



HAL
open science

Mise en place de moyens orthophoniques adaptés à l'inclusion active du parent non-francophone dans la prise en charge des troubles du langage oral dans un contexte plurilingue (Etude de cas)

Audrey Dubernard

► To cite this version:

Audrey Dubernard. Mise en place de moyens orthophoniques adaptés à l'inclusion active du parent non-francophone dans la prise en charge des troubles du langage oral dans un contexte plurilingue (Etude de cas). Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870257

HAL Id: hal-03870257

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870257v1>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

par

Audrey Dubernard

soutenu le : **19 juin 2020**

**Mise en place de moyens orthophoniques adaptés à l'inclusion active du parent non-francophone dans la prise en charge des troubles du langage oral dans un contexte plurilingue
(Etude de cas)**

Mémoire dirigé par : Mme BEILER Anne
Orthophoniste à Nancy

Mme ANDRE Virginie
Maître de conférences HDR en Sciences du Langage à l'UFR Sciences Humaines et Sociales (SHS) de l'Université de Lorraine et membre de l'ATILF (Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française) à Nancy

Président de jury : Monsieur ADAMI Hervé
Professeur des Universités en Sciences du Langage à l'UFR Sciences Humaines et Sociales (SHS) de l'Université de Lorraine et membre de l'ATILF (Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française) et du CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) à Nancy

Assesseur : Monsieur BODY LAWSON Festus
Docteur en médecine - Pédiopsychiatre à l'Hôpital d'enfants CHRU Nancy-Brabois ainsi qu'au Centre Psychothérapique de Nancy

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire de fin d'études symbolise pour moi l'achèvement d'une formation qui fût à la fois riche et intense. Durant ces cinq années, mon chemin a pu croiser celui de nombreuses personnes m'ayant énormément apporté, chacune à leur façon...

Pour tous leurs sacrifices, je remercie mes parents, sans eux, rien de tout cela n'aurait été possible.

Pour leur aide et leur bienveillance infinie, je remercie mes grands-parents, ma marraine, ma sœur, j'ai tellement de chance de vous avoir à mes côtés.

Pour leur soutien moral indéfectible, leur entraide, leur patience, leur joie de vivre, leur profonde amitié, je remercie mes Bibiches, vous êtes ma deuxième famille et vous serez j'en suis certaine, de merveilleuses collègues.

Pour avoir été présent dans cette dernière ligne droite, et pour tout ce que l'avenir nous réserve, je remercie Jaouad, mon compagnon, quelle chance j'ai de t'avoir à mes côtés.

Pour être toujours là, malgré ces kilomètres qui nous ont séparés, je remercie mes Nordistes, votre amitié à distance et votre loyauté sans failles m'ont été très précieuses.

Pour le temps qu'ils m'ont accordé afin de me laisser découvrir d'autres horizons, je remercie l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux, de la petite enfance, de l'éducation, du social qui ont su me recevoir avec bienveillance à leurs côtés.

Pour la confiance qu'ils m'ont donnée, pour leurs histoires partagées, je remercie l'ensemble des patients, vous êtes à votre manière, d'excellents formateurs.

Pour tout ce qu'elles m'ont appris, pour le temps qu'elles m'ont donné, pour avoir amplement contribué à la « construction » de mes savoirs et compétences, je remercie toutes mes maîtres de stage, orthophonistes : Mme Méraut, Mme Wittmann, Mme Chauvey, Mme Dubedout, Mme Daugy, Mme Harchy, Mme Antoine, Mme Henry, Mme Daudin ainsi que Mme Coupé.

Non seulement maître de stage mais également maître de mémoire, je remercie ensuite tout particulièrement Mme Beiler, qui durant cette dernière année de formation aura été sur tous les fronts et m'aura permis d'avoir un maximum de cartes en main.

Pour son accompagnement, sa disponibilité et ses précieux conseils, je remercie également Mme André, co-maître de ce mémoire.

Enfin, je remercie Monsieur Adami et le Docteur Body-Lawson de m'avoir fait l'honneur d'être membres de mon jury.

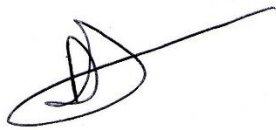
DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée, **Mademoiselle Dubernard Audrey**, inscrite à l'Université de Lorraine, atteste que ce travail est le fruit d'une réflexion et d'un travail personnels et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées. Je certifie que toutes les utilisations de textes préexistants, de formulations, d'idées, de raisonnements empruntés à un tiers sont mentionnées comme telles en indiquant clairement l'origine.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Vandoeuvre-lès-Nancy, le 30/05/2020,

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized initial 'D' followed by a horizontal line extending to the right.

« J'ai appris à habiter le souffle qui sortait de ma bouche. Cela s'appelle habiter une langue. C'est mon asile sûr. Celui où je me sens vêtue. J'entre dans un mot comme au creux d'une grotte creusée par d'autres, où je peux vivre, moi aussi. C'est cela une langue maternelle. C'est une maison qui accueille. Vous pouvez nicher tranquille. Et c'est immense, ça n'a pas de frontière. Il suffit d'apprendre. Comprenez. Apprendre peut être une merveille. La langue ne vous demandera jamais une carte d'identité. Elle est là, disponible, dans la bouche de ceux qui vous parlent. Et chacun de nous peut. J'ai vu de vieilles femmes admiratives des mots qu'elles ne roulaient pas sous leurs palais, habituées à d'autres sons. Intimidées. Puis avec un petit rire, la main légèrement posée sur les lèvres, s'essayant à la nouveauté de la langue inconnue. C'est naissance. C'est joie. C'est grande joie. Les sons passent d'une bouche à une autre bouche. On sourit. On rit. On se trompe. On est heureux. On recommence. Celui qui sait trouver asile dans une langue a trouvé un pays où être chez soi. Il en est l'habitant. Personne ne vous expulsera jamais d'une langue. »

- Jeanne Benameur, Comme on respire

SOMMAIRE

Remerciements	1
Introduction	9
Partie 1 : Ancrage théorique.....	13
Chapitre 1 Le bi-plurilinguisme individuel.....	14
1 Entrée en matière : de l'individu bilingue à plurilingue.....	14
2 Être bilingue, une notion complexe.....	15
3 Multiplicité du bilinguisme	17
4 L'enfant bilingue	19
5 Bilinguisme : démêler le vrai du faux	21
Chapitre 2 Trouble(s) du langage oral chez l'enfant bi-plurilingue.....	24
1 Préambule : vers une évolution des terminologies.....	24
2 « Trouble(s) des sons de la parole » / Retard de parole	25
2.1 Définition(s).....	25
2.2 Tableau clinique et symptomatologie	26
2.3 Etiologie(s)	27
3 « Troubles du langage oral » / Retard de langage	28
3.1 Définition(s).....	28
3.2 Tableau clinique et symptomatologie	29
3.3 Etiologie(s)	29
4 Bi-plurilinguisme : quel impact et quel lien avec les troubles du langage oral ?.....	31
Chapitre 3 L'orthophonie face à l'exil	37
1 Être réfugié au XXI ^{ème} siècle.....	37
1.1 L'exil Syrien	38
1.2 L'exil avec un enfant	40
1.3 L'enfant de migrant	42

2	L'orthophoniste et la prise en charge de l'enfant migrant	43
2.1	Le bilan	44
2.2	La rééducation	44
Partie 2 : Partie méthodologique		46
1	Problématique.....	47
2	Hypothèses	48
3	Objectifs de recherche	48
4	Critères de jugement.....	49
5	Méthodologie	49
5.1	Le type d'étude	49
5.2	La population d'étude	49
5.2.1	Critères d'inclusion :	50
5.2.2	Critères de non-inclusion :	50
5.2.3	Critères d'exclusion :	50
5.3	L'échantillonnage et le recrutement	50
5.4	Le déroulement de l'étude	51
6	La collecte des données.....	52
7	La taille de l'échantillon.....	52
8	Le plan d'analyses statistiques	53
8.1	Première étape : Descriptif de la population d'étude.....	53
8.2	Deuxième étape : Méthodes et moyens de la prise en charge	53
8.2.1	Les Premiers Raisonnements et l'Emergence du Langage ou méthode P.R.E.L54	
8.2.2	Dialogoris	55
8.2.3	Mise en application du schéma interactionnel de la Formation sur l'accompagnement parental dans l'intervention orthophonique des troubles du langage oral de Laurence Kunz.....	56
8.2.4	Utilisation dans l'étude.....	57

8.2.4.1	Déroulé des séances	58
8.2.5	Limites engendrées par la crise sanitaire COVID-19.....	62
8.3	Troisième étape : Analyses univariées	63
9	Calendrier de l'étude	64
Partie 3 : Résultats.....		65
1	Interactions verbales et non-verbales de l'orthophoniste.....	66
1.1	Dans l'échange avec le parent non-francophone (la mère)	66
1.1.1	Adaptations verbales spécifiques à la situation de bilinguisme	66
1.1.1.1	A propos de la langue maternelle	66
1.1.1.2	A propos du patient	67
1.1.1.3	A propos du français	67
1.1.2	Adaptations verbales non-spécifiques à la situation de bilinguisme.....	68
1.1.2.1	A propos du patient	68
1.1.2.2	A propos de l'activité de rééducation	69
1.1.3	Adaptations non-verbales	69
1.1.3.1	Spécifiques à la situation de bilinguisme	69
1.1.3.2	Non-spécifiques à la situation de bilinguisme.....	70
1.2	Dans l'échange avec le patient	70
1.2.1	Adaptations verbales spécifiques à la situation de bilinguisme	70
1.2.1.1	A propos de la langue maternelle	71
1.2.2	Adaptations verbales non-spécifiques à la situation de bilinguisme.....	71
1.2.2.1	A propos de la mère.....	71
1.2.2.2	A propos de l'activité de rééducation	72
1.2.2.3	A propos du français	72
1.2.3	Adaptations non-verbales	73
2	Interventions et réactions du parent non-francophone (la mère de M.)	74
2.1	Interactions langagières	74
2.1.1	Première séance : Création d'un bonhomme en pâte à modeler et construction d'un circuit de train (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)	74

