son attention	F4 ; G1 ; K2 ; N2 ; E1 ; P3	
Fait appel à l'aide de manière claire pour qu'il intervienne	E2 ; K3 ; D1 ; I2 ; D2 ; F2 ; Q3 ; M1 ; I1 ; P1 ; L2 ; K2 ; P2 ; K3	F1 ; E2 ; N2 ; L2 ; K1 ; D2 ; B1 ; I1

Intervention de l'adulte facilite les relations entre enfants	E2 ; K1 ; K3 ; D1 ; D2 ; E1 ; J1 ; H2 ; L2 ; Q2 ; G2	K1 ; D2 ; F2 ; I1 ; O1 ; N2 ; O3 ; K2 ; G2
Intervention de l'adulte (collé à lui ou parasitant les relations entre enfants)	G2 ; E2 ; L1 ; I1 ; D2	
Adulte (aide, rassure, donne des conseils, incite aux relations...)	Q2 ; G2 ; B1 ; K1 ; J2 ; H2 ; L2 ; G1 ; F2 ; O1 ; K2 ; P1 ; E1 ; B1 ; L2 ; E2 ; I1 ; D1 ; P3	L1 ; D2 ; J2 ; O3 ; L1 ; D2 ; J2
Peut initier, poursuivre une interaction avec les enfants sans aucune aide de l'adulte, voire la refusant	Q3 ; K1	

Si dans tous les cas, l'enfant est décrit comme ayant une relation privilégiée et différenciée avec la mère, tel n'est pas le cas pour les adultes en dehors du cercle de la famille au temps 1 du recueil de données. En revanche, au temps 2 la majorité des enfants différencient les adultes : « Elle s'entend très bien aussi avec son AVS, qu'elle n'hésite pas à faire tourner en bourrique ». La différenciation entre enfants vient encore après.

Cette hyper présence de l'adulte doit être mise en lien avec ce qui a été dit précédemment de l'insécurité des enfants, de leur vulnérabilité mais aussi de leur passivité. Ceci les rendant vulnérables aux yeux des adultes conduit inévitablement à des attitudes de protection, qui, en retour conforte probablement l'enfant dans sa vulnérabilité.

Dans tous les cas, sans exception, il y a une préférence relationnelle avec l'adulte. Le plus souvent, il s'agit de l'adulte s'occupant plus particulièrement de l'enfant sur le lieu de l'inclusion et de la mère ou d'un frère ou d'une sœur dans la famille.

Au temps T2, les choses évoluent pour certains mais de manière assez marginale. Dans tous les cas, l'objectif de tous les répondants est de soutenir ce mouvement d'autonomisation complexe à initier.

Comme pour les enfants, il y a toujours un ordre dans l'émergence des préférences et relations différenciées, connues et reconnues par tous :

- 1) La mère
- 2) En même temps que la mère, un frère et/ou une sœur et/ou un cousin/cousine
- 3) Le référent adulte du lieu d'inclusion
- 4) L'AVS

- 5) Quand toutes ces personnes sont bien différenciées, alors on peut noter de petites nuances dans les relations montrant une différenciation claire de tous les adultes autour de l'enfant
- 6) L'enfant différencie les enfants (préférences, activités différenciées avec des interlocuteurs choisis).

Notons l'absence du père dans cette progression.

Selon le développement de l'enfant, dès le premier temps, ces différenciations sont effectives ; pour d'autres, seule la différenciation mère *versus* frères et sœurs existent.

4.4.3. Entraves et facilitateurs des relations entre enfants

Tableau 29 : Entraves et Facilitateurs des relations pour les enfants H

	Temps 1	Temps 2
Entrave		
Lenteur	G2 ; Q3 ; K3 ; J1 ; N1 ; H1 ; P3 ; M1	
Problème de motricité, ajustement du geste	G2 ; N1 ; J2 ; H2 ; D2 ; F1	
Déficience intellectuelle	E1 ; K3 ; E1 ; P3 ; P2	
Attention labile	E2 ; D2 ; L2 ; F1 ; D2 - ; K2	
Fatigabilité	Q1 ; K3 ; L1 ; K1 ; J2 ; Q1	
Hypersensibilité sensorielle	Q1 ; L1 ; H2 ; K2 ; G2	
Bagage	Q1 ; O1	
Difficultés à s'exprimer et à se faire comprendre (absence de langage ou expression non verbale non comprises)	G1 ; P2	
Facilitateur		
Se fait comprendre (langage verbal et non verbal)	E2 ; E1 ; F2 ; I1 ; P1 ; J2 ; H2	
Se déplace de manière autonome	G2 ; P1	

Cette partie de l'analyse est importante car elle doit permettre de mieux saisir ce qui favorise ou entrave les relations entre enfants.

Il apparaît qu'une même variable peut, selon les circonstances et l'enfant, entraver ou aider, c'est pourquoi les parties reprennent les variables, et pour chacune d'elles, nous indiquons ses effets entravant ou favorisant.

Il n'y a que peu de descriptions très fines des réactions de l'enfant par rapport à ces entraves, quand il y en a, c'est avec deux versants :

- Découragement : l'enfant ne persiste pas, il passe à autre chose, s'isole ;

- Agressivité : l'enfant supporte mal ces entraves et devient agressif. Ces réactions sont beaucoup plus rares que les premières réactions.

« F2 pointe du doigt une carte tout en regardant son enseignante comme pour solliciter l'attention conjointe avec elle : elle ne le remarque pas et donc ne lui répond pas, et il n'essaie pas d'utiliser un autre moyen de communication que ce pointage. Il réessaie avec une autre carte quelques minutes après, sans plus de succès ». (Psychologue)

Autrement dit, la mère serait différenciée comme personne et dans ses fonctions auprès de l'enfant, les adultes de milieu inclusif seraient bien identifiés comme permettant protection, sécurisation, secours en cas de difficulté mais sans nécessairement que ces adultes soient différenciés entre eux. Ce qui veut dire que l'enfant a identifié les fonctions et missions de « l'adulte » sans nécessairement différencier les adultes non familiers entre eux.

4.4.3.1. *L'intervention de l'adulte aux effets contrastés*

Les interventions de l'adulte peuvent être, tout autant, des entraves que des facilitateurs des relations entre enfants.

- Quand une relation « fusionnelle » à la mère est évoquée, les représentants estiment qu'il s'agit d'une entrave à la naissance et à l'évolution de relations entre enfants. La distanciation d'avec la mère est une condition nécessaire pour nouer des liens avec les autres enfants en dehors de la famille. En effet, les choses sont différentes au sein de la fratrie dans laquelle des liens avec les frères et sœurs existent avec une relation « fusionnelle » à la mère maintenue.

Dans la grande majorité des cas :

- quand l'enfant a commencé à établir des interactions réciproques avec les autres enfants, alors l'intervention de l'adulte peut avoir des effets entravants :
 - L'enfant en situation de handicap se détourne des jeux avec les autres enfants pour regarder l'adulte ; l'enfant voit son attention détournée par l'intervention de l'adulte.
 - Il peut accepter cette intrusion mais, dans certains cas aussi, il peut devenir agressif et exprimer clairement son opposition à cette intrusion dans les relations avec les autres enfants. Cela suppose évidemment qu'il soit en mesure d'être dans un processus bien avancé de conscience de soi et différent de l'autre.

- quand l'enfant est encore peu en relations avec ses pairs (pas de préférence, peu d'interactions), alors l'adulte a un rôle central et facilitateur des relations entre enfants ;
- 1) L'adulte explique aux autres enfants les difficultés, modes de fonctionnement, désirs de l'enfant en situation de handicap. Il sert ainsi de sorte de porte-parole, passeur entre l'enfant et ses pairs, avec
 - parfois des résultats positifs : les enfants « ordinaires » parviennent à mieux s'ajuster à l'enfant en situation de handicap,
 - parfois des résultats nuancés : l'enfant fait ce que l'adulte lui demande mais seulement le temps que l'adulte le regarde, puis il se détourne de l'enfant en situation de handicap.
 - 2) L'adulte organise activement une activité dans laquelle l'enfant en situation de handicap sera en interaction avec les autres enfants. Cette intervention peut avoir, ou pas, des résultats positifs, selon la situation.
 - 3) L'adulte répond à l'appel de l'enfant en situation de handicap, maltraité, agressé par les autres, ou calme l'enfant en situation de handicap qui agresse les autres, s'énerve.

Si dans certains cas, surtout au temps T1, l'adulte a un rôle perçu comme indispensable pour que l'enfant initie des relations avec les autres enfants extérieurs à la famille, cela n'est pas vrai avec les frères et sœurs. En effet, si de nombreux adultes insistent pour dire que s'ils ne font rien alors l'enfant en situation de handicap n'aura pas de relations avec les autres enfants, cela ne concerne qu'exceptionnellement les relations en famille et toujours dans des situations de polyhandicap sévère.

Parfois, l'intervention des adultes (notamment durant le groupe au CAMSP) peut soutenir (aider à initier ou à faire durer) une interaction de G2 avec ses pairs : cela semble surtout être le cas des interventions verbales, à distance donc, alors que l'intervention de la mère dans les câlins avec le petit frère est probablement plus proximale, et peut-être vécue comme plus intrusive et/ou moins prévisible.

D2 interagit avec plaisir avec ses pairs familiers (frères, cousins) : il est capable d'initier avec eux des interactions variées (jeux, bêtises, bagarres, imitation, coopération...), à deux ou plus. Il peut s'affirmer, se défendre (verbalement et par le geste), mais interpelle plus volontiers un parent pour le défendre (pleure quand un parent est à proximité).

Avec des enfants moins connus, il semble avoir envie d'aller à la rencontre de ses pairs, sans encore oser y aller, et sans bien savoir comment s'y prendre (ses regards sont apparemment peu

repérés par ses pairs au parc). Il est capable de se défendre/protéger son goûter par exemple, dans un lieu familier et avec l'étayage de la présence de l'adulte. Quand les adultes sont plus loin, il peut se trouver dans une situation difficile sans appeler à l'aide.

La maman de C1 se demande ce qu'il est bien de faire et comment aider sa fille, sans trop la diriger

« Donc par exemple au square, la dernière fois, on y est allés avec son frère. Donc son frère, lui, il a besoin de courir. Donc, très vite, il est monté sur le toboggan et il a fait sa vie, il a couru autour du toboggan. Il y avait deux petits garçons aussi qu'il ne connaissait pas, mais très vite, voilà. Ça s'est passé très vite quoi. Et puis C1, elle est restée plus collée contre moi quoi, voilà. Et puis après, en même temps, elle observait les autres enfants. Je sentais qu'elle avait vraiment... Enfin, je ne sais pas. J'avais l'impression qu'elle avait envie d'aller voir les autres enfants, mais qu'elle ne savait pas comment faire. Donc généralement, moi, je lui prends la main et puis je l'accompagne vers les autres enfants. Et puis, j'essaie de voir quand est-ce que je peux m'éclipser quoi. Mais clairement, oui, elle est passive dans le lien. Ce n'est pas elle qui va aller chercher, pas du tout ».

Face à ces difficultés les adultes se demandent comment intervenir

« Les enfants savent. Ils sont très ouverts. Là, j'avais un petit groupe de moyens qui de temps en temps se moquaient quand G2 prend la parole devant le groupe. C'est vrai que l'année dernière, c'était quand même très compliqué d'avoir des prises de parole en grand groupe de la part de G2, parce que c'est pas toujours compréhensible ce qu'il dit, donc il faut vraiment savoir de quoi il parle et on l'aiguille, et on l'aide et on reprend. ...Et j'avais des moyens qui se moquaient, parce que c'est l'âge des moyens. C'est aussi voilà, dans le... Donc, on a beaucoup travaillé là-dessus et quitte à exclure même ces moyens-là, surtout un ou deux... Oui, les exclure, en disant : « Non là, tu vois, t'es pas capable de te retenir de rire alors que G2 a besoin de nous expliquer ce qu'il ressent. Donc tu vas prendre un tapis, tu vas te mettre allongé, calme, tranquille, tu vas te reposer et puis quand déjà tu seras plus calme et capable de te retenir de rire et de te moquer, à ce moment-là, tu reviendras avec nous ». (...) Il peut aussi comprendre que quand vous faites ça, vous vous moquez de lui et coup il va plus parler et c'est très important qu'on se retienne même si ça nous fait rire en nous, il faut se retenir », parce que, voilà. C'est vrai que ça peut être drôle sa façon qu'il a de changer des mots, mais on

pourrait rire, mais ça va le bloquer et après, il va s'arrêter de parler, donc c'est important de se retenir ».

Ce *verbatim* montre toute la complexité du travail des professionnelles qui doivent éduquer tout en tenant compte des spécificités de l'enfant en situation de handicap. Elle ajoute :

« Je pense que G2 n'est pas dans le jugement de valeur encore, G2, donc il est assez spontané, il dit comme voilà... ça ne le braque pas, mais pour moi, c'était important que ça n'arrive pas. Et donc, je voulais faire comprendre aux moyens que... Ça aurait pu arriver, ça pourrait arriver si on continuait donc il faut faire attention ».

Elle semble comme se rassurer du fait que l'enfant n'a pas conscience de la nature de l'intention de ses camarades, c'est peut-être juste mais cela peut aussi montrer que l'enfant a appris à ne plus exprimer sa souffrance quand les autres se moquent de lui pour ne pas être exclu du groupe.

4.4.3.2. *Les caractéristiques de l'enfant*

Certaines entraves sont dues aux difficultés/déficiences de l'enfant, d'autres sont dues aux caractéristiques de sa personnalité. De fait, les répondants eux-mêmes ont finalement davantage insisté sur l'aspect « personnalité » (son caractère, sa manière d'être au monde et dans le monde...), ils décrivent ainsi, souvent en détail, comment l'enfant se présente, réagit et insistent moins sur ses déficiences et les conséquences de celles-ci sur les relations qu'il initie et développe avec ses pairs. Les déficiences sont évoquées de manière souvent allusive, au décours d'une phrase « évidemment il se déplace moins vite, il comprend moins vite, il n'a pas les mêmes centres d'intérêt... »).

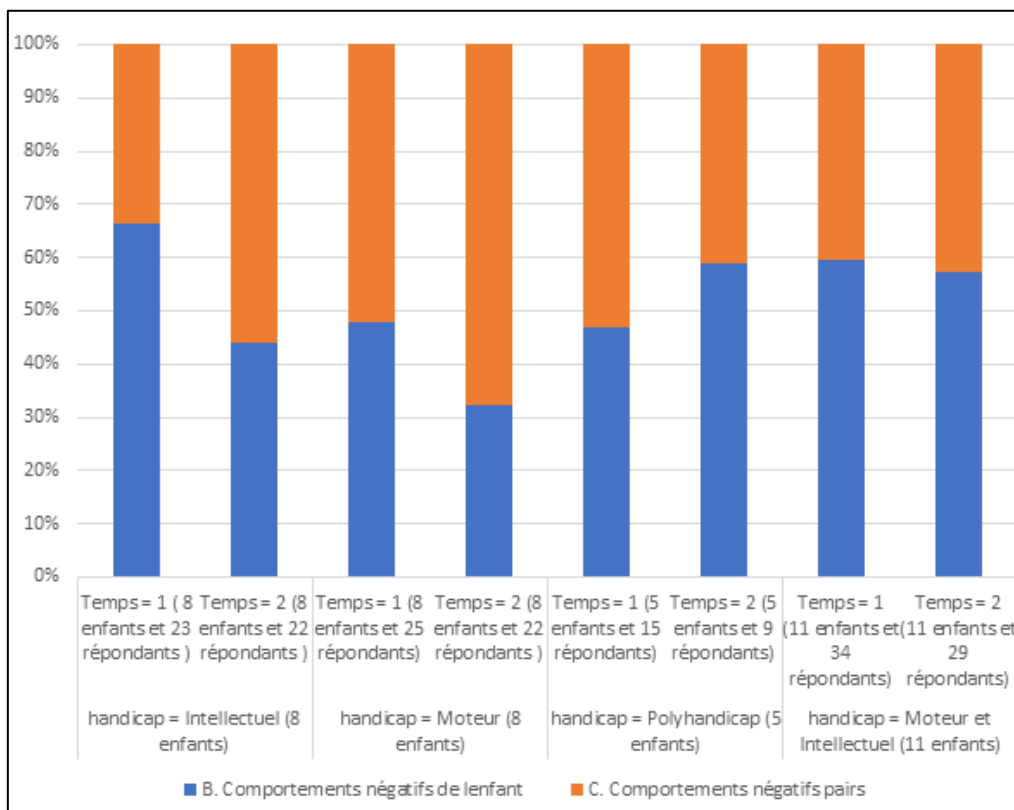
Autrement dit, les répondants, professionnels comme parents, ont montré la volonté claire de parler de l'enfant, avant tout, comme d'un enfant et pas comme d'un enfant « handicapé ».

4.4.3.2.1. *Les déficiences*

Comme il est dit, la nature de la déficience est rarement évoquée clairement, et quand elle l'est c'est pour en évoquer les conséquences plutôt que l'origine : lenteur, difficultés à comprendre ou à être compris, stigmatisme visible (1 seul cas, *via* le bavage) ; distractibilité ; attention peu soutenue ; difficultés dans les déplacements. Notons que le faciès typique de la T21 et les probables dysmorphies faciales chez certains enfants ne sont pas évoqués.

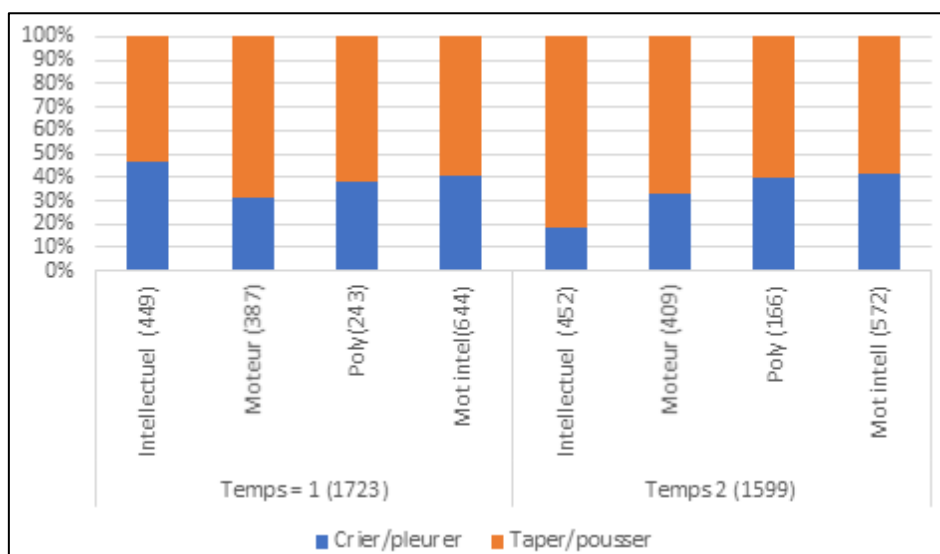
Tout se passe comme si parents et professionnels n'avaient pas de mots pour parler des conséquences sur les liens aux autres des déficiences des enfants ou qu'ils ne souhaitent pas évoquer les implications des déficiences sur les relations entre enfants. Ce qui est en soi un

résultat important signant la volonté des professionnels et des parents de décrire ce qui se passe pour l'enfant à partir de variables les plus « ordinaires » possibles.



Graphique 17 : Proportion de comportements négatifs à T1 et T2

On voit (graphique 17) que le handicap paraît avoir un impact sur l'évolution du rapport agressivité enfant en situation de handicap *versus* enfant « typique » mais ces différences sont difficiles à interpréter.



Graphique 18 : Proportion de comportements négatifs selon le type de handicap

Dans les entretiens et l'analyse *via* Alceste ce sont plutôt enfants avec handicap moteur qui crient, tapent.

4.4.3.2.1.1. Déficiences cognitives

Ces difficultés cognitives ont les conséquences suivantes :

- L'enfant ne comprend pas assez rapidement les consignes, les sollicitations des autres enfants, qui se découragent (allongement de la vitesse de traitement de l'information),
- L'enfant répond, mais avec lenteur, et donc les autres enfants se découragent (allongement du délai de réponse).

Les difficultés cognitives sont évoquées *via* :

- Le décalage qui augmente avec le temps dans les compétences et centres d'intérêts des enfants en situation de handicap et les autres. Ce décalage qui augmente avec le temps est noté par les adultes, ce qui différencie la déficience d'un simple retard de développement ;
- Les différences de centre d'intérêt entre les enfants. Ils n'ont pas envie, ne sont pas attirés par les mêmes choses, activités que les autres ;
- Leurs capacités à comprendre les consignes.

« Après, dans sa manière de communiquer, là surtout en fin d'année, on sent le décalage par rapport aux autres enfants qui... J'ai des enfants de petite section qui sont du début d'année, donc c'est : « Arrête P2 , voilà, quoi, tu nous embêtes. » On voit le décalage se mettre en place là quand même ».

4.4.3.2.1.2. Les difficultés motrices

Les déficiences motrices les plus décrites sont celles qui concernent les déplacements et la tenue assise précaire, et concerne donc des enfants polyhandicapés.

L'enfant ne peut pas se déplacer aisément, ou il le fait trop lentement, ce qui limite sa possibilité de choisir où aller et avec qui il veut aller. Le fait de rester à jouer au sol impose aussi des contraintes qui peuvent entraver les relations entre enfants.

Enfin, la manière dont l'enfant est installé, les aides techniques qui lui sont proposées sont très importantes pour favoriser le vivre ensemble entre enfants. Sachant que H2 est polyhandicapée, ce résultat est confirmé par l'analyse des entretiens *via* Alceste.

« Et qui nous faisait nous faisait connaître, tandis qu'avant peut-être elle le faisait avant, mais en tout cas, il y avait pas de... Non, c'était vraiment dès le début du groupe qu'elle a pu faire ça, et c'était à chaque fois... c'était une petite fille qui était souvent malade. Donc, après, on n'a pas pu le faire beaucoup. Mais elle, c'était vraiment très très vite, allongée par terre, parce qu'allongés par terre, les enfants en situation de handicap si grave ont parfois plus de capacités à bouger le corps, parce qu'ils tiennent par le corps. Donc, on tient son corps quand on est assis, sauf si on est contenu par un appareillage. Mais ils sont tellement occupés à maîtriser leur corps, qu'ils ne peuvent pas utiliser leur corps. Il faut qu'il y ait une détente de tout le corps pour qu'ils puissent bouger, si ce n'est que leur main, dans des situations... Quand ils sont allongés par terre, ils peuvent plus donner un petit coup, ou quand elle était dans son fauteuil adapté, son siège moulé, là, elle peut se concentrer sur seulement la jambe qui donne le petit coup de pied, ou seulement le pouce qui fait aussi qu'elle aime bien ». (H2).

La possibilité de déplacements *via* le *motilo* est aussi soulignée, elle est détaillée dans l'étude de cas.

« C'est vrai qu'autant les premières fois, bon, déjà en plus, c'est des premières fois, c'était systématiquement, il y avait pas encore le *motilo*. Donc, c'était toujours sur le tapis, enfin, voilà, c'était assez ritualisé. Après quand il y a eu l'arrivée du *motilo*, c'est vrai que c'était différent, je pense à la verticalité. Elle, quand même, là pour le coup, elle regardait vraiment les autres enfants, ils venaient vers elle aussi beaucoup plus facilement, ils l'attendaient. C'est vrai que I2 était attendue.....Alors, ce qu'on disait, ça faisait un petit un frein *motilo* aussi, parce quand ils voulaient s'approcher d'elle, il y avait les roues, elle tournait tellement vite, parce que contente. Ils avaient peur de se faire écraser un peu les...pieds ».

« En général, à l'accueil, les autres enfants venaient s'installer, puisque nous, on se mettait proches de Lou aussi, ils venaient s'installer aussi sur nos genoux pour comme ça avoir la proximité du *motilo*, être proches de I2, mais pas trop près pour pas se faire écraser les pieds ou... Et oui, une fois qu'elle s'apaisait un peu plus, Lou, on voyait plus l'interaction ou les autres enfants, oui, comme tu disais, apporter des jeux ».

Il est nécessaire de bien distinguer les enfants porteurs de déficiences motrices lourdes qui s'inscrivent dans un contexte de polyhandicap, et sont donc, de fait, associés à d'autres déficiences profondes, des enfants qui présentent des déficiences motrices isolées, qui se voient (attelles, l'enfant boîte, ou se sert difficilement de l'un de ses deux bras, etc.), mais n'entravent

pas les autres sphères développementales. Pour les premiers, les déficiences peuvent entraver considérablement les liens avec les autres parce qu'elles empêchent la proximité physique avec les autres enfants, ou le fait d'être à la même hauteur, ou même les possibilités de communication. Pour les seconds, cela se joue sur un autre registre : l'enfant est tout à fait en capacité de communiquer avec les autres, le plus souvent par le langage, il a les capacités cognitives de comprendre les jeux des autres et de les partager ; les difficultés relationnelles résident davantage dans une participation limitée, voire impossible, à des jeux moteurs (jeux de chat ou de *foot* en cours de récréation, par exemple), ou une relation parfois non réciproque quand les enfants de l'école viennent aider l'enfant handicapé à porter son cartable, par exemple. De même, l'enfant handicapé a souvent conscience de ses déficiences, et peut donc se sentir gêné, honteux de ne pas pouvoir courir avec les copains, ou du regard ou des questions des autres enfants. La déficience motrice isolée a donc clairement un impact sur la construction des liens avec les pairs, mais bien moindre, et pas de même nature, que celle qui s'inscrit dans un tableau de handicap plus profond.

4.4.3.2.1.3. Hyper ou hypo sensibilité sensorielle

Les enfants en situation de handicap peuvent présenter des particularités dans le traitement des informations sensorielles, pour un ou plusieurs modalités sensorielles (vue, audition, toucher, odorat/goût, sensations vestibulaires).

Deux profils existent :

- Hyposensibilité : le seuil de stimulation est plus haut que la moyenne. Dans ce cas, l'enfant va avoir tendance à rechercher des stimulations pour les sens concernés ;
- Hypersensibilité : le seuil de stimulation est plus bas que la moyenne. L'enfant va alors avoir tendance à fuir certaines situations qui sont problématiques pour lui car ses capteurs sensoriels sont saturés. Il est dans ce cas important de lui offrir des temps au calme afin de diminuer les stimulations sensorielles.

Les troubles de la sensorialité impactent le corps à corps entre enfants.

Quand l'enfant ne supporte pas d'être touché, il arrive que le corps à corps avec les frères et sœurs contribue à faire évoluer les choses.

4.4.3.2.1.4. Les troubles relationnels, difficultés à gérer ses émotions

La difficulté des enfants en situation de handicap à s'ajuster aux autres est souvent mise en avant :

- Ils sont trop prêts (collage, toucher...) ou trop loin (observation, refus d'être touché, approché par les autres). C'est ce second *item* qui est le plus souvent retrouvé. Il est souvent dit que l'enfant en situation de handicap est en difficulté pour trouver la juste distance physique avec l'autre ;
- Parfois, il est dit que l'étrangeté du comportement, des réactions, de l'enfant fait peur aux autres enfants ;
- Ils sont trop isolés, trop en observation, ce qui fait qu'ils ne sont pas inclus, ne s'incluent pas dans les activités ;
- La difficulté à gérer, contenir ses émotions est souvent évoquée pour dire la difficulté de l'ajustement aux autres enfants : un rire immodéré, une angoisse massive, une colère dont l'origine n'est pas forcément claire, peut rendre les relations aux autres enfants difficiles.

Les enfants peuvent ne pas comprendre le comportement de l'enfant en situation de handicap.

« Les enfants l'admirent et la craignent un petit peu. Et puis, ils sont beaucoup à gérer un peu son comportement, en fait. C'est-à-dire qu'il y a eu un moment, elle se sauvait beaucoup de la classe, enfin se sauver, disons qu'elle allait se promener. Donc ça scandalisait totalement les autres enfants, parce qu'ils ne comprennent pas pourquoi est-ce que D1, elle aurait le droit d'aller se promener et pas eux ».

Les enfants de la classe voient bien que P1 n'est pas soumise au même régime que les autres, cette difficulté évolue souvent entre le temps 1 et le temps 2, quand l'enfant a apprivoisé la relation aux autres enfants.

Parents et professionnels évoquent la difficulté que peuvent avoir les enfants à comprendre que les troubles du comportement de l'enfant sont de l'ordre du « handicap », et donc réclament bienveillance et pas forcément ces réactions « ordinaires ».

La mère de J1 dit : « Je pense qu'il y aurait... Mais je ne sais pas, le fait que c'est J1, elle est différente, ils sont un peu perdus dans leurs repères, et ils ne savent pas trop comment réagir avec elle. C'est souvent ça, et du coup ils viennent me voir genre : « Est-ce que je peux lui faire pareil ? Est-ce que je peux la taper ? »

Face à cela, professionnels et parents sont en difficulté pour expliquer pourquoi ils acceptent que l'enfant ne participe pas au groupe alors qu'ils vont imposer aux autres enfants de le faire, pourquoi l'enfant en situation de handicap n'est pas puni « comme eux » quand il jette les jouets par terre ou qu'il refuse de ranger.

4.4.3.2.1.5. Les difficultés à se faire comprendre et à s'exprimer

Le langage oral se développant favorise les relations entre enfants. Dans les *verbatim*, le *focus* n'est pas mis uniquement sur le langage verbal mais aussi sur les expressions du visage, corporelles, qui sont comprises, ou pas, par les autres enfants.