2.1.2	Deuxième séance : Disposition d'objets et de personnages dans la maison Playmobil (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)	74
2.1.3	Troisième séance : Disposition d'objets et de personnages dans la maison Playmobil (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)	75
2.1.4	Quatrième séance : Construction d'un circuit de billes (séance P.R.E.L).....	75
2.1.5	Cinquième séance : Disposition d'objets et de personnages dans la maison Playmobil (Séance P.R.E.L et stimulation renforcée).....	75
2.1.6	Septième séance : Jeu de société et travail du lexique alimentaire (séance analytique).....	76
2.1.7	Huitième séance : Dénomination des animaux et construction d'animaux aimantés (séance P.R.E.L et stimulation renforcée).....	76
2.2	Attitude, posture et gestuelle	76
2.2.1	Première séance : Création d'un bonhomme en pâte à modeler et construction d'un circuit de train (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)	76
2.2.2	Deuxième séance : Disposition d'objets et de personnages dans la maison Playmobil (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)	77
2.2.3	Sixième séance : Fabrication de gâteaux et d'aliments en pâte à modeler – jeu du faire semblant (séance P.R.E.L)	77
2.2.4	Huitième séance : Dénomination des animaux et construction d'animaux aimantés (séance P.R.E.L et stimulation renforcée).....	78
3	Relevé quantitatif des interactions langagières du patient	78
3.1	Interactivité du patient	78
3.1.1	Nombre de tours de parole	78
3.1.2	Interactivité langagière selon l'interlocuteur.....	80
3.2	Longueur des énoncés.....	81
3.3	Initiative langagière du patient	82
3.4	Actes de langage	83
3.5	Types d'énoncés	85
4	Relevé qualitatif des interactions non-verbales du patient.....	86

4.1	Echanges avec l'orthophoniste	86
4.2	Echanges avec sa mère	87
	Discussion	88
1	Interprétation des résultats en lien avec les hypothèses	88
1.1	Adaptations de l'orthophoniste au contexte socio-linguistique et culturel du binôme parent-enfant.....	88
1.2	Bilinguisme franco-arabe et distinction langue et langage.....	90
2	Limites de l'étude.....	93
2.1	Le binôme parent-enfant.....	93
2.2	La durée de l'étude	93
2.3	Crise sanitaire COVID-19	93
	Conclusion.....	94
	Bibliographie.....	96
	Annexes.....	102
	Annexe 1 : Lettre d'information destinée aux parents	103
	Annexe 2 : Formulaire de consentement.....	104
	Annexe 3 : Autorisations pour personnes majeures et mineures quant au recueil de données et leur utilisation	105
	Annexe 4 : Schéma représentatif de la disposition caméra lors des séances.....	107

INTRODUCTION

La prise en charge des troubles du langage oral (articulation, parole, langage), théoriquement, se déroule toujours de façon assez similaire, selon un protocole préétabli, résultat d'un mélange entre des années de recherche, d'expérience(s) clinique(s) et de méthodes mises au point par des professionnels.

Néanmoins, face à un même trouble se dressent des histoires, des personnalités et des situations bien différentes d'un patient à l'autre. De ce fait, certaines rééducations s'avèrent ensuite plus complexes que d'autres du fait de l'hétérogénéité des patients qui se présentent aux professionnels. C'est notamment le cas, pour les personnes vivant en France depuis peu, issues d'un parcours migratoire parfois difficile. En effet, à l'importance que nous nous devons de porter à leur histoire, s'ajoute bien souvent dans ce contexte, la spécificité de leur bi ou plurilinguisme.

Selon le dernier bilan démographique publié en octobre 2019 par l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) ¹ : « En 2017, la France a accueilli 259 000 nouveaux immigrants [...] [dont] 30.4 % d'immigrés admis au titre de la libre circulation, 11.6 % de travailleurs immigrés, 37.8 % de membres de la famille et 12.6 % de migrants humanitaires. En 2018, le nombre de personnes ayant déposé une demande d'asile initiale en France a augmenté de 21.1 % [...] » (2019)

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) définit ensuite le terme d'immigré de la façon suivante ² : « [...] une personne née de nationalité étrangère, à l'étranger et résidant en France. »

Toujours selon l'OCDE, il est annoncé que : « L'Algérie, le Maroc et l'Italie comptaient parmi les trois premières nationalités des nouveaux arrivants en 2017 [...]. La majorité des demandeurs d'asile viennent de l'Afghanistan, de l'Albanie et de la Géorgie [...] » (2019).

¹ https://www.oecd-ilibrary.org/sites/60811ed3-fr/1/2/5/16/index.html?itemId=/content/publication/60811ed3-fr&_csp_=bd44ac4b3442a448872ae47b94e11dd6&itemIGO=oecd&itemContentType=book

² <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>

La France est donc, depuis ces dernières années, la terre d'accueil d'une immigration diversifiée et changeante selon la situation géopolitique mondiale.

Les causes de ces flux migratoires sont multiples : mutation professionnelle, réalisation d'un projet de vie, mariage et regroupement familial... Mais au vu de la situation géopolitique et climatique mondiale, c'est avant tout pour une raison de survie et l'envie d'un avenir meilleur que les populations se déplacent.

Cette immigration se retrouve également au sein des cabinets d'orthophonie. Davantage de prises en charge s'effectuent alors avec des patients évoluant dans un contexte de bi ou plurilinguisme. En effet, « De nombreux enfants, dont la langue d'origine des parents n'est pas exclusivement le français, sont adressés aux orthophonistes, parce qu'ils rencontrent des difficultés pour apprendre le français oral ou écrit. Ceci tient, en partie, au fait que notre métier est souvent perçu comme un travail sur la langue, du point de vue formel [...] » (Collot, 2007, p.72).

Malheureusement, notre formation initiale, malgré ses apports théoriques nombreux, ne permet pas d'acquérir des connaissances approfondies sur le bi-plurilinguisme et manque d'éléments pratiques à ce sujet (Apap, 2018).

Ce vide laisse les orthophonistes parfois livrés à eux-mêmes, devant faire face à un grand désarroi et notamment dans les zones rurales ou isolées, où la possibilité de travailler en pluridisciplinarité et de faire appel à des confrères davantage formés est plus restreinte ainsi que celle de pouvoir recourir à des interprètes.

En effet, les interprètes diplômés d'état se situent davantage dans les zones urbaines ou très peuplées et leurs services nécessitent une rémunération. Les orthophonistes libéraux n'ont malheureusement ni le temps ni l'argent pour se permettre de faire appel à eux (contrairement à certaines structures) et de ce fait, seuls les membres francophones de l'entourage du patient peuvent être sollicités pour les remplacer. Parfois, il peut s'agir du patient lui-même, malgré son jeune âge et ses difficultés de langage puisqu'aucun de ses proches n'a la capacité de s'exprimer en français.

Ce cas de figure, j'ai pu le rencontrer à de nombreuses reprises lors de mes stages, où l'accompagnant principal du patient, généralement la mère, était non-francophone. Lorsque celle-ci se présentait pour amener et récupérer son enfant, elle souhaitait de façon générale aider et comprendre les troubles affectant celui-ci mais l'absence de son mari francophone, lui servant d'interprète, empêchait une bonne communication et l'installation d'une discussion avec l'orthophoniste. Je constatais alors que cette situation était source d'une grande frustration pour la mère comme pour le professionnel.

Ce constat a d'ailleurs également été effectué par Anne Isopet, qui annonce que « les orthophonistes évoquent souvent les mamans, leur fragilité, leur mal-être » (2015, p.51) et « le fait que les parents ne parlent pas le français les empêche d'accompagner, de soutenir les progrès de l'enfant, notamment lorsqu'il s'agit de troubles de l'articulation ou de retard de langage par exemple » (2015, p.45).

C'est en me basant sur ce même constat, qu'il m'a alors semblé pertinent de se pencher sur cette problématique. Si les orthophonistes se retrouvent confrontés à la barrière de la langue, s'ils ne peuvent pas systématiquement faire appel à des personnes intermédiaires pour se faire comprendre et expliquer aux parents les troubles de leur enfant ainsi que les tenants et les aboutissants de la rééducation orthophonique mise en place, ils doivent trouver d'autres solutions, plus facilement accessibles dans leur pratique quotidienne... Pour l'accompagnant non-francophone (très souvent la mère), qui sera systématiquement en salle d'attente durant la séance de son enfant, utiliser cette simple présence peut être une solution envisageable.

Pourquoi ne pas les inclure et les faire participer aux séances (si ceux-ci le désirent et l'acceptent) et ce, même sans savoir parler la langue maternelle pour l'un, ou le français pour l'autre, afin qu'ils puissent se sentir acteurs de la prise en charge de leur enfant et comprendre d'eux-mêmes, par leurs observations, les mécanismes de celle-ci.

En effet, « la famille, en tant que lieu de vie et d'évolution de l'enfant est berceau de ses progrès » et que « [...] de son côté, la famille, l'entourage du patient peut avoir une action quotidienne, quasi permanente sur lui. [...] Par ailleurs, impliquer les parents leur permet d'être acteur, ce qui est essentiel pour leur propre image [...] » (Isopet, 2015, p.12).

Finalement, « Ce qui change c'est le multilinguisme au cœur de la consultation qui va susciter un savoir, un savoir-faire, un savoir-dire et un savoir-être différent. Le savoir porte sur les connaissances préalables concernant le multilinguisme et les langues [...]. Le savoir-dire nous apprend à ajuster notre façon de parler au niveau de compréhension du multilingue.

Le savoir-être va commencer par se départir de tout préjugé concernant 'l'autre' [...]. » (Bijleveld & Estienne, 2018, p.39).

Accueillir des familles venues d'ailleurs, c'est aussi savoir se mettre à la place de l'enfant et des parents qui viennent consulter parfois sans trop savoir pour quelle raison, d'imaginer leurs pensées et leurs ressentis quand ils se retrouvent confrontés au milieu médical et paramédical d'un pays qu'ils ne connaissent pas, avec des protocoles de prises en charge et des avis médicaux qui peuvent être très différents de leurs pays d'origine. Mais surtout, c'est percevoir toute la richesse et l'humanité qui ressortent de cette « mondialisation » de l'orthophonie (Bijleveld & Estienne, 2018).

L'objectif de ce projet est donc de relever et d'étudier les moyens mis en place par l'orthophoniste concernant l'inclusion du parent non-francophone dans la prise en charge des troubles du langage oral du patient bi-plurilingue.

La partie théorique traitera dans un premier temps de l'histoire et de l'évolution des différentes notions concernant le bi-plurilinguisme. Dans un second temps, la possibilité d'une corrélation entre ce contexte linguistique particulier et les troubles du langage oral sera également abordée. Enfin, dans un dernier temps, les questions de l'exil et du statut de réfugié seront explicitées et sera également développé le sujet de l'accueil et de la place qui leur est accordé au sein des prises en charge orthophoniques.

La partie pratique, quant à elle, détaillera en premier lieu le protocole méthodologique de cette étude puis dans un second temps relèvera l'ensemble des résultats afin d'en réaliser une analyse approfondie qui permettra d'estimer la justesse des hypothèses préétablies. Pour terminer, la question de l'inclusion du parent non-francophone au sein des prises en charge orthophoniques avec des patients évoluant dans un environnement langagier multilingue sera rediscutée et mise en perspective dans la conclusion de cette étude.

PARTIE 1 :
ANCORAGE THEORIQUE

CHAPITRE 1

LE BI-PLURILINGUISME INDIVIDUEL

Différents travaux en sociolinguistique ont montré qu'il existe plusieurs types de bilinguisme. La définition même du concept de « bilinguisme » a été modifiée, elle a sans cesse été transformée. Aujourd'hui, il est impossible de parler « d'un bilinguisme » mais « des bilinguismes ». Chaque type possède ses spécificités et n'engendrera pas les mêmes conséquences langagières chez le locuteur bilingue. Il nous paraît important de préciser l'évolution de cette définition et d'en exposer les multiplicités afin de pouvoir cerner plus précisément le profil du patient faisant l'objet de cette étude et la spécificité de sa prise en charge orthophonique.

1 Entrée en matière : de l'individu bilingue à plurilingue

A l'heure actuelle, selon certaines recherches en linguistique et sociolinguistique, définir la notion de « langue » pourrait se résumer de la manière suivante : une langue est un système de signes permettant une communication au sein d'un groupe d'êtres humains et ce dit système se situe dans un certain contexte, soit historique soit culturel et/ou social. Néanmoins, cette définition, envisage la langue tel un système clos, fermé, replié sur lui-même. Il n'en est rien, la langue se doit d'être envisagée dans son interaction avec d'autres langues, un système en contact avec d'autres systèmes. De ce constat immerge alors la notion de plurilinguisme.

Selon Azeroual et ses collaborateurs, il existe actuellement trois acceptions du plurilinguisme, chacune inspirée de courants linguistiques différents.

La première, étant la plus courante, se base sur le critère de la maîtrise de la langue. Le plurilinguisme est donc ici défini comme la capacité à maîtriser plusieurs langues pour le locuteur, à niveau égal de compétences d'avec sa langue natale et de façon interchangeable.

La seconde, vient contester cette première acception et se base davantage sur le critère d'usage de la langue. On parle alors de plurilinguisme fonctionnel. Chaque langue du locuteur est définie selon sa fonction et non selon son niveau de maîtrise.

Enfin, la dernière définition, ne mentionne plus l'individu, le locuteur mais l'expression des langues dans une société. Le plurilinguisme désigne alors la coexistence de plusieurs langues au sein d'un pays par exemple (2016).

Grosjean, quant à lui, s'exprime en ces termes lorsqu'il se doit de définir le plurilinguisme dans son ouvrage : « Le terme 'plurilingue' quant à lui, est réservé aux individus. Pourquoi ne pas l'avoir utilisé [...] ? Tout simplement, parce que la définition que je donne du bilinguisme, depuis de nombreuses années, ne limite pas le nombre de langues : il s'agit de l'utilisation de deux ou de plusieurs langues (ou dialectes) dans la vie de tous les jours. Notons aussi qu'en mettant l'accent sur l'utilisation des langues, et moins sur leurs connaissances, [...] cela réduit la proportion de personnes qui se servent de plus de deux langues dans la vie quotidienne. Nous sommes nombreux à connaître plusieurs langues, mais lorsqu'il s'agit de leur utilisation régulière, le nombre diminue, et le bilinguisme domine le plurilinguisme » (Grosjean, 2018, p.7-8). De ce fait, d'après cette définition, nous nous pencherons davantage sur la notion de bilinguisme qui semble être imbriquée dans celle du plurilinguisme.

2 Être bilingue, une notion complexe

Dans sa plus simple définition, le bilinguisme s'oppose au monolinguisme. En effet, le bilinguisme concerne toute personne « non monolingue ».

Le monolinguisme, dans son acception, désigne pour une personne, le fait de ne maîtriser et de n'utiliser qu'une seule et unique langue (compétence orale comme écrite).

En France, le monolinguisme est considéré comme la norme linguistique du pays (contrairement à d'autres pays où plusieurs langues peuvent être reconnues comme langues nationales et officielles). Cette norme est représentée au travers des institutions administratives, scolaires et sanitaires, et découle d'un ensemble de lois créées au fil des Républiques afin de « protéger » la langue française et son usage. Mais ce principe est mis à mal si l'on considère le nombre important de familles vivant en France, au sein desquelles le français n'est pas la seule langue employée (familles immigrées, couples de nationalités différentes...).

Par ailleurs, la notion même de monolinguisme est discutable, en effet, même les locuteurs considérés comme monolingues par leur pays, selon certains critères, peuvent être susceptibles d'utiliser diverses variétés régionales (qui ne sont pas toutes reconnues officiellement, certaines personnes se battent depuis des années pour une reconnaissance de leur langue régionale, en France par exemple) selon leurs interlocuteurs et leur situation géographique.

Aujourd'hui, plus de la moitié de la population mondiale peut être qualifiée de bilingue ou plurilingue. Les enfants grandissant en parlant plus d'une langue sont de plus en plus nombreux. En effet, dans notre société moderne, le contact avec d'autres cultures et d'autres langues est favorisé par divers chemins : rencontres de différentes langues au sein d'un même pays ou d'une même région, exigence professionnelle quant à l'utilisation d'une langue supplémentaire à la langue première, flux migratoires politiques et économiques, mondialisation, choix de scolarisation pour les enfants. On retrouve le bilinguisme sur l'entièreté du globe, quelles que soient les classes sociales, quelles que soient les générations.

Dans son ouvrage, Barbara Abdelilah-Bauer nous expose les faits suivants : « La dernière enquête de l'INSEE a révélé une diversité linguistique considérable en France. Un adulte sur quatre se souvient que l'un de ses parents lui parlait habituellement une autre langue que le français dans son enfance. Près de quatre cents langues ont ainsi été recensées, dont la grande majorité ne regroupe qu'une poignée de locuteurs » (2015, p.15-16).

A l'heure actuelle, nous savons que définir la personne bilingue comme celle possédant une maîtrise parfaite de deux ou plusieurs langues n'est plus en accord avec la réalité linguistique des individus. En effet, aujourd'hui, l'ensemble des personnes qui utilisent deux ou plusieurs langues dans leur quotidien ne sont pas forcément compétentes de façon équivalente dans celles-ci. Au vu de cette situation, de nouvelles définitions du bilinguisme ont émergé.

Michèle Kail explique que : « Le bilinguisme est une réalité complexe, de nature dynamique et multidimensionnelle. [...] Comme on le croit souvent à tort, les bilingues ne sont pas des sujets qui ont une connaissance native de chacune de leurs langues. Cette définition stricte fondée sur la performance limite singulièrement les individus ou les groupes qui peuvent être identifiés comme bilingues [...]. La plupart des chercheurs optent donc pour une définition large du bilinguisme et incluent dans leur définition des sujets qui peuvent avoir des niveaux de compétence très différents dans les deux langues » (2015, p.8-9).

Être bilingue, pour François Grosjean c'est aussi : « [...] la capacité de produire des énoncés significatifs dans deux (ou plusieurs) langues, la maîtrise d'au moins une compétence linguistique (lire, écrire, parler, écouter) dans une autre langue, l'usage alterné de plusieurs langues, etc » (2018, p.8-9).

D'après lui, une personne considérée bilingue utilise donc deux ou plusieurs langues (dialectes, idiomes...) dans sa vie quotidienne. Cela englobe toutes les personnes ayant une compétence orale dans une langue et une compétence écrite dans l'autre, celles parlant deux langues avec un niveau de compétences inégal (qui vont savoir écrire l'une mais pas l'autre par exemple) mais également les personnes parfaitement bilingues (maîtrise orale et écrite des deux langues).

3 Multiplicité du bilinguisme

Comme nous avons pu le voir précédemment, la définition actuelle du bilinguisme englobe toutes sortes de situations. La personne bilingue le devient par l'influence des événements de sa vie. En effet, les bilingues sont amenés à apprendre et utiliser leurs langues dans diverses situations, avec des personnes différentes, dans des buts multiples ; exigences professionnelles, mutations, migrations, éducation spécifique, changement de système scolaire... la configuration linguistique de la personne bilingue est ainsi amenée à être modifiée, passant par des périodes de stabilité et de restructuration du bilinguisme. Les occasions d'utiliser la langue majoritaire seront plus nombreuses alors que celles d'utiliser la langue minoritaire se réduiront. Les connaissances linguistiques pourront se développer ou pourront à l'inverse, être affectées. De ce fait, selon chaque situation, se présentera un type de bilinguisme avec ses propres particularités.

Le bilinguisme équilibré et le bilinguisme non équilibré correspondent aux situations telles que dans un cas, la personne possède des compétences identiques dans les deux langues qu'elle pratique, dans l'autre cas, l'une des deux langues est davantage maîtrisée.

Les bilinguismes précoce et tardif réfèrent à l'âge auquel la personne a été exposée aux diverses langues. La personne bilingue précoce a pu acquérir les deux langues dès le plus jeune âge, dès la petite enfance. Dans le bilinguisme précoce, on distingue encore deux sous-catégories :

- Le bilinguisme simultané, qui désigne l'exposition aux deux langues dès la naissance de la personne.

- Le bilinguisme successif ou consécutif, qui désigne l'exposition à une unique langue, la langue native, dès la naissance puis plus tard dans la petite enfance, l'exposition à la seconde langue.

En revanche, le bilingue tardif n'a pu acquérir la seconde langue qu'après l'enfance.

Les bilinguismes additif et soustractif marquent l'importance d'utilisation et de maîtrise des langues. Dans le bilinguisme additif, la personne augmente ses compétences dans la deuxième langue, l'emploie davantage, se l'approprie sans supprimer les compétences et l'usage de sa première langue. A l'inverse, dans le bilinguisme soustractif, la langue première est affectée par la seconde langue, elle se perd, les compétences s'étiolent au profit de la deuxième langue.