Ces difficultés de communication sont directement en lien avec la manière dont l'enfant en situation de handicap, à ce moment-là, a conscience ou pas de l'existence des autres, s'y intéresse, et expérimente souvent, ou jamais, les interactions réciproques avec eux.

Ainsi, quand l'enfant en situation de handicap commence à se reconnaître et à reconnaître les autres comme étant différents de lui, quand il commence à s'intéresser à eux, alors il développe des compétences à communiquer, et ses outils de communications ne sont plus identifiés comme étant un frein. En effet, le manque de compétences à s'exprimer est essentiellement souligné dans les cas où l'enfant n'a pas de préférence entre enfants et qu'il est décrit comme isolé.

Evidemment, il convient de se demander ce qui est premier de l'indifférenciation soi/autre des conséquences d'un déficit en outil pour communiquer. Au-delà de la causalité simple, il y a nécessairement un effet de renforcement mutuel entre différenciation soi/autrui et développement des moyens de communication chez l'enfant.

Les adultes ont conscience que ces difficultés d'expression peuvent entraver la bonne inclusion de l'enfant et, parfois, ce sont les autres enfants qui servent de traducteurs et de transmetteurs.

« Alors, la maman, elle me disait que des fois il se plaignait qu'il y avait des enfants qui l'embêtaient. Alors, moi, je ne suis pas dans la cour, parce que je suis en chant avec les autres pendant ce temps-là. Donc, j'ai demandé un peu aux maîtresses qui étaient dans la cour, elles disent que bon, elles ne voient pas spécialement de bagarres, de disputes. Et un jour, en fait, je l'ai vu en train de pleurer. Et donc, c'était au moment de l'habillage, il y avait tout le monde... et là, je lui ai demandé ce qu'il avait. Donc, il y a tout de suite les autres qui me disent : « Il y a un tel qui l'a tapé. » Et je lui demande, bon, lui, il me répond pas, par contre, il était un peu

énervé, il était comme ça, voilà, il faisait comme ça. Et il pleurait, et je lui ai dit : « Mais qu'est-ce qui s'est passé ? » tout ça, donc il m'a pas dit sur le coup, il était toujours comme ça. Et après, les autres m'ont expliqué, voilà, ce qui s'était passé, tout ça. Donc en fait, il avait vu l'autre qui courait, donc il avait couru, il avait foncé dans un gamin qui lui l'avait bousculé et l'avait tapé, parce qu'il lui avait foncé dedans. Et en fait, seulement après, quand il s'est un petit peu calmé, il m'a dit : « Tapé », voilà. Et donc, il n'a pas pu m'expliquer tout de suite ce qu'il en était, et j'étais assez étonnée de son geste comme ça ». (P3).

On voit dans ce *verbatim* combien il est parfois difficile de comprendre l'enfant et toute la richesse qu'il y a quand on s'appuie sur ses différents interlocuteurs pour affiner les interprétations. Le co-apprentissage entre enfants est alors très précieux.

4.4.3.2.2. La personnalité de l'enfant

Par-delà ses déficiences, l'enfant a des traits de personnalité qui vont favoriser ou entraver les relations avec les enfants.

4.4.3.2.2.1. L'insécurité, la peur

Le thème de la peur des autres enfants, quand il est évoqué, est clairement mis en lien avec une entrave de la relation aux autres enfants. L'enfant en situation de handicap a peur d'être bousculé, peur que les autres le touchent trop, s'approchent trop, fassent trop de bruit, s'agitent trop.

À son arrivée à l'école, E1 avait très peur des autres, « *il avait peur d'être bousculé. Donc il restait soit dans sa classe, soit à côté du mur* ». Enfant décrit comme très timide avec les enfants qu'il ne connaît pas bien. Pas avec ses copains à lui.

La mère projette dans la relation entre les deux frères de la protection du plus petit envers patrick l'année prochaine à l'école. Selon la mère, il peut initier les relations et faire des propositions aux copains.

L'enfant peut aussi avoir peur des autres enfants.

« Et au fait, plusieurs fois à la récréation au début de l'année, en milieu d'année, enfin tout le temps, il la prenait un peu pour un poupon, il la caressait un peu ou alors il la tenait fort le bras et du coup ça l'a marquée. Et du coup maintenant elle se laisse même plus approcher. Dès qu'il se rapproche un peu trop d'elle, elle crie ou elle pleure, enfin elle alerte l'adulte pour qu'on l'éloigne, parce qu'elle avait vraiment peur ». (Q2).

Une maman raconte comment son enfant a apprivoisé sa peur.

« J'avais peur des autres enfants, mais finalement, non. Au départ il ne marchait pas très bien, donc il marchait surtout à trois, quatre pattes. Il n'a jamais vraiment fait du quatre pattes, mais il marchait sur les fesses. Mais déjà, ils ont toujours fait attention à lui, donc...

(...) Alors c'est une petite fille qui est rentrée à l'école cette année, donc qui y est plus, qui s'occupait souvent de lui. Je crois qu'elle s'appelait [prénom]. Elle aimait bien venir le matin, lui dire bonjour. Il n'avait pas un élan vers elle, mais il aimait rester proche d'elle. Et elle, elle est un peu comme sa sœur, toujours à aller lui chercher des jouets, voilà. C'était un peu... Petit, il avait un périmètre très restreint, déjà parce qu'il avait un peu du mal à se déplacer, et ensuite il avait vraiment peur de franchir les portes. D'aller dans l'autre pièce, c'était vraiment compliqué pour lui. Il était chez une nourrice où il y avait qu'un seul autre enfant, et qui se retrouve dans la même classe que lui d'ailleurs cette année à la maternelle. Et après elle était très prévenante aussi, très entourante. Finalement, ça ne lui a pas donné forcément l'occasion d'aller... de faire beaucoup d'efforts pour sortir de sa zone de confort. Il avait tendance à rester vraiment dans son espace, que lui. Il a commencé à explorer l'espace à partir du moment où il a fait des séances avec une psychomotricienne qui lui a appris à sortir, à jeter les jouets plus loin, aller les chercher. A partir de là il a commencé à envisager son espace. A la crèche, il préférait se mettre dans son petit monde, il passait beaucoup de temps à plat ventre avec une voiture. Au départ on se posait même des questions par rapport à l'autisme et des choses comme ça, parce qu'il était vraiment dans son monde. Il s'est avéré que finalement que c'était les médicaments qui l'endormaient pas mal, et en plus de ça, le fait d'avoir des enfants qui bougent... » (Q1).

Dans ce cas, l'intervention d'une petite fille pouvant respecter son rythme a rassuré à la fois la maman et l'enfant :

« Elle n'aime pas, quand un enfant s'approche d'elle, elle a peur. Comme elle ne court pas bien, elle tombe et tout, elle a peur. Mais là pour l'instant, elle aime bien jouer avec les autres, elle est très câline, elle reste beaucoup avec les enfants. Et là même à l'école pendant la récré, elle va toute seule, elle n'a pas besoin de l'AVS pas comme au début. Au début ce n'était pas possible, la récréation toute seule ou sans AVS ou sans personne avec elle, quelqu'un avec elle. Elle avait besoin d'un adulte avec elle. Mais là elle recherche est-ce qu'elle est là l'AVS avec elle, mais elle peut s'éloigner. Elle a commencé de faire ça, ça fait trois semaines, trois, quatre semaines. Ça ne fait pas longtemps. » (F1).

Ici, c'est l'adulte qui a permis à la peur de s'apaiser.

O1 montre que l'enfant lui-même peut aider son parent en lui signifiant qu'il a apprivoisé sa peur :

« Pendant un temps, j'y allais à toutes les récréations avant qu'il ait une AVS, donc c'est moi qui allais le surveiller. C'était surtout pour pas qu'il tombe, etc. mais en fait je me rendais compte qu'il se débrouillait. Mais bon, il était... si on le bousculait, il tombait, quoi. Et du coup, il y a toujours des fois les petites qui viennent comme ça, mais je vois qu'il a grandi, parce qu'il dit : « Mais je ne suis pas un bébé, enfin... », Quand elles essaient, des fois de lui pro... comme nous, on pourrait faire à un bébé, quoi. Donc, ça, il a grandi mais...(...) Elles, comme ça là : « Bonjour O1 », en lui faisant des petites caresses aux joues, comme on fait à un bébé, ou après il y en a : « Ça va ? » Elles lui parlent comme à un petit. Alors, des fois, il dit : « Non, je ne suis pas un bébé. » (...) Elles ne répondent pas, parce que souvent, on marche en même temps, donc c'est un petit coucou, elles s'en vont et puis voilà ».

L'enfant en situation de handicap peut faire « peur » aux autres, il peut leur paraître étrange. Dans ce cas, l'adulte peut avoir un rôle très important de tiers pour aider les autres enfants à apprivoiser cette étrangeté.

4.4.3.2.2.2. Acteur dans la relation

Nous avons dit que l'enfant en situation de handicap était souvent évoqué comme passif dans la relation, en effet, les répondants notent qu'il bénéficie ou pâtit des interventions des autres enfants et qu'il est moins souvent à l'initiative de ces interactions, ceci surtout au temps 1.

Dans les cas étudiés, l'adulte repère l'importance pour l'enfant de devenir non seulement acteur mais aussi qu'il soit celui qui apprend aux autres.

La mère d'E1 explique :

« Avant ses trois ans, E1 voulait être considéré comme les autres, c'est ce qu'il a remarqué. Et à l'école, la maîtresse de E1 l'année dernière nous a dit que pareil, il ne voulait pas que ça se voit, surtout pas. Et là, la maîtresse de E1 cette année, donc il va avoir cinq ans, nous dit qu'il ne faut pas en parler, en fait. Donc des fois, la maîtresse lui propose de remettre son pied magique. Donc, il y a ses petits copains qui sont à côté, et elle lui dit : « Est-ce que tu veux que je t'aide, E1, à resserrer ton pied, ou tu veux que je resserre ton pied ? » « Non. » Et elle dit : « Et je comprends bien qu'en fait, il ne faut surtout pas en parler devant les autres, quoi. » C'est « Non, je... » Donc, il ne veut pas que ça se voit. Et du coup, il a une relation tout à fait normale - elle m'en parle, elle, puisque je lui ai posé la question – E1, c'est E1, et ils ne voient pas, en fait les enfants, parce qu'ils sont... comme je vous le disais, ils ont grandi avec lui, donc

ils voient pas du tout. E1, par contre, lui me dit des choses différentes. Il y a pas très longtemps, justement, il m'a dit : « Oui, les grands, ils m'embêtent à l'école. » Donc, les grandes sections. « Ah bon ? » Il m'a dit : « Ils n'arrêtent pas de me demander ce que j'ai là au pied. Et comme je ne leur dis pas, ils disent que je suis un bébé. » D'accord, bon, mais je dis : « Écoute... » Donc, bon, après, on a fait comme on pouvait pour dédramatiser la chose. On en a parlé aux maîtresses, on a donné un livre pour qu'ils expliquent un petit peu la différence sans stigmatiser E1, parce que ça, il ne faut vraiment pas le faire. Il m'en reparle pas, mais en fait, le truc, c'est qu'il l'a déjà expliqué, je crois. Il a déjà dû dire que c'est un pied qui l'aidait à courir plus vite, avec ses mots de petits garçons ».

On voit dans cet exemple que le « déni » du handicap semble avoir été vécu par tous pendant un moment comme ce qui favorise la participation de l'enfant au groupe, mais, par la suite le fait d'être connu et reconnu avec ses différences, l'enfant lui-même donne des signes que ce déni ne peut se maintenir. On voit là l'importance de porter toute son attention sur les signes envoyés par l'enfant et sur l'aide que peut lui apporter.

P1 a des difficultés d'expression qui nuise à ses relations avec ses camarades.

« Alors, la parole, pas trop, parce qu'il a du mal, mais beaucoup par les intonations. Par exemple, pendant très longtemps dans la classe, ils faisaient : « Un, un... » Pour dire les choses, voilà. Le toucher, pas trop, non, c'est plutôt une intonation de voix qui ressemblerait à une phrase, mais pendant longtemps on ne comprenait pas. Il disait : « Un, un... » Ou tous les matins, les enfants disent : « Bonjour. » Lui, il ne disait pas bonjour, il disait : « Hum hum. » Il reproduit les syllabes, mais il y avait pas de son. Alors, il y a eu une situation qui était assez intéressante par rapport à lui, c'est que l'orthophoniste qui le suit, et donc qui travaille le langage des signes avec lui, est intervenu dans la classe. Donc, on lui avait demandé, gentiment, elle a accepté, la dame du CAMSP, donc elle est venue un mercredi matin que dans notre classe, P1 était là et elle a raconté une histoire, elle leur a expliqué qu'on pouvait parler aussi avec les mains. Et alors qu'il n'avait jamais utilisé le langage des signes dans la classe, après, comme s'il s'était autorisé... d'abord, c'est lui qui a expliqué aux autres aussi. La dame le connaissant bien, elle dit : « Mais P1, toi, tu sais comment on dit « La vache », tu sais comment on dit « Manger », tu sais comment on dit « Bonjour. » » Donc, il a fait. Alors, après, je n'ai pas réussi à continuer, parce qu'en plus, c'était assez tard dans l'année et puis, j'y pense pas souvent, mais je pense que là, il a eu aussi une autre place dans la classe. C'est-à-dire que cette fois-ci, c'était lui qui montrait, qui expliquait, et qui savait, et les autres qui refaisaient comme lui ».

Dans ces deux cas, créer les conditions pour que l'enfant expérimente la position d'acteur a été bénéfique pour ses relations avec les autres enfants.

Parfois, ce sont les autres enfants qui ne peuvent plus accepter que l'enfant en situation de handicap les aide.

« Elle est très... elle aime bien faire la petite maman à l'habillage, les enfants qui bougent pas trop, qui attendent. Elle aime bien aller leur mettre les chaussures, leur moucher le nez, mettre le manteau, mettre le sac dans le dos, mais ce n'est pas lié aux émotions des enfants, je ne pense pas. Elle a envie d'aider parce qu'elle voit le nez qui coule ou des fois, elle... Et même un enfant qui est assis sur le banc comme ça, qui ne réagit pas, elle est capable d'aller lui moucher le nez si elle voit le nez qui coule ou... (...) elle peut jouer le rôle de la maman, oui. Elle aime beaucoup au moment de l'habillage, dans le couloir... Alors, oui, c'est vrai qu'elle le faisait beaucoup en début d'année, mais là, c'est pareil, les petits évoluent, donc ils ne se laissent plus faire, donc ils la repoussent, quoi. En début d'année, évidemment, elle était... elle avait déjà les habitudes, donc elle faisait la petite maman, mais plus le temps passe, et moins les enfants se laissent faire ». (P2)

Cet exemple montre l'importance de la réciprocité dans les interactions entre pairs et les difficultés qui résultent d'un déséquilibre dans ces interactions, quand c'est toujours du même « côté » que l'interaction est initiée.

Ainsi, favoriser le fait que l'enfant en situation de handicap puisse expérimenter et faire valoir ses compétences d'acteur et vivre des situations où il doit affronter la résistance que les autres opposent à ses actions est bénéfique pour l'inclusion dans le groupe d'enfants.

4.4.3.2.2.3. Difficultés à ajuster la distance avec les enfants

Les enfants ont parfois des difficultés à ajuster leur distance corporelle avec les autres enfants.

« La modalisation du bruit et tout ça, ça a beaucoup changé. L'année dernière, il criait facilement, il faisait beaucoup de bruits de bouche, des choses... Alors à Noël, ça a recommencé parce qu'à la rentrée de janvier, il a pris l'habitude avec son papa pendant les vacances de faire des bisous baveux comme ça, en faisant du bruit comme ça. Il a trouvé ça, et ce qu'il a fait dans sa famille, et il était super content de recommencer à l'école, sauf qu'il faisait plus que ça. Et il s'enfermait là-dedans en fait, ça le rassurait. Dès qu'il n'était pas bien, ou même dès qu'il ne savait pas quoi faire, au lieu de prendre un livre comme il fait facilement, ou faire un jeu, voilà, il faisait ça. Puis ça fait un bruit d'enfer, donc du coup, voilà... de nouveau... Il

aurait eu tendance je pense si on n'avait pas eu cet espace de classe un peu contrôlé, à tomber là-dedans ». (G2)

4.4.3.2.2.4. La capacité à faire rire, l'humour, la bonne humeur

Il est souvent noté qu'un enfant souriant, accueillant, conduit les adultes et les enfants à davantage chercher à interagir avec l'enfant.

La maman de C1 estime que le sens de l'humour de sa fille est précieux pour le développement de ses relations en famille mais aussi à l'extérieur :

« Quand les autres enfants sont en train de jouer ou en train de rire, elle peut observer et rire en même temps ou jouer avec. Oui, oui. Oui, elle a de l'humour. Elle nous fait des blagues. Elle cache des objets. Elle a compris que si elle cachait les clés de la voiture, on ne partait pas tout de suite, voilà. Donc ça, enfin elle le fait. Enfin, avec son père, on imagine que c'est ça en fait ou peut-être que pas du tout d'ailleurs. En tout cas, une ou deux fois, elle a caché les clés de la voiture et on s'est dit que c'était de l'humour ».

Cet humour crée du lien, fait lien entre l'enfant et ses proches.

« Selon la maitresse cela est dû au fait de son grand sens d'humour, sa capacité à faire tourner les adultes en bourrique et à les imiter. Cela semble beaucoup amuser les autres enfants. Par contre, elle est moins à l'aise en classe. J'ai l'impression qu'elle est quand même... en récréation, elle est beaucoup avec d'autres enfants, à courir, à faire différentes choses, mais dans la classe, au niveau des grands jeux, elle est plus solitaire, on va dire ». (D1)

La directrice de l'école de D1 dit : *« Les enfants l'aiment beaucoup, parce qu'elle est assez rigolote, en fait, elle est assez expressive au niveau corporel. Elle a tendance aussi à faire pas mal de bêtises. Donc, les autres enfants la prennent aussi en charge à ce niveau-là pour l'empêcher de faire des bêtises ».*

4.4.3.2.2.5. L'apparence physique

L'apparence physique est évoquée, de différentes manières :

- L'enfant est décrit comme beau, souriant et cela favorise le fait que les enfants aient envie d'aller vers lui ; cela favorise aussi les liens avec les professionnels ;

- L'enfant est disgracieux (cela n'est jamais énoncé ainsi) mais, par exemple, il bave et cela peut gêner les relations aux autres.

« Et puis, il bave beaucoup, donc les autres... ça ne doit pas être très très agréable. (...) Au départ, en début d'année, c'était : « OI, il bave beaucoup. » Maintenant, ils y font plus attention. Quand ils sont embrassés, oui, ils n'aiment pas : « Il m'a bavé partout. »

Une mère explique :

« Voilà, ça passe par les yeux et son sourire. M1, c'est ça, c'est ses yeux et son sourire. Après, pour les autres enfants, pour eux, c'est comme une poupée vivante, en fait, enfin, parce qu'il y en a plein qui quand ils le voient, même des plus petits, ils le voient, ils disent : « Bébé. » Quand je me balade en poussette, encore il y a trois semaines, il y a un petit au loin, mais plus petit : « Oh, un bébé. » Et il est comme ça dans sa poussette, avachi. Donc, c'est « Oh bébé. »
« Des fois, il a de la kiné à la crèche. Donc, quand c'est ça, il y a une à trois petites filles qui viennent autour pour assister à la séance de kiné, et une fois que la kiné part, ils peuvent continuer à faire des mouvements, et il est content, il rigole, enfin... ou elles ressuient sa bouche. S'il bave, elles ressuient sa bouche. Et il est content, parce qu'on s'occupe de lui ».
(M1)

4.4.3.2.3. L'environnement

L'environnement dans lequel l'enfant évolue est fondamental dans la manière dont il parvient à créer des liens avec les enfants. Nous avons divisé cette partie en deux :

- ce qui concerne le cadre et les aménagements matériels de l'accueil
- ce qui concerne spécifiquement le groupe d'enfants

4.4.3.2.3.1. Le cadre et les aménagements matériels de l'accueil

On ne différencie pas ici le temps 1 et 2 car ces aménagements sont évoqués dans les deux temps dans les mêmes termes.

Tableau 30 : Entraves dans l'environnement

Entrave	T1 et T2
Bruit	L1 ; B1 ; J2 ; H1 ; L2 ; K2 ; L2 ; I1 ; H2
Facilitateur	
Proximité physique, bonne installation	G2 ; E2 ; E2 ; J1 ; N1 ; L1 ; Q2

Les répondants soulignent tous que, dans leur grande majorité, les enfants supportent mal les environnements bruyants, avec de l'agitation ou l'immersion dans des groupes trop importants sans enfants « familiers ».

Pour un enfant avec une déficience motrice et pour les enfants polyhandicapés, il est fondamental de veiller à :

- ce qu'il soit bien installé, confortable ;
- créer des conditions pour que, même au sol, même sans pouvoir se déplacer, il puisse au maximum interagir avec les autres enfants (favoriser les jeux au tapis, favoriser les activités lui permettant d'être acteur et au niveau des autres enfants pour qu'il puisse interagir avec eux sans l'intervention de l'adulte).

« S'il y a d'autres enfants, du coup elle va facilement sortir du jeu, aller regarder ce qui se passe ailleurs, voilà, suivre les autres enfants. Au niveau du jeu, elle circule beaucoup. Alors, elle n'est pas du tout dans la motricité. Donc la psychomotricité, on nous avait dit que c'était bien de la solliciter un peu pour aller sur les jeux moteurs à l'extérieur, le toboggan etc. donc c'est des choses qui ont été faites tardivement, mais en plus elle le fait très bien, mais elle est pas du tout intéressée. D'elle-même, elle va pas du tout sur les jeux moteurs, donc c'est vraiment les jeux calmes : la dinette, les poupées, le transvasement, voilà au niveau des jeux... et toujours à la recherche des jeux calmes en fait. Donc c'est vrai que la motricité, les parcours moteurs quand il y a les enfants qui sont dessus, qui sautent, qui rigolent etc., je pense que c'est trop bruyant pour elle, donc ça l'attire pas du tout. Et quand elle est dehors, elle circule. Voilà. Donc elle circule, elle se balade, mais elle investit pas du tout les jeux moteurs ». (Q1)

Cet exemple montre que chaque enfant, à son rythme, apprivoise les interactions avec les autres enfants. Il le fait souvent dans le cadre d'une relation interindividuelle, et progressivement s'ouvre au groupe. Dans ce processus, les conditions environnementales (niveau sonore, taille du groupe, type d'activités) ont un rôle central.

4.4.3.2.3.2. Les conditions relatives aux groupes d'enfants

Il paraît important que l'enfant soit plutôt en petit groupe car, dans un groupe restreint :

- l'enfant repère mieux chacun des participants et prend moins difficilement sa place dans le collectif,
- Les activités sont plus individualisées.

« Après, il n'aimait pas trop aller sur la terrasse et dans les jeux moteurs où les autres enfants étaient sur des vélos. Donc il restait quand même assez figé.

Mais je sais que des fois... pareil, il y a une scène que j'ai notée où c'est les copains qui sont venus me demander s'ils pouvaient aller jouer avec lui du coup, parce qu'il jouait avec des voitures. Et du coup, je leur ai dit oui. Ils sont allés le rejoindre et il était hyper content d'ailleurs. Et du coup, ils se sont tous mis à sa hauteur et ils ont joué avec lui aux voitures. Au sol quoi. Oui. Il était assis en position assis, et du coup ils se sont assis à côté de lui ». (Q1)

Les enfants demandent à l'adulte s'ils peuvent jouer avec Q1, ils ont donc tout à fait intégré le fait qu'avec cet enfant, il pouvait être « mal » ou « dangereux » de jouer qu'il fallait alors l'avis de l'adulte, car à hauteur d'enfant ils ne pouvaient pas en juger seuls.

Évidemment, plus le groupe est petit et plus la référence à l'adulte sera importante pour les enfants dans ce processus. Mais les *verbatim* montrent à quel point, selon la possibilité de l'enfant à participer au groupe, il faut pouvoir jouer souplement de la distance/présence de l'adulte et de la taille du groupe.

Les cas étudiés montrent que souvent l'enfant bénéficie pleinement d'expériences diversifiées, évolutives entre participation à des petits groupes et inertie dans un grand groupe. Ce qui est certain est que le petit groupe favorise l'expérimentation de relations sécurisées progressives. Le grand groupe lui, impose à l'enfant une sécurité intérieure lui permettant d'affronter le groupe et d'expérimenter le plaisir à évoluer sans la surveillance protectrice de l'adulte.

4.4.3.2.4. La familiarité avec un enfant facilite l'ouverture des liens aux autres enfants

Tableau 31 : Influence de la familiarité avec les autres enfants

	Enfants concernés
Frère et sœur comme initiateur et facilitateur des relations entre pairs	Q1 ; K3 ; K1 ; I2
Connaître l'enfant	K1 ; N1 ; E1 O3 K2 ; L2 ; P2

Comme il est souligné dans la littérature, des liens privilégiés existant avec un enfant, soit parce qu'il est déjà connu, soit parce qu'il est en difficulté, favorisent le fait que l'enfant participe davantage au groupe.

« En moyenne section, elle était en panique. Elle ne voulait même pas, enfin, elle se tordait dans tous les sens dans son fauteuil. J'ai dû la prendre dans les bras et du coup, elle se cachait... Puis, même moi, honnêtement en tant qu'adulte, même moi c'était oppressant pour

moi, parce que quand on a 30 ou 40 gamins qui arrivent autour de toi en criant... Ils se bousculaient, ils se poussaient, ils étaient... Même moi, j'étais là : « Reculez », parce que... Et puis, petit à petit, voilà, après, elle faisait partie... là, ça va mieux maintenant. Elle a toujours cinq ou six fans qui la suivent encore. Mais ça, je crois que c'est ses copines. Et ça, c'est ses copines qu'elle a rencontrées à la crèche. C'est les mêmes qu'elle retrouve, voilà. Donc, les cinq là, elles étaient super contentes quand elles ont vu J1 arriver : « C'est J1. » Elles n'ont même pas posé de questions, parce qu'elles savaient déjà, elles connaissaient déjà J1, donc elles étaient juste super contentes que J1 aille à l'école avec eux. Après, elles se battaient, parce qu'elles voulaient que J1 s'assoie à côté d'elles, et à côté de l'une et... Donc, oui, c'était... Mais c'était... les enfants, mais il y a eu aucun... voilà, les enfants l'ont accueillie. Ils l'ont accueillie, en fait à leur façon, mais ils l'ont accueillie, voilà, contrairement à j'ai envie de dire la maîtresse qui... Voilà, qui a été un peu plus froide, distante... On a beaucoup de mal avec mais... Mais les enfants, ça y est. Ils l'ont adoptée, ça y est, maintenant, j'arrive avec la voiture, ils regardent tous : « Salut, voilà J1. » super contente de rentrer... Elle a une AVS qui est géniale et que c'est ce qui me rassure un peu, voilà. Elles ont un bon contact toutes les deux, et ça se passe très très bien ».

J1, comme évoqué plus haut, a bénéficié du fait que certains enfants de la classe la connaissaient déjà : sa mère estime que cette connaissance a permis à sa fille de s'apaiser, d'avoir moins peur, et aussi d'intégrer progressivement le groupe. Cette bonne intégration dans le groupe a, en retour, apaisé la mère qui s'est senti plus confiante.

4.4.3.2.5. Faire en sorte que les surprises soient possibles

Cette étude met en lumière de nombreux exemples où, par surprise, des relations entre enfants se sont nouées, ce qui ouvre sur l'importance de laisser la place à l'expérimentation. En effet, les adultes ne se rendent pas forcément compte des compétences de l'enfant à un moment donné, aussi est-ce par des mises en situation parfois non préparées que leurs appétences et leurs compétences sociales se révèlent.

« C'est ça, dans la cour, pour le coup, oui. Et quand on fait de l'EPS, pareil, il joue facilement avec les autres aussi. Ce matin, j'ai vu, c'était exceptionnel, nous étions à la piscine et donc, on se demandait un peu comment G2 allait réagir parce que je ne sais pas s'il y est vraiment beaucoup allé ou pas et il a adoré. Il est un poisson dans l'eau, il était super heureux. Alors c'était dans une pataugeoire, donc il y avait ça d'eau. Et finalement, il a construit beaucoup de relations duelles. C'est assez étonnant parce que ce n'était pas forcément un milieu qui aurait

pu s'y prêter et il allait vers les autres, il les arrosait un peu, puis après il se faisait arroser et ça le faisait rire. Et donc ils jouaient à s'arroser mutuellement. Et je ne sais pas. Enfin, je l'ai trouvé très construit dans ses relations aux autres à la piscine particulièrement ».

Q1 est un enfant décrit comme n'ayant que très peu de relations avec les autres, toujours « à côté » des autres et surtout des activités de groupe. Et puis, par surprise, les adultes s'aperçoivent qu'il investit l'activité chorale, activité à laquelle il ne participe pas activement, en tous les cas, du point de vue de l'observation de l'activité. Toutefois, à la maison, il raconte cette activité et chante les histoires. Ceci gratifia à la fois les adultes et l'enfant.

« Alors, il adore la chorale. Mais alors, ce qui est marrant, c'est que je savais qu'il aimait la chorale, non pas parce qu'il restait à la chorale, mais parce qu'il en parlait à son AVS : « Il y a la chorale, il y a la chorale » et à sa maman, mais en fait, à la chorale, il ne passait pas en courant, mais il restait très peu, et après, il repartait. Et suivi par son AVS, il repartait dans la classe, bon... Mais je ne sais pas, cette chorale, ça l'a marqué, il adorait. Je ne sais pas comment il a retenu les chansons en restant si peu de temps. »

4.5. ETUDES DE QUATRE CAS

Comme il a été précisé en méthodologie, les études de cas ont pour objectif d'approfondir certains points d'analyses, en faisant un *focus* sur la singularité de l'évolution d'un enfant, en prenant en compte l'ensemble des éléments susceptibles d'intervenir sur cette évolution.