En rapport à ces deux concepts additif et soustractif, dans les années 1970, de nombreux chercheurs ont mis en avant le terme de « semilinguisme ». En effet, à cette époque, une majorité d'études s'intéressaient aux modalités de transfert des compétences de la langue maternelle à la nouvelle langue, et notamment vers celle du pays d'accueil pour les populations migrantes. Hansegård, en 1977, définit le « semilinguisme » comme une conséquence défavorable d'une privation précoce d'exposition à la langue maternelle (Stroud, 1978). D'après cette définition, on conçoit le « semilinguisme » comme désignant la situation où l'enfant n'acquerra que de faibles compétences langagières, que ce soit dans sa nouvelle langue ou dans sa langue d'origine. Ce type de profil se retrouverait chez un enfant dont les proches interlocuteurs rejettent les valeurs socioculturelles de la langue d'origine au profit de celles d'une langue qu'ils jugent culturellement plus estimée. L'enfant se retrouverait alors perdu entre la langue maternelle « honteuse et interdite » et la langue nouvelle, celle de l'intégration qu'il faut parler à tout prix. Ce flou, cette incapacité à se situer, provoquerait alors chez le jeune apprenant, une absence d'acquisition de compétences dans les deux langues.

Aujourd'hui, cette notion est totalement abolie et démentie ; de plus, en 2007, selon Jacqueline Billiez, d'une part il n'existait aucune étude comparant les deux langues pratiquées dans la famille d'un enfant bilingue ou si tel était le cas, la comparaison était systématiquement réalisée avec des enfants monolingues pratiquant chacune des langues et d'autre part, cette notion de « semilinguisme » était « forgée selon une conception du bilinguisme comme la somme parfaite de deux monolinguisms qui seraient strictement juxtaposés et équivalents, auxquels (sauf cas très exceptionnels) aucun sujet bilingue de par le monde ne peut jamais correspondre » (2007, p.88).

Viennent ensuite les termes de bilinguisme composé, coordonné et subordonné qualifiant la façon dont les langues et leurs codes linguistiques sont mémorisés. Michèle Kail l'explique ainsi dans son ouvrage : « Chez les bilingues composés, deux ensembles de codes linguistiques (par ex. : « chien » et « dog ») sont stockés dans la même unité de sens, alors que chez les bilingues coordonnés, chaque code linguistique est organisé dans deux unités de sens distincts. Pour les bilingues subordonnés, les codes linguistiques sont organisés dans une seule unité de sens, mais l'accès à celle-ci se fait par le biais de la L1 avec différents contextes d'acquisition» (2015, p.10-11).

Le bilinguisme populaire et élitiste mettent en avant la différence de statut des langues parlées. Une personne bilingue, dans ce cas de figure, possède une langue minoritaire aux yeux de la société, une langue qui possède un faible statut, en opposition à la seconde langue, majoritaire aux yeux de la société, avec un statut plus remarqué, privilégié.

4 L'enfant bilingue

Dans le bilinguisme, aucune limite d'âge n'existe pour commencer à vivre avec deux ou plusieurs langues. Il existe, en effet, comme nous avons pu le voir précédemment, le bilinguisme simultané, où l'enfant grandit avec deux langues dès la naissance mais il ne représente qu'un faible pourcentage des enfants bilingues. La majorité d'entre eux démarrent leur vie avec une seule langue, celle du domicile, et acquièrent une ou plusieurs autres langues, en dehors de la maison, au contact d'autres personnes que leurs parents. (Grosjean, 2018)

On peut alors se demander ce qui favorise l'acquisition d'une seconde langue et fait de l'enfant une personne bilingue. Le premier facteur que l'on peut citer, est le plus basique d'entre tous. L'enfant, par sa constitution d'être humain, est par définition, un être communicant. Il ressent donc le besoin de communiquer avec l'autre, de jouer avec lui. Le choix de la seconde langue, notamment chez le très jeune enfant, va donc fortement dépendre de son interlocuteur privilégié. Du fait de son jeune âge, il ne choisit pas volontairement d'acquérir une seconde langue, cela va se produire naturellement. Soit parce que ses parents parlent plusieurs langues avec lui, soit parce qu'il sera scolarisé dans une langue autre que celle parlée et entendue à la maison et sera amené à communiquer avec ses pairs d'âge et son professeur dans cette même langue.

Le second facteur favorisant le bilinguisme se rapporte à la quantité ainsi qu'à la durée d'exposition à la langue. Les personnes constituant l'entourage principal et privilégié de l'enfant doivent employer de façon conséquente la langue qu'ils souhaitent transmettre. La pratiquer régulièrement avec l'enfant, l'y exposer le plus fréquemment et le plus longuement possible, sous toutes ses formes, dans divers contextes. Cette seconde langue peut aussi provenir du milieu scolaire, l'enfant sera alors fortement encouragé à s'en servir.

Il est également important de mentionner que l'enfant et le développement de sa production langagière vont dépendre du type d'acquisition du bilinguisme. Dans le cas du bilinguisme précoce, qui peut apparaître dans diverses situations ; couple mixte constitué d'un parent parlant la langue du pays où est élevé l'enfant et d'un autre parent parlant une langue étrangère, couple où les deux parents parlent une langue autre que celle du pays où l'enfant vit, présence fréquente d'une personne tierce à la famille qui parle une autre langue que les parents.

L'enfant passe ici par des étapes identiques d'acquisition du langage en comparaison à l'enfant monolingue. Les gazouillis seront suivis de babillages puis apparaîtront les premiers mots, les premières combinaisons et enfin les premières phrases. Il est également important de mentionner que sur un continuum temporel, ces étapes se réalisent au même moment, avec le même écart de temps entre l'accès à chaque stade (Hélot, 2013).

Néanmoins, pour le bilinguisme précoce, différentes théories exposent des particularités propres au bilinguisme simultané ainsi qu'au bilinguisme successif. Dans le cas du bilinguisme simultané, il existe trois théories, que Grosjean nous rappelle dans son ouvrage : « La première affirme que les très jeunes enfants développent un seul système langagier au tout début qui, peu à peu, se divise en deux, un pour chaque langue (Volterra & Taeschner, 1978). La deuxième soutient que les deux systèmes linguistiques sont séparés dès le départ (Meisel, 2008). Enfin, la plus récente, et celle qui domine actuellement, propose qu'il y a bien deux systèmes linguistiques précoces mais qu'ils sont interdépendants, à savoir qu'ils peuvent s'influencer mutuellement, surtout dans la direction d'une langue dominante qui a un impact sur la langue la plus faible (Yip & Matthews, 2007) » (2018, p.12).

Il ajoute d'ailleurs, que les chercheurs ont établi un consensus sur l'acquisition langagière dans le cadre d'un bilinguisme simultané. En effet, chacun accorde que le bilingue, dans ce cas de figure, se doit de construire la grammaire et le lexique de chaque langue et doit de ce fait, attribuer à chacune ce qui lui appartient.

L'enfant se baserait alors sur des indices phonétiques et prosodiques dans chaque langue mais également sur des informations structurelles, il tient compte également de la situation dans laquelle les langues sont parlées ainsi que des locuteurs qui s'en servent.

Dans le cas du bilinguisme successif, les choses sont différentes ; l'enfant possède déjà une langue avant d'acquérir la seconde, il l'utilise donc pour faciliter l'apprentissage de la nouvelle. Qui plus est, l'enfant a déjà pu acquérir des compétences pragmatiques et sociales sur lesquelles il peut s'appuyer également. Ces enfants seront durant un certain temps, dominants dans leur première langue.

5 Bilinguisme : démêler le vrai du faux

Face à la complexité et la multiplicité des bilinguismes, certaines croyances persistent encore. Malgré son étendue, le bilinguisme est entouré de nombreux mythes (Grosjean, 2015) : le bilinguisme serait rare (alors que la moitié de la population mondiale est bilingue), le bilingue possède une maîtrise parfaite et équivalente en compétences dans les deux langues (alors qu'il est assez rare qu'une parfaite maîtrise soit atteinte dans toutes les langues pratiquées par le locuteur), la personne bilingue acquiert systématiquement ses langues dès la prime enfance (dans les faits, on peut devenir bilingue à n'importe quel âge), être bilingue fait de vous un traducteur né (ceci est extrêmement rare), le bilinguisme précoce retarde l'acquisition du langage chez l'enfant (nous avons démontré précédemment que les différentes étapes d'acquisition sont atteintes au même moment chez les enfants monolingues et bilingues), enfin, le bilinguisme affecte de façon négative le développement cognitif de l'enfant (en vérité, il semblerait que l'enfant bilingue peut montrer des capacités supérieures par rapport à l'enfant monolingue pour ce qui est de l'attention sélective, l'adaptation à de nouvelles règles, et les opérations métalinguistiques).

D'ailleurs, Pirchio et ses collaborateurs, dans leur étude, nous détaillent davantage les fausses croyances qui entourent l'enfant bilingue et l'apprentissage d'une nouvelle langue. Pour eux, d'après Sorace, il existe deux types de fausses croyances, les positives et les négatives, qui sont plus ou moins répandues dans l'opinion publique et chez divers professionnels de l'enseignement ou du corps médical (2007).

Les enfants bilingues seraient soit plus intelligents soit moins intelligents que les enfants monolingues, apprendre plusieurs langues de façon simultanée provoquerait le ralentissement du développement langagier, demander à l'enfant d'apprendre plusieurs langues à la fois ferait que finalement l'enfant n'en apprendrait aucune correctement, il serait impossible d'acquérir correctement une nouvelle langue après l'enfance...

Bien évidemment, l'ensemble de ces fausses croyances peuvent être déconstruites grâce aux études réalisées sur le développement de l'enfant bilingue ces dernières années. La réalité nous montre que le plurilinguisme en soi ne comporte pas de risques pour le développement général et langagier (Pirchio et al., 2014).

Au début du XX^{ème} siècle, de nombreuses études ont partagé leurs résultats majoritairement négatifs concernant les enfants bilingues, en effet ceux-ci présentaient un plus grand taux d'échec aux tests linguistiques que leurs pairs monolingues.

Mais à partir des années 1960, la tendance s'est inversée et des résultats contradictoires sont alors apparus. La sélection des groupes d'enfants monolingues et bilingues pour les études se basait sur un nombre trop faible de facteurs et/ou de critères. L'appariement de ces deux groupes que l'on cherchait à comparer et opposer était alors mauvais et ne reflétait pas la réalité. A l'heure actuelle, un grand nombre d'études montre que les faits sont bien plus complexes et subtils qu'on ne pouvait le penser à l'époque.