4.5.1. Enfant D2 : l'influence de la déficience motrice sur les relations avec les pairs

En décrivant l'évolution de D2, il s'agit de comprendre comment le type de déficience influe sur la construction des liens avec les pairs ; s'il est évident que la déficience intellectuelle, le retard global de développement, le polyhandicap transforment ce processus, il semble que ce ne soit pas si évident pour des enfants qui présentent des troubles moteurs isolés. Ces enfants qui parlent, marchent, ont un fonctionnement cognitif normal, présentent-ils, ou non, des particularités dans le tissage des liens avec les pairs ?

D2 a 2 ans quand l'observation débute. C'est le benjamin d'une fratrie de 3 garçons, l'aîné, A, a 7 ans de plus que lui, et le cadet, K, 3 ans de plus. Les parents, d'origine tunisienne, se situent dans la classe moyenne, ont peu d'amis, fréquentent surtout la famille élargie. Après une grossesse et un accouchement normal, on détecte chez D2 des troubles neuromoteurs à l'âge de

9 mois, sans diagnostic précis : il présente un retard moteur, une spasticité et une hémiparésie à gauche.

L'éveil et le développement psycho-affectif ne sont pas touchés : hormis ses troubles moteurs, D2 grandit normalement. Il fréquente la halte-garderie 3 à 4 demi-journées par semaine dans un premier temps, puis entre en petite section de maternelle à 2 ans et 9 mois.

Il bénéficie d'un accompagnement en CAMSP, et suit des séances de rééducation en psychomotricité, en kinésithérapie et en ergothérapie.

Au premier temps d'observation, à ses deux ans, D2 est observé en halte-garderie, en famille, et au parc par la psychologue du CAMSP, qui participe à la recherche.

Madame est décrite comme étant protectrice avec son petit garçon, et semble anticiper tous ses besoins. Elle est très attentive à lui, intervient pour lui proposer son aide, notamment dans les relations avec les autres enfants. D2 la sollicite volontiers en retour. Voici les remarques notées dans le livret d'observation par la mère :

« Mon enfant est tout à fait rassuré lorsque j'interviens dans un conflit ou un jeu avec ses frères. Il sourit, il fait le coquin.

Avec d'autres enfants, il est intimidé au début, aimerait s'intégrer au jeu, mais n'ose pas si je n'interviens pas... à moins que les enfants les plus grands l'intègrent par eux-mêmes.

Parfois, il vient me prendre la main, me pousser vers l'avant pour me montrer ce qu'il veut car il n'arrive pas toujours à se faire bien comprendre.

Il me sollicite aussi lorsqu'il veut être inclus dans un jeu avec un groupement d'enfants ».

Ainsi, D2 semble être un petit garçon plutôt protégé par sa mère, qui a pris l'habitude d'attendre l'accompagnement d'un adulte dans ses interactions avec les pairs ; il n'appelle pas toujours pour demander de l'aide, et les observations de la psychologue tendent à montrer que sa mère intervient fréquemment sans qu'il ait besoin de la solliciter.

D2 entretient des relations privilégiées avec son frère le plus proche en âge : alors que l'aîné est décrit comme plus protecteur, conscient des difficultés de D2, les relations avec K semblent réciproques, la rivalité peut davantage se jouer : K n'hésite pas à le provoquer, le bousculer, l'embêter, ils jouent aussi beaucoup ensemble, et se liguent contre l'aîné en cas de conflit.

Quand ses parents sont présents, D2 pleure davantage, il ne semble pas encouragé à résoudre ses conflits par lui-même.

D2 est décrit comme autonome à la halte-garderie dans ses liens avec les pairs : il fait peu appel aux adultes sauf quand il est vraiment en conflit avec un autre enfant. Il se défend, s'oppose, s'affirme seul, mais peut appeler l'adulte en dernier recours. Lors d'un goûter par exemple, la professionnelle rapporte : « *la voisine de table (assise à sa gauche) n'a cessé de l'embêter en touchant son goûter (celui-ci étant différent du sien) et de lui prendre son verre d'eau. D2 a utilisé des mots (quitte, non) pour évoquer son mécontentement. Son regard était dirigé vers l'adulte se trouvant face à lui* ». Et de conclure : « *Pour une situation précise lors d'un goûter, où il se trouvait en difficulté face à un autre enfant, D2 a fait appel à l'adulte. Mais de manière générale, il fait les choses par lui-même* ».

A cette période, il est également noté que D2, hormis en famille, n'a pas de relation privilégiée avec un enfant en particulier : il observe les enfants autour de lui de façon encore indifférenciée ; il a des jeux solitaires, n'initie pas spontanément d'interactions avec les pairs, mais peut trouver du plaisir à être imité/imiter. Il semble être attiré par les autres enfants, mais observe encore beaucoup. Il est noté que D2 est capable de se défendre quand l'adulte est à proximité (il s'étaye sur sa présence), mais qu'il est plus en difficulté quand il est loin de lui.

Ainsi, on remarque lors de ce premier temps d'observation une vraie différence entre les relations avec les pairs familiers et les enfants moins connus : avec les premiers, et notamment ses frères, D2 est capable d'initier des interactions variées (jeux, bêtises, bagarres, imitation, coopération...), il peut s'affirmer, se défendre, alors qu'avec les seconds il paraît plus passif, plus impressionné, encore en observation. On note également qu'à aucun moment, son handicap moteur n'est évoqué directement dans la description de ses liens avec les pairs ; c'est plutôt l'hypothèse d'une surprotection par sa mère et son frère aîné qui laissent supposer une influence indirecte du handicap dans les interactions.

Un an plus tard, au second temps d'observation, D2 a 3 ans, il est entré à l'école. Il est frappant de constater à quel point ses relations avec les pairs ont évolué : il semble avoir généralisé les compétences relationnelles acquises avec les familiers, à l'ensemble des enfants qu'il fréquente. Il apparaît comme étant plus autonome, plus en interaction, davantage capable de les initier ; les jeux solitaires ont disparu des observations. D2 participe activement à une activité de groupe (chant), imite les autres, est imité, est décrit comme étant « *au milieu des autres, à juste distance* » (psychologue). Il entretient des liens privilégiés avec certains enfants, peut se fâcher,

protester, s'opposer, sans avoir recours à l'adulte à l'école. Mme est plus nuancée sur ce point : elle dit qu'il fait encore appel à ses parents quand il est en conflit avec ses cousins ou ses frères. Globalement les observateurs constatent également que D2 préfère manifestement la compagnie des enfants à celle des adultes.

Là encore, lors de ce second temps d'observation, le handicap de D2 n'est pas du tout invoqué, mais on peut percevoir que les relations ne sont pas décrites comme étant complètement réciproques et égalitaires : par exemple, il est noté qu'à l'école les enfants prennent l'initiative de porter le cartable de D2, qui laisse faire. En famille, comme à l'école, il privilégie clairement les activités calmes, qui sollicitent moins le corps et le mouvement, et cherche plus facilement la compagnie des filles. A l'école, en récréation, il est décrit comme réservé, et plus craintif qu'en classe.

Hormis ces dernières observations, les descriptions des relations de D2 avec les pairs semblent plutôt proches de l'ordinaire : c'est un petit garçon qui a développé ses compétences cognitives, langagières, motrices et psycho-affectives, qui privilégie les relations avec les enfants plutôt qu'avec les adultes, qui a puisé dans son expérience fraternelle pour construire les liens avec les autres enfants. Peut-on pour autant conclure que ces observations seraient similaires en tout point à celles que l'on pourrait faire d'un enfant de 2, puis 3 ans, sans handicap ? D2 n'est pas mis à l'écart par ses pairs, il n'est pas solitaire, ne se trouve pas non plus en périphérie du groupe, il commence visiblement à nouer des liens d'amitié avec certains enfants, il joue de manière diversifiée, peut s'affirmer, s'opposer en cas de conflit sans nécessairement appeler l'adulte à l'aide, et enfin, fait parfois des bêtises, de la provocation pour amuser ses pairs... Mais son handicap moteur a sans doute favorisé une surprotection parentale, et par ricochet, une certaine inhibition par rapport aux autres enfants ; si, en grandissant, l'investissement des relations avec les pairs semble possible et efficient pour D2, le processus a peut-être été retardé, et les liens prennent encore aujourd'hui une coloration particulière, bien que discrète.

Ainsi, cette étude de cas montre que le handicap moteur ne semble pas nécessairement constituer une entrave à la construction des liens avec les pairs ; cela rejoint les conclusions des chercheurs qui ont pu comparer plusieurs pathologies dans la conduite de leurs protocoles expérimentaux. Par exemple, Harper et McCluskey (2002) montrent que les enfants avec une communication verbale suffisante ont des interactions sociales peu ou prou semblables à celles des enfants dits « typiques », alors que les enfants sans langage verbal sont isolés de leurs camarades. Plusieurs recherches indiquent que les enfants avec des troubles moteurs sont plus facilement intégrés dans le tissu social que les enfants qui présentent une déficience

intellectuelle (Diamond & Hestenes, 1996 ; Guralnick et al., 1996 ; Harper 2015 ; Odom 2006 ; Huckstadt, 2014).

4.5.2. Enfant F1 : une progression constante des liens avec les pairs chez une petite fille avec un retard global de développement

L'étude de cas de F1 va permettre d'illustrer une progression de la construction du lien avec les pairs qui semble assez typique des enfants présentant un retard global des acquisitions. L'observation de ces enfants en décalage dans tous les domaines du développement, permet de comprendre avec précision la manière dont le tissage des liens avec les pairs peut se trouver également décalé, et nettement influencé par les déficiences, tant motrices que cognitives, de l'enfant.

F1 est une petite fille âgée de 4 ans et 5 mois au début de la recherche. Elle est issue d'une famille franco-marocaine, d'origine modeste. La grossesse et l'accouchement se déroulent bien, mais un retard des acquisitions apparaît dès les premiers mois, qui perdure et ne s'explique pas à ce jour ; la famille est orientée sur le CAMSP par la PMI. F1 fréquente une halte jeux en 2015/2016, puis une halte-garderie en 2016/17. Elle entre à l'école en petite section de maternelle en septembre 2017, à presque 4 ans.

Au temps 1, F1 parle par petites phrases ou mots isolés, mais est difficilement intelligible. Elle comprend des consignes simples en contexte, dans les deux langues (arabe et français). Son attention est très labile, l'attention conjointe est de très courte durée. La propreté est en cours d'acquisition. F1 marche, mais présente une certaine raideur ; elle investit les jeux de manipulation et de graphisme, mais a des difficultés de coordination oculo-manuelles. Les jeux de construction et les jeux symboliques sont possibles, mais F1 peut présenter des bizarreries dans l'exploration des jeux (léchages).

Elle est souriante, sollicite volontiers l'adulte pour montrer ce qu'elle fait, cherche à lui faire plaisir. La régulation émotionnelle est décrite comme difficile : quand F1 est angoissée, elle s'effondre sur le plan du tonus, a besoin de s'agripper à l'adulte.

Lors de ce premier temps d'observation, F1 est observée par sa mère à la maison, et par la psychologue et l'institutrice en classe. Elle est décrite par tous les observateurs comme privilégiant massivement la relation avec l'adulte ; à ce moment-là, elle ne peut explorer les liens avec les autres enfants que si l'adulte est à proximité. Elle manifeste une grande anxiété

si l'adulte s'éloigne physiquement : elle préfère alors renoncer à l'interaction avec les enfants. Mme dit : « *Elle aime pas quand un enfant s'approche d'elle, pendant la récré, elle a très peur. Comme elle court pas bien, elle tombe et tout, elle a peur [...] Au début c'était pas possible la récréation toute seule ou sans AVS ou sans personne avec elle, quelqu'un avec elle* ».

Si F1 peut saluer les autres enfants, être en interaction duelle, néanmoins elle semble avoir toujours besoin de la proximité, voire du contact physique de l'adulte. Dès qu'un enfant s'approche trop près d'elle, ou que les enfants sont trop nombreux près d'elle, des réactions anxieuses apparaissent. Voici les notes de la psychologue « *Quand elle ne trouve pas la main d'un adulte et qu'elle est anxieuse, F1 s'agrippe au vêtement de l'adulte, ou à son propre vêtement, ou bien à sa chaise, ou agrippe ses mains l'une à l'autre. Plusieurs fois au cours de mon observation, F1 cherche la proximité de l'adulte, s'agrippe à la main de l'ATSEM ou de l'institutrice, se colle au corps de l'adulte (parfois au mien). Ce comportement semble répondre à un état anxieux chez elle (je l'observe plus souvent quand il y a du bruit et/ou du mouvement)* ».

Elle semble également en difficulté pour comprendre le sens d'une situation relationnelle : par exemple, un enfant s'approche d'elle pour récupérer son doudou qu'elle avait pris pour le manipuler, elle est alors saisie d'effroi, se réfugie auprès de l'adulte pour être consolée et met du temps à s'apaiser, alors que l'enfant n'a montré aucune agressivité.

F1 apparaît donc comme étant très insécurisée dans les liens avec les autres enfants, elle supporte mal le bruit, le mouvement, le groupe, et reste très en périphérie du réseau social. L'institutrice confirme ces observations, la décrit comme très isolée dans la classe, très apeurée par les autres enfants. Si quelques courtes interactions duelles sont possibles, on ne peut pas dire qu'elle ait de lien privilégié avec un enfant, qui sont tous désignés comme « mon copain ». De même elle différencie peu les adultes « référents » à l'école : institutrice, ATSEM ou AVS constituent des étayages indispensables pour elle, mais elles ne sont pas nécessairement distinguées selon leur fonction ou leur personnalité.

La psychologue note que l'interaction est possible, et même initiée par F1 : elle est intéressée par les autres, mais elle a besoin d'anticiper les choses, et de rester maître de la situation. De même, elle peut réagir avec douceur et plaisir quand un enfant vient la solliciter seulement si elle a pu anticiper ce mouvement vers elle.

Avec les enfants handicapés, au CAMSP, F1 peut imiter spontanément les autres, les rejoindre dans leur activité spontanée, mais c'est fragile : dès que quelque chose (un bruit, un mouvement

trop brusque...) la surprend, elle est effrayée et a besoin de l'adulte pour s'apaiser. La psychologue observe majoritairement un jeu isolé, elle décrit F1 comme étant plus souvent « à côté » du groupe que dans le groupe, et souvent « absente » psychiquement, peu présente à ce qui se passe.

Madame fait part d'observations plus nuancées lors de ce premier temps d'observation, mais souligne ces mêmes difficultés dans l'après-coup, lors de l'entretien de recherche, qui a lieu 18 mois plus tard ; peut-être qu'il était trop douloureux pour elle de les admettre au moment du recueil des observations... Madame a peu l'occasion d'observer sa petite fille en lien avec d'autres enfants, mais la voit parfois en interaction avec ses cousins et cousines, et décrit une attirance de F1 pour les filles, de préférence plus jeunes qu'elle.

Six mois plus tard, F1 devient grande sœur d'un petit garçon, L. La grossesse semble avoir été bien comprise par F1, la naissance de L a provoqué semble-t-il une angoisse importante, qui s'est traduite par des pleurs à la séparation, exprimés à l'école. Puis F1 s'est apaisée 3 mois plus tard, et se montre au temps 2 protectrice, câline avec le bébé. La psychologue dit qu'elle symbolise beaucoup par ses jeux l'arrivée de ce petit frère (mallette du docteur, poupées).

Au temps 2, F1 a maintenant 5 ans et demi, elle est scolarisée en moyenne section. Elle a beaucoup évolué, sur tous les plans : elle reste parfois peu intelligible à cause de déformations phonologiques, mais la communication verbale est en progression constante, les phrases sont plus complexes. Elle présente une meilleure compréhension, mais les notions abstraites sont toujours difficiles à intégrer. Elle est plus autonome dans la vie quotidienne, la motricité est plus fluide même si un décalage demeure par rapport aux enfants de son âge, et même de sa classe (qui appartiennent à la classe d'âge inférieure). Le jeu a pris une valeur symbolique réelle, elle l'investit pour mettre au travail ses peurs et ses questionnements.

Si F1 reste en difficulté dans ses liens avec les autres enfants, elle a néanmoins pris de l'assurance. A l'école, elle réagit de façon plus adaptée aux sollicitations des autres enfants : elle est moins craintive, accepte facilement les interactions que les enfants initient avec elle ; elle interagit beaucoup par imitation de l'autre. Elle réagit par l'agressivité quand elle ne peut pas éviter physiquement l'autre : ce sont là ses limites. En récréation, toujours peu assurée sur le plan de sa motricité globale (angoisses de chute, équilibre encore précaire), elle reste donc plus craintive qu'en classe, et demeure près de l'adulte. L'AVS remarque toutefois qu'elle commence à établir un lien privilégié avec une petite fille qui lui inspire confiance, puisqu'elle s'autorise à la suivre dans la cour, s'éloignant ainsi de l'adulte. Elle revient régulièrement vers

cet adulte, puis repart, comme si elle éprouvait le besoin de vérifier sa présence et sa permanence.

F1 peut solliciter spontanément un enfant assis à côté d'elle en classe, et elle semble alors avoir besoin de le toucher : elle cherche à le câliner, à toucher son t-shirt, parfois elle caresse les cheveux des autres, et va jusqu'à tenter de lécher leur visage. Ce sont des comportements inadaptés, d'ailleurs généralement refusés par les autres enfants, mais qui laissent penser que F1 cherche à explorer l'autre, à le rencontrer via ces contacts physiques qu'elle décide elle-même d'initier. F1 reste en périphérie du groupe de pairs à l'école, ce qui est décrit tant par l'institutrice ou l'AVS que par la psychologue en observation ; elle est généralement peu sollicitée par les autres enfants, et semble privilégier encore le lien avec l'adulte. Mais celui-ci n'est plus indispensable pour médiatiser les liens avec les autres : F1 est un peu plus autonome sur ce plan.

Madame note un changement important survenu durant les vacances d'été, entre les deux temps d'observation : au Maroc, F1 a beaucoup joué avec ses cousines plus âgées, qui l'ont entraînée dans leurs jeux. Mme observe que depuis, au parc ou dans d'autres contextes, F1 privilégie les liens avec les filles plus âgées qu'elle, qui comprendraient mieux F1, et seraient capables de s'adapter à ses difficultés : « *les grandes, elles comprennent qu'elle a un retard* ». Elle pense également que cette expérience relationnelle durant l'été a permis à F1 de se familiariser avec les pairs, d'être plus assurée, de devenir plus ajustée.

Le contraste est étonnant avec la description des relations de F1 avec ses pairs au CAMSP ; au sein du groupe auquel elle participe avec 3 autres filles âgées de 3 à 5 ans, F1 est décrite comme étant résolument en marge du groupe. Elle s'oppose aux adultes, peut les agresser, refuse de participer aux activités proposées, peut soudainement déchirer des papiers, ou agresser une camarade sans raison apparente. Elle a alors besoin d'être recadrée, voire sortie du groupe. Mme dit qu'elle est pourtant contente d'y participer.

Ces observations sont extrêmement intéressantes et montrent la manière dont les liens avec les pairs se tissent, très progressivement ici. On ne peut pas dire que F1 a vraiment investi les liens avec les autres enfants : elle est encore bien plus en lien avec l'adulte qu'avec les pairs. Mais les interactions sont aujourd'hui possibles même si F1 semble en être au stade de la découverte du lien à l'autre, dans une exploration de petit enfant, qui passe par le toucher, l'imitation, et est marquée par la courte durée des interactions. L'adulte n'est plus nécessaire à F1 pour tisser des liens avec les autres, même s'il reste une base de sécurité importante, à laquelle elle doit se

référer régulièrement. F1 reste en périphérie du groupe d'enfants, et ne peut, pour le moment, participer au collectif. Sa distractibilité, le décalage de communication avec les autres, ses troubles moteurs, le retard cognitif constituent autant d'entraves à l'investissement du lien avec les autres enfants.

Par ailleurs, F1 ne montre pas la même attitude en fonction du contexte et des enfants avec lesquels elle se trouve : à l'école, elle est plus à l'aise en classe qu'en récréation, ce qui est certainement lié à l'espace, qui permet plus de mouvements des enfants, et à sa motricité encore mal assurée. Au CAMSP, nous avons noté qu'elle était dans une phase de confrontation, d'agressivité, d'opposition aux adultes et aux autres enfants : on peut s'interroger sur les facteurs qui génèrent ces différences de comportement. Est-ce l'aspect spéculaire de la relation, dans l'hypothèse où aucun des enfants ne serait capable de mener l'interaction, de comprendre le jeu et les intentions de l'autre et de s'y ajuster ? Est-ce le lieu ? La taille du groupe ? Ou bien, si l'on fait l'hypothèse que F1 serait décalée dans l'apprentissage des liens avec les pairs, comme dans l'ensemble de son développement, est-ce qu'elle n'en serait pas tout simplement à la phase d'opposition traversée par tous les enfants de 18 mois à 2 ans en termes de développement psycho-affectif ? L'exploration de l'autre passe alors par le fait de s'y mesurer, comme aux adultes d'ailleurs, de tester son pouvoir, sa puissance, son agressivité et ses limites. C'est aussi à cet âge-là que les enfants se touchent, s'explorent, se câlinent, se bagarrent : c'est une façon d'appréhender le corps de l'autre, et le sien propre. Le cadre du groupe au CAMSP, peut-être plus sécurisant car comprenant moins d'enfants, plus d'adultes, et des enfants « comme » F1, en situation de handicap, permettrait alors ces explorations et ces expériences.

Nous pouvons également faire l'hypothèse que F1 a besoin d'un temps conséquent d'adaptation, pour se familiariser avec l'environnement (lieu et personnes) : le groupe du CAMSP ne représente qu'une petite heure par semaine, tandis qu'elle va tous les matins à l'école. On peut donc supposer que F1 a eu moins de temps pour s'accoutumer à ce cadre du CAMSP, qui la déstabilise peut-être davantage.

Les travaux scientifiques qui adoptent une perspective longitudinale sont peu nombreux, et centrés pour la plupart sur la mesure des effets d'un programme d'intervention visant à faciliter les interactions entre les enfants handicapés et non handicapés en milieu inclusif. Cependant, Guralnick *et al.* (2006) étudient l'évolution des liens avec les pairs dans des situations expérimentales en réunissant un petit groupe d'enfant, et en observant le comportement des enfants handicapés. Ces auteurs se centrent particulièrement sur la période du passage de la maternelle à la primaire. Voici ce qu'ils constatent :

- Les relations avec les pairs évoluent très peu dans l'ensemble au cours du temps. Les difficultés sont importantes pour les enfants déficients intellectuels, notamment dans les situations relationnelles délicates. Les auteurs concluent qu'ils sont manifestement plus à risque que les autres enfants de futures relations problématiques avec les pairs.

- Il y a peu d'évolution au cours du temps chez les enfants déficients intellectuels concernant leurs patterns de comportement social : ils ne semblent pas en capacité d'adapter leurs modalités relationnelles.

L'observation de F1 ne va pas tout à fait dans ce sens : ses liens avec les autres enfants évoluent de manière certaine, même si les progrès sont lents. F1 commence à se tourner vers les autres enfants, et à se détacher de l'adulte ; on a toutes les raisons de penser que cette évolution va se poursuivre dans le temps. Le caractère expérimental de l'étude de Guralnick *et al.*, comparé à la méthodologie clinique de la recherche EPIL, conduit à penser que l'observation fine et approfondie des enfants permet de repérer des éléments de l'évolution des liens avec les pairs, qui ne seraient pas saisissables par des observations de situations relationnelles créées de toutes pièces par des chercheurs. On voit bien dans le cas de F1 l'importance de l'influence de l'environnement : le comportement de la petite fille peut être très différent d'une situation à l'autre ; il semble alors difficile de « recréer » expérimentalement les conditions nécessaires à la création des liens avec les pairs, éminemment subtiles.

4.5.3. Enfant H2 : des liens avec les pairs profondément entravés par des déficiences peu évolutives

L'étude de cas de H2 montre qu'il n'y a pas toujours d'évolution des liens avec les pairs dans le temps, quand les déficiences sont trop importantes et peu évolutives.

H2 est une petite fille polyhandicapée, née en avril 2015, elle a 3 ans lors du premier temps d'observation. Elle a deux sœurs cadettes, qui ont respectivement 15 mois et 3 ans d'écart avec elle. Les parents sont tous deux soignants, la famille vit à Paris. H2 présente un syndrome de Rett, diagnostiqué pendant la grossesse. La prise en charge de H2 a débuté à ses 7 mois, elle a eu de multiples suivis hospitaliers, a connu plusieurs hospitalisations pour des problèmes rénaux, et est entrée en crèche à l'âge d'un an. Elle est orientée en IMP 24 ter en janvier 2019, à l'âge de 3 ans ½ ; H2 y fait partie d'un groupe de 8 enfants, accompagnés par de nombreux adultes.

H2 est une enfant qui présente de multiples déficiences, avec un seuil de tolérance très bas aux stimulations sensorielles. A la fin de la recherche, ses compétences semblent s'être très peu développées : elle évolue au sol, sur le dos, sans pouvoir se retourner, et tient assise seulement quelques instants ; aucun déplacement autonome n'est possible. Elle n'a pas acquis la préhension volontaire non plus. Elle présente des modalités de communication limitées, sur le plan expressif comme réceptif ; il est toutefois possible de savoir quand elle est contente, douloureuse, ou en colère. H2 n'a aucune autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.

Sur le plan somatique, elle est nourrie en partie par gastrostomie, et a présenté d'importants troubles du sommeil durant le temps de l'observation pour la recherche, ce qui a son importance car le fait qu'elle ait très peu dormi la nuit a entraîné de longues plages de récupération le jour : les contacts avec les pairs, à la maison ou à la crèche étaient donc, de fait, très réduits.

Sur le plan sensoriel, c'est une petite fille très en difficulté : elle présente une hypersensibilité tactile, surtout sur le haut du corps, une grande réactivité aux bruits, aux mouvements, ce qui génère chez elle de l'inconfort, qui peut se manifester par des pleurs ou des moments de retrait relationnel ; sa vue pose question : il est difficile de le mesurer, mais il semble qu'elle ne parvienne pas à fixer les objets ou les personnes qui l'entourent. Sa mère pense qu'elle la reconnaît à la voix, mais pas visuellement.

H2 était décrite comme pleurant beaucoup au T1, ce qui est moins le cas au T2 ; quand elle est triste ou douloureuse, elle se fait reconforter par l'adulte, dans un contact dos contre ventre, ou dans les bras. Les adultes décrivent une petite fille difficile à comprendre, très limitée dans ses capacités d'expression : ils se fondent beaucoup sur leurs interprétations pour tenter de comprendre ce que vit et ressent H2. La relation est possible avec elle, mais il est délicat de saisir la manière dont elle investit les personnes autour d'elle, y compris les adultes. Sa mère n'est pas certaine, par exemple, qu'elle se rende compte de la séparation d'avec elle lorsqu'elle est à l'IEM. Les jeux qu'elle apprécie sont des jeux premier âge, de stimulations sonores et visuelles.

Tout au long de l'observation de H2, il semble que les relations avec les pairs évoluent peu : H2 n'est pas indifférente aux autres enfants qui l'entourent, que ce soient ses sœurs ou ses pairs à la crèche, mais elle est parfois indisponible à l'interaction. Il est noté en effet que les interactions avec les pairs sont variables selon l'état de H2 : elles sont apaisées et sereines quand H2 est confortable et reposée, tendues quand elle est fatiguée ou douloureuse, car dans ce cas elle pleure beaucoup, et réagit par des pleurs aux mouvements et bruits générés par les enfants.

Quand H2 est reposée et sans inconfort, elle est apaisée et sereine au contact des enfants et les enfants répondent de la même manière. Quand elle est fatiguée ou douloureuse, elle pleure « beaucoup », elle est gênée par le bruit et le mouvement des camarades. En cas de pleurs intenses de H2, les autres enfants sont plus tendus (livret crèche T1).

En section, avec 3 enfants de 18 mois autour d'elle. Les enfants la touchent, lui caressent la tête. H2, si elle est fatiguée, se manifeste par des signes d'inconfort, gémissements, pleurs, mimiques, plus de mouvements du corps. H2 réagit aussi aux mouvements brusques. Elle détourne le regard (ex un enfant qui s'approche vite) (Livret crèche T1)

Il apparaît donc clairement que son inconfort somatique et son état de fatigue influencent très directement les relations avec les pairs.

De plus, H2 est très entravée dans ses moyens d'expression, et il est noté à plusieurs reprises que les enfants ne parviennent pas à décoder les signaux de communication qu'elle émet, ou bien qu'ils ne s'accordent pas avec sa temporalité, beaucoup plus lente que la leur. Alors ils se détournent d'elle, parce qu'ils ne perçoivent pas la réciprocité, le retour de leur initiative.

H2 fait des mouvements, oriente sa tête, cherche à atteindre, mais ceux-ci ne sont pas visibles par les autres enfants âgés autour de 18 mois. (Livret crèche T1)

En section, certains proposent et apportent des jouets à H2. Elle réagit par le sourire et semble prendre plaisir à cette approche. Toutefois, les autres enfants ne font pas le lien avec leur approche. (Livret crèche T1)

L'adulte va prendre plus de temps, être plus attentif aux signes de communication, et tenter de les interpréter. La mère de H2 décrit ainsi ce qui permet un échange avec H2 :

Il faut pour cela bien prendre le temps de parler et être bien en face, faire des gestes lents (Mère livret T1).