La chercheuse Ellen Bialystok et ses collaborateurs ont montré que le bilinguisme pouvait parfois aboutir à des avantages par rapport au monolinguisme, que parfois aucune différence n'était perceptible, et que parfois le bilinguisme menait à quelques inconvénients (Bialystok & Feng, 2009).

En ce qui concerne les activités métalinguistiques, l'avantage se trouve du côté des bilingues lorsque l'attention sélective est sollicitée pour la tâche à accomplir telle que résoudre un conflit ou une ambiguïté, utiliser un mot nouveau pour un objet dans une phrase, etc. En revanche, quand la tâche nécessite une analyse de la structure linguistique d'une phrase pour expliquer des erreurs grammaticales ou lorsqu'il faut substituer un son pour un autre, alors les bilingues et les monolingues ne peuvent être différenciés. Quant aux tâches uniquement cognitives, il a été montré que les bilingues s'en sortent mieux que les monolingues dans les tâches qui ont besoin d'une attention sélective ou d'un contrôle inhibiteur, capacités comprises dans les fonctions exécutives.

Une précaution reste tout de même à prendre, ces toutes dernières années, les résultats liés à cet avantage cognitif n'ont pu être démontrés par l'ensemble des chercheurs qui l'ont étudié. Il faut donc faire appel à prudence concernant ces résultats et attendre de nouvelles études pour les confirmer ou les infirmer.

Par ailleurs, Lutz et ses collaborateurs ont démontré dans leur étude que sur le plan scolaire les enfants bilingues réussissaient mieux que les enfants monolingues. De plus, ils ont pu mettre en avant qu'un enfant bilingue qui possède des compétences d'écriture et de lecture dans sa première langue pourra développer de meilleurs résultats dans sa seconde langue (Lutz et al., 2014).

CHAPITRE 2

TROUBLE(S) DU LANGAGE ORAL CHEZ L'ENFANT BI- PLURILINGUE

Les enfants que nous recevons au sein de nos cabinets pour rééducation du langage oral, ont à l'unanimité, une évolution langagière dite « anormale » et ne maîtrisent pas le langage comme leurs pairs d'âge. Bien évidemment, chaque enfant est différent et possède son propre rythme d'évolution, sa propre progression. Malheureusement, parfois, cette entrée dans le monde du langage et de la communication s'effectue difficilement, et c'est alors que nous nous devons d'agir. Pour certains d'entre eux, des anomalies de développement accompagneront les difficultés initiales mais pour la majeure partie celles-ci apparaissent isolément et sont qualifiées de « trouble(s) du langage oral ». Il est alors primordial de dépister ces difficultés. En effet, l'absence ou la faible présence de langage et de communication verbale n'est pas sans conséquence sur le développement de l'enfant, et ce, à tous les niveaux : cognitif, affectif, relationnel, communicationnel. Mais qu'en est-il, de plus, lorsque le contexte de bi-plurilinguisme vient s'entremêler à ce problème initial ? Quel rôle joue cet environnement particulier dans l'évolution de ces difficultés langagières ?

1 Préambule : vers une évolution des terminologies

A l'heure actuelle, dans le domaine de l'orthophonie, il n'existe pas de consensus terminologique quant aux affections du langage oral ; trouble du développement du langage, retard de langage, retard simple, retard de parole, trouble spécifique du langage oral, dysphasie, troubles spécifiques du langage oral, etc. Une multitude de termes coexistent pour qualifier les difficultés d'acquisition du langage oral chez l'enfant. En effet, selon l'ancienneté des professionnels, leur formation, leur pays d'exercice, les courants théoriques qu'ils privilégient, les classifications reconnues auxquelles ils se réfèrent afin de poser leur diagnostic orthophonique, chacun fera appel à des appellations différentes, ce qui peut alors se faire au détriment du patient et de sa prise en soins. Cette problématique, fut en 2017, l'objet du travail de recherche d'un groupe international et multidisciplinaire ; le projet CATALISE.

Cinquante-sept experts anglophones se sont rassemblés à travers le monde (orthophonistes, psychologues, pédiatres, psychiatres, audiologistes...) afin de travailler sur ce projet qui avait pour objectifs l'identification des troubles langagiers (Thompson et al., 2016), constituant la première phase du projet, et leur terminologie (Bishop et al., 2017), deuxième phase, qui est ici l'objet de cette partie.

Dans les résultats publiés, l'ensemble des experts, en s'appuyant sur leur expérience clinique respective et les différentes classifications existantes, s'est accordé sur le fait qu'au sein des domaines langagiers, les troubles des enfants ne se répartissent pas parfaitement entre les différents sous-types existant actuellement, des entremêlements (et donc des doubles diagnostics) sont possibles entre les troubles du langage, de la parole et de la communication. De plus, les origines des troubles langagiers étant bien souvent complexes et multifactorielles, réaliser des classifications bien distinctes se révèle de moins en moins faisable.

Dans cette perspective, l'ensemble des experts rejette alors également le terme de « retard de langage » et toute tentative de différencier « retard » et « trouble ». De ce fait, les termes de retard de parole et retard de langage se trouvent ici remplacés par « trouble(s) des sons de la parole » et « trouble(s) du langage ».

2 « Trouble(s) des sons de la parole » / Retard de parole

2.1 Définition(s)

Dans son ouvrage, Françoise Coquet désigne les « troubles du son de la parole » comme « un ensemble de difficultés de perception, de production motrice et/ou de représentation phonologique de sons et de segments de parole qui impacte l'intelligibilité de la parole » (2019).

Les troubles du son de la parole peuvent impacter la forme des sons de la parole ou la fonction des sons de la parole dans une langue. Les premiers sont habituellement appelés troubles de l'articulation et sont associés à des difficultés structurelles et motrices. Les seconds sont eux appelés troubles phonologiques.

Pour Françoise Coquet, le retard de parole est une sous-partie des « troubles du sons de la parole », elle le nomme également « retard phonologique ». Ce terme de retard de parole englobe différentes définitions selon la littérature.

D'après le Dictionnaire d'Orthophonie, il « recouvre toute altération de la chaîne parlée constatée dans les productions verbales de l'enfant à partir de 4 ans (âge vers lequel la plupart des structures phonologiques doivent être en place). Il ne concerne ni le rythme ni le débit de parole et renvoie au domaine de la phonologie » (Brin-Henry et al., 2011, p.242).

Plus récemment, en 2016, on trouve dans l'ouvrage de Macchi et ses collaborateurs, que « le retard de parole correspond à un certain délai dans l'acquisition des compétences phonologiques de l'enfant et qu'il porte sur le composant central du traitement de la parole ; les représentations phonologiques. De ce fait, les performances phonologiques des jeunes enfants sont plus limitées, moins précises que celles de leurs pairs d'âge, et ce, sur les deux versants du langage (réception et expression). Les productions phonologiques erronées réalisées sont alors nommées « processus phonologiques simplificateurs » (2016, p.554).

2.2 Tableau clinique et symptomatologie

Sur le plan clinique, l'observation de la nature et de la récurrence des processus de simplification phonologique permettent d'effectuer un diagnostic différentiel entre trouble d'articulation, retard de langage et/ou bégaiement.

En effet, dans un retard de parole l'enfant n'altère pas le débit et le rythme de sa parole et ses phrases sont morpho-syntaxiquement correctes. Il n'altère que la production de mots ou de syllabes, et ce, de façon non-systématique. Les erreurs réalisées sont dépendantes du contexte phonémique et phonologique, variables d'un enfant à l'autre. En effet, des phonèmes altérés dans un mot peuvent tout à fait être correctement répétés en isolé ou un même mot peut être altéré de différentes façons selon le moment. De plus, la longueur du mot semble également provoquer davantage d'altérations.

Ces altérations sont regroupées de la manière suivante, d'après Le Dictionnaire d'Orthophonie (Brin-Henry et al., 2011, p.242-243) :

- Les suppressions, omissions ou élisions comme /tə/ pour mouton
- Les substitutions comme /lababo/ pour lavabo
- Les inversions comme /bɔsk/ pour boxe
- Les ajouts de phonèmes et/ou de syllabes comme /nodomino/ pour domino
- Les erreurs de segmentation de la parole comme « le noiseau » pour l'oiseau
- Les confusions entre des mots morphologiquement proches

2.3 Etiologie(s)

Concernant son étiologie, le retard de parole, selon les concepts théoriques et les divers auteurs, trouve son origine dans diverses composantes. Il peut être à la fois un trouble perceptif, où l'enfant malgré une audition parfaitement normale, rencontre des difficultés pour percevoir et identifier convenablement des séquences phonémiques. Ceci pourrait être dû à une immaturité des voies nerveuses auditives ou à une mémoire auditivo-perceptive inefficace. Mais cela peut aussi être un trouble moteur, fonctionnel et/ou mécanique (les trois termes se retrouvent dans la littérature) où l'enfant éprouve des difficultés à reproduire un schéma moteur.

Dernièrement, d'autres causes sont évoquées comme un trouble psycho-affectif où l'enfant posséderait une certaine immaturité et se trouverait dans une opposition aux désirs des parents. L'environnement est également mentionné, puisque celui-ci joue un rôle primordial dans l'exposition au langage. Des parents peu stimulants, qui interagissent peu avec leur enfant ou qui à l'inverse exigent trop de celui-ci peuvent engendrer un blocage langagier.

Enfin, certains troubles associés sont possibles. Des enfants fortement exposés à des épisodes d'otites séro-muqueuses provoquant des hypoacusies, des enfants avec troubles de l'attention, retards ou déficiences intellectuelles, retards psychomoteurs et difficultés d'ordre mnésique peuvent également présenter un retard de parole.

3 « Troubles du langage oral » / Retard de langage

3.1 Définition(s)

D'après le Dictionnaire d'orthophonie, le retard de langage c'est : « toute pathologie du langage oral se manifestant par un développement linguistique qui ne correspond pas aux normes chronologiques connues. Un décalage par rapport à l'âge considéré comme « ordinaire » d'acquisition de telle ou telle structure linguistique [...] » (Brin-Henry et al., 2011, p.241).

Le retard de langage est souvent accompagné d'un trouble de parole ou de troubles d'articulation (Kremer & Denni-Krichel, 2010). Il est « défini par son évolution comme un retard maturatif correspondant aux variations individuelles les plus extrêmes d'un développement normal » (Coquet & Ferrand, 2004), ce retard devant correspondre à un décalage supérieur à 12 mois, atteignant de façon homogène tous les niveaux du langage : phonologie, lexique et syntaxe. Il n'atteint pas la structure de la langue ; tout comme le retard de parole, il s'agit d'un trouble fonctionnel. Le développement du langage s'effectue plus tardivement, de façon plus lente, mais tout en respectant les étapes normales du développement langagier. De même que le retard de parole ; il est également transitoire et évolue de façon générale, favorablement.