Il est donc clairement indiqué, au temps 1 comme au temps 2 que H2 va privilégier les relations avec les adultes, parce qu'ils s'adaptent bien plus à sa temporalité et ses modalités de communication. Pour autant elle n'a pas, semble-t-il, de relation nettement privilégiée avec l'un ou l'autre d'entre eux.

L'adulte va aussi être un intermédiaire important entre H2 et les autres enfants, facilitant la communication en tenant un rôle d'interprète :

Quand l'adulte intervient en verbalisant sur l'activité ou sur la situation, la relation entre les enfants se maintient plus longtemps. Les enfants comprennent leurs intentions réciproques (livret crèche T1)

L'adulte est dans une interprétation de l'interaction de H2. Quand H2 amorce un mouvement vers un camarade, l'adulte guide et l'aide à orienter son mouvement (livret crèche T1)

Souvent les autres enfants suivent les directives de l'adulte ne sachant pas toujours comment être et que faire avec H2. Ils sont dans l'imitation (livret mère T1)

Au-delà de la communication en elle-même, le handicap important de H2 entrave très clairement les liens aux autres enfants ; le fait que ses déficiences évoluent très peu est sans doute une explication très plausible d'une évolution limitée des liens aux autres enfants.

Dans la section dans son fauteuil noué, en jeu libre. Quand les enfants s'approchent, H2 tend une main vers eux. Elle sourit ou évite en détournant sa tête. Son handicap l'empêche de s'éloigner ou de s'approcher physiquement, ni de prendre un objet offert par un camarade (livret crèche T1)

H2 a beaucoup de mouvements anormaux ce qui peut parfois dérouter des enfants qui ne la connaissent pas (livret mère T2)

Ainsi, H2 accepte avec plaisir les interactions initiées par un autre si celles-ci sont adaptées, et notamment, si elles ne provoquent pas de trop-plein de stimulations sensorielles. Du fait de ses troubles moteurs et visuels, ainsi que de son absence de langage, H2 entre en interaction à distance le plus souvent sur le mode des mimiques (sourires/grimaces) et par voie tactile en proximal. Elle ne peut avoir d'interactions basées sur l'échange de jouets comme un enfant ordinaire, ni sur l'imitation dès lors que celle-ci met en jeu des mouvements qu'elle ne peut effectuer de façon volontaire, ce qui limite ses possibilités d'interactions avec ses pairs.

Par ailleurs, ses mouvements volontaires sont peu visibles et/ou compréhensibles, surtout pour de jeunes enfants, et sont fréquemment parasités par des mouvements involontaires, ce qui rend son comportement difficile à décoder pour les autres enfants.

Concernant les liens privilégiés par H2, on entrevoit entre les deux temps d'observation la construction d'un lien fraternel : au T1, la mère de H2 décrit un début d'interactions entre les deux sœurs :

Sa petite sœur à souvent envie de jouer avec H2. Elle lui fait des câlins lorsqu'elle est au sol, ou des caresses. Elle lui sourit et commence depuis quelques semaines à lui apporter des jeux (livres, jeux habituels qu'elle aime). Quelque fois elle lui prend la main pour lui faire toucher les pages d'un livre ou un objet. H2 ne réagit pas encore aux manifestations de sa sœur. Elle peut sourire si c'est un jouet qu'elle aime ou une musique qu'elle aime (Livret mère T1).

Les observations évoluent positivement au T2 : cette fois, H2 réagit non plus aux objets, mais bien aux initiatives de sa sœur, qui semble avoir affiné son mode d'approche de H2 :

Sa sœur de 2 ans sait très bien entrer en relation avec H2. Elle sait la faire rire. Elle lui chante des chansons si elle voit que H2 est gênée/pleure... Parfois, elle joue à la « poupée » avec elle, la coiffe. H2 se laisse faire, peut rigoler ou tourner sa tête vers sa sœur. Elle pleure si cela l'envahit trop (Livret mère T2).

Un ajustement réciproque et des jeux commencent donc à se mettre en place. Notons que la sœur de H2 était également présente à la crèche quand H2 y était accueillie avant d'entrer à l'IMP. Si les deux sœurs commencent à s'ajuster l'une à l'autre, pour autant, le lien n'est pas égalitaire, la mère des deux fillettes décrit une inversion des positions dans la fratrie :

Et puis, P., du coup, c'est la deuxième, et en fait elle a un rôle d'aînée un peu. Donc, en fait, quand elle joue avec H2, c'est surtout pour faire des choses pour elle (Entretien mère).

A la crèche, les professionnelles décrivent une relation privilégiée avec une autre enfant handicapée :

On a observé que H2 est sensible à la présence d'une camarade handicapée comme elle. En petit groupe et avec l'aide de l'adulte, elle montre beaucoup de plaisir, elle fait des efforts pour entrer en relation avec elle par le regard, le toucher et les vocalises (Livret crèche T1)

La mère de H2 précise enfin que sa fille semble préférer les interactions avec des enfants plus grands, plus doux que les jeunes enfants :

Les enfants plus âgés qui peuvent lui faire des bisous ou la caresser, sont moins brusques et donc provoquent moins de raideur/pleurs (Livret mère T2).

Elle dit également que les enfants qui ne la connaissent pas, au parc par exemple, pensent qu'elle est un bébé parce qu'elle est en poussette ; Mme pense qu'ils ne perçoivent pas encore le handicap, tout comme certains adultes d'ailleurs :

H2 elle est encore dans une poussette... En fait, si elle dort... Souvent, elle dort déjà, et en fait, c'est comme un bébé. Elle a quatre ans, mais en fait... je pense que les gens se disent : « C'est un bébé. » D'ailleurs, les petits enfants, parfois, quand ils passent, ils disent : « Bébé », comme ils disent pour d'autres enfants des bébés, quoi (Entretien mère).

Par ailleurs, au temps 2, les observations à l'IMP sont assez négatives, et contrastent avec celles des professionnelles de la crèche : H2 est décrite comme n'ayant établi aucun lien avec ses pairs en 3 mois d'accueil :

Il n'y a pas d'interactions manifestes avec les autres enfants. Son regard reste fuyatif, peu fiable. On ne sait vraiment ce qu'elle regarde, ni ce qu'elle voit et enregistre. H2 dans ses modes de relations est essentiellement réactive à la rencontre avec les adultes (Livret professionnels T2)

De son côté, la mère décrit un passage difficile pour H2 sur le plan somatique, contemporain de l'entrée à l'IMP :

Ces derniers mois, H2 est moins confortable et a beaucoup d'inconfort. Dans un endroit très bruyant, elle est gênée. Nous avons donc limité les sorties (Livret mère T2).

Ainsi, on peut faire plusieurs hypothèses sur cette absence d'interaction avec les pairs à l'IMP, qui ne sont pas exclusives les unes des autres :

- H2 ne serait pas encore habituée à l'environnement, et commence tout juste à entrer en lien avec les adultes ; on peut supposer que la relation avec les pairs s'installera dans un second temps ;
- H2 est trop entravée par ses troubles somatiques, trop inconfortable, voire douloureuse, comme le souligne sa mère, pour se rendre disponible à l'interaction avec les autres enfants ;
- Les professionnels de l'IMP ne connaissent pas encore assez H2 pour décoder les signes discrets de sa communication.

Ce qui semble plus clair en revanche pour cette petite fille, c'est l'influence directe des entraves motrices et cognitives, et de l'hypersensibilité sensorielle sur la construction de la relation à l'autre. Comme ces troubles sont profonds et s'améliorent peu, la qualité des interactions n'est pas meilleure au fil du temps, exceptée au sein du lien fraternel, qui continue de se tisser et d'évoluer au quotidien : les sœurs semblent s'ajuster l'une à l'autre peu à peu, la petite sœur a grandi, sait mieux contrôler ses gestes, et H2 s'est habituée à ses initiatives et à son contact.

Le polyhandicap apparaît donc ici nettement comme entravant profondément les liens avec les pairs ; la littérature fait peu mention des enfants polyhandicapés, puisque la majorité des recherches sont réalisées en milieu inclusif, où la présence des enfants polyhandicapés est rare. Cependant, Ferreira *et al.* (2017) remarquent que les enfants avec les déficiences les plus sévères sont ceux qui sont le plus en difficulté dans leurs relations sociales en crèche, tandis que Harper & Mc Cluskey (2002) soulignent la nécessité de l'intervention de l'adulte pour médiatiser les relations avec les pairs des enfants présentant des déficiences intellectuelles et motrices importantes. L'étude du cas de H2 va en effet dans ce sens, permet d'affiner ces observations générales, et de pointer la lenteur de la construction de cette socialisation.

4.5.4. Enfant J1 : effets positifs du réajustement de l'intervention de l'adulte dans les liens entre enfants

J1 est une petite fille polyhandicapée, cadette d'une fratrie de 3 enfants. Les deux aînés sont des garçons, ils sont adolescents au moment du recueil de données. J1 a 3 ans 9 mois quand débute la recherche.

J1 est très entravée sur tous les plans du développement : moteur, sensoriel, langagier, cognitif ; elle est, de fait, très dépendante de son environnement.

L'observation durant deux années de cette petite fille, par la psychologue du Sessad qui la prend en charge, par sa mère, et par les professionnels de la crèche, qui ont tenu un journal de bord pendant les 5 années de son accueil, permet une analyse très précise de ce qui a favorisé ou entravé l'évolution des relations de J1 avec ses pairs. Nous nous centrerons ici sur l'impact de l'intervention de l'adulte en particulier.

Les premiers mois de J1 ont été très angoissants pour toute la famille. Si la grossesse de Mme a été difficile sur le plan psychologique, et qu'elle a contracté la grippe au 7^{ème} mois, néanmoins aucune inquiétude n'a concerné la santé du bébé, né à terme, sans problème particulier. Cependant, le premier mois, J1 a présenté des reflux très importants, un sommeil très haché, « elle pleurait tout le temps » disent les parents, qui se sont rapidement inquiétés pour leur petite fille. Devant la persistance des pleurs et des difficultés, J1 a été hospitalisée, un diagnostic a été posé à l'âge de 3 mois. Elle a ensuite été hospitalisée à 9 reprises durant sa première année, par suite de crises itératives d'épilepsie.

Durant tout ce temps, c'est Mme qui s'occupe d'elle, ayant interrompu son travail de serveuse. Mme dit « *quand J1 est arrivée, elle nous a monopolisé, forcément [...] pendant un an ou deux, c'était un peu la panique, on ne savait pas ce qu'elle avait, ce qui se passait. On était pris à fond dans le tourbillon* ».

J1 était alors en relation avec ses grands frères, mais c'était à peu près les seuls enfants qu'elle fréquentait, et ils étaient bien plus âgés qu'elle.

A 20 mois, J1 entre en crèche, et s'y rendra 2 jours par semaine pendant 4 ans. L'adaptation est longue et très progressive : elle y reste au début avec sa mère, puis progressivement, Mme la laisse 15 minutes, puis 30 etc... Les professionnelles de la crèche soulignent combien ce temps était nécessaire, à la fois pour J1, pour sa mère et pour elles-mêmes. A ce moment-là, J1 est très gênée par son hypersensibilité : « *elle était hyper sensible à tout : à la lumière, aux bruits, aux cris, aux mouvements, à la foule, aux odeurs [...] elle se renfermait complètement dès qu'il y avait du bruit, quelque chose qui la... elle était complètement renfermée, on ne pouvait plus rien faire* » dit Mme. Passer du temps parmi des bébés qui pleurent, crient, la touchent, et de jeunes enfants qui lui parlent, lui tournent autour, lui donnent la main, ne va pas de soi pour J1. Les professionnelles la découvrent, c'est la première fois qu'elles accueillent un enfant handicapé à la crèche, J1 est très limitée dans ses moyens d'expression, et présente une santé fragile. Mme, de son côté, est restée seule avec J1 depuis sa naissance, c'est elle qui la connaît et la comprend le mieux, qui décrypte ses états émotionnels, sait quand elle va bien, ou qu'elle est douloureuse, ou gênée par telle ou telle stimulation. L'ajustement à la crèche est donc extrêmement progressif et se fait par échanges soutenus et mutuels entre Mme et les professionnels.

Les professionnelles décrivent rapidement, dans le journal de bord, des scènes où les enfants s'approchent de J1, curieux, intéressés par cette nouvelle petite fille ; ils s'assoient à côté d'elle, la regardent, essaient de la toucher. J1 accepte parfois leur présence, mais rarement leur contact corporel, les regarde avec attention, parfois se cache les yeux dans son bras lorsque les enfants se font trop insistants. Elle est par contre très angoissée par les mouvements brusques, les bruits trop forts, les lumières trop vives ; elle ne supporte pas l'intervention hebdomadaire d'un musicien dans la crèche par exemple.

La référente de J1 à la crèche reste toujours près d'elle, et médiatise systématiquement les interactions avec les autres enfants : « *quand elle était sur le tapis, on disait toujours : « attention il y a J1* ». Elle cherche à mettre J1 à l'aise, à la positionner de façon confortable,

toujours un peu à l'écart des autres, mais de façon à ce qu'elle puisse observer ce qui se passe autour d'elle : « *changement d'emplacement : me paraît mieux. Cela donne plus de communication, « d'interactions » J1/pros, J1/enfants. Le soleil ne la gêne plus, elle a vue sur toute la pièce de vie* ». A ce moment-là, seule la référente peut s'occuper de J1, notamment pour les changes ou les repas ; J1 pleure si d'autres adultes interfèrent. Mme, en venant chercher J1, s'inquiète de l'attitude des autres enfants : « *Il y a les autres autour, est-ce que... ?* ». La peur que J1 soit bousculée, que les enfants lui fassent mal, est présente.

6 mois plus tard, J1 accepte de mieux en mieux la présence des autres enfants, et semble un peu plus tolérante aux stimulations diverses. Elle peut avoir des échanges privilégiés avec certains enfants : regards réciproques, donner/reprenre un jeu... La référente se demande alors : « *Avec L (autre professionnelle), on se disait que les semaines à venir, il faudrait que l'on essaie de laisser J1 seule sur son tapis, du moins que l'on s'éloigne, qu'elle soit seule avec les autres enfants* ». Cela ne se fera pas tout de suite, mais il y a peut-être l'idée que J1 serait moins vulnérable, et pourrait rester un peu seule parmi les enfants, sans être en danger ; cela fait son chemin.

Au bout d'un an d'accueil, on lit ces observations : « *Il y a eu beaucoup d'enfants auprès de J1, cela ne l'a pas dérangée [...]. Les enfants font du bruit avec les tubulos, ça ne la dérange pas [...] malgré les bruits et les passages, J1 s'est bien amusée* ». Ainsi, l'hypersensibilité semble moins envahissante, J1 apprécie maintenant la musique, écoute les histoires et les chansons que les enfants lisent et chantent près d'elle. Mais du fait de ses entraves motrices, elle est très statique, ne se déplace pas, reste allongée au tapis, est parfois hissée sur les genoux de l'adulte, et demeure complètement dépendante des professionnelles. Cela impose une position très passive dans la relation aux autres enfants : J1 ne peut qu'être récipiendaire des interactions des autres enfants, sans pouvoir les initier : ce sont les enfants qui viennent vers elle, et décident de passer du temps près d'elle, parfois avec elle ; elle peut seulement accepter ou refuser l'interaction.

Quelques temps plus tard, le motilo fait son entrée à la crèche : dès lors, les observations sont différentes : J1 est plus indépendante, elle choisit davantage la distance qu'elle souhaite imposer avec les autres enfants, montre ses intérêts pour tel jeu, suit tel groupe d'enfants ; et elle se trouve pour la première fois à leur hauteur, ce qui est très nouveau... Les enfants sont quant à eux très intéressés par ce drôle d'appareil qu'ils nomment « le vélo de J1 » ; ils courent l'accueillir quand elle arrive à la crèche, lui apportent quantités de jeux sur sa tablette, chahutent autour d'elle, mais aussi avec elle. Et puis l'intervention des adultes change : « *c'est vrai que*

même un peu éloignés, on pouvait lui parler. Quand elle était sur le motilo, tout de suite, elle allait quand même porter le regard. Sur le tapis, c'était moins évident... je trouvais que... je sais pas c'était se mettre un peu en retrait ». Ici l'appareillage semble jouer un rôle clé : J1 est plus mobile, plus active, elle est autonome dans ses déplacements, et peut davantage choisir les interactions. Elle paraît sans doute aussi moins « vulnérable » aux adultes, qui finissent plutôt par faire attention aux autres enfants : ceux-ci risqueraient d'avoir les pieds écrasés par les mouvements de J1 dans le *motilo*.

En parallèle, les professionnelles et la mère de J1 ont établi une solide relation de confiance : J1 montre son contentement de venir à la crèche, elle y est bien, Mme est très rassurée par l'investissement remarquable des professionnelles. Celles-ci connaissent bien J1 maintenant, elles savent repérer son état émotionnel, ont appris à repérer ses manifestations de fatigue, de douleur, mais aussi de bien-être, de joie. Dans ces conditions, J1 s'ouvre à la relation avec les adultes, comme avec les enfants, devient plus tolérante aux différentes stimulations, et se montre, grâce au *motilo*, beaucoup plus autonome. Les rééducations au Sessad suivent également leur cours, améliorant sans doute les capacités de J1 dans tous les domaines du développement.

Un autre tournant a lieu quand la psychologue du Sessad vient observer J1 à la crèche et conseille aux professionnelles de s'éloigner de J1 : *« Au début, on était vraiment en proximité, très proches, parce qu'on avait, voilà en tête aussi, que c'était un besoin pour elle, justement visuellement de nous voir, et puis par le contact. Et c'est vrai que d'avoir eu la psychologue qui nous a dit : « non, vous pouvez aussi la laisser, voilà, vivre un peu seule sans vous », on s'était autorisées* ». Ce mot « autorisées » est intéressant : il souligne la mission de surprotection que s'était données les professionnelles vis-à-vis de J1, cette petite fille toujours perçue comme fragile, vulnérable : il fallait garder un œil sur elle, voire un contact tout proche, au cas où... Pourtant, la mère, comme les professionnelles soulignent de façon unanime que J1 n'a jamais été agressée par les enfants qui l'entouraient : toutes décrivent une attitude protectrice spontanée, sans doute pour une part en miroir de celles des adultes, mais peut-être aussi parce qu'eux-mêmes ont rapidement perçu la différence de J1.

Les effets de ce changement de positionnement de l'adulte ne se font pas attendre : *« Là on avait élargi, du coup en se disant : peu importe ce qui se passe ou... on va pas forcément être qu'avec elle, en tout cas dans sa pièce. Et du coup, c'est vrai que finalement, les autres collègues pouvaient aller vers elle, il y avait pas de souci. Et du coup c'est vrai que les autres enfants allaient plus facilement aussi vers elle »*.

A la fin de l'accueil en crèche, les professionnelles décrivent une petite fille qui « fait sa vie » dans la crèche, qui ne sollicite que très peu les adultes, et n'a pas besoin d'eux pour être en lien avec les autres enfants. Elles vont jusqu'à dire que l'intervention de l'adulte peut parfois couper une interaction entre enfants : « *c'est arrivé, des fois qu'on intervienne... là ça coupait court, du coup, à l'interaction, et puis elle passait à autre chose, et c'était fini quoi [...] je voyais bien que J1, elle suivait le groupe d'enfants qui couraient, c'était une observation intéressante, ça aurait été dommage de couper ce moment* ».

La mère de J1 explique de son côté qu'aujourd'hui, elle se retient d'intervenir dans les échanges entre J1 et les autres enfants : « *ce serait moi, je serais tout le temps à la protéger, parce que voilà, les enfants, c'est des enfants, ils lancent des jouets, ils se poussent, ils tapent, ils crient... donc moi je suis un petit peu en panique quand je vois J1 à côté, mais voilà, je me retiens, parce que je me dis après tout J1...* ». Mme fait de même avec ses fils, quand ils malmènent un peu leur sœur, quand ils la bousculent dans des jeux corporels un peu rudes : elle regarde du coin de l'œil, mais se force à ne pas intervenir, se disant qu'elle doit faire confiance à J1 pour se défendre, et montrer ses limites.

Les adultes perçoivent donc J1 comme étant plus aguerrie, moins sensible, capable de s'affirmer, de couper court à une interaction quand celle-ci ne lui convient pas, de solliciter les enfants quand elle a envie d'être en lien avec eux. En somme, elle a acquis une certaine autonomie dans ses relations avec les pairs.

L'entrée à l'école, quand J1 a 6 ans, est imposée par la législation : elle n'est souhaitée ni par la famille, ni par la crèche. Madame décrit une entrée à l'école peu préparée par l'institution : les enfants n'ont pas été avertis de l'arrivée de J1 par l'institutrice. Ainsi, la première semaine est très éprouvante, pour Madame comme pour J1 : chaque matin, le fauteuil roulant de J1 est envahi par une nuée d'enfants curieux, vécus comme extrêmement envahissants par Madame, qui suppose un vécu identique chez sa fille : « *on est arrivées dans la cour, il y avait tous les enfants de la cour qui sont arrivés autour d'elle avec le fauteuil et tout, J1 elle était en panique. J'ai dû la prendre dans les bras... j'arrivais pas à la laisser, je pouvais pas la laisser, j'avais même peur qu'elle fasse une crise [d'épilepsie]* ». Là, une confusion émerge : Madame ressent elle-même la panique de J1 : « *dès qu'on entrait dans la cour, on était happées par tous les enfant* ». C'est très éprouvant, Madame est à nouveau submergée par la représentation de sa petite fille fragile, qu'elle doit protéger des autres enfants.

Puis la nouveauté passe, les enfants s'habituent à l'arrivée de J1 tous les matins, et s'en détournent ; seule une petite bande de 4 ou 5 filles, déjà présentes à la crèche avec J1, l'accueillent tous les matins, et l'accompagnent tout au long de sa présence à l'école. L'AVS est une personne référente pour J1, elle la sollicite assez peu dans ses relations avec les autres : elle fait sa vie, comme à la crèche... ainsi, l'expérience vécue à la crèche, où J1 a appris à apprivoiser les liens avec les pairs, semble avoir été constructive et permet à J1, sans doute plus vite qu'à sa mère, de s'adapter relativement rapidement à ce contexte nouveau, et peu accueillant, confirmant peut-être par-là la force de cette petite fille.

Madame s'efforce donc aujourd'hui de faire confiance à J1. Si elle peut « traduire » par moment aux autres enfants l'état de sa fille : « *allez-y doucement, parce qu'aujourd'hui elle est un peu fatiguée, ou elle a envie d'être tranquille* », Madame a conscience que J1 est aujourd'hui capable de s'ajuster, seule, aux autres enfants. Elle souligne l'intérêt qu'elle a pour eux : elle différencie bien les adultes des enfants, et montre sa joie quand elle entend la voix d'un enfant autour d'elle. Elle est aussi très demandeuse d'interactions avec ses frères, dont elle réclame l'attention avec force.

Enfin, Madame a l'occasion d'observer J1 dans ses relations avec les enfants du Sessad : elle les distingue nettement des relations avec les autres enfants. Elle décrit clairement que J1 est plus demandeuse, dans ce contexte, de relations avec les adultes qu'avec les autres enfants, ce qu'elle s'explique ainsi : « *Je pense qu'elle a moins de retours forcément avec les enfants qui ont un handicap, ça l'intéresse moins [...] Il lui faut du bruit, du mouvement, de l'activité quoi [...] Je vois bien qu'elle va plus s'intéresser aux dames qui sont là pour faire la séance* ». Elle décrit cependant des interactions privilégiées avec l'un des enfants du Sessad, avec lequel elle se montrerait plus téméraire qu'avec les enfants en inclusion : elle lui résiste davantage, ils peuvent « se disputer » pour un jouet, nécessitant l'intervention des adultes, ce qui n'est pas du tout observé par ailleurs. Cela signifierait que le handicap de l'autre est bien perçu par J1, et qu'elle sait s'ajuster à la capacité de réponse de l'enfant qui est en face d'elle. Les adultes sont alors obligés d'intervenir, non pas pour la protéger de l'autre, mais pour protéger l'autre d'elle...

Cette étude de cas montre précisément comment le positionnement de l'adulte influence les relations de l'enfant avec ses pairs, à quel point l'adulte peut être un intermédiaire nécessaire et rassurant pour l'enfant, mais aussi une entrave à la confrontation avec l'autre. Pour apprendre à être en relation avec les pairs, l'enfant handicapé a besoin, comme les autres, et malgré ses déficiences, de rencontrer l'autre, ce qui n'est pas possible si l'adulte fait écran, par souci de

protection. L'enfant, par ses progrès, le développement de ses capacités internes, fait indéniablement évoluer le regard de l'adulte sur lui et sur son handicap, mais l'histoire de J1 montre de quelles manières d'autres facteurs interviennent et s'intriquent de façon complexe : l'appareillage, le regard expert et réassurant de la psychologue, la relation de confiance entre la famille et la crèche sont autant d'éléments qui ont permis à l'adulte de laisser plus d'autonomie à J1 pour construire ses relations avec les pairs.

Le rôle central des adultes avait bien été pointé par les travaux scientifiques : tantôt positif quand l'adulte facilite les interactions entre pairs, évitant ainsi l'isolement des enfants handicapés (Allan, 1999 ; Diamond, 2001 ; Davis & Watson, 2001), tantôt négatif quand l'adulte intervient trop souvent entre les enfants, favorisant alors la relation de l'enfant handicapé à l'adulte au détriment des interactions avec les pairs (Kemp & al ., 2013 ; Nijs, 2016). Le cas de J1 est tout à fait illustratif de cette ambivalence, et montre à quel point le positionnement de l'adulte est délicat : il apparaît essentiel d'être très attentif aux effets de son intervention pour en limiter les aspects négatifs.

4.6. TABLEAUX SYNTHETIQUES DES RESULTATS

4.6.1. Comparatifs synthétiques entre littérature et notre étude

Tableau 32 : Comparatifs synthétiques entre la littérature et notre étude

En rouge, ce qui n'a pas été traité dans la littérature, selon notre corpus de 50 études ou qui n'a pas été soulevé dans nos résultats

RESULTATS COMMUNS AUX AUTRES ETUDES DU CORPUS	Variables	AUTEURS
RELATIONS ENTRE ENFANTS		
ENFANTS SOLITAIRES	Peur et insécurité	Zaouche Gaudron & al. 2018
DE L'ISOLEMENT A LA PARTICIPATION AU GROUPE	Stigmatisation sociale Statut social faible	Diamond, 1993 ; Ferreira & al., 2017 Cavallaro & Porter, 1980 ; Guralnick & Groom, 1987 ; Sigelman, Miller & Whitworth ,1986 ; Strain, 1984
LES FRERES ET SŒURS ET LES ENFANTS DE LA FAMILLE ELARGIE	Manière dont les jeunes enfants arrivent à saisir le handicap de leur frère/sœur et comment les parents peuvent aider à expliquer cela à leurs enfants.	Hames, 1998
ACTIF OU PASSIF DANS LES RELATIONS		RAS
L'EMPATHIE		RAS
RELATIONS ELECTIVES ET INTERACTIONS DIFFERENCIEES ENTRE ENFANTS	Précisions sur les caractéristiques des enfants préférés (âge, sexe) Attrance par enfants comme eux	Sexe : Ferreira & al., 2017 ; Favazza & Odom, 1996 ; Céleste, 2009. Age : Bronson & al., 1995 ; Guralnick & al., 2006 ; 2007 Castelli, de Amicis & Sherman, 2007 ; Diamond & Tu, 2009
LES JEUX ENTRE ENFANTS	Imitation	Pas d'imitation : Garfinkle et Schwartz (2002) Imitation : Peterson, Peterson et Scriven (1977) car faible acceptation sociale
RELATIONS AVEC LES ADULTES		
LES RELATIONS ELECTIVES EN FAMILLE		RAS
RELATIONS ELECTIVES AVEC LES ADULTES HORS DE LA FAMILLE		RAS
ENTRAVES ET FACILITATEURS DES RELATIONS ENTRE ENFANTS		

ENTRAVES	Agressivité	Nabors (1997)
FACILITATEURS		RAS
IMPACT DES ACTIVITES DIRIGÉES OU ACTIVITES LIBRES	Plus d'interactions dans situation d'apprentissage encadrée Moins d'interaction en milieu intégratif qu'en milieu ségrégué lorsqu'il s'agit de situation de jeux libres.	Guralnick <i>et al.</i> (2007) Buysse, Onald et Baily (2002)
L'INTERVENTION DE L'ADULTE AUX EFFETS CONTRASTES <i>Une des thématiques plus traitées dans la littérature</i>	Surtout professionnels des lieux de socialisation Rôle des parents Entrave (trop de surveillance) ou facilitatrice : Niveau de connaissance du H Passer de la peur à la reconnaissance Rôle central des adultes, quel que soit le H Adaptation plus facile de l'adulte à l'enfant H qu'entre enfants Fréquence accrue de l'aide des adultes Posture des adultes	Diamond, 2001 ; Ferreira & <i>al.</i> , 2017 ; Hestenes & Carroll, 2000 ; Hundert & <i>al.</i> , 1993 ; Kemp & <i>al.</i> , 2013 ; Preisler, 1993 ; Vaughn & <i>al.</i> , 2003 Guralnick & <i>al.</i> , 2006 ; Muldeij, 1997 Watson <i>et al.</i> , 2000 Hestenes & Carroll, 2000 Peris, 2015 Bronson & <i>al.</i> , 1995 ; Preisler, 1993 ; Harper & McCluskey, 2002 ; Harper & McCluskey, 2002 Preisler, 1993 Bronson & <i>al.</i> , 1995 ; Harper & McCluskey, 2002 Odom & Brown, 1993 ; Hestenes & Carroll, 2000 ; Thouroude, 2000 ; Diamond, 2001
LES CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT <i>Une des thématiques plus traitées dans la littérature</i>		
LES DEFICIENCES	Difficultés dans les déplacements Stratégies et processus peu adaptatifs, appropriés ou efficaces des EH <i>Les difficultés motrices</i> (déplacements et tenue assise précaire)	Muldeij, 1997 ; Nowicki <i>et al.</i> , 2014 Guralnick & <i>al.</i> , 2006 Harper & McCluskey, 2002 Ferreira & <i>al.</i> , 2017

	<p><i>Troubles relationnels, difficultés à gérer ses émotions</i></p> <p><i>Difficultés à se faire comprendre et à communiquer</i></p> <p>Compréhension des déficiences</p> <p>Problèmes de compétences sociales</p>	<p>Gottaman; 1983 ; Harper & McCluskey, 2002 ; Nabors, 1997</p> <p>Bauminger-Zviely, Karin & al., 2014 ; Chen & al., 2019 ; Guralnick & al., 1996 ; Odom & al., 2006</p> <p>Diamond, Hestenes, Carpenter & Innes, Bronson, Hauser-Cram & Warfield, 1995 ; Odom & al., 2006 1997</p>
LA PERSONNALITE DE L'ENFANT HANDICAPÉ		RAS
L'ENVIRONNEMENT	<p>Familiarité</p> <p>Effet du dispositif d'inclusion et du contexte pédagogique</p>	<p>Diamond, 2001 ; Favazza & Odom, 1996 ; Hestenes & Caroll, 2000 ; Pinto & al., 2019</p> <p>Buysse & al., 2002 ; Guralnick & al., 1996 ; Thouroude, 2000</p>

4.6.2. Nouveaux résultats trouvés

Tableau 33 : Nouveaux résultats émergents

En rouge, ce qui n'a pas du tout été traité dans la littérature, selon notre *corpus* de 50 études

THEMATIQUES ABORDEES	RESULTATS NOUVEAUX
RELATIONS ENTRE ENFANTS	
ENFANTS SOLITAIRES	Notion de plaisir dans l'isolement (y compris dans le groupe) Proposer à l'enfant de multiples propositions pour le laisser composer avec la diversité des interactions
DE L'ISOLEMENT A LA PARTICIPATION AU GROUPE	Raisons (insécurité, centration sur l'adulte, besoin de temps pour apprivoiser la situation) Conscience de l'existence des pairs Mise en œuvre de plusieurs processus différents : différenciation soi/autrui, Capacité à se penser et à penser l'autre avec la naissance de l'empathie.
LES FRERES ET SŒURS ET LES ENFANTS DE LA FAMILLE ELARGIE	Grande différence entre comportement avec les pairs à la maison (frères/sœurs, cousin.e.s) et en milieu inclusif Expérimentation des différences qu'il y a avec les interactions avec des plus jeunes, des plus âgés, des garçons, des filles. Des relations différenciées entre F/D Apprentissage de la gestion des conflits et opposition Transfert des apprentissages de la socialisation de la fratrie vers les lieux d'inclusion.
ACTIF OU PASSIF DANS LES RELATIONS	Passif dans la relation (n'initie pas, ne répond pas) Réagit activement aux sollicitations des autres (refus, acceptation) Agressif / ; signe d'évolution positive de l'enfant de la passivité dans la relation à la position plus active Evolution dans de nombreux cas (entre T1 et T2)
L'EMPATHIE	Suppose que le sujet soit à la fois différencié de l'autre mais aussi en capacité de s'identifier à lui. Empathie des autres enfants vis-à-vis de l'enfant en situation de handicap ; Le manque d'empathie de l'enfant handicapé peut l'amener à ne pas comprendre l'agressivité des autres
RELATIONS ELECTIVES ET INTERACTIONS DIFFERENCIEES ENTRE ENFANTS	Pas forcément de relations électives L'enfant en situation de handicap est plus souvent « choisi » qu'il ne choisit lui-même. Relations électives si enfants familiers
LES JEUX ENTRE ENFANTS	Les relations aux objets Jeux de faire semblant Jeux moteurs Jeux de graphisme, de construction et de lecture
RELATIONS AVEC LES ADULTES	

LES RELATIONS ELECTIVES EN FAMILLE	Mère comme base de sécurité et rôle central dans le processus de socialisation + difficulté de séparation Soutien du mouvement d'autonomisation complexe à initier.
RELATIONS ELECTIVES AVEC LES ADULTES HORS DE LA FAMILLE	Ordre dans l'émergence des préférences et relations <u>différenciées</u> connues et reconnues par tous : avant différenciation entre enfants L'enfant a identifié les fonctions et missions de « l'adulte » sans nécessairement différencier les adultes non familiaux entre eux. Hyper présence de l'adulte // insécurité, vulnérabilité, passivité
ENTRAVES ET FACILITATEURS DES RELATIONS ENTRE ENFANTS	
ENTRAVES	Lenteur / Problème de motricité, ajustement du geste / Déficience intellectuelle / Attention labile / Fatigabilité / Hypersensorialité / Bavage / Difficultés à s'exprimer et à se faire comprendre (absence de langage ou expression non verbale non comprises)
FACILITATEURS	Se fait comprendre (langage verbal et non verbal) / Se déplacer de manière autonome → Une même variable peut selon les circonstances et l'enfant entraver ou aider → Les entraves mènent au découragement et/ou à l'agressivité (plus rare)
IMPACT DES ACTIVITES DIRIGÉES OU ACTIVITES LIBRES	Hypothèse de la différence de relations aux pairs selon le type d'activités (libres ou dirigées) est difficile à vérifier : que la manière dont l'enfant se comporte durant les temps « libre » dépend beaucoup de son développement cognitif et surtout du stade où il en est dans la conscience de lui-même et la conscience de l'autre enfant . Souvent les frères et sœurs sont moteurs pour aider l'enfant à passer d'une étape à une autre
L'INTERVENTION DE L'ADULTE AUX EFFETS CONTRASTES	Entrave (ex : mère fusionnelle ou quand l'enfant a commencé à établir des interactions réciproques avec les enfants) Facilitatrice : quand l'enfant est encore peu en relations avec ses pairs (pas de préférence, peu d'interactions) ou adulte = porte-parole, passeur entre l'enfant et ses pairs mais réaction des enfants nuancée ; organisation d'une activité incluant l'enfant H ; calme l'enfant H agressé ou agresseur
LES CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT	
LES DEFICIENCES	Lenteur, difficultés à comprendre à être compris, stigmatisme visible (1 seul cas, via le bavage) ; distractibilité ; attention peu soutenue ; <i>Déficiences cognitives</i> : décalage qui augmente avec le temps dans les compétences et centres d'intérêts +

	<p>différences de centre d'intérêt entre les enfants + difficultés de compréhension des consignes = lenteur</p> <p><i>Hyper ou hyposensorialité</i></p> <p><i>Difficultés à se faire comprendre et à communiquer :</i> langage verbal mais aussi expressions du visage, corporelles : dépend de la conscience ou pas de l'enfant H de l'existence des autres, s'il s'y intéresse, s'il expérimente souvent ou jamais les interactions réciproques avec eux + se demander ce qui est premier de l'indifférenciation soi/autre des conséquences d'un déficit en outil pour communiquer + parfois, ce sont les autres enfants qui servent de traducteurs et de transmetteurs.</p>
<p>LA PERSONNALITE DE L'ENFANT H :</p>	<p><i>L'insécurité de l'enfant, sa peur :</i> peur d'être bousculé, peur que les autres le touchent trop, s'approchent trop, fassent trop de bruit s'agitent trop. Peut être apaisé par l'adulte ou par enfant respectant son rythme.</p> <p><i>Acteur dans la relation :</i> l'adulte repère l'importance pour l'enfant de devenir non seulement acteur mais aussi qu'il soit celui qui apprend aux autres. Créer les conditions pour que l'enfant expérimente la position d'acteur a été bénéfique pour ses relations avec les autres enfants. Parfois, ce sont les autres enfants qui ne peuvent plus accepter que l'enfant en situation de handicap les aide.</p> <p><i>Difficultés à ajuster la distance avec les enfants :</i> ex : s'asseoir sur les autres enfants</p> <p><i>La capacité à faire rire, l'humour, la bonne humeur :</i> un enfant souriant, accueillant conduit les adultes et les enfants à davantage chercher à interagir avec l'enfant. Crée du lien entre l'enfant et les autres.</p> <p><i>L'apparence physique :</i> beau, souriant <i>versus</i> disgracieux (ex : bave)</p>
<p>L'ENVIRONNEMENT</p>	<p><i>Les cadres et les aménagements matériels de l'accueil :</i></p> <p><u>Entrave</u> : Bruit → entrave leur disponibilité pour nouer des liens</p> <p><u>Facilitateurs</u> : Proximité physique, bonne installation / Connaître l'enfant</p> <p><i>Les conditions relatives aux groupes d'enfants :</i> taille : petits groupes de préférence car meilleur repérage des enfants et activités plus individualisées ; <i>possibilité de surprises</i> : importance de laisser place à l'expérimentation.</p>

5. DISCUSSION-CONCLUSION : MISE EN REGARD DE LA LITTÉRATURE ET DES RESULTATS DE L'ETUDE

Nous sommes partis du constat que comprendre la manière dont se créent et se maintiennent les liens entre les enfants en situation de handicap et les autres enfants est indispensable pour favoriser au mieux leur inclusion en milieu ordinaire et leur devenir.

Notre objectif était d'identifier des processus, d'ouvrir des pistes pour aider chercheurs, familles et professionnels à mieux soutenir l'enfant en situation de handicap dans ses liens aux autres enfants. Pour cela, *via* une approche qualitative par étude de cas et les regards croisés entre parents et professionnels, nous sommes parvenus à comprendre certains des processus à l'œuvre dans la création de liens entre les enfants en situation de handicap et leurs pairs. Nous avons mis, ans ce but, le *focus* sur les relations entre enfants et sur les variables qui entravent ou facilitent l'établissement de ces liens. Nous avons ainsi exploré le contexte environnemental, l'impact de l'intervention de l'adulte et celui des caractéristiques de l'enfant.

La méthodologie de l'étude de cas approfondi a permis de saisir à quel point chacune des variables étudiées intervenaient de manière nuancée selon le contexte considéré. Ce qui fait que nous n'aboutissons pas à énoncer des généralités mais à identifier des processus, des situations facilitantes ou entravantes pour le développement des compétences sociales de l'enfant dès son plus jeune âge.

Cette dernière partie du rapport vise à rendre compte des résultats de notre étude en les mettant en regard des résultats de la littérature scientifique sur ce thème. Nous y résumons ce qui a émergé de manière très nette dans nos résultats, et ce qui mériterait d'être approfondi par la suite.

Ainsi, il s'agit de rendre compte de :

- Ce que notre étude confirme vis-à-vis de ce que la littérature scientifique avait déjà montré :
 - Difficultés des enfants en situation de handicap à tisser des liens avec les pairs
 - Stigmatisation de l'enfant en situation de handicap dans le groupe d'enfants typiques
 - Difficultés atténuées quand les enfants sont déjà connus
 - Importance de l'adulte comme médiateur des liens avec les pairs, et influence plus ou moins positive de cette intervention.

- Ce que notre étude apporte comme précisions, nuances :
 - Méthodologie qualitative pour approfondir certains éléments repérés par la littérature
 - Parentification dans les relations fraternelles peu présente quand les enfants sont jeunes
 - Intervention de l'adulte dans les liens entre enfants : facilitante au début du développement de l'enfant, puis susceptible de devenir entravante.
- Ce qu'elle permet de repérer comme points aveugles, peu étudiés dans la littérature, et qui est apparu important dans cette recherche :
 - Rôle essentiel des relations entre enfants en famille (fratries, cousins)
 - Rôle des adultes autres que les parents : oncles et tantes, grands-parents, professionnel référent dans les lieux d'inclusion
 - Importance pour l'adulte de bien connaître l'enfant pour ajuster au mieux son intervention au niveau des liens avec les autres enfants
 - Prise en compte de la personnalité de l'enfant, et de son développement psycho-affectif comme variable déterminante dans la construction des liens avec les pairs
 - Importance des conditions matérielles de l'accueil de l'enfant (bruit, nombre de sollicitations, installations matérielles).

La littérature a décrit les grandes tendances développementales des enfants. Notre étude montre que ce développement rencontre manifestement des particularités temporelles dans les situations de handicap qu'il faut pouvoir identifier. En effet, c'est en repérant finement le mode et le stade de développement de l'enfant, en prenant en compte les différentes lignes de développement (moteur, sensoriel, cognitif, psychoaffectif), qu'il est possible de repérer et d'analyser au mieux les compétences et les difficultés de l'enfant, ainsi que leur impact sur les liens qu'il construit avec ses pairs.

Cette partie commence par des remarques sur la méthodologie, elle se poursuit par l'exposé et la discussion des principaux résultats concernant les relations entre enfants, les interventions des adultes dans ces dernières et enfin ce qui entrave ou favorise les liens entre enfants.

Nous terminons cette partie par un bilan de l'impact de cette étude sur les participants et sur les perspectives ouvertes par cette étude en matière de recherches et de pratiques.

5.1. Remarques sur la méthode

Comme il est dit dans la revue de la littérature, les études publiées dans des revues scientifiques visent davantage à compter, décrire les interactions entre enfants en situation de handicap avec leurs pairs tout-venant (Hestenes & Carroll, 2000), à décrire leurs compétences sociales (Muldeij, 1997), leur participation sociale (Pinto, Grande, Coelho, Castro, Granlund & Björck-Åkesson, 2019), ou encore à mesurer l'étendue de leur réseau social (Ferreira, Aguiar, Correia, Fialho & Pimentel, 2017 ; Guralnick, Neville, Hammond & Connor, 2007). Les études se fondent dans leur grande majorité sur des observations faites en milieu inclusif ou sur des éléments recueillis auprès des professionnels.

De fait, la plupart des études analysées utilisent les questionnaires et/ou les enregistrements vidéos codés de manière systématisée. Les résultats obtenus sont le plus souvent validés sur le plan quantitatif.

Nous avons dans notre étude fait le choix :

- De mener une étude approfondie de 32 cas
- D'explorer et de travailler conjointement le point de vue des familles et des professionnels
- De combiner plusieurs méthodes de recueil des données : remplissage de carnets de bord et de livrets d'observations, et entretiens semi-directifs de recherche, afin de recueillir le discours oral et écrit des participants
- De créer un protocole dans lequel les professionnels de terrain étaient acteurs non seulement dans le recueil de données, mais aussi dans leur analyse et dans la conception des outils de recueil. Il s'agit donc d'une recherche-action partenariale avec un aspect formation pour les psychologues-coordinatrices.
- De réaliser deux temps de recueil afin de mieux saisir de façon longitudinale ce qui favorise ou entrave l'évolution des liens entre enfants
- De combiner une analyse thématique manuelle des discours et des écrits, avec des analyses assistées par deux logiciels de données textuelles différents (Nvivo et Alceste).
- De donner une dimension internationale à notre étude en travaillant avec des équipes italienne et brésilienne.

Le travail avec les équipes brésiliennes et italiennes a permis de constater que dans ces deux pays aux cultures et aux politiques d'inclusions différentes, on retrouvait finalement les grandes lignes de la recherche faite en France :

- Enfants souvent « à côté » du groupe, en difficultés dans leurs relations sociales
- Rôle tantôt facilitateur, tantôt entravant de l'adulte
- Importance des relations fraternelles qui favorisent les liens avec les pairs
- Influence des conditions environnementales
- Isolement de l'enfant dans le groupe quand il se sent insécure.

Évidemment, la comparaison entre les trois pays a ses limites car la méthodologie n'a pas été la même et le nombre de cas était limité en Italie comme au Brésil. Néanmoins, cette collaboration a permis d'enclencher une collaboration de recherche avec ces deux pays qui va se poursuivre après le dépôt de ce rapport.

Nous voyons donc que notre protocole a été complexe, mais original, en particulier parce qu'il inclut une analyse longitudinale et surtout parce qu'il croise les regards et les informations venant de la famille, des professionnels du lieu de soin et de ceux du lieu d'inclusion. Cette originalité méthodologique a permis de mieux saisir la diversité et l'interaction complexe qui existent pour produire les effets observés : climat familial, événements de vie, présence ou non de frères et sœurs, importance et nature des déficiences, climat du lieu de socialisation, présence ou non d'un adulte dédié (par exemple AVS) ...

Si 18 mois peuvent paraître, en soi, un temps relativement court, en réalité compte tenu de l'âge des enfants, ce temps a paru parfaitement adapté : des changements conséquents ont pu être repérés.

Les regards croisés entre professionnels, et entre parents et professionnels, ont permis d'appréhender l'enfant dans toute sa diversité et alimenté une analyse qualitative permettant d'explorer différentes facettes des relations entre enfants : avec des pairs en milieu familial, en milieu inclusif et dans les lieux de soins. Ce qui s'est avéré très pertinent car pour bon nombre d'enfants, il y a une différence importante entre les observations à l'école, à la maison, ou au CAMSP ou au SESSAD. Cela a mené à formuler des hypothèses intéressantes quant à l'influence déterminante de l'environnement sur le tissage des liens avec les pairs. La compréhension de ces différents éléments a permis d'affiner ce qui pouvait entraver ou

favoriser les liens entre pairs, et d'apporter une analyse sans doute bien plus fine et nuancée que les recherches quantitatives analysées dans la revue de la littérature.

Les études cliniques de quatre cas ont permis d'approfondir encore ces analyses, et de rendre visible et compréhensible la complexité de ce qui était engagé pour un enfant donné dans ses liens avec ses pairs en prenant en compte non seulement l'environnement dans lequel il se trouve, mais aussi ses déficiences et ses capacités, ou encore ses liens familiaux. Les travaux scientifiques recensés n'analysaient bien souvent que l'impact d'une seule de ces variables, et certaines n'étaient même parfois, pas du tout prises en compte.

Quant à l'analyse des entretiens *via* le logiciel Alceste, elle a permis de mieux comprendre le point de vue de chacun des observateurs sur tel ou tel aspect des relations de l'enfant avec ses pairs. Les parents et les professionnels ont pu déployer, dans la rencontre avec le chercheur, toute leur réflexion sur les liens de l'enfant avec ses pairs, apporter un éclairage important sur l'évolution de ces liens, et tout ce qui avait pu y contribuer. L'analyse de ces entretiens *via* ce logiciel a utilement complété les analyses thématiques de l'ensemble du *corpus* faites *via* une analyse thématique manuelle.

5.2. Les relations entre enfants

Nous confirmons totalement ce que la littérature dit des difficultés relationnelles des enfants en situation de handicap au sein des groupes d'enfants.

La relation avec les adultes, en particulier avec les parents et notamment la mère, est omniprésente dans les descriptions des liens de l'enfant avec l'autre, à tous les temps de la recherche. En revanche, dans certains cas au temps 1, des enfants sont décrits comme n'ayant pas conscience de l'existence des autres enfants, ne s'intéressant pas à eux et ne leur prêtant pas attention (excepté aux frères et sœurs quand il y en a). Cette situation évolue dans la plupart des cas au temps 2.

Il apparaît très clairement que l'enfant noue les liens aux autres enfants non familiaux avec difficultés, et parfois même, au temps 2, il n'y parvient pas.

5.2.1. Les « enfants familiaux » dans les relations entre pairs

Alors que les études scientifiques s'appuient essentiellement sur des observations en milieu inclusif et peu sur des observations en milieu familial, notre étude pointe l'intérêt majeur pour des enfants de 0-6 ans, de s'intéresser aux relations entre enfants dans le cercle familial restreint ou élargi et donc de mieux prendre en compte ce que nous avons appelé « les enfants familiaux » dans le processus de socialisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap.

5.2.1.1. *La fratrie, les cousins/cousines, les enfants familiaux*

Une seule étude, celle de Hames *et al.* (1998), analyse le rôle des frères et sœurs d'enfants en situation de handicap, mais aucune ne traite des cousins/cousines, que nous avons appelés « enfants familiaux ». Les enfants « familiaux » peuvent aussi être les enfants déjà connus parce qu'ils sont du quartier ou ont été gardés ensemble avec l'enfant chez une même nourrice par exemple.

Dans tous les cas où il y a une fratrie, des interactions précises, répétées, sont évoquées tant par les parents que par un grand nombre de professionnels. Ce qui est le plus net est le contraste parfois très important qui existe entre ce qui est dit des relations avec les frères et sœurs (toujours existantes, l'enfant y est souvent actif) et celles avec les enfants en milieu inclusif (parfois inexistantes au temps 1, ou bien l'enfant est souvent « à côté » du groupe et/ou décrit comme passif).

Les études de cas comprenant des fratries indiquent que, dans les fratries nombreuses, l'enfant en situation de handicap expérimente à la fois la relation à des « presque mêmes » que lui par le sexe et l'âge, mais aussi avec des plus âgés, ou des plus jeunes que lui. Cette diversité, qui peut aussi s'expérimenter dans le cadre de la famille élargie, est très précieuse pour le développement des compétences sociales de l'enfant, comme cette recherche le souligne. Dans ce mini laboratoire familial, l'enfant apprend la gestion des conflits et des oppositions, l'expérimentation du toucher, des marques d'affection et des échanges qui ont cours entre enfants. Il transfère ensuite ces apprentissages de la socialisation vers les lieux d'inclusion.

Le contraste qui existe entre les relations entre enfants en famille et en milieu inclusif peut se comprendre à la lumière des éléments suivants :

- Les frères et sœurs connaissent mieux l'enfant et ses limites ;
- Le quotidien multiplie les occasions et les formes d'interactions ;

- L'enfant connaît mieux ses frères et sœurs que les enfants à l'extérieur de la famille (on observe le même phénomène, dans une moindre intensité, avec les cousins et cousines que l'enfant fréquente souvent).

La littérature sur le développement de l'enfant typique montre combien la fratrie est le groupe dans lequel l'enfant fait l'expérience des relations horizontales entre pairs. Notre étude montre qu'il en est de même pour l'enfant en situation de handicap. Ceci confirme l'importance des expérimentations que permet la vie au sein du groupe fratrie : création ou ajustement des comportements envers les enfants plus jeunes, plus âgés, les garçons ou les filles....

Or, dans le cas des enfants en situation de handicap, nous pointons dans notre étude le fait que la généralisation des compétences sociales acquises avec les familiers est problématique, se fait plus lentement et nécessite davantage l'intervention de l'adulte pour interagir avec les autres enfants non familiers.

Comme pour les enfants typiques, les frères et sœurs tiennent un rôle central dans la construction des liens avec les pairs, ils agissent comme initiateurs et/ou facilitateurs de ces liens. Mais tout se passe comme si, dans ces cas-là, l'enfant avait des difficultés à adopter avec les enfants non familiers le style d'interaction mis en place avec les familiers.

Nous savons que pour que l'enfant puisse nouer des relations électives, il faut qu'il ait un certain degré de familiarité avec l'autre enfant. De fait, on peut penser que le temps passé en inclusion, souvent très limité, n'est pas suffisant pour que l'enfant puisse instaurer cette familiarité ; ainsi ces temps très partiels ne favoriseraient pas la construction de liens préférentiels et différenciés de l'enfant handicapé avec d'autres enfants.

5.2.1.2. Des relations fraternelles bien ajustées avec les enfants familiers

Alors que la littérature sur les frères et sœurs traite souvent des problématiques de parentification, dans notre étude les relations avec les frères et sœurs ne sont que rarement évoquées comme relevant des activités de maternage, d'aide et de soutien. En effet, les parents parlent de jeux de chatouilles, des rires, des bêtises, plus rarement du fait que la fonction occupée par le frère ou la sœur est celle d'une aide au quotidien ou pour les apprentissages. Dans cette étude, les relations parentifiées ne sont décrites que pour des enfants polyhandicapés, donc très dépendants de l'autre pour interagir, et qui nécessitent de la part des frères et sœurs un certain ajustement à leur rythme, leurs possibilités motrices et expressives.

Nous pouvons ainsi penser que les relations de parentification si souvent évoquées dans la littérature apparaissent plus tard dans la vie de la fratrie, quand les enfants grandissent. Il apparaît donc qu'entre enfants jeunes, peuvent se mettre en place, en tous les cas pour un temps, des relations égalitaires et réciproques entre enfants, dont parents et professionnels se réjouissent. Les choses changent probablement avec le temps, mais l'étude se concentrant sur les 0-6 ans permet d'observer les débuts des relations fraternelles.

Cela encourage à penser qu'il est probablement important de veiller à ce que ces relations horizontales puissent se poursuivre après six ans et qu'elles ne deviennent pas, autant que faire se peut, des relations verticales parentifiées. En effet, cela ôte souvent à l'enfant la possibilité d'expérimenter, en famille, la palette structurante de toutes les tonalités des interactions entre enfants évoquées plus haut.

5.2.2. Le statut social de l'enfant en situation de handicap et l'attitude des autres enfants

La question du familier se pose aussi dans les relations avec les enfants « typiques », et sur ce thème, nous avons retrouvé dans notre étude les résultats évoqués dans la revue de la littérature. En effet, de nombreux auteurs ont montré le rôle joué par la familiarité des enfants typiques dans la construction des liens avec les enfants en situation de handicap (Diamond, 2001 ; Favazza & Odom, 1996 ; Hestenes & Carroll, 2000 ; Pinto & al. 2019). Ils montrent que les enfants typiques ayant eu une expérience antérieure de contact avec un enfant en situation de handicap auraient des attitudes plus tolérantes et moins excluantes (Favazza & Odom, 1996), ce que confirme Diamond (2001), pour qui ces enfants sont plus sensibles aux besoins et aux émotions des autres.

Notre étude retrouve des éléments identifiés par Diamond (1993) ou encore par Ferreira *et al.* (2017) sur la stigmatisation sociale. En effet, nous retrouvons des processus de stigmatisation et l'existence d'un statut social plutôt négatif attribué aux enfants en situation de handicap par leurs pairs typiques comme (Cavallaro & Porter, 1980 ; Guralnick & Groom, 1987 ; Sigelman, Miller & Whitworth, 1986 ; Strain, 1984). Les auteurs considèrent que la faible acceptation sociale peut expliquer ces situations. L'approche longitudinale de notre étude montre que ce processus de stigmatisation est plutôt moins important au temps 2. Ce résultat souligne ainsi l'effet du contact prolongé et de l'habituation, mais combine à cet effet le fait que l'enfant en situation de handicap, de son côté, développe des compétences sociales et se détache un peu de l'adulte. Ainsi, le ressort du processus de stigmatisation et d'exclusion du groupe apparaît

comme multifactoriel et ne dépend pas que de l'information des enfants ou de la seule familiarisation avec le « handicap ».

5.3. Les adultes auprès de l'enfant : entre soutien et entrave aux relations entre enfants

Il apparaît impossible d'étudier les relations entre enfants sans parler de la manière dont l'adulte intervient pour les favoriser ou les entraver. Cette question a fait l'objet de nombreuses études.

Les adultes mentionnés dans les recherches recensées dans la revue de littérature sont essentiellement les professionnels des lieux de socialisation des enfants (crèche, halte-garderie, école) (Diamond, 2001 ; Ferreira & al., 2017 ; Hestenes & Carroll, 2000 ; Hundert & al., 1993 ; Kemp & al., 2013 ; Preisler, 1993 ; Vaughn & al., 2003). Seulement deux articles évoquent le rôle des parents dans la construction des liens entre enfants (Guralnick & al., 2006 ; Muldeij, 1997).

Dans le contexte familial, la mère joue un rôle central dans la sécurité affective garantie à l'enfant (cf. la théorie de l'attachement de Bowlby, 1978), dans le processus de socialisation et également dans la façon dont se déroulent les séparations d'avec elle. Une bonne distance (autant physique que psychique) entre elle et son enfant soutient le mouvement d'autonomisation indispensable de l'enfant dans la création de liens avec les pairs. De fait, notre étude met en avant le rôle tout à fait central de la mère dans le processus de socialisation de son enfant.

L'évocation de la centration de l'enfant sur l'adulte dans les lieux d'inclusion et avec la mère diminue dans le discours dans la même temporalité que la diminution de la peur et de l'insécurité. Ainsi, plus l'enfant est dit confiant, sûr, se défendant davantage de l'intrusion de l'autre et de manière plus souple, plus il est décrit comme commençant à nouer des liens plus différenciés avec les adultes, et à pouvoir s'éloigner de lui. En effet, à ce moment-là, à l'initiative de l'enfant lui-même ou de l'adulte, l'enfant prend, progressivement, de la distance.

Dans ce processus plusieurs phénomènes se mettent en place.

5.3.1. La problématique de la séparation d'avec la mère : une insécurité initiale à prendre en compte

Comme dans les recherches scientifiques consultées, nos observations montrent que l'intervention de l'adulte peut constituer une entrave pour les relations de l'enfant en situation de handicap avec ses pairs. Toutefois, notre analyse révèle que cette entrave est majorée lorsque

la mère et l'enfant entretiennent une relation fusionnelle ; l'enfant semble alors plus réticent à investir les relations avec les pairs, qui engagent nécessairement le processus de séparation/individuation d'avec le parent.

Dans une très grande majorité de cas, c'est la mère qui a en effet arrêté son travail pour s'occuper de l'enfant, quand le père a, lui, poursuivi sa vie professionnelle ; dans les premiers mois ou années de l'enfant, c'est donc la mère qui est majoritairement présente auprès de lui, dans son quotidien.