Dans leur étude, en 2008, Buschmann et ses collaborateurs se sont intéressés aux enfants âgés de deux ans et consultant pour un retard langagier, leur étude a porté sur cent d'entre eux. Ils ont ensuite établi un arbre décisionnel afin de pouvoir poser un diagnostic précis de retard de langage.

D'une part, ils mentionnent « les parleurs tardifs » qui présentent deux types de troubles langagiers. Soit un retard simple, à durée transitoire, que l'on appelle également retard langagier spécifique expressif qui correspond au trouble développemental le plus fréquent chez le jeune enfant (Wilson et al., 2013). En effet, chez les enfants de deux ans, 10 à 20% présentent un retard langagier sur le versant expressif uniquement (Reilly et al., 2007). Soit un retard langagier plus important qui touchera à la fois l'expression et la compréhension orale, que l'on appelle retard langagier spécifique expressif et réceptif et dans ce cas de figure, celui-ci sera bien souvent annonciateur de troubles persistants du langage oral.

Ils mettent ensuite à part les retards langagiers dans le cadre d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble neurodéveloppemental type Trouble du Spectre Autistique (Buschmann et al., 2008). Globalement, le retard de langage peut être considéré comme un trouble de la communication verbale et non verbale.

3.2 Tableau clinique et symptomatologie

Les altérations du langage qui caractérisent le retard de langage sont de différents types et peuvent se traduire sur le plan expressif/réceptif par :

- Une totale absence de langage
- Du jargon (l'enfant se comprend seulement lui-même et n'est compris que de ses proches)
- Des productions phonologiques erronées
- Une production de mots isolés ou juxtaposés (l'enfant ne réalise pas de phrases)
- Un agrammatisme (absence ou mauvais emploi de mots outils, de pronoms, d'accords...)
- Un lexique peu riche comportant des confusions de sens et d'usage
- Une atteinte globale du discours avec des erreurs de chronologie dans le récit, des répétitions
- Des troubles de la compréhension sur des phrases complexes

3.3 Etiologie(s)

Concernant son étiologie, le retard de langage peut apparaître pour diverses raisons. Néanmoins, parfois, il nous est impossible de déceler l'origine du retard. En effet, chaque enfant évolue et se développe de façon différente, et peut avoir tout simplement l'envie ou la nécessité de prendre son temps pour entrer dans le monde du langage et de la communication. De ce fait il est à noter qu'un retard de langage chez le jeune enfant ne conduit pas nécessairement à une prise en charge précoce : il faut en effet prendre en considération l'importance des variations individuelles dans le rythme d'acquisition du langage.

Dans le Dictionnaire d'orthophonie, sont énumérés les étiologies suivantes : « un manque ou une absence de désir de communiquer, des difficultés à comprendre que l'organisation des sons de la parole transporte du sens, des difficultés à découper le monde en catégories d'objets et d'actions, des difficultés à développer des capacités d'articulations de plus en plus précises et fines » (Brin-Henry et al., 2011, p.241).

Un enfant sous-stimulé par son environnement pourra également présenter un retard de langage. En effet, l'enfant acquiert son langage par observation, mimétisme et imprégnation des modèles langagiers fournis par ses parents ou ses proches. Si ces mêmes modèles comportent des manques, des inexactitudes de langage, si les parents n'accordent que peu d'importance au langage, qu'ils ne reconnaissent pas leur enfant comme un interlocuteur à part entière, qu'ils ne sollicitent pas sa participation, qu'ils n'interagissent pas ou peu avec lui, alors le développement langagier sera impacté.

Récemment, plusieurs études ont démontré qu'une surexposition aux écrans empêche l'enfant d'occuper son rôle d'être communicant, celui-ci se trouve enfermé dans une passivité langagière et n'interagit plus avec son environnement.

Ainsi, entre 15 et 48 mois, passer deux heures, chaque jour devant une télévision, multiplie par trois la probabilité de voir apparaître un retard langagier. Cela peut même être multiplié par six pour un enfant de moins d'un et par huit s'il regarde seul l'écran (Chonchaiya & Pruksananonda, 2008). Si un enfant de moins de trois ans regarde seul et de plus en plus longtemps et fréquemment les écrans, son niveau de syntaxe entre 3 et 4 ans sera proportionnellement altéré (Naigles & Mayeux, 2001). Chez les enfants de six mois étant exposés en moyenne deux heures par jour à la télévision, est constaté vers leur quatorze mois, un ensemble de performances cognitives et langagières moindres que chez des enfants du même âge n'ayant jamais été exposés (Tomopoulos et al., 2010). Enfin, un grand nombre d'études montrent que l'exposition aux écrans de télévision, en plus de réduire les temps d'interaction avec les adultes, provoquent des effets néfastes sur le développement du lexique et de la syntaxe chez les enfants de moins de 3 ans (Esseily et al., 2017).

De même, des causes psycho-affectives peuvent entraîner un retard de langage. L'enfant ayant subi un traumatisme ou un choc affectif et émotionnel se trouve ainsi bloqué dans son évolution langagière et ses apprentissages.

La présence d'un plurilinguisme au sein de la famille peut aussi engendrer des difficultés langagières (ce point fera l'objet de la suite de ce chapitre).

Enfin, l'aspect héréditaire a également été abordé ces dernières années. La génétique d'un individu pourrait constituer une explication à l'apparition d'un retard de langage chez celui-ci. « Les retards et troubles du langage seraient plus fréquents chez les enfants dont l'histoire familiale comporte des cas similaires, même si l'héritage génétique seul n'est pas un signe précurseur suffisant (Moyle et al., 2011) » (Masson, 2014).

Dans son article, Caroline Masson développe également les différents facteurs de risque liés au retard de langage (2014) :

- Une surdité ou la récurrence d'otites séreuses dans la petite enfance
- Des troubles psychomoteurs ou un retard global de développement (syndromes génétiques, atteintes neurologiques...)
- Un trouble du spectre autistique (TSA)
- Une épilepsie
- Une grande prématurité
- Un faible niveau socioculturel

Ensemble, ils « constituent des facteurs aggravants en raison des troubles langagiers associés » (Dellatolas & Peralta, 2007).

4 Bi-plurilinguisme : quel impact et quel lien avec les troubles du langage oral ?

Dans le cadre de cette étude, il nous semble important de rappeler que le bilinguisme étudié ici, celui des enfants de migrants, est souvent précoce (les différentes langues sont transmises durant la période d'acquisition du langage, entre 0 et 6 ans), consécutif (l'enfant est d'abord exposé à sa langue d'origine puis à la langue du pays d'accueil lors de sa scolarisation) et passif (la langue maternelle est davantage comprise que parlée à cet âge, et le bilinguisme se réalise au profit du français en raison de la scolarisation).

A l'heure actuelle, en France, nous ne disposons que de peu de données sur le lien entre le bi-plurilinguisme et les pathologies du langage chez les enfants de migrants. Néanmoins, les témoignages de divers cliniciens exerçant auprès de ces populations, nous indiquent que les troubles du développement du langage s'organisant dans un contexte de pluralité linguistique nécessitent, sur le plan qualitatif, des prises en charge spécifiques.

En effet, les enfants grandissant dans un contexte de bi-plurilinguisme acquièrent et construisent plus lentement que les enfants monolingues. Développer deux systèmes linguistiques (ou plus) demande à l'enfant un réel investissement sur le plan cognitif. Qui plus est, « la rencontre avec une langue seconde ne se réduit pas à l'acquisition d'un nouveau système linguistique. Cela implique également, et de manière concomitante, la confrontation de deux (voire plus) univers culturels.

Certaines situations de bilinguisme, rendues complexes par le parcours migratoire, le télescopage avec la culture du pays d'accueil, les obstacles matériels, peuvent rendre difficile pour les enfants l'entrée dans la langue seconde » (Sanson, 2010, p.54).

Néanmoins, le bi-plurilinguisme reste un véritable atout dans le développement global de l'enfant, et ce, dans une multiplicité de domaines. Il est alors intéressant de s'interroger sur la présence de troubles du langage chez ces enfants. En d'autres termes, le contexte de bi-plurilinguisme peut-il impacter, désorganiser, ralentir l'acquisition du langage à tel point qu'on puisse l'associer aux troubles du langage ?

A titre quantitatif, les données épidémiologiques dont nous disposons ne permettent pas d'établir une relation causale entre bilinguisme et pathologies langagières, même dans des milieux sociaux défavorisés (Di Meo et al., 2014).

En 2018, une équipe de professionnels cliniciens du Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent de la Salpêtrière à Paris a publié les résultats d'une étude réalisée par leurs soins. Celle-ci avait pour but de montrer dans quelles mesures une situation complexe de bi-plurilinguisme simultané précoce pouvait contribuer à l'apparition et au développement de troubles de la communication et de l'acquisition du langage. La population étudiée pour cette étude a été recrutée au sein de l'Unité petite enfance et parentalité de l'hôpital, à l'accueil thérapeutique, dans lequel ils exercent tous. Cet accueil reçoit quotidiennement une population d'enfants adressés par le réseau de périnatalité pour une évaluation, un soutien à la socialisation et des soins à des parents et leurs enfants âgés de 0 à 3 ans. La recherche a alors été menée sur une cohorte de 168 enfants dont 70 grandissant en contexte de bi-plurilinguisme. Ainsi, ils ont pu comparer sur différents critères développementaux et psychosociaux, une cohorte d'enfants bi-plurilingues et des enfants grandissant en contexte monolingue.

Les résultats ayant alors été publiés sont les suivants (Couëtoux-Jungman et al., 2018) :

- Les enfants bi-plurilingues avec leur deux parents allophones ont tendance à consulter plus tardivement, sont davantage soumis à des stress psychosociaux et présentent plus de troubles de la communication, de l'attention et du langage que les enfants monolingues
- Les enfants avec une mère allophone et un père francophone (ou vice-versa) présentent autant de troubles de la communication que les enfants monolingues

Ce que cette étude nous montre, c'est que la situation la plus étudiée et connue concerne principalement le bilinguisme dans lequel une langue est associée à chaque parent. Or, les situations, selon les familles, sont parfois plus complexes que cela. Notamment, lorsque les deux parents ne parlent pas la langue du pays d'accueil. Ils ont généralement tendance, afin de favoriser l'intégration de leur enfant, à ne plus parler la langue maternelle et familiale avec celui-ci. Par ailleurs, dans la majorité des cas, certaines mères nouvellement arrivées en France et non-francophones, parlent très peu avec leur enfant et s'inhibent elles-mêmes dans leur communication avec autrui. De plus, les langues qu'emploient les parents ne sont pas toujours utilisées pour s'adresser à leur enfant, il faut donc faire « la distinction entre langue « perçue » et « adressée » » (Couëtoux-Jungman et al., 2018, p.81).

Certains enfants sont soumis à un nombre important de langues et d'environnements perceptifs complexes, instables et difficiles à différencier. C'est cela qui peut alors éventuellement conduire à des difficultés et retard de langage et/ou à la production d'un jargon.

Une autre étude réalisée au « Centre référent du langage » de l'hôpital Necker (Kohl et al., 2008) s'est focalisée sur la relation possible entre trouble de l'acquisition du langage et multiplicité linguistique, de par les populations rencontrées au sein de leur institution. L'étude compare également les enfants liés à un milieu monolingue avec ceux élevés dans un contexte bi-plurilingue. Elle porte sur une population de 47 enfants allant de 2 ans 10 mois à 7 ans 10 mois. Chaque enfant a été évalué durant deux années pour des troubles du langage puis a été différencié selon des critères socio-économiques, linguistiques, puis sur un plan clinique, en considérant le type de trouble.

Les résultats de cette étude montrent alors que parmi les enfants ayant évolué dans un environnement lié à la pluralité linguistique, la proportion ayant été diagnostiquée comme porteuse d'un trouble spécifique du langage est pratiquement la même que chez les enfants monolingues.

De ce fait, le facteur de pluralité linguistique n'augmente pas l'incidence du trouble spécifique du langage. De plus, la proportion de troubles spécifiques du langage et de retards simples de langage ou de parole n'est pas supérieure chez les enfants bi-plurilingues. Au contraire, ce diagnostic est plus élevé chez les monolingues.

Néanmoins, il est important de nuancer ces résultats. En réalité, la situation est plus complexe qu'elle n'y paraît. Les données précédentes doivent être couplées avec la connaissance des conditions de la pluralité linguistique des enfants et des paramètres de leur développement bilingue. En effet, il arrive fréquemment qu'une sous-évaluation ou une surévaluation soient réalisées. Ce risque dépend généralement des représentations que possèdent les cliniciens sur le bilinguisme. Il dépend également des pratiques d'évaluation du langage adoptées.

Malika Bennabi Bensekhar et ses collaborateurs concluent la chose suivante : « Qu'il s'agisse de troubles du langage avérés, d'attrition ou de mutisme extrafamilial, la bilinguisme en elle-même, c'est-à-dire l'état psychologique lié à une double acquisition langagière, ne peut être considérée comme un facteur causal » (2015, p.296).

Néanmoins, il reste important de considérer les impacts psychologiques d'une pluralité linguistique (en cas de migration par exemple) car ceux-ci peuvent avoir un rôle dans l'intérêt et le développement des pratiques langagières ainsi que dans l'accès au bi-plurilinguisme par l'enfant.

Enfin, dans un article de Di Meo et de ses collaborateurs, il est énoncé que chez les enfants de migrants, trois situations apparaissent fréquemment : le trouble du langage qui touche tous les langues de l'enfant, le mutisme extra-familial qui touche davantage la deuxième langue et l'attrition de la langue maternelle. La littérature étant assez maigre concernant ces types de trouble chez les enfants bilingues, la procédure de prise en charge est également mal documentée.

Ils ajoutent que « les études ont tendance à montrer qu'il n'y aurait pas plus de troubles spécifiques du langage oral chez les enfants bilingues. C'est une pathologie multifactorielle et son apparition ne peut être expliquée par une seule cause. Il est fort probable que la pathologie s'exprime lorsque plusieurs facteurs sont réunis rendant l'enfant vulnérable à une pathologie » (Di Meo et al., 2014, p.5).

En 2010, dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude, une autre recherche s'est intéressée à l'acquisition du français dans un contexte de bilinguisme précoce consécutif. Dans cette étude, le but était de démontrer que plus la syntaxe et la phonologie d'une langue maternelle étaient éloignées de celles du français, plus longue serait l'acquisition. Les enfants choisis pour l'étude étaient soit turcs (langue très éloignée de la typologie du français) soit portugais (langue faisant partie de la même famille linguistique que le français).

Il a alors été mis en évidence que, plus une langue est éloignée du système second à acquérir, plus la seconde langue mettra du temps à être acquise. Elle met également en évidence que nous devons ne pas avoir le même regard et la même analyse sur les enfants qui viennent consulter et nous poser la question de savoir si le retard est légitime ou non. Concernant les populations turcophones, il s'avère également important de différencier les bilingues précoces simultanés et consécutifs. Dans le cadre du bilinguisme précoce consécutif, le retard est beaucoup plus marqué et il n'est pas rare de constater une acquisition du genre plus tardive chez ces populations (jusqu'à 8 ans) (Hilaire-Debove et al., 2012). Ce dernier élément est intéressant puisque le patient faisant l'objet de ce mémoire possède un bilinguisme précoce consécutif franco-arabe (langue assez proche du turc).

Les auteurs ajoutent : « Les connaissances sur la langue nous permettent de prédire que certains éléments n'existant pas dans la langue maternelle peuvent être acquis plus tardivement : pour les enfants turcophones, l'utilisation des voyelles nasales, le genre et la structure syntaxique S+V+O. Cette étude met également en évidence qu'après deux ans d'exposition au français, les enfants bilingues ne maîtrisent pas complètement le français, que cette maîtrise est en cours, mais qu'ils ont encore besoin de temps pour y parvenir » (Hilaire-Debove et al., 2012).

Dernièrement, le projet CATALISE (Bishop et al., 2017) propose d'exclure les enfants bi-plurilingues d'un diagnostic de trouble du langage si les difficultés sont imputables au manque d'exposition à la langue de scolarisation et qu'ils ne présentent aucun trouble dans leur langue maternelle. Certains enfants peuvent avoir des besoins en termes de soutien langagier parce que leur langue maternelle ou la langue parlée à la maison diffère de la langue d'accueil et que l'exposition à la langue d'instruction est insuffisante pour la parler de façon fluente. Il conviendrait donc de s'interroger sur le rôle occupé par l'orthophoniste dans ce cas ; « Si le plurilinguisme ne peut être la cause des troubles langagiers, il n'est pas non plus un facteur de protection qui pourrait être une raison d'exclusion pour l'accès aux soins » (Maillart, 2018, p.7).

En conclusion, avec l'appui de toutes ces données, il semble impératif d'éviter de considérer le bi-plurilinguisme comme la cause des retards de parole et de langage mais plutôt comme une difficulté supplémentaire qui renforce et complexifie le diagnostic et la prise en charge en comparaison à celle de l'enfant monolingue.

CHAPITRE 3

L'ORTHOPHONIE FACE A L'EXIL

Afin de réaliser cette étude, nous avons suivi un binôme mère-enfant arrivé en France dans un contexte d'exil. En effet, cette famille est arrivée il y a quelques années pour fuir le conflit armé en Syrie. Nous sommes donc face à des personnes avec une histoire de vie et tout un bagage culturel et linguistique bien différents du nôtre. Il est alors primordial de prendre en compte ces éléments pour construire une prise en charge adaptée, que ce soit d'une part pour comprendre le développement de notre patient mais également d'autre part pour pouvoir intégrer et interagir avec le parent.

1 Être réfugié au XXI^{ème} siècle

La population réfugiée est très hétérogène dans sa définition, en effet des situations extrêmement différentes peuvent être à l'origine d'un exil. Néanmoins, on retrouve quelques généralités.

Dans un premier temps, la personne réfugiée est un individu en situation de crise, ayant subi moult bouleversements. Cette crise, engendrée par des situations diverses imposant des modifications importantes et parfois vitales de la vie quotidienne, chamboule les repères, brise les habitudes et provoque de grandes souffrances.

Dans un second temps, la population réfugiée regroupe un ensemble d'individus dont la survie est bien souvent menacée. On retrouve des personnes chassées de chez elles (parfois de façon violente et traumatique) où la fuite n'est plus le fruit d'un choix mais d'une obligation. Il y a également des personnes qui fuient d'elles-mêmes et qui prennent la décision d'éviter le pire. On distingue alors « les réfugiés aigus » des « réfugiés chroniques », ceux dont le retour au pays sera possible à court ou moyen terme et ceux dont le retour est inenvisageable à court terme voire définitivement (Jeria, 2004).

Pour les personnes réfugiées qui peuvent avoir la possibilité de se réinstaller dans un pays d'accueil, c'est l'espoir d'un retour à « la normale », à un équilibre sur les plans personnel et familial. Néanmoins, quitter son pays par obligation, comme ultime solution de survie, est une expérience traumatique, un choix qui s'impose au sujet exilé en quête de davantage de liberté, de droits, de sécurité. En effet, devoir trouver refuge dans un pays autre que celui qui nous a vu naître et grandir est source d'inquiétudes et engendre parfois certaines désillusions. Pour faire face à cela, les réfugiés doivent posséder de grandes capacités d'adaptation. Couplé à la perte de sa terre natale se retrouve également le manque de ses proches restés au pays et l'apprentissage forcé d'une culture et d'une langue nouvelle, inconnue, qu'il faut privilégier à la sienne pourtant plus rassurante car comprise et maîtrisée.

Dans son ouvrage, Josiane Froissart nous décrit ce phénomène avec les mots suivants : « Parfois, trop souvent l'exil emporte avec lui la violence de l'expulsion forcée d'un territoire. Il prend l'habit du négatif : « Pas d'ici mais aussi plus de là-bas. » » (2007, p.22).

1.1 L'exil Syrien

Le binôme faisant l'objet de cette étude étant d'origine Syrienne, en France depuis moins de cinq ans, il me semble pertinent de faire brièvement un état des lieux de cette situation particulière de l'exil Syrien afin de comprendre davantage le contexte de leur immigration.

Le conflit armé qui ravage encore aujourd'hui la Syrie a entraîné depuis son commencement un déplacement massif de sa population. Près de six millions de réfugiés Syriens ont été comptabilisés hors des frontières (Fourn, 2018). Cette « guerre Syrienne » a débuté en 2011, peu après le « Printemps Arabe », période de contestations populaires ayant secoué le Monde Arabe et tout particulièrement la Tunisie, l'Égypte, le Maroc, le Yémen, la Libye et la Syrie. Ces mouvements populaires souhaitaient voir se réaliser une profonde transformation des systèmes gouvernementaux en place et ainsi obtenir davantage de droits et de libertés individuelles et publiques, voire la mise en place d'un système démocratique.