Au temps 1, en particulier, il est souvent décrit une relation fusionnelle entre la mère et l'enfant et des difficultés de séparation. Cependant, notre étude permet d'aller plus en finesse dans l'analyse de cette situation.

Il y a un lien entre l'hyper-présence ou l'hyper-vigilance de la mère et l'insécurité, la vulnérabilité ou la passivité qu'elle perçoit chez l'enfant. Si parfois, en raison de ses déficiences, l'enfant est effectivement plus vulnérable, il semble que parfois ce qui est agissant est constitué par les représentations de l'adulte et pas nécessairement par l'insécurité existante chez l'enfant lui-même. En effet, dans les discours, comme dans les écrits, les adultes disent qu'il faut qu'ils vivent des scènes leur montrant que finalement l'enfant peut se débrouiller seul, ou que l'enfant lui-même le demande pour qu'ils puissent être rassurés et prendre de la distance pour laisser plus de latitude à l'enfant pour nouer des liens avec les autres.

Une évolution dans ces représentations parentales, l'observation de scènes durant lesquelles l'enfant en situation de handicap montre des compétences relationnelles et le fait que les autres enfants se montrent respectueux et attentifs, font évoluer la relation mère/enfant. En retour, ce mouvement de distanciation de l'adulte tuteur a pour conséquences de renforcer, chez l'enfant, sa confiance en lui-même et en ses compétences, notamment sociales.

De fait, cette sécurité interne et dans le lien ainsi qu'un environnement protecteur pour l'enfant, sont centraux dans le processus d'autonomisation de l'enfant. Mais il s'agit toujours d'une dynamique de dyade dans laquelle la mère et l'enfant, chacun à leur manière et de leur place, co-agissent.

Quand l'enfant se voit dans les yeux de l'adulte ne pouvant pas ou ne voulant pas interagir avec les enfants :

- 1) soit il se soumet et profite de cette stimulation qui correspond à son développement actuel ;
- 2) soit il se rebelle et impose à l'adulte de changer son regard.

Il s'agit donc bien d'un processus interactif dans lequel l'enfant joue un rôle actif et peut ainsi, à sa manière, aider l'adulte à le percevoir différemment, pour peu que celui-ci l'observe avec finesse et compare ses observations avec d'autres observateurs.

Par ailleurs, les études évoquées dans la revue de la littérature ne parlent pas du père, ni des grands parents, ni des oncles et tantes. Or, notre étude montre que quand ils sont évoqués, ce qui n'est pas systématique, ils ont un rôle moteur dans le processus d'autonomisation de l'enfant.

5.3.2. Les autres adultes : de la protection de l'adulte au mouvement d'autonomisation

Il n'y a pas que la mère qui est évoquée comme ayant un rôle central dans le processus de création et d'évolution des liens entre enfants. Au temps 1 en particulier, le rôle de l'adulte référent dans le lieu d'inclusion est pointé comme ayant une fonction de réassurance et de protection pour l'enfant. Au temps 2, sa présence dans les discours est moins importante et moins centrale pour l'organisation des liens entre enfants.

Watson *et al.* (2000) estiment que parfois une surveillance trop importante de la part des adultes exclurait l'enfant en situation de handicap du groupe. Nijs (2016) note le fait que trop d'interventions interrompent la relation des enfants handicapés avec les autres. Dans les situations où les enfants ne peuvent se déplacer seuls, par exemple, quand l'enfant est polyhandicapé, c'est également le professionnel qui place les enfants les uns à côté des autres (et, en conséquence, qui choisit involontairement le pair que les enfants pourront voir ou toucher durant l'activité). Cette situation conduit aussi à pas pouvoir modifier la disposition des enfants durant toute l'activité, sauf si l'adulte le décide (Nijs & *al.*, 2016).

A contrario, la parole des adultes peut aussi faciliter les échanges entre enfants (Bronson & *al.*, 1995 ; Preisler, 1993 ; Harper & McCluskey, 2002). Watson & *al.* (2000) ont montré que plus les enfants typiques avaient de connaissance sur le handicap, plus ces échanges allaient de soi ; l'adulte, en expliquant les limites et les capacités de l'enfant en situation de handicap, peut tenir ainsi un rôle clé et favoriser les liens entre enfants.

L'influence positive de l'adulte est notée par de nombreux autres auteurs, qui en précisent les contours (Diamond, 2001 ; Hestenes & Carroll, 2000 ; Odom & Brown, 1993 ; Thouroude, 2000) :

- En fournissant des jouets qui favorisent l'interaction sociale (Odom & Brown., 1993) ;

- En insistant sur les comportements coopératifs et en félicitant les groupes d'enfants qui coopèrent (Odom & al., 1993) ;
- En encourageant les enfants (Hestenes & Carroll, 2000), en mettant l'accent sur leurs points forts plutôt que sur leurs difficultés (Thouroude, 2000) ;
- En mettant l'accent sur les points communs entre les enfants (même quand les élèves sont très différents tant au niveau scolaire qu'au point de vue du comportement) plutôt qu'en insistant sur leurs différences (Thouroude, 2000), les adultes vont favoriser les rapprochements et les échanges entre enfants.

La littérature montre également que plus les adultes accueillent les enfants en situation de handicap de manière ajustée, plus l'inclusion est bénéfique pour tous les enfants (Diamond, 2001).

Comme ces auteurs, nous avons noté que l'intervention de l'adulte pouvait, selon les cas ou les situations, favoriser ou entraver les relations entre enfants. Nous montrons aussi que les adultes expriment très souvent leurs difficultés pour savoir :

- Quand et comment intervenir pour aider l'enfant, pour le protéger, pour le guider et quand s'abstenir pour laisser l'enfant en situation de handicap expérimenter seul, réagir comme il le veut ou le peut sans l'aide de l'adulte ;
- Quand et comment intervenir auprès des enfants typiques pour les informer, leur expliquer quoi et comment faire avec cet enfant-là, et quand il convient de les laisser inventer, créer, agir comme ils le veulent.

C'est là où notre recherche prend tout son sens montrant combien l'adulte a besoin de repères pour savoir comment et quand intervenir au mieux. De fait, il apparaît que seule une bonne connaissance de l'enfant, une observation fine de son comportement et une évaluation de son développement psychoaffectif permettent de répondre au mieux à ces questions essentielles pour les parents et les professionnels. Sachant qu'une observation fine de l'enfant comme celle qui a été menée dans cette étude paraît être l'outil le plus précieux pour pouvoir décider, au mieux, de la conduite à tenir.

5.4. Les entraves et les facilitateurs de la création de liens

Nous en venons maintenant au cœur de notre étude, en évoquant ce qui peut entraver ou favoriser la création des liens de l'enfant en situation de handicap avec ses pairs.

Sur certains aspects nous obtenons des résultats qui confirment ce que la littérature avait mis en avant, pour d'autres, nous estimons que nous ouvrons des pistes qui devront être poursuivies dans de futurs travaux.

5.4.1. L'importance de mieux prendre en compte ce qui se passe en famille

L'importance des relations entre l'enfant en situation de handicap et les « enfants familiaux » (dont les frères et sœurs) est centrale. De même que l'intervention des membres de la famille élargie, totalement laissée dans l'ombre dans les précédentes recherches.

En effet, la familiarité que ces enfants ont pour l'enfant en situation de handicap permet à ce dernier d'expérimenter, en toute sécurité, toute la palette d'interactions aux pairs dont il aura besoin pour gérer ses relations avec les autres enfants à la crèche et à l'école.

Ainsi, pour accompagner l'enfant handicapé dans la socialisation, l'aide des adultes, aussi bien intentionnés qu'ils soient, ne pourra pas se substituer à l'interaction avec d'autres enfants. Cela mène également à considérer l'accompagnement des enfants en situation de handicap de façon beaucoup plus large que dans ses seuls aspects éducatifs, rééducatifs et thérapeutiques.

5.4.2. L'adulte comme intervenant actif dans les relations entre enfants

Nos analyses montrent que les interventions de l'adulte sont facilitatrices lorsque l'enfant a encore peu de relations avec ses pairs (pas de préférence, peu d'interactions), et que l'adulte est/se sent être à ce moment-là le seul passeur entre l'enfant et ses pairs.

De même, lorsque l'adulte intervient dans l'organisation d'une activité incluant l'enfant handicapé, ou pour calmer l'enfant handicapé agressé ou agresseur, ces interventions peuvent permettre de favoriser les échanges ou de soutenir la création d'une relation en cours.

Mais ces interventions peuvent, après ces temps initiaux, parfois entraver les interactions entre pairs, en faisant écran à la rencontre des autres enfants et à l'expérimentation des liens sociaux, souvent par souci de protection de l'enfant handicapé.

5.4.3. La personnalité et la construction psychique de l'enfant en situation de handicap

Si la littérature met souvent en lumière l'analyse de telle ou telle déficience, les observations des parents et des professionnels mettent surtout l'accent, de manière souvent centrale d'ailleurs, sur des caractéristiques de l'enfant, non liées explicitement dans les discours à telle ou telle déficience.

Des éléments de *la personnalité de l'enfant*, encore jamais abordés par la littérature, sont ainsi souvent évoqués par les répondants.

- Nous avons parlé plus haut de l'insécurité de l'enfant, de sa peur d'être bousculé ou que les autres s'approchent trop de lui et le touchent : nous avons observé que cette peur peut être apaisée par l'adulte ou par un enfant qui parviendrait à respecter son rythme.
- De même, créer les conditions permettant à l'enfant en situation de handicap de devenir acteur dans la relation se révèle bénéfique pour ses liens avec les autres enfants.
- La capacité à utiliser l'humour ou à se montrer de bonne humeur apparaît favorable aux interactions.
- Enfin, l'apparence physique joue également un rôle selon que l'enfant handicapé est perçu comme beau, souriant ou disgracieux, comme lorsqu'il bave par exemple.

Au-delà de la personnalité de l'enfant, et comme pour tous les enfants, le fait qu'il traverse un moment particulier de sa vie psychique et relationnelle peut aussi être déterminant : un enfant qui est dans une phase d'opposition par exemple, peut se montrer à ce moment-là plus agressif avec les autres, ce qui ne favorise pas les liens. Un enfant qui vient d'avoir un petit frère peut réinvestir le lien mère enfant, et présenter une forme de régression dans le processus de séparation/individuation, qui va freiner, temporairement, le processus de construction des liens aux pairs.

Par ailleurs, l'*agressivité* est la principale entrave à la création de liens examinée par les auteurs dans la littérature scientifique (Nabors, 1997). Pour ce dernier auteur, qui a étudié la question auprès de douze jeunes enfants souffrant de retard global (paralysie cérébrale, trisomie 21, Prader Willi, syndrome Apert), quand il y a une évaluation négative de l'enfant en situation de handicap par ses pairs, elle est associée à ses manifestations agressives, et pas au handicap en lui-même.

Dans nos observations, l'agressivité est présente mais n'est pas forcément un facteur central d'entrave aux relations entre enfants. En effet, d'autres facteurs interviennent, comme *la lenteur de l'enfant* (également mise en avant par Mulderij, 1997), *ses problèmes de motricité, d'ajustement de ses gestes* (Mulderij, 1997), *sa déficience intellectuelle, la labilité de son attention, sa fatigabilité, son hypersensibilité sensorielle*, parfois *le fait qu'il bave*, et *les difficultés qu'il a à s'exprimer et à se faire comprendre* (absence de langage ou expression non verbale non comprises). Cependant, le fait qu'il ait pu mener à bien le processus d'identification/différenciation lui permettant à la fois de construire une conscience de lui-

même et de l'autre, semble primordial dans la mise en place des interactions entre pairs. Or, ce processus est long, et peut prendre beaucoup plus de temps lorsqu'une ou plusieurs déficiences sont présentes.

Les facilitateurs repérés sont, par exemple, le fait qu'un enfant en situation de handicap puisse *se faire comprendre*, par le langage verbal et/ou non verbal et *se déplacer de manière autonome*. Le fait qu'il soit souriant, avenant, qu'il ait de l'humour, sont aussi des éléments facilitateurs des liens.

5.4.4. L'environnement

L'environnement peut jouer alternativement un rôle facilitateur ou entravant.

L'effet du *dispositif d'inclusion* et du *contexte pédagogique* a été démontré dans la revue de littérature (Buysse & al., 2002 ; Guralnick & al., 1996 ; Thouroude, 2000).

Guralnick *et al.* (1996) montrent l'effet du dispositif d'inclusion sur la formation d'amitiés entre enfants, soulignant toutefois, qu'il y a plus d'interactions et d'amitiés entre les enfants en développement typique. Les jeunes enfants ayant des retards de développement n'ont pas été pleinement acceptés ni totalement intégrés socialement (acceptation évaluée, ici, sur la base de mesures sociométriques et d'indices comportementaux des préférences des pairs). Par ailleurs, les jeunes enfants avec et sans retard de développement sont plus interactifs avec leurs pairs dans des milieux d'inclusion tout-venant, mixtes, plutôt que spécialisés.

Dans nos observations, nous constatons que *les cadres et les aménagements matériels de l'accueil* vont soit favoriser les relations, soit les rendre plus difficiles. En effet, la proximité physique rendue possible par une bonne installation, à la fois confortable et rendant accessible les autres enfants, ainsi qu'une bonne connaissance de l'enfant, en particulier de ses modes de communication et de son rythme, facilitent leurs rapprochements, tandis que le bruit entrave au contraire la disponibilité des enfants en situation de handicap, qui y sont sensibles, pour nouer des liens, tout comme une mauvaise installation va isoler l'enfant et empêcher les interactions avec les autres.

5.4.5. Importance du temps

L'enfant en situation de handicap a besoin de temps pour apprivoiser ces situations interactionnelles : pour dépasser sa peur il utilise l'adulte ou l'adulte se propose à lui, dans un premier temps, comme une base de sécurité. Cette sécurisation lui permet peu à peu de prendre conscience de l'existence de ses pairs et d'augmenter sa *participation au groupe*. Mais dans ce

processus de sécurisation, les liens positifs, ludiques qu'il noue par ailleurs avec des enfants familiers sont centraux.

Cette prise en compte du temps paraît assez centrale dans le soutien des enfants handicapés dans leurs relations avec les pairs, à la fois pour sécuriser l'enfant et aussi rassurer l'adulte : s'il ne progresse pas plus rapidement ce n'est pas la faute des adultes, au contraire, prendre en compte cette temporalité « atypique » est bien traitante et favorise le développement des compétences sociales de l'enfant.

Cette même réflexion doit aussi conduire à mieux comprendre à partir de quel moment une inclusion à la crèche ou à l'école est pertinente et aidante pour l'enfant et sur quelle temporalité (temps partiel, très partiel, temps plein...).

5.5. Ce qui demanderait à être développé sur le plan de la recherche

Les thèmes qui suivent mériteraient, d'après nous, d'être approfondis dans des travaux de recherches futurs pour éclairer au mieux les adultes souhaitant aider les enfants dans le développement de leurs compétences sociales.

5.5.1. Jeux libres / jeux organisés dans les lieux d'inclusion

Une de nos questions était de savoir s'il y avait une différence entre les jeux libres et les jeux organisés dans le développement des interactions entre enfants. La réponse à cette question n'est pas claire à ce stade de nos connaissances. Nos observations montrent globalement des enfants un peu perdus dans les lieux d'inclusion, plutôt « à côté » des autres enfants, surtout au temps 1. Cette difficulté manifeste à intégrer le groupe est bien perçue par les enseignants, qui restent très focalisés sur les relations aux autres durant les jeux et les temps libres et n'évoquent jamais, par ailleurs, la question des apprentissages.

DeKlyen et Odom (1989) cité par Hestenes et Carroll (2000) montrent que les interactions sont favorisées lorsque l'enseignant introduit le jeu, expose les règles, attribue les rôles et fournit le matériel. En effet, les activités plus structurées exigent moins de compétences sociales – par exemple, il n'est pas nécessaire de se déplacer dans l'espace et l'adulte explicite verbalement les consignes et les échanges (Preisler, 1993) - et elles permettent ainsi plus d'interactions entre enfants handicapés et enfants typiques. De même, Guralnick *et al.* (2007) indiquent que la situation d'apprentissage encadrée augmente le nombre des interactions, les enfants handicapés seraient alors moins isolés.

Dans un contexte de jeux libres, Buysse, Onald et Baily (2002) montrent qu'il y aurait moins d'interactions en milieu inclusif qu'en milieu ségrégué.

A contrario, Kemp *et al.* (2013) remarquent, quant à eux, des interactions entre enfants plus importantes dans les activités routinières (comme les repas) ou les jeux libres en intérieur ou à l'extérieur, et notent 30 % d'activités relationnelles en moins lorsque l'adulte dirige une activité de groupe.

Thouroude (2000) qui a observé cinq enfants de 3 à 5 ans en situation de handicap (IMC, surdité et trois enfants avec une trisomie 21), scolarisés en  cole maternelle ordinaire, observe que *« les enfants qui participent au groupe sont ceux qui possèdent un minimum de points communs avec les autres pour trouver leur place parmi eux. Dans ce cas, les récréations ne posent pas de problème particulier. Au contraire, lorsqu'un enfant se sent trop diff rent des autres, il se retrouve souvent seul dans les situations de jeux libres, a fortiori s'il est peu interactif »* (*op.cit.*, p. 99). Elle estime que le contexte pédagogique peut influencer ces situations d'isolement et le manque d'interactivité entre enfants dans le groupe. Autrement dit, certaines méthodes pédagogiques seraient plus favorables que d'autres, ce qui mériterait des recherches plus approfondies sur ce thème.

Dans nos observations, la différence de relations aux pairs selon le type d'activités (libres ou dirigées) s'avère difficile à vérifier. Nos analyses nous amènent à penser que la manière dont l'enfant se comporte durant les temps « libres » dépend beaucoup de son développement cognitif et surtout du stade où il en est dans la conscience de lui-même et la conscience de l'autre. On observe pour un certain nombre d'enfants des possibilités de liens aux pairs plus fréquentes et investies en classe par exemple, alors que l'enfant reste davantage en retrait, et à proximité de l'adulte en récréation. Mais il est probablement plus juste d'attribuer cette différence à l'environnement (calme en classe / agit  et trop stimulant en récréation), qu'à la structuration ou non des activités.

Ainsi, ce qui apparaît est que les jeux structurés en milieu inclusif ont des effets positifs quand l'enfant n'a pas encore pu nouer des liens électifs clairs et que son développement cognitif lui permet de pouvoir comprendre/participer, à sa manière, à ce qui est proposé. En revanche, quand par la suite l'enfant s'est familiarisé avec l'environnement et les stimulations diverses, qu'il a noué des liens privilégiés avec certains enfants, alors les jeux libres sans contraintes de l'adulte favorisent les interactions entre enfants. Les temps libres deviennent alors des moments

où se nouent des interactions dans lesquelles les enfants peuvent être actifs, créatifs et prennent plaisir aux liens.

Nous montrons qu'avec les frères et sœurs, les apprentissages se font plutôt durant les temps « libres » (dans la chambre au coucher, les jeux moteurs libres, les repas avec les bêtises...).

Sur ce thème, nous estimons qu'il faudra des travaux plus ciblés pour éclairer les professionnels et les familles sur ce point.

5.5.2. Petits groupes et grands groupes

Si dans la majorité des cas, l'inclusion est jugée comme positive dans notre recherche, il faut pouvoir aussi repérer les difficultés, leur nature et leur origine pour les dépasser après les avoir prises en compte. Dans ce contexte, il est indispensable de mener une réflexion approfondie sur ce que l'inclusion en grand groupe, en petit groupe, en milieu de soin apporte de spécifique à l'enfant.

Notre analyse a révélé d'importantes différences relatives à l'évolution des enfants dans les groupes divers auxquels il participe.

La taille des groupes apparaît comme un élément essentiel : il apparaît dans notre étude que les petits groupes sont à préférer dans la mesure où ils permettent un meilleur repérage des enfants ainsi que des activités plus individualisées. Le grand groupe, surtout pour les enfants ayant des difficultés importantes dans la conscience de soi/conscience de l'autre, impose la gestion de trop de stimulations simultanées et un rythme trop rapide.

Il s'agit également de laisser de la place à l'expérimentation et aux surprises car des mises en situation, parfois non préparées, peuvent révéler l'appétence et les compétences sociales des enfants en situation de handicap. Nous montrons ainsi, du moins dans un premier temps, l'intérêt qu'il y a à ce que l'enfant puisse bénéficier à la fois de l'inclusion dans de petits groupes respectant ses progressions, peu bruyants, dans lequel il repère les différents enfants, et les grands groupes qui lui permettent d'appivoiser le bruit, le mouvement, la diversité des enfants.

Il s'agit donc de pouvoir/savoir utiliser ces deux modalités de socialisation en suivant le rythme de développement de chaque enfant. Or, pour l'instant nous manquons de travaux permettant de mieux éclairer comment il convient d'aider au mieux l'enfant à jouer souplement de ces deux modalités de vie en groupes d'enfants.

Par ailleurs, dans notre étude, comme dans la littérature, il est noté que lorsque l'enfant est dans un groupe avec un ou plusieurs autres enfants ayant des déficiences, alors, il noue plus facilement des liens avec eux. Cela est important et plaide en faveur des inclusions permettant à l'enfant d'interagir aussi avec des enfants qui ont des difficultés comme lui. Ce qui doit conduire à réfléchir à l'intérêt d'inclure plusieurs enfants en difficultés dans les classes, au moins pour un temps.

5.5.3. Les déficiences

L'une de nos hypothèses était que le type et la sévérité de la déficience avaient un impact sur la création et l'évolution des liens entre enfants. Notre étude montre des différences mais qui ne permettent pas de conclure sauf pour ce qui concerne le polyhandicap. La littérature, ne permet pas non plus d'avancer des choses très claires sur ce thème, les résultats sont parfois divergents, en raison de protocoles différents, en particulier. Ce thème nécessiterait donc des approfondissements dans des travaux futurs.

Les *déficiences de l'enfant* font partie des caractéristiques beaucoup étudiées pour expliquer la création ou le maintien des relations entre enfants en situation de handicap et enfants typiques. Ainsi, les auteurs de notre corpus *ont* indiqué des différences liées au type de handicap des enfants. Par exemple, Fidler et Nadel (2007) indiquent que les enfants porteurs de trisomie 21 montrent de bonnes capacités de réciprocité sociale mais tendent à être en difficulté lorsque les demandes inhérentes aux situations sociales dépassent leurs capacités cognitives. Les enfants qui présentent une déficience motrice importante, générant une dépendance forte à l'adulte, sont aussi en difficulté avec les pairs, parce que l'adulte est toujours obligé de médiatiser les relations, ce qui freine les relations entre enfants (Harper, 2015). De même, Harper et McCluskey (2002) constatent que les enfants avec handicap moteur sévère ou de communication ont passé moins de temps à interagir avec leurs pairs et passé plus de temps avec les adultes que les autres enfants (enfants avec langage verbal suffisant et enfants typiques). Les enfants sans langage verbal ont passé davantage de temps dans des jeux solitaires que les autres enfants (enfants avec handicap moteur et enfants typiques). Le niveau de langage limité s'inscrit bien souvent dans un tableau clinique de déficience intellectuelle importante ; certains auteurs font l'hypothèse que ces enfants ont des problèmes d'attention, et sont moins capables de répondre et d'intéresser leurs pairs (Bronson & al., 1995). Enfin, plusieurs recherches concluent également que les troubles du comportement ont un effet très délétère sur

la construction des relations avec les pairs (Ferreira & al., 2017 ; Harper & McCluskey, 2002 ; Nabors, 1997) : les enfants concernés font partie des plus rejetés par les pairs en milieu inclusif.

Il semblerait donc que les difficultés motrices dans les déplacements ou la tenue assise (Harper & McCluskey, 2002 ; Muldeij, 1997 ; Nowicki & al., 2014), ou encore les troubles relationnels et les difficultés à gérer leurs émotions (Ferreira & al., 2017), les difficultés à se faire comprendre et à communiquer (Bauminger-Zviely, Karin & al., 2014 ; Chen & al., 2019) soient autant de caractéristiques constituant une entrave aux interactions avec les pairs.

Dans nos observations, la lenteur, les difficultés à comprendre et à être compris (par le langage verbal mais aussi par les expressions corporelles et du visage) apparaissent centrales, bien que nous notions que parfois les autres enfants servent de traducteurs et de transmetteurs. De même, la distractibilité ou la difficulté à maintenir une attention soutenue peuvent compliquer les interactions.

Les enfants atteints de déficiences cognitives voient le décalage entre leur centre d'intérêt et celui des autres enfants augmenter avec le temps, ce qu'avait déjà évoqué Thouroude (2000), dont les observations font apparaître une bonne acceptation par l'ensemble de la classe, mais dans certains cas avec une communication difficile, « *par insuffisance de points communs [et de références communes], en particulier au niveau de la grande section, dans les cas de handicap mental* » (op. cit., p.73).

Evidemment, les enfants atteints de polyhandicap cumulent toutes ces difficultés et donc ont davantage de difficultés à être actifs, à nouer des liens électifs et durables. Toutefois, selon les répondants, ce « déficit » en interaction s'accompagne du fait que les répondants ont le sentiment que l'enfant aime être au milieu des autres, bénéficie de l'activité qui se déploie dans ce contexte. Ce sont des enfants pour lesquels il faut être particulièrement attentif aux conditions environnementales : une lumière trop forte ou une installation inconfortable vont avoir des conséquences importantes sur les possibilités pour l'enfant d'être en lien avec ses pairs.

L'hyper ou l'hypo-sensorialité peuvent également empêcher le rapprochement des enfants, une trop grande sensibilité au bruit, au toucher, par exemple, éloignant l'enfant en situation de handicap des autres. Cela est particulièrement vrai pour les enfants polyhandicapés, qui montrent pour la plupart des problématiques importantes d'hypersensibilité et qui ont besoin d'expérimenter très lentement et très progressivement la proximité des autres enfants. Dans un premier temps, quand ils sont très jeunes et se montrent hypersensibles aux bruits, odeurs,

mouvements, touchers, etc., ils tolèrent mal le mouvement des autres enfants, leur proximité physique, leur contact direct. C'est seulement quand cette hypersensibilité diminue, et aussi quand ils deviennent capables de s'opposer à l'initiative d'un enfant qui ne leur convient pas, qu'ils peuvent commencer à trouver du plaisir dans les liens aux autres enfants et même devenir actifs dans ces liens.

Enfin, comme l'analyse du cas d'un enfant avec un handicap moteur l'a montré, illustrant l'évolution des liens entre enfants, notre étude montre que le handicap moteur isolé ne semble pas nécessairement constituer une entrave à la construction des liens avec les pairs ; cela rejoint les conclusions de certains chercheurs, qui indiquent en effet que les enfants avec des troubles moteurs sont plus facilement intégrés dans le tissu social que les enfants qui présentent une déficience intellectuelle (Diamond & Hestenes, 1996 ; Guralnick & al., 1996 ; Harper 2015 ; Odom 2006 ; Huckstadt, 2014).

5.6. Conclusion

Dans notre étude, l'inclusion apparaît comme étant bénéfique, mais il faut rappeler que les lieux d'inclusion rencontrés ont été volontaires pour participer à cette recherche : ils ne sont donc pas forcément représentatifs de la majorité des situations rencontrées par les enfants handicapés et leurs familles. Les professionnels des lieux d'inclusion rencontrés sont tous intimement convaincus du bénéfice de l'inclusion et tous déterminés à faciliter l'accueil de l'enfant avec un handicap dans leur structure.

Parents et professionnels, quand on leur donne les moyens et le temps de s'exprimer, donnent des indications fines, nuancées et réflexives sur ce qu'ils ont observé des relations entre enfants. Si le *corpus* recueilli est plus complexe à analyser que des questionnaires, il permet d'atteindre des degrés de finesse dans les observations que seul le discours libre permet d'obtenir. Il est donc fondamental de développer et de systématiser le recueil de données sur ce thème auprès d'eux afin de favoriser l'inclusion des enfants en situation de handicap.

La diversité des cas et de leur évolution montre que l'accordage entre adultes et enfants est un travail de dentelle qui suppose des observations fines et croisées, renouvelées régulièrement. Par ailleurs, les cas, dans leur diversité, montrent qu'un environnement adapté, un accueil chaleureux et attentif peut tout à fait accompagner l'enfant à son rythme avec des effets positifs

évidents sur son sentiment de sécurité et sa capacité à s'ouvrir aux relations avec les autres enfants.

Cette analyse sur 18 mois permet de constater que, dans la majorité des cas, il y a une progression dans le processus de création des liens entre enfants. Les cas où il y a peu de progression sont ceux pour lesquels les déficiences sont très importantes, en particulier, dans le cas du polyhandicap.

Tout au long de ces 18 mois d'observation, force est de constater également que l'enfant ne manifeste pas les mêmes compétences à la maison, dans des lieux familiers et dans les lieux d'inclusion. Cela signifie probablement que ses compétences sont émergentes et souligne l'importance d'un dialogue soutenu et continu entre les parents et tous les professionnels autour de l'enfant.

Si certains résultats obtenus dans la littérature se sont vus confirmés, d'autres se sont vus nuancés et, surtout, des variables affectant les processus ont été mises en avant et devront à l'avenir orienter à la fois les professionnels, les chercheurs et les familles sur une attention plus soutenue portée :

- Aux interactions entre enfants au sein de la famille ;
- A la création de conditions environnementales ajustées à l'enfant (installations, taille de groupe, bruit, etc.)
- A une analyse des activités ajustées à l'enfant (activité libre/activité encadrée, temps de loisirs/temps éducatifs, etc.)
- A une analyse plus fine du développement psycho-affectif de l'enfant dans les processus de séparation/individuation avec les parents et dans les processus d'identification/différenciation avec les pairs.

Au-delà de ce qui se joue pour chacun des enfants (caractéristiques et personnalité), le rôle de l'environnement physique (matériel, cadre, etc.) et humain (pairs et adultes) dans lequel se nouent les liens n'est pas à sous-estimer. Ces facteurs sont primordiaux et ils ont comme avantage que l'on peut agir sur eux comme des leviers, tandis que les déficiences de l'enfant, même avec des rééducations pour en amoindrir les effets, vont perdurer.

L'ensemble des indicateurs réunis du fait de ces observations peuvent permettre de voir où l'enfant en est et comment l'aider à être plus compétent socialement, ce qui pourrait ainsi favoriser son intégration parmi ses pairs.

5.6.1. Le bilan de l'impact de l'étude sur le terrain

Concernant les familles, la totalité des répondants des familles sollicitées sont des mères, certaines ont trouvé difficile le remplissage des livrets mais ont pris plaisir aux échanges que cela a suscité avec la psychologue-coordinatrice.

Les retours des parents sont positifs : ils ont eu le sentiment que l'on s'était intéressé à eux et à leur enfant, ils ont été heureux d'avoir été utiles à d'autres familles. Ils se sont sentis valorisés par la participation à la recherche. Ils ont aussi développé, avec plaisir et intérêt, un dialogue avec les psychologues-coordinatrices et montré toutes leurs compétences à comprendre et interagir avec leurs enfants.

Ils ont témoigné du fait que cette étude les a conduits à être plus attentifs aux relations entre leurs enfants et les autres enfants et aussi à prendre conscience de l'importance de prendre de la distance pour laisser davantage d'initiatives à leur enfant.

Ils ont été heureux qu'on s'intéresse à leur enfant en analysant un des aspects de son développement sans se focaliser sur ses difficultés. Durant cette étude, ils ont parlé de leur enfant, avant tout, et de ses relations avec les autres enfants. Ce qui explique d'ailleurs finalement le peu de *verbatim* concernant les déficiences.

Beaucoup également, ont exprimé leur reconnaissance aux chercheurs de s'intéresser à leurs enfants et de chercher à faire évoluer sa prise en charge et son accompagnement.

Du côté des professionnels de l'inclusion, deux attitudes ont été rencontrées.

Un petit nombre de professionnels de l'inclusion n'a pas été facile à mobiliser. Pour certaines psychologues coordinatrices, un travail sur une année a été nécessaire pour y parvenir. Ceci parfois parce que l'institution traversait des difficultés importantes et ne pouvait libérer du temps pour remplir le livret ou participer à l'entretien, ou parce que les professionnels avaient changé. Et pour certains, pour diverses raisons, l'entretien final n'a pas été réalisé.

En revanche, d'autres lieux ont été particulièrement accueillants et ont apprécié d'être soutenus, valorisés par l'attention de la psychologue-coordinatrice.

Les psychologues-coordinatrices ont apprécié, de leur côté, de découvrir les enfants dans le lieu de l'inclusion.

Les rencontres avec les chercheurs ont été sources d'échanges très riches ; plusieurs professionnels un peu impressionnés à l'idée de devoir parler avec les chercheurs de leurs observations, qu'ils jugeaient parfois peu pertinentes, ou parcellaires, ont découvert le plaisir de partager leur expérience, leurs impressions et leurs compétences à observer les enfants et à en rendre compte.

Le livret d'observation avait paru à beaucoup, comme ne tenant pas suffisamment compte de la diversité entre les enfants, ils auraient souhaité qu'il y ait moins de questions et qu'elles soient davantage ouvertes. Les entretiens ont permis qu'ils déploient la richesse de leurs observations.

Pour les psychologues-coordonnatrices, la participation à la recherche a fait évoluer leurs pratiques professionnelles. L'une d'elle a rapporté que les observations proposées dans le cadre de groupes thérapeutiques auxquels participait l'un des enfants avaient permis de faire évoluer la manière dont les professionnels travaillaient ensemble. En particulier, cela a enrichi le dialogue et la collaboration entre elle et l'équipe, permettant de mieux ajuster les propositions aux compétences sociales des enfants.

Cela a également interrogé des professionnels du lieu de soin sur leurs interventions directes auprès des enfants, les a amenés à pouvoir davantage être en arrière-plan en tant qu'adultes, pour permettre aux enfants d'interagir plus spontanément et développer leurs capacités relationnelles, qu'elles qu'en soient les modalités et le rythme.

A la suite de la recherche, une des psychologues-coordinatrices a mis en place un groupe parents-enfants polyhandicapés, avec plusieurs professionnels et différentes médiations, la participation à la recherche l'ayant en partie amenée à prendre cette initiative.

Les institutions ont été impactées positivement, dans la grande majorité des cas, par cette étude ; les questions soulevées par celle-ci ont conduit à des échanges, des débats au sein de l'équipe, qui ont, en retour, alimenté l'étude et fait évoluer certaines pratiques.

A chaque étape du recueil, les psychologues-coordinatrices ont réfléchi à la manière de penser les liens et les tensions entre pratiques de soin, travail avec l'équipe de soins, pratiques de recherche et travail avec l'équipe de chercheurs. De fait, toutes ont constaté que le *focus* mis sur les relations entre enfants a eu des effets sur la clinique, sur le travail des collègues, avec les collègues, etc. L'objectif a été de le repérer et d'analyser individuellement, et au sein du

groupe de chercheurs, les positionnements de chercheur/clinicien. Par exemple, une psychologue explique que la recherche a amené à ce que l'année suivante il y ait un travail conjoint entre psychologue et orthophoniste. Elle a constaté que les praticiens laissaient un peu plus les enfants interagir entre eux sans intervenir. L'équipe de sa structure s'est sentie gratifiée de participer à cette étude.

Si certaines équipes ont été plutôt soutenantes, dans de rares cas elles ont été plutôt indifférentes, mais jamais opposées. Un médecin s'est interrogé sur le caractère « scientifique » de la recherche, en l'absence de statistiques... ce qui a permis de lancer un débat en équipe sur ce thème.

Le temps FIR (Formation, Information, Recherche) a été utilisé par les psychologues-coordinatrices pour mener à bien leurs missions dans le cadre de cette étude. Les enfants et l'institution n'ont donc pas pâti de cette participation. Au contraire, ils en ont profité car ces professionnels, *via* la recherche, et ont accru leurs compétences en matière d'observations et de connaissances du développement des compétences sociales des enfants.

5.6.2. Retombées de la recherche sur les pratiques : perspectives

Communications orales et écrites

La thématique et la méthodologie de la recherche ont fait l'objet d'une communication orale devant le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA) en juin 2018 dans le cadre des travaux concernant l'accueil des enfants en situation de handicap de 0-6 ans par le professeur Scelles.

Par ailleurs, dans les communications orales des participants à la recherche, la recherche et ses financeurs ont été évoqués de nombreuses fois.

En outre, en novembre 2018, a eu lieu un colloque au Brésil durant lequel cette étude a été présentée.

Deux présentations de la recherche ont également été faites par Clémence Dayan en mai 2019, lors de deux événements scientifiques : le colloque BECO, organisé par l'université de Toulouse, et le colloque RISPSYDEV, organisé par l'université de Bordeaux.

A la suite du colloque BECO, un chapitre de livre a été accepté, dans le cadre de la publication des actes du colloque dans un ouvrage collectif (qui paraîtra prochainement aux éditions ERES).

Le colloque du SIICLHA, les 27 et 28 novembre 2020

Le 15^{ème} colloque du SIICLHA sera consacré à ce thème, il sera précédé d'une demi-journée d'échanges et de restitution de la recherche avec les financeurs et les participants à l'étude : chercheurs, praticiens, parents.

5.6.3. Les suites à donner à l'étude

Cette étude montre de manière indiscutable que pour la majorité des enfants, les situations d'inclusion dans la petite enfance ont des effets positifs, mais elle montre aussi l'existence de difficultés majeures qui, pour certaines, pourraient être atténuées. C'est en cela qu'elle pourrait contribuer à améliorer la qualité de l'accueil et la qualité de vie des enfants en situation de handicap quand ils fréquentent des lieux de loisirs et d'éducation.

La recherche a également montré à quel point s'intéresser aux relations entre enfants, les observer avec finesse a un effet très positif pour tous les acteurs de cette scène. Aussi, nous envisageons dans les suites de cette étude, de formaliser un certain nombre de recommandations de nature à favoriser le développement des relations entre enfants dès le plus jeune âge. Ceci dans plusieurs directions :

- Mettre le focus sur les relations fraternelles non pas pour analyser l'impact du handicap sur les frères et sœurs, comme c'est souvent le cas des études sur ce thème, mais pour mieux utiliser et saisir la dynamique des relations entre frères et sœurs dans ces situations-là. Ceci afin que l'enfant puisse bénéficier au mieux de ce qu'il apprend dans ce petit groupe de pairs familiaux, en s'étayant sur le principe selon lequel le lien fraternel prépare les enfants aux relations sociales.

- Mettre le *focus* sur la manière dont l'adulte intervient auprès de l'enfant afin qu'il puisse être soutenant et pas entravant dans les relations entre enfants. Nous avons vu combien la limite entre protection sécurisante et surprotection entravante est fine. Pour avancer dans ce domaine, il est indispensable que parents et professionnels échangent entre eux pour évaluer plus finement :

- Où en est l'enfant dans le processus d'identification/ différenciation avec ses pairs ;
- La compréhension du sens et le fondement des craintes de l'enfant, des risques qu'il court, sur le plan réel mais aussi imaginaire, en interagissant avec les autres enfants à distance d'un adulte ;
- La compréhension des craintes et des représentations de l'adulte sur les interactions de l'enfant handicapé hors de sa présence.

- Se décentrer de la seule relation mère/enfant pour ouvrir davantage sur le père d'abord, mais aussi sur les oncles, tantes et grands-parents.

- Repérer et comprendre le sens des comportements agressifs, globalement nocifs pour la création des liens avec les pairs ; ils sont divers et méritent, au cas par cas, une analyse fine. En effet, ils peuvent être le signe d'une évolution de l'enfant qui devient plus acteur, plus opposant dans les relations qu'il entretient avec les adultes et les autres enfants, mais ils peuvent aussi être le signe d'un malaise. Or, ces comportements non compris, mal interprétés peuvent nettement entraver les relations entre enfants.

- Porter une grande attention aux conditions de l'environnement : les observations des parents et des professionnels invitent à se montrer vigilants à la qualité de l'environnement sonore, lumineux, aux installations et à la prise en compte des déficiences de l'enfant dans l'aménagement de l'espace et les activités proposées.

Pour conclure, nous devons souligner que notre étude collaborative a eu un impact important sur les pratiques professionnelles ; elle montre que la recherche, loin d'être dissociée des préoccupations des pratiques de terrain, peut se nourrir de ces pratiques et les nourrir en retour. L'implication des parents a aussi des effets positifs sur les familles et permet aux chercheurs de bénéficier de leur expérience et de la connaissance précieuse de leur enfant pour mieux comprendre comment le soutenir.

BIBLIOGRAPHIE

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M. D., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 4, pp. 113-136). London: Methuen.
- Alink, L. R. A., Mesman, J., van Zeijl, J., Stolk, M. N., Juffer, F., Koot, H. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2006). The early childhood aggression curve : Development of physical aggression in 10- to 50-month-old children. *Child Development*, 77(4), 954-966. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00912.x>
- Apolloni, T., Cooke, S. A., & Cooke, T. P. (1977). Establishing a normal peer as a behavioral model for developmentally delayed toddlers. *Perceptual and Motor Skills*, 44(1), 231-241. <https://doi.org/10.2466/pms.1977.44.1.231>
- Arnold, D. H., Homrok, S., Ortiz, C., & Stowe, R. M. (1999). Direct observation of peer rejection acts and their temporal relation with aggressive acts. *Early Childhood Research Quarterly*, 14(2), 183-196. [https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(99\)00009-5](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(99)00009-5)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Baudier, A., & Céleste, B. (2010). *Le développement affectif et social du jeune enfant*. Paris : Broché.
- Bart, D. (2011). L'analyse de données textuelles avec le logiciel Alceste. *Recherches en didactiques*, 12(2), 173-184. <https://doi.org/10.3917/rdid.012.0173>
- Bauminger-Zviely, N., & Agam-Ben-Artzi, G. (2014). Young friendship in HFASD and typical development: Friend versus non-friend comparisons. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1733-1748. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2052-7>
- Bauminger-Zviely, N., Karin, E., Kimhi, Y., & Agam-Ben-Artzi, G. (2014). Spontaneous peer conversation in preschoolers with high-functioning autism spectrum disorder versus typical development. *J Child Psychol Psychiatry*, 55(4), 363-373. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12158>
- Beckman, P. J. (1983). The Relationship between Behavioral Characteristics of Children and Social Interaction in an Integrated Setting: *Journal of the Division for Early Childhood*. <https://doi.org/10.1177/105381518300700109>
- Bensalah, L., Paty, B., & Olivier, M. (2006). Représentations des modes relationnels avec leurs pairs par des enfants de 7 à 10 ans. *Enfance*, 58(4), 357-376.
- Blair, B. L., Perry, N. B., O'Brien, M., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Shanahan, L. (2015). Identifying Developmental Cascades Among Differentiated Dimensions of Social Competence and Emotion Regulation. *Developmental Psychology*, 51, 8, 1062–1073.

- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and egoresiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 13, pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Block, J. H., & Block, J. (2006). Venturing a 30-year longitudinal study. *American Psychologist*, *61*, 315-327.
- Boivin, M. (2005). Origines des difficultés dans les relations entre pairs pendant la petite enfance et impacts sur l'adaptation psychosociale et le développement des enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. (en ligne).
- Boivin, M., & Bégin, G. (1986). Temporal reliability and validity of three sociometric status assessments with young children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *18*(2), 167-172.
- Boivin, M., & Hymel, S. (1997). Peer experiences and social self-perceptions: A sequential model. *Developmental Psychology*, *33*(1), 135-145.
- Boivin, M., Hymel, S., & Bukowski, W. M. (1995). The roles of social withdrawal, peer rejection, and victimization by peers in predicting loneliness and depressed mood in childhood. *Development & Psychopathology*, *7*, 765-785.
- Boivin, M., Tessier, O., & Strayer, F.F. (1985). La cohérence des choix sociométriques et l'évaluation de l'amitié chez les enfants d'âge préscolaire. *Enfance*, *38*(4), 329-343.
- Bouchard, C., & Fréchette, N. (1975). Le développement global de l'enfant de 6 à 12 ans en contexte éducatif. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Boudaoud, A. (2008). Du handicap à la reconnaissance de la situation de handicap... *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, *73*(3), 19-26.
- Boutin, M. (2009). Socialisation précoce et handicap. *Contraste*, *30*(1), 121-131.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. Vol. 1 L'attachement*. Paris : PUF (première édition française).
- Bretherton, I., Oppenheim, D., Buchsbaum, H., Emde, R. N., & The MacArthur Narrative Group (1990). *MacArthur Story-Stem Battery*. Unpublished manual.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1996) Le modèle « Processus-Personne-Contexte-Temps » dans la recherche en psychologie du développement : Principes, applications et implications. Dans : R. Tessier & G.M. Tarabulsky (dir), *Le Modèle écologique dans l'étude du Développement de l'Enfant* (pp. 9-58). Ste-Foy, Qc: Presses de l'UQ.
- Bronson, M. B., Hauser-Cram, P., & Warfield, M. E. (1995). Classroom behaviors of preschool children with and without developmental disabilities. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *16*(3), 371-390. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(95\)90025-X](https://doi.org/10.1016/0193-3973(95)90025-X)
- Brownell, C. A., Iesue, S. S., Nichols, S. R., & Svetlova, M. (2013). Mine or Yours? Development of Sharing in Toddlers in Relation to Ownership Understanding. *Child Development*, *84* (3), 906-920.

- Brownell, C. A., Ramani, G. B., & Zerwas, S. (2006). Becoming a Social Partner With Peers: Cooperation and Social Understanding in One- and Two-Year-Olds. *Child Development, 77* (4), 803 – 821.
- Brownell, C. A., Svetlova, M., Anderson, R., Nichols, S. R., & Drummond, J. (2013). Socialization of Early Prosocial Behavior : Parents' Talk About Emotions is Associated With Sharing and Helping in Toddlers. *Infancy, 18*(1), 91–119.
- Buysse, V., Bailey, D. B., Porter, F., & Child, G. (1993). Behavioral and developmental outcomes in young children with disabilities in integrated and segregated settings: A review of comparative studies. *Journal of Special Education, 26*(4), 434–461.
- Buysse, V., Goldman, B. D., & Skinner, M. L. (2002). Setting Effects on Friendship Formation among Young Children with and without Disabilities. *Exceptional Children, 68*(4), 503-517. <https://doi.org/10.1177/001440290206800406>
- Carpendale, J. I. M., Hammond, S. I., & Atwood, S. (2013). A relational developmental systems approach to moral development. *Advances in Child Development and Behavior, 45*, 105-133.
- Carta, J. J., Greenwood, C. R., & Atwater, J. B. (1986). ESCAPE: *Ecobehavioral System for Complex Assessment of Preschool Environments*. Kansas City, KS: Juniper Gardens Children's Project, Bureau of Child Research, University of Kansas.
- Carton, A., & Winnykamen, F. (2010). *Les relations sociales chez l'enfant*. Paris : Broché.
- Castelli, L., De Amicis, L., & Sherman, S. J. (2007). The loyal member effect : On the preference for ingroup members who engage in exclusive relations with the ingroup. *Developmental Psychology, 43*(6), 1347-1359. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1347>
- Cavallaro, S. A., & Porter, R. H. (1980). Peer preferences of at-risk and normally developing children in a preschool mainstream classroom. *American Journal of Mental Deficiency, 84*(4), 357-366.
- Céleste, B. (2009). La sexuation des jeunes enfants trisomiques dans un contexte d'intégration scolaire. *Dialogue, 185*(3), 117-127.
- Charman, T., Swettenham, J., Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G., & Drew, A. (1997). Infants with autism: An investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation. *Developmental Psychology, 33*(5), 781–789.
- Chen, J., Lin, T.-J., Justice, L., & Sawyer, B. (2019). The Social Networks of Children With and Without Disabilities in Early Childhood Special Education Classrooms. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(7), 2779-2794. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3272-4>
- Cicchetti, D., Toth, S. L., & Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology, 17*, (pp. 1-75). New York: Plenum Press.
- Cloutier, R., Gosselin, P., & Tap, P. (2005). *Psychologie de l'enfant*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur
- Crick, N.R., Casas, J.F., & Ku, H.C. (1999). Relational and physical forms of peer victimization in preschool. *Developmental Psychology, 35*(2), 376-385.

- Davis, J. M., & Watson, N. (2001). Where are the children's experiences? Analysing social and cultural exclusion in « special » and « mainstream » schools. *Disability & Society*, 16(5), 671-687. <https://doi.org/10.1080/09687590120070060>
- DeKlyen, M., & Odom, S. L. (1989). Activity structure and social interactions with peers in developmentally integrated play groups. *Journal of Early Intervention*, 13(4), 342-352. <https://doi.org/10.1177/105381518901300406>
- Delavigne, V. (2003). Alceste, un logiciel d'analyse textuelle. *Texte ! Textes et Cultures, Institut Ferdinand de Saussure*, pp.n.a.
- Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S., & Desombre, C. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bulletin de Psychologie*, 515 (5), 471-479.
- Denham, S.A., McKinley, M., Couchoud, E.A., & Holt, R. (1990). Emotional and Behavioral Predictors of Preschool Peer Ratings. *Child Development*, 61(4), 1145-1152.
- Devoney, C., Guralnick, M. J., & Rubin, H. (1974). Integrating handicapped and nonhandicapped preschool children: Effects on social play. *Childhood Education*, 50, 360-364.
- Diamond, K. E. (1993). Preschool Children's Concepts of Disability in Their Peers. *Early Education and Development*, 4(2), 123-129. https://doi.org/10.1207/s15566935eed0402_4
- Diamond, K. E. (1994). Factors in preschool children's social problem-solving strategies for peers with and without disabilities. *Early Childhood Research Quarterly*, 9(2), 195-205. [https://doi.org/10.1016/0885-2006\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0885-2006(94)90005-1)
- Diamond, K. E. (2001). Relationships Among Young Children's Ideas, Emotional Understanding, and Social Contact with Classmates with Disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21(2), 104-113. <https://doi.org/10.1177/027112140102100204>
- Diamond, K. E., & Hestenes, L. L. (1996). Preschool Children's Conceptions of Disabilities : The Salience of Disability in Children's Ideas About Others. *Topics in Early Childhood Special Education*. <https://doi.org/10.1177/027112149601600406>
- Diamond, K. E., Hestenes, L. L., Carpenter, E. S., & Innes, F. K. (1997). Relationships Between Enrollment in an Inclusive Class and Preschool Children's Ideas about People with Disabilities: *Topics in Early Childhood Special Education*. <https://doi.org/10.1177/027112149701700409>
- Diamond, K., & Tu, H. (2009). Relations between classroom context, physical disability and preschool children's inclusion decisions. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(2), 75-81. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.10.008>
- Dionne, G., Tremblay, R., Boivin, M., Laplante, D., & Pérusse, D. (2003). Physical aggression and expressive vocabulary in 19-month-old twins. *Developmental Psychology*, 39(2), 261-273.
- Dodge, K.A., Coie, J.D., Pettit, G.S., & Price, J.M. (1990). Peer status and aggression in boys' groups: developmental and contextual analyses. *Child Development*, 61(5), 1289-1309.
- Dubon, D.C., Josse, D., & Lézine, I. (1981). Évolution des échanges entre enfants au cours des deux premières années de la vie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 29(6), 273-290.

- Dugravier, R., Guedeney, N., & Mintz, A-S. (2006). Attachement et liens d'amitié. *Enfances & Psy*, 31(2), 20-28.
- Dumont, C., & Paquette, D. (2008). Attachement père-enfant et engagement paternel : deux concepts centraux du développement de l'enfant. *Revue de psychoéducation*, 37(1), 27-46.
- Egel, A. L., Richman, G. S., & Koegel, R. L. (1981). Normal peer models and autistic children's learning. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14(1), 3-12. <https://doi.org/10.1901/jaba.1981.14-3>
- Espinoza, O. (1993). Les relations affinitaires à la crèche. *Enfance*, 46(4), 377-391.
- Espinoza, O. (1998). Genèse et formes de l'amitié chez les jeunes enfants. *Les dossiers de l'éducation*, 13, 51-59.
- Ettekal, I., & Ladd, G.W. (2015). Costs and benefits of children's physical and relational aggression trajectories on peer rejection, acceptance, and friendships: variations by aggression subtypes, gender, and age. *Developmental Psychology*, 51(12), 1756-1770.
- Fabes, R.A., Eisenberg, N., Jones, S., Smith, M., Guthrie, I., Poulin, R., Shepard, S., & Friedman, J. (1999). Regulation, Emotionality, and Preschoolers' Socially Competent Peer Interactions. *Child Development*, 70(2), 432-442.
- Faught, K. K., Balleweg, B. J., Crow, R. E., & Van den Pol, R. A. (1983). An analysis of social behaviors among handicapped and nonhandicapped preschool children. *Education & Training of the Mentally Retarded*, 18(3), 210-214.
- Favazza, P. C., & Odom, S. L. (1996). Use of the Acceptance Scale to Measure Attitudes of Kindergarten-Age Children. *Journal of Early Intervention*, 20(3), 232-248. <https://doi.org/10.1177/105381519602000307>
- Ferenczi, S. (1933). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. Dans S. Ferenczi (dir), *Psychanalyse 4 Œuvres complètes, t. IV : 1927-1933* (pp. 125-133). Paris : Payot, 1982
- Ferreira, M., Aguiar, C., Correia, N., Fialho, M., & Pimentel, J. S. (2017). Social Experiences of Children With Disabilities in Inclusive Portuguese Preschool Settings. *Journal of Early Intervention*, 39(1), 33-50. <https://doi.org/10.1177/1053815116679414>
- Fidler, D. J., & Nadel, L. (2007). Education and children with down syndrome : Neuroscience, development, and intervention. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(3), 262-271. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20166>
- Fink, E., Begeer, S., Hunt, C., & de Rosnay, M. (2014). False-belief understanding and social preference over the first 2 years of school : A longitudinal study. *Child Development*, 85(6), 2389-2403.
- Fontaine, A-M. (2005). Écologie développementale des premières interactions entre enfants : effets des matériels de jeu. *Enfance*, 57(2), 137-154.
- Foulquié, P. (1978). *Vocabulaire des sciences sociales*. Paris : PUF.
- Fraysse, J-C. (1994). Combined effects of friendship and stage of cognitive development on interactive dynamics. *The Journal of Genetic Psychology*, 155, 161-177.

- Freud, S. 1921. « Psychologie des foules et analyse du moi. In S. Freud (1921), *Essais de psychanalyse* (pp. 117-218). Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981.
- Frydman, M., & Ritucci, G. (1988). Le développement de l'attitude altruiste : expérimentation et évaluation d'un programme centré sur le comportement d'aide. *Enfance*, 41 (3-4), 73-85.
- Frydman, M., Ledru, L., Hofmans, V., Molinier, C., & Mouassi, F. (1995). Le développement de l'attitude altruiste. *Enfance*, 48(1), 89-100.
- Garfinkle, A. N., & Schwartz, I. S. (2002). Peer imitation : Increasing social interactions in children with autism and other developmental disabilities in inclusive preschool classrooms. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(1), 26-38. <https://doi.org/10.1177/0271121402200103>
- Gimenez, C., & Blatier, C. (2004). Étude de l'émergence de l'agressivité physique au cours de la prime enfance. *Devenir*, 16(4), 309-335.
- Girard, M-E., Lemelin, J-P., Provost, M.A., & Tarabulsy, G.M. (2013). La sécurité d'attachement durant la deuxième année de vie en tant que facteur prédictif des habiletés sociales en milieu scolaire. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 45(4), 329-340.
- Godleski, S. A., Kamper, K. E., Ostrov, J. M., Hart, E. J., & Blakely-McClure, S. J. (2015). Peer Victimization and Peer Rejection During Early Childhood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(3), 380–392.
- Goldstein, H., & Brown, W. H. (1989). Observational learning of receptive and expressive language by handicapped preschool children. *Education and Treatment of Children*, 12(1), 5-37.
- Goldstein, H., & Wickstrom, S. (1986). Peer intervention effects on communicative interaction among handicapped and nonhandicapped preschoolers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19(2), 209-214. <https://doi.org/10.1901/jaba.1986.19-209>
- Goldstein, H., English, K., Shafer, K., & Kaczmarek, L. (1997). Interaction among preschoolers with and without disabilities : Effects of across-the-day peer intervention. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(1), 33-48. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4001.33>
- Gottman, J. M. (1983). How children become friends. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48(3), 86-86. <https://doi.org/10.2307/1165860>
- Graindorge, C. (2006). Amis ou copains, l'amitié chez les petits. *Enfances & Psy*, 31(2), 29-35.
- Green, V. A., Drysdale, H., Boelema, T., Smart, E., van der Meer, L., Achmadi, D., Prior, T., O'Reilly, M., Didden, R., & Lancioni, G. (2013). Use of Video Modeling to Increase Positive Peer Interactions of Four Preschool Children with Social Skills Difficulties. *Education and Treatment of Children*, 36(2), 59-85.
- Gresham, F.M. , & Elliott, S.N. (1990). *Social skills rating system*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Gross, J., Richards, J.M., & John, O. (2006). Emotion regulation in everyday life, dans Snyder D., Hughes J., Simpson J., *Emotion regulation in couples and families : pathways to dysfunction and health*, Washington, DC, APA, pp. 13-35.

- Gross, J.J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74(1), 224-237.
- Guralnick, M. J. (1999). Family and child influences on the peer-related social competence of young children with developmental delays. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5(1), 21-29. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2779\(1999\)5:1<21::AID-MRDD3>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2779(1999)5:1<21::AID-MRDD3>3.0.CO;2-O)
- Guralnick, M. J., & Groom, J. M. (1987). The peer relations of mildly delayed and nonhandicapped preschool children in mainstreamed playgroups. *Child Development*, 58, 1556-1572.
- Guralnick, M. J., & Groom, J. M. (1988). Peer interactions in mainstreamed and specialized classrooms: A comparative analysis. *Exceptional Children*, 54, 415-425.
- Guralnick, M. J., Connor, R. T., Hammond, M., Gottman, J. M., & Kinnish, K. (1996). Immediate effects of mainstreamed settings on the social interactions and social integration of preschool children. *American Journal of Mental Retardation*, 100(4), 359-377.
- Guralnick, M. J., Hammond, M. A., Connor, R. T., & Neville, B. (2006). Stability, change, and correlates of the peer relationships of young children with mild developmental delays. *Child Development*, 77(2), 312-324. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00872.x>
- Guralnick, M. J., Neville, B., Hammond, M. A., & Connor, R. T. (2007). The Friendships of Young Children with Developmental Delays : A Longitudinal Analysis. *Journal of applied developmental psychology*, 28(1), 64-79. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.10.004>
- Guralnick, M. J., Paul-Brown, D., Groom, J. M., Booth, C. L., Hammond, M. A., Tupper, D. B., & Gelenter, A. (1998). Conflict resolution patterns of preschool children with and without developmental delays in heterogeneous playgroups. *Early Education and Development*, 9, 49-77.
- Guralnick, M. J., Paul-Brown, D., Groom, J. M., Booth, C. L., Hammond, M. A., Tupper, D. B., & Gelenter, A. (1998). Conflict resolution patterns of preschool children with and without developmental delays in heterogeneous playgroups. *Early Education and Development*, 9(1), 49-77. https://doi.org/10.1207/s15566935eed0901_3
- Guralnick, M. J. (1990). Peer Interactions and the Development of Handicapped Children's Social and Communicative Competence. In H. C. Foot, M. J. Morgan & R. H. Shute (Eds.), *Children helping children*, (pp. 275-305). John Wiley & Sons.
- Guthier, R., & Jacques, M. (1985). « La dominance et l'affiliation chez les enfants d'âge préscolaire : analyse transversale », In R.E. Tremblay, M.A. Provost et F.F. Strayer (eds), *Éthologie et développement de l'enfant*, Paris, Stock, pp. 309-328.
- Hames, A. (1998). Do the younger siblings of learning-disabled children see them as similar or different? *Child: Care, Health and Development*, 24(2), 157-168. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.1998.00061.x>
- Hamilton, D. (2005). An ecobehavioural analysis of interactive engagement of children with developmental disabilities with their peers in inclusive preschools. *International Journal of Disability, Development and Education*, 52(2), 121-137. <https://doi.org/10.1080/10349120500086363>

- Hanish, L. D., & Guerra, N. G. (2002). A longitudinal analysis of patterns of adjustment following peer victimization. *Development and Psychopathology*, *14*, 69-89.
- Harper, L. V., & McCluskey, K. S. (2002). Caregiver and peer responses to children with language and motor disabilities in inclusive preschool programs. *Early Childhood Research Quarterly*, *17*(2), 148-166. [https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(02\)00143-6](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(02)00143-6)
- Hartup, W. W., Glazer, J. A., & Charlesworth, R. (1967). Peer reinforcement and sociometric status. *Child Development*, *38*(4), 1017-1024. <https://doi.org/10.2307/1127099>
- Hay, D.F., Payne, A., & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(1), 84-108.
- Herrou, C., Korff-Sausse, S., & Lapeyre, M. (2007). L'intégration collective de jeunes enfants handicapés. *Reliance*, *26*(4), 116-117.
- Hestenes, L. L., & Carroll, D. E. (2000). The play interactions of young children with and without disabilities : Individual and environmental influences. *Early Childhood Research Quarterly*, *15*(2), 229-246. [https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(00\)00052-1](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(00)00052-1)
- Hoffman, L., Marquis, J., Poston, D., Summers, J. A., & Turnbull, A. (2006). Assessing family outcomes : Psychometric evaluation of the beach center family quality of life scale. *Journal of Marriage and Family*, *68*(4), 1069-1083. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00314.x>
- Howes C. (1988). Peer interaction of young children. Monographs of the Society for Research in Child Development, *53*(1).
- Huckstadt, L. K., & Shutts, K. (2014). How Young Children Evaluate People With and Without Disabilities. *The Journal of social issues*, *70*(1), 99-114. <https://doi.org/10.1111/josi.12049>
- Hue, S., Rouse, J., Bon, M-L., & Strayer, F. F. (2009). Autoévaluation des compétences personnelles et l'image de soi de l'enfant en milieu scolaire. *Bulletin de Psychologie*, *499*(1), 3-14.
- Hundert, J., Mahoney, W. J., & Hopkins, B. (1993). The Relationship Between the Peer Interaction of Children with Disabilities in Integrated Preschools and Resource and Classroom Teacher Behaviors. *Topics in Early Childhood Special Education*, *13*(3), 328-343. <https://doi.org/10.1177/027112149301300309>
- Jardin, F. Moreau, A., Gane, H., Perusi, M., Rasse, M., & Simon, N. (2008). Soins et prévention des comportements dits violents ou de retrait chez des enfants en crèche. *La Psychiatrie de l'enfant*, *51*(1), 215-273.
- Joao, D.R., Santos, A.J., Peceguina, I., & Vaughn, B.E. (2015). Affiliative Structures and Social Competence in Portuguese Preschool Children. *Developmental Psychology*, *51*(7), 905-912.
- Katz, L. G., & McClellan, D. E. (1997). Fostering children's social competence: the teacher's role. Washington DC: National Association for the Education of Young Children.
- Keel, M. C., & Gast, D. L. (1992). Small-Group Instruction for Students with Learning Disabilities : Observational and Incidental Learning: *Exceptional Children*. <https://doi.org/10.1177/001440299205800408>
- Kemp, C., Kishida, Y., Carter, M., & Sweller, N. (2013). The effect of activity type on the engagement and interaction of young children with disabilities in inclusive childcare

- settings. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(1), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2012.03.003>
- Kemple, K., Speranza, H., & Hazen, N. (1992). Cohesive discourse and peer acceptance : Longitudinal relations in the preschool years. *Merrill-Palmer Quarterly*, 38(3), 364-381.
- Kishchuk, N. & Leduc, L. (2003). Habiletés sociales des enfants de 5 à 12 ans. *Rapport de recherche*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Kochenderfer, B.J., & Ladd, G.W. (1996). Peer victimization: Cause or consequence of school maladjustment? *Child Development*, 67(4), 1305-1317.
- Korff-Sausse, S. (2005). Un exclu pas comme les autres. Handicap et exclusion. *Cliniques méditerranéennes*, 72(2), 133-146.
- Ladd, G.W. (1999). Peer relationships and social competence during early and middle childhood. *Annual Review of Psychology*, 50, 333-359.
- Ladd, G.W., Price, J.M., & Hart, C.H. (1988). Predicting preschoolers' peer status from their playground behaviors. *Child Development*, 59, 986-992.
- LaFrenière, P.J., Peter, J., Dubeau, D., Janosz, M., Capuano, F., 1990. Profil socioaffectif de l'enfant d'âge préscolaire. *Revue Canadienne de Psychoéducation*, 19(1), 23-41.
- Liszkowski, U., Carpenter, M., Striano, T., & Tomasello, M. (2006). Twelve- and 18-month-olds point to provide information for others. *Journal of Cognition and Development*, 7, 173-187.
- Magiati, I., Dockrell, J. E., & Logotheti, A.-E. (2002). Young children's understanding of disabilities : The influence of development, context, and cognition. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23(4), 409-430. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(02\)00126-0](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(02)00126-0)
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society of Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-104.
- Maisonneuve J. (1969). *La Psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Marc, E., & Picard, D. (1989). *L'interaction sociale*. Paris : PUF.
- Marshall, H. R., & McCandless, B. R. (1957). A study in prediction of social behavior of preschool children. *Child Development*, 28, 149-159. <https://doi.org/10.2307/1125877>
- Martlew, M. (1989). Observations on a child with cerebral palsy and her twin sister made in an integrated nursery and at home. *Child: Care, Health and Development*, 15(3), 175-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1989.tb00614.x>
- McIntyre, L. L., Blacher, J., & Baker, B. L. (2006). The transition to school : Adaptation in young children with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(5), 349-361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00783.x>
- Mellier, D., & Courbois, Y. (2005). Pour une approche psychologique interactive des enfants qui se développent autrement : La situation de handicap mental. *Enfance*, 57(3), 213-217.
- Mertan, B., & Nadel, J. (1991). La communication entre jeunes enfants en présence et en l'absence de l'adulte. *Enfance*, 44, 7-23.

- Montagner, H. (1988) *L'attachement : les débuts de la tendresse*. Paris : Odile Jacob.
- Montagner, H. (1993). *L'enfant acteur de son développement*. Paris : Stock.
- Mueller, E., & Lucas, T. (1975). « A developmental analysis of peer interaction among toddlers » In E.D. Lewis et L.A. Rosenblum (eds.), *Friendships and Peer Relation*, New York, Wiley, pp. 223-258.
- Mulderij, K. J. (1997). Peer relations and friendship in physically disabled children. *Child: Care, Health and Development*, 23(5), 379-389. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1997.tb00905.x>
- Nabors, L. (1997). Playmate preferences of children who are typically developing for their classmates with special needs. *Mental Retardation*, 35(2), 107-113. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(1997\)035<0107:PPOCWA>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(1997)035<0107:PPOCWA>2.0.CO;2)
- Nadel, J. (1979). La conception wallonienne du milieu. *Enfance*, 5, 363-372.
- Nadel, J. (1986). *Imitation et communication entre jeunes enfants*. Paris : PUF.
- Nadel, J. (2001). Chercher l'enfant, trouver l'humain. *Enfance*, 53(1), 67-74.
- Nadel, J., & Baudonnière, P.M. (1985). « L'objet : moyen d'étude des compétences à communiquer », In P.M. Baudonnière (ed.), *Étudier l'enfant de la naissance à 3 ans*, Paris, CNRS, « Comportements », pp.139-163.
- Nadel, J., & Potier, C. (2001). Imitiez, imitez, il en restera toujours quelque chose : le statut développemental de l'imitation dans le cas d'autisme. *Enfance*, 54(1), 76-85.
- Newcomb, A.F., Bukowski, W.M., & Pattee, L. (1993). Children's peer relations: a meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial, and average sociometric status. *Psychological Bulletin*, 113(1), 99-128.
- NICHD Early Child Care Research Network. (2003). Does amount of time spent in child care predict socioemotional adjustment during the transition to kindergarten? *Child Development*, 74(4), 976-1005.
- Nijs, S., Penne, A., Vlaskamp, C., & Maes, B. (2016). Peer Interactions among Children with Profound Intellectual and Multiple Disabilities during Group Activities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(4), 366-377. <https://doi.org/10.1111/jar.12185>
- Novak, M. A., Olley, J. G. & Kearney, D.S. (1980). Social skills of children with special needs in integrated and separate preschools. In T. Field, S. Goldberg, D. Stern and A. M. Sostek (Eds), *High Risk Infants and Children* (pp. 326–346). New York: Academic Press.
- Nowicki, E. A., Brown, J., & Stepien, M. (2014). Children's thoughts on the social exclusion of peers with intellectual or learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(4), 346-357. <https://doi.org/10.1111/jir.12019>
- Odom, S. L., & Brown, W. H. (1993). Social interaction skills interventions for young children with disabilities in integrated settings. In C. A. Peck, S. L. Odom, & D. D. Bricker (Éds.), *Integrating young children with disabilities into community programs : Ecological perspectives on research and implementation*. (1992-98770-003; p. 39-64). Paul H. Brookes Publishing.

- Odom, S. L., & Diamond, K. E. (1998). Inclusion of young children with special needs in early childhood education : The research base. *Early Childhood Research Quarterly*, 13(1), 3-25. [https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(99\)80023-4](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(99)80023-4)
- Odom, S. L., Zercher, C., Li, S., Marquart, J. M., Sandall, S., & Brown, W. H. (2006). Social acceptance and rejection of preschool children with disabilities: A mixed-method analysis. *Journal of Educational Psychology*, 98(4), 807–823. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.98.4.807>
- Ostrov, J.M., & Keating, C.F. (2004). Gender Differences in Preschool Aggression During Free Play and Structured Interactions: An Observational Study. *Social Development*, 13(2), 255-277.
- Ozonoff, S., Young, G. S., Goldring, S., Greiss-Hess, L., Herrera, A. M., Steele, J., Macari, S., Hepburn, S., & Rogers, S. J. (2008). Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), 644-656. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0430-0>
- Paulus, M. (2016). Friendship trumps neediness: The impact of social relations and others' wealth on preschool children's sharing. *Journal of Experimental Child Psychology*, 146, 106–120.
- Penela, E. C., Walker, O. L., Degnan, K. A., Fox, N. A., & Henderson, H. A. (2015). Early behavioral inhibition and emotion regulation: Pathways toward social competence in middle childhood. *Child Development*, 86 (4), 1227–1240.
- Peris, R. (2015). Éléments d'intégration pour un enfant en situation de handicap dans une classe de CP. *Empan*, 99(3), 61-63.
- Perron, R., Desjeux, D., Mathon, T., & Mises, R. (1980). Les interactions agressives chez l'enfant. Étude par observation directe dans différents groupes de vie. *Enfance*, 3, 157-178.
- Perry, D.G., Kusel, S., & Perry, L.C. (1988). Victims of peer aggression. *Developmental Psychology*, 24(6), 807-814.
- Pessoa e Costa, I., Torres, N., Monteiro, L., Tereno, S., & Veríssimo, M. (2014). Anxiété de séparation maternelle et le développement social de l'enfant. *Devenir*, 26(4), 327-338.
- Peterson, N. L., & Haralick, J. G. (1977). Integration of handicapped and nonhandicapped preschoolers : An analysis of play behavior and social interaction. *Education & Training of the Mentally Retarded*, 12(3), 235-245.
- Pierrehumbert, B. (2005). *L'attachement, de la théorie à la clinique*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Pinel-Jacquemin, S., Koliouli, F., Moscaritolo, A., & Zaouche-Gaudron, C. (2020). Inclusion des tout-petits en situation de handicap dans les crèches. *Devenir*, 32(1), 5-19.
- Pinel-Jacquemin, S., Zaouche Gaudron, C., & Troupel, O. (2009). Attachement Père-Enfant et qualité des relations fraternelles Cadet-Aîné. *Psychologie Française*, 54(4), 307-322.
- Pinto, A. I., Grande, C., Coelho, V., Castro, S., Granlund, M., & Björck-Åkesson, E. (2019). Beyond diagnosis : The relevance of social interactions for participation in inclusive preschool settings. *Developmental Neurorehabilitation*, 22(6), 390-399. <https://doi.org/10.1080/17518423.2018.1526225>

- Poulain, F., & Boivin, M. (2000). The role of proactive and reactive aggression in the formation and development of boys' friendships. *Developmental Psychology*, 36(2), 233-240.
- Pouyet, M. (2008). Handicap et école : Histoire d'une rencontre. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 73(3), 89-94.
- Preisler, G. M. (1993). A descriptive study of blind children in nurseries with sighted children. *Child: Care, Health and Development*, 19(5), 295-315. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1993.tb00735.x>
- Psouni, E., Di Folco, S., & Zavattini, G. C. (2015). Scripted secure base knowledge and its relation to perceived social acceptance and competence in early middle childhood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 341–348.
- Ricaud-Droisy, H., & Zaouche-Gaudron, C. (2003). Interpersonal conflict resolution strategies in children : A father-child co-construction. *European Journal of Psychology of Education*, 18(2), 157-169.
- Rodkin, P.C., Farmer, T.W., Pearl, R., & Van Acker, R. (2000). Heterogeneity of popular boys: antisocial and prosocial configurations. *Developmental Psychology*, 36(1), 14-24.
- Rogers, S.J., Hepburn, S.L., Stackhouse, T., & Wehner, E. (2003). Imitation performance in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 763–781.
- Roques, P., Strayer, F. F., Jeunier, B., Talbot, L. (2009). Gestion de l'espace interpersonnel chez les enfants de petite section de maternelle. *Revue Française de Pédagogie*, 169, 29-42.
- Rubin, K. H., Watson, K. S., & Jambor, T. W. (1978). Free play behaviors in preschool and kindergarten children. *Child Development*, 49(2), 534-536.
- Scelles, R., Dayan, C., Joselin, L., Zaouche Gaudron, C., Paul, O., Gargiulo, M. & al., (2018). *Enfants à besoin particulier, Processus Inclusif et Liens aux pairs. (EPIL)*. Recherche cofinancée par l'IRESP (CNSA), la FIRAH, le CCAH, l'UPL. Sous la direction de R. Scelles, Pr. Psychopathologie, Université Paris-Nanterre, Rapport intermédiaire, revue de la littérature, septembre 2018.
- Schauwer, E. (de), Hove, G. V., Mortier, K., & Loots, G. (2009). 'I Need Help on Mondays, It's Not My Day. The Other Days, I'm OK'. Perspectives of Disabled Children on Inclusive Education. *Children & Society*, 23(2), 99-111. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2008.00159.x>
- Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multi-level sequential checking. In K. R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, Methods, Research* (pp. 92–120). New York and Oxford: Oxford University Press.
- Seban, A. M. (2003). The Friendship Features of Preschool Children : Links with Prosocial Behavior and Aggression. *Social Development*, 12(2), 249-268. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00232>
- Selman, R. L., & Schultz, L. H. (1990). Making a friend in youth: Developmental theory and pair therapy: Chicago, IL, US: University of Chicago Press.

- Shafer, M. S., Egel, A. L., & Neef, N. A. (1984). Training mildly handicapped peers to facilitate changes in the social interaction skills of autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17(4), 461-476. <https://doi.org/10.1901/jaba.1984.17-461>
- Siegel, B. (1996). *The world of the autistic child : Understanding and treating autistic spectrum disorders* (2001-16742-000). Oxford University Press.
- Sigelman, C. K., Miller, T. E., & Whitworth, L. A. (1986). The early development of stigmatizing reactions to physical differences. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 7(1), 17-32. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(86\)90016-X](https://doi.org/10.1016/0193-3973(86)90016-X)
- Strain, P. S. (1984). Social behavior patterns of nonhandicapped and developmentally disabled friend pairs in mainstream preschools. *Analysis & Intervention in Developmental Disabilities*, 4(1), 15-28. [https://doi.org/10.1016/0270-4684\(84\)90015-6](https://doi.org/10.1016/0270-4684(84)90015-6)
- Strayer FF. Co-adaptation within the early peer group: A psychobiological study of social competence. In Schneider BH, Attili G, Nadel J, Weissberg R, (eds.) *Social competence in developmental perspective*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1989:145-174.
- Strayer, F.F., & Santos, A.J. (1996). Affiliative structures in preschool peer groups. *Social Development*, 5(2), 117-130.
- Strayer, F.F., Tessier, O., & Gariépy, J.L. (1985). « L'activité affiliative et le réseau cohésif chez les enfants d'âge préscolaire », In R.E. Tremblay, M.A. Provost et F.F. Strayer (eds.), *Éthologie et développement de l'enfant*, Paris, Stock, pp.291-308.
- Strayer, J. (1980). A Naturalistic Study of Empathic Behaviors and Their Relation to Affective States and Perspective-taking Skills in Preschool Children. *Child Development*, 51(3), 815-822.
- Sturaro, C., van Lier, P. A. C., Cuijpers, P., & Koot, H. M. (2011). The Role of Peer Relationships in the Development of Early School-Age Externalizing Problems. *Child Development*, 82 (3), 758–765.
- Svetlova, M., Nichols, S. R., & Brownell, C. A. (2010). Toddlers' Prosocial Behavior: From Instrumental to Empathic to Altruistic Helping. *Child Development*, 81 (6), 1814–1827.
- Taubman, M., Brierley, S., Wishner, J., Baker, D., McEachin, J., & Leaf, R. B. (2001). The effectiveness of a group discrete trial instructional approach for preschoolers with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 22(3), 205-219. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(01\)00068-3](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(01)00068-3)
- Taylor, Z. E., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Eggum, N. D., & Sulik, M. J. (2013). The Relations of Ego-Resiliency and Emotion Socialization to the Development of Empathy and Prosocial Behavior Across Early Childhood. *Emotion*, 13 (5), 822– 831.
- Therrien, M. C. S., & Light, J. C. (2018). Promoting Peer Interaction for Preschool Children With Complex Communication Needs and Autism Spectrum Disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(1), 207-221. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-17-0104
- Thouroude, L. (2000). Évaluation des relations sociales à l'école maternelle : le cas particulier des enfants handicapés. *Les sciences de l'éducation —Pour l'Ère nouvelle*, 33 (1), 73-110.

- Tremblay, A., Strain, P. S., Hendrickson, J. M., & Shores, R., E. (1981). Social Interactions of Normal Preschool Children : Using Normative Data for Subject and Target Behavior Selection. *Behavior Modification*, 5(2), 237-253.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., Pérusse, D., & Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood : Trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1), e43-50. <https://doi.org/10.1542/peds.114.1.e43>
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 15(4), 309-428.
- Troupel, O., & Zaouche Gaudron, C. (2006). De l'attachement mère-enfant à l'attachement fraternel : Évolution des paradigmes de recherche. *Psychologie Française*, 51(2), 205-215.
- Trute, B., Hiebert-Murphy, D., & Levine, K. (2007). Parental appraisal of the family impact of childhood developmental disability : Times of sadness and times of joy. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/13668250601146753>
- Turner, P.J. (1991). Relations between attachment, gender, and behavior with peers in preschool. *Child Development*, 62, 1475-1488.
- van Duijn, G., Dijkxhoorn, Y., Scholte, E. M., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2010). The development of adaptive skills in young people with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(11), 943-954. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01316.x>
- Van Schaik, J., & Hunnius, S. (2016). Little chameleons: The development of social mimicry during early childhood. *Journal of Experimental Child Psychology*, 147, 71–81.
- Vandell, D. L., & Beckwith, S. (1989, April). *Maternal styles of interaction with infant twins*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO.
- Vaughn, B. E., Santos, A. J., Monteiro, L., Shin, N., Daniel, J. R., Krzysik, L., & Pinto, A. (2016). Social Engagement and Adaptive Functioning During Early Childhood : Identifying and Distinguishing Among Subgroups Differing With Regard to Social Engagement. *Developmental Psychology*, 52(9), 1422-1434.
- Vaughn, S., Kim, A.-H., Sloan, C. V. M., Hughes, M. T., Elbaum, B., & Sridhar, D. (2003). Social Skills Interventions for Young Children with Disabilities : A Synthesis of Group Design Studies. *Remedial and Special Education*. <https://doi.org/10.1177/074193250302400101>
- Verschuere, K., & Marcoen, A. (1999). Representation of Self and Socioemotional Competence in Kindergartners : Differential and Combined Effects of Attachment to Mother and to Father. *Child Development*, 70 (1), 183–201.
- Vitaro, F., Gagnon, C., & Tremblay, R. E. (1990). Predicting Stable Peer Rejection From Kindergarten to Grade One. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(3), 257- 265.
- Vitaro, F., Gagnon, C., & Tremblay, R. E. (1992). Liens d'amitié et fonctionnement social chez les enfants rejetés. *Enfance*, 45, 113-127.

- Waas, G. A., & Graczyk, P. A. (1999). Child behaviors leading to peer rejection : A view from the peer group. *Child Study Journal*, 29(4), 291-306.
- Warneken, F. & Tomasello, M. (2009). The roots of human altruism. *British Journal of Psychology*, 100 (3), 445-471.
- Watkins, L., O'Reilly, M., Kuhn, M., Gevarter, C., Lancioni, G. E., Sigafos, J., & Lang, R. (2015). A review of peer-mediated social interaction interventions for students with autism in inclusive settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 1070-1083. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2264-x>
- Watson, N., Shakespeare, T., Cunningham-Burley, S., Barnes, C., Corker, M., Davis, J. (1999). *Life as a disabled child: A qualitative study of young people's experiences and perspectives*. Universities of Edinburgh and Leeds.
- Werner, S., Peretz, H., & Roth, D. (2015). Israeli children's attitudes toward children with and without disabilities. *Early Childhood Research Quarterly*, 33, 98-107. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2015.07.003>
- Winnikamen, F., Corroyer, D., & Weeger, I. (1982). Relations sociales entre enfants au cours de la 3^{ème} année. *Bulletin de Psychologie*, 35, 407-414.
- Younger, A. J., & Boyko, K. A. (1987). Aggression and withdrawal as social schemas underlying children's peer perceptions. *Child Development*, 58, 1094-1100.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concern for Others. *Developmental Psychology*, 28(1), 126-136.
- Zaouche Gaudron, C. (1995). Analyse des processus de subjectivation et de sexuation au travers de la relation père-bébé. Thèse de Doctorat Nouveau Régime. Université de Toulouse 2.
- Zaouche Gaudron, C. (Ed.) (2001). *La problématique paternelle*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Zaouche Gaudron, C. (2002). *Le développement social de l'enfant : du bébé à l'âge scolaire*. Paris : Dunod
- Zaouche Gaudron, C. (2010). *Le développement social de l'enfant*. Paris : Dunod.
- Zaouche Gaudron, C., & Le Camus, J. (1996). Analyse des processus de subjectivation au travers de la relation père-nourrisson. *Psychiatrie de l'Enfant*, 39(1), 251-296.
- Zaouche Gaudron, C., & Ricaud-Droisy, H. (2009). Interactions dyadiques et triadique adultes-enfant en crèches collectives, familiales et parentales. *Psychologie de l'interaction*, 25/26, 197-220.
- Zaouche Gaudron, C., Lang, T., Raynaud, J.-P., & Fontaine-Benaoum, E. (2011). *Accueil des enfants en situation de handicap dans les structures collectives de la petite enfance*. Rapport de recherche. Appel à recherches 2011 «Programme handicap et perte d'autonomie» Session 2 de l'IReSP financé par la CNSA et la MiRe-DREES.
- Zaouche Gaudron, C., Pinel-Jacquemin, S., Koliouli, F., Moscaritolo, A., Sicot, F., Kelly-Irving, M., Fontaine-Benaoum, E. (2018). *Soutien à l'inclusion des jeunes enfants en situation de handicap*, Rapport intermédiaire, FIRAH, CCAH, GIS BECO, association CRESCENDO, LISST-CERS/UT2J, INSERM, 30 Septembre 2018.

ANNEXES

Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombre de publications sélectionnées par base de données

Tableau 2 : Nombre de publications par pays

Tableau 3 : Nombre d'auteurs par nombre de publications

Tableau 4 : Nombre de publications par tranche d'années

Tableau 5 : Fréquence des publications selon la tranche d'âge de la population

Tableau 6 : Nombre de publications par type de déficience

Tableau 7 : Nombre de publications par taille de population étudiée

Tableau 8 : Nombre de publications par nombre d'outils utilisés

Tableau 9 : Nombre de publications par type de méthodologie employée

Tableau 10 : Recueil des données au Temps 1 (39 cas)

Tableau 11 : Recueil des données au Temps 2 (32 cas)

Tableau 12 : Recueil des données au Temps 1 + 2 (total)

Tableau 13 : Entretiens réalisés

Tableau 14 : Ensemble des analyses de données réalisées

Tableau 15 : Présentation du *corpus* brésilien

Tableau 16 : Récapitulatif des enfants observés à T1

Tableau 17 : Comportements des enfants solitaires

Tableau 18 : Comportements des enfants avec le groupe

Tableau 19 : comportements des enfants dans la fratrie

Tableau 20 : activité ou passivité des comportements

Tableau 21 : Activités des autres enfants

Tableau 22 : Imitations à Temps 1 et à Temps 2

Tableau 23 : Jeux moteurs à T1 et T2

Tableau 24 : Jeux de graphisme, de construction et de lecture à T1 et T2

Tableau 25 : Empathie à T1 et T2

Tableau 27 : Relations aux parents

Tableau 28 : Types de relations à l'adulte

Tableau 29 : Entraves et Facilitateurs des relations pour les enfants H

Tableau 30 : Entraves dans l'environnement

Tableau 31 : Influence de la familiarité avec les autres enfants

Tableau 32 : Comparatifs synthétiques entre la littérature et notre étude

Tableau 33 : Nouveaux résultats émergents

Liste des figures

Figure 1 : Chronogramme de la recherche

Figure 2 : Situation professionnelle des mères interrogées

Figure 3 : Situation professionnelle des pères interrogés

Figure 4 : Types de handicap retenus dans notre *corpus*

Figure 5 : Niveaux de langage des enfants

Figure 6 : Lieu d'inclusion

Figure 7 : Niveaux de langage selon le lieu d'inclusion des enfants de notre corpus

Figure 8 : Acquisition de la marche par les enfants de notre corpus

Figure 9 : Sexe des enfants

Figure 10 : Fratrie des enfants

Figure 11 : Nuage de mots concernant les manières d'être ensemble

Figure 12 : Nuage de mots concernant la manière d'être ensemble à l'école

Figure 13 : Comportements positifs de l'enfant vers pairs temps 1 répondant parent

Figure 14 : Temps 2 : au temps 1 le plaisir, les rires. La nécessaire surveillance de l'adulte

Figure 15 : Comportements positifs enfant vers frères temps 2

Figure 16 : Psychologue lieu d'inclusion temps 1 (regard)

Figure 17 : Psychologue lieu d'inclusion temps 1 (langage)

Figure 18 : Comportements positifs enfants vers pairs professionnel socialisation temps 2

Figure 19 : Nuage de mots concernant le plaisir de l'enfant H dans les interactions avec les pairs

Figure 20 : Comportements positifs des enfants vers les frères et sœurs temps 2 (répondants parents)

Figure 21 : Comportements positifs des enfants vers les frères et sœurs temps 2 (répondant parents)

Liste des graphiques

Graphique 1 : Analyse textuelle – discours des professionnels de socialisation

Graphique 2 : Analyse textuelle – discours des parents

Graphique 3 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux filles

Graphique 4 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux garçons

Graphique 5 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux enfants avec un handicap moteur

Graphique 6 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux enfants avec un handicap intellectuel

Graphique 7 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux enfants avec un polyhandicap

Graphique 8 : Analyse textuelle – entretiens relatifs aux enfants avec un handicap moteur et intellectuel

Graphique 9 : Type de relations entre enfants

Graphique 10 : Evolution de l’observation de l’enfant envers ses pairs

Graphique 11 : Nombre de regards par type d’adulte intervenant

Graphique 12 : Comportements négatifs selon le type d’enfants

Graphique 13 : Proportion de comportements négatifs selon le type de professionnels

Graphique 14 : Proportion de comportements positifs selon le type de handicap

Graphique 15 : Proportion d’interactions privilégiées à T1 et T2 selon les répondants

Graphique 16 : Proportion d’interactions privilégiées selon le type de handicap

Graphique 17 : Proportion de comportements négatifs à T1 et T2

Graphique 18 : Proportion de comportements négatifs selon le type de handicap