En Syrie, face à ces contestations, Bachar-el-Assad, actuel président, a décidé de mettre en place une politique extrêmement répressive. Pour contrer cette violence gouvernementale, une partie de la population décide de prendre les armes. Démarre alors une guerre entre une partie des Syriens et le régime baasiste.

De plus, au cours de cette guerre civile, en 2014, s'imisce l'Etat Islamique qui s'empare d'une partie de la Syrie. Le peuple se retrouve donc en étau entre la répression de son propre gouvernement et celle du terrorisme islamique.

Ce conflit est encore aujourd'hui extrêmement dévastateur malgré le recul de l'Etat Islamique sur certains territoires (avec l'aide Américaine, Russe, Turque et Kurde certaines villes ont pu être libérées de la menace djihadiste) puisque Bachar-el-Assad et ses alliés continuent de réprimer les opposants au régime. L'Organisation des Nations Unies a d'ailleurs reconnu la politique baasiste comme une politique « d'extermination » coupable de crimes de guerre et de crimes contre l'humanité. Le bilan humain issu de cette guerre est selon Fourn tel que : « Près de huit ans après le début du conflit, les chiffres sont sans appel. Selon les estimations, plusieurs centaines de milliers de personnes auraient péri, auxquelles s'ajoutent les blessés et les disparus. Plus de la moitié des habitants du pays ont été contraints de quitter leur foyer, soit plus de 12 millions de personnes » (2018, p.20).

Face à ce désastre, de nombreux Syriens ont pu trouver refuge en Europe. Néanmoins, tous les pays d'accueil n'ont pas mené les mêmes politiques concernant l'immigration de ces réfugiés. Dans un communiqué de presse datant du 27 Avril 2020 ³, Eurostat, ayant pour rôle de produire les statistiques officielles de l'Union Européenne, nous montre que bien que les Syriens soient les principaux bénéficiaires d'une demande de protection dans l'Union Européenne (ils représentent en 2019, 27% du nombre total de personnes ayant obtenu la demande d'asile), ceux-ci ne sont pas accueillis majoritairement dans tous les états membres. En 2019, c'est l'Allemagne, avec 71% d'accords de protection envers les réfugiés Syriens qui semble être le pays le plus accueillant envers cette population, vient ensuite la Grèce avec 35%, les Pays-Bas avec 33%, l'Autriche avec 21%, la Suède avec 18% et la France vient ensuite avec seulement 7%.

³ <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10774026/3-27042020-AP-FR.pdf/58c0a0d3-7e25-b425-6827-83909f8abcf4>

1.2 L'exil avec un enfant

Devenir parent est une expérience que toutes les cultures valorisent à leur façon par un ensemble de codes et de rituels. Les manières de faire et d'accompagner ce moment de la vie sont très différentes selon les pays et selon les sociétés. Lorsque l'on est dans un contexte de migration, on se retrouve donc confronté à plusieurs façons « d'être et de devenir parent » (Giraud & Moro, 2002).

En effet, les parents migrants, dans leur pays d'accueil, doivent souvent faire preuve d'une grande capacité d'adaptation. Face à leur situation sociale déjà extrêmement complexe, rongés d'incertitudes et coincés dans une certaine précarité, s'ajoute à leurs préoccupations l'obligation de devoir répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) au sein d'un système dont ils ne connaissent ni la langue ni les codes sociaux et culturels. Francine Rosenbaum décrit ce phénomène avec ces quelques mots : « Les parents sont ballottés entre pressions contradictoires liées à la stigmatisation et à l'isolement, aux conditions d'habitat et aux difficultés d'accès aux soins. Lorsqu'ils se trouvent en pays d'accueil avec des enfants mineurs, ils doivent s'adapter à un milieu souvent hostile et deviennent moins aptes à exercer leurs compétences parentales » (2012).

La rupture avec le pays d'origine est parfois lourde de conséquences pour les familles. Les parents se trouvent privés de tout un étayage culturel et familial dans l'éducation de leur(s) enfants(s). Ce manque engendre parfois des transformations psychiques chez les parents, ce qui peut retentir sur la qualité de leur(s) interaction(s) avec leurs enfants et donc sur leur développement et leurs apprentissages. Ils sont parfois dans un tel contexte de vulnérabilité, dans des situations si difficiles voire même inhumaines, qu'ils sont davantage occupés à survivre, psychologiquement tout autant que matériellement. Ils ne peuvent alors transmettre convenablement à leurs enfants ce qui leur est nécessaire, ils n'ont à leur offrir que l'héritage de leur précarité et de leurs difficultés (Moro, 2017).

Ces difficultés se retrouvent décuplées lorsque l'exil s'est déroulé dans un contexte de violences et de traumatismes intentionnels et humains. En effet, les personnes ayant fui leur pays à la suite de ce type de persécutions misent tout sur leur départ, et espèrent rompre avec leur passé et ainsi pouvoir démarrer une nouvelle vie, recommencer à zéro. Cette envie irrépressible de se débarrasser des traumatismes du passé engendre parfois tout le contraire puisqu'ils peuvent de manière implicite, léguer à leurs enfants, ces traumatismes en unique héritage (Ratcliff, 2007).

La situation de migration bouscule les codes de la transmission parentale à l'enfant. Celle-ci s'organise davantage autour de la question de l'identité et notamment autour de la façon dont vont interpréter ces parents exilés, leur place en tant que migrant dans le pays qui les accueille. Cette réappropriation identitaire influence alors leurs attentes en tant que parents et certaines notions vont être négligées ou minimalisées telles que la question de la langue ou des interactions parents-enfants (Pachoud et al., 2019).

Être parent, de façon générale, implique plusieurs aspects. Personne n'accède à la parentalité de façon innée, il s'agit d'une construction complexe à base de plusieurs paramètres : d'une part ceux qui relèvent du collectif comme les codes sociaux et culturels. D'autre part, ceux qui relèvent davantage de l'intime et du privé comme la personnalité de chaque parent, son histoire familiale, le couple parental en lui-même, etc.

Avant d'exister, l'enfant à naître est idéalisé, imaginé par ses parents et s'inscrit dans un héritage, un projet de filiation. Si l'on s'intéresse davantage aux mères réfugiées (puisque l'objet de ce mémoire est d'inclure une mère dans la prise en charge), dans certains pays, la maternité par exemple, fait l'objet d'un ensemble de traditions. La future maman est très entourée et soutenue par les femmes de la famille qui transmettent alors leurs savoirs. La naissance de l'enfant peut ensuite s'accompagner de certains rituels, de certaines coutumes. D'après Betty Ratcliff Goguikian : « Le sentiment de contenance, de protection et d'ancrage que procurent la famille et l'ensemble du groupe d'appartenance est primordial car il permet d'inscrire la mère et l'enfant dans une trame transgénérationnelle, une filiation et une affiliation » (2016, p. 81).

Or, la migration qui a engendrée la perte et l'éloignement de la famille, du pays, de tout ce qui était connu, rassurant va priver la mère de cette protection et de cet accompagnement dans une étape importante de sa vie et va créer une certaine vulnérabilité. Marie-Corinne Probst Favret ajoute à ce propos : « Le sentiment de solitude est donc d'autant plus prégnant dans le vécu de ces mères migrantes qu'elles accouchent souvent seules dans un monde étranger dont elles ne connaissent ni la langue, ni les codes » (2018, p.180). De ce fait, les premières interactions avec l'enfant peuvent en pâtir également.

1.3 L'enfant de migrant

Être enfant de parents réfugiés, c'est être confronté à de nombreuses épreuves. Quel que soit l'endroit de sa naissance (terre natale de ses parents, sur le chemin de l'exil, dans le pays d'accueil), son enfance ne se déroulera pas de façon conventionnelle. Il sera d'un côté confronté à la dissonance entre ce nouveau pays et l'ancien, d'un autre à la dissonance entre sa vie et son histoire peu commune, peu conforme et les enfances très tranquilles de ses pairs d'âge du pays d'accueil (Asensi, 2009).

L'enfance est une étape primordiale dans la vie d'un individu quant à l'acquisition des codes sociaux, des normes qui régissent le monde et des processus de socialisation. Lorsqu'on est un enfant de parents migrants, cette phase est encore plus importante car c'est elle qui constituera une bonne intégration au sein de la société du pays d'accueil. Lorsqu'il faut se construire une nouvelle vie, dans un nouveau pays, certains problèmes peuvent faire surface au sein d'une famille. D'ordre culturel et/ou générationnel, certains conflits imposent aux enfants des limites dans leur possibilités à s'épanouir car pour les parents l'adaptation à de nouveaux rôles n'est pas évidente.

Pour une majeure partie des familles de réfugiés, prendre la décision de partir du pays est extrêmement difficile et source d'une grande tristesse souvent accompagnée de peur. Cette solution ultime est généralement prise lorsque la famille envisage le fait de rester comme voués à une mort certaine. Or, Mariana Jeria nous dit : « on constate que l'expérience des enfants réfugiés peut, dans une vaste gamme de situations, représenter des perspectives ouvertes pour l'avenir, soit dans la réinstallation, soit dans le rapatriement volontaire une fois résolue la cause de l'exil. Mais elle peut également condamner l'enfant à vivre indéfiniment dans l'attente, dans une « situation transitoire » qui peut durer toute la vie » (2004, p.2324).

Lorsqu'on est enfant de parents réfugiés, trouver un équilibre, réussir à se construire en tant qu'être dépend de plusieurs conditions inhérentes à la famille, à la culture d'origine, au pays d'accueil et ses particularités. Cela dépend également de l'âge de l'enfant à son arrivée et de sa personnalité propre. Dans tous les cas, le développement de l'enfant dépendra également de ses capacités d'adaptation qui sont elles-mêmes impactées par l'accès qu'il aura aux apprentissages.

Dans son ouvrage, Mariana Jeria ajoute : « Le besoin de se sentir aimé et d'appartenir à la communauté amène l'enfant à se plier aux demandes de deux cultures. L'arrivée à l'école marque le début de l'intégration mais en même temps peut accentuer initialement la dévalorisation de soi » (2004, p.2323-2324).

Au cours de leur développement, les enfants de migrants pourront rencontrer plusieurs phases de vulnérabilité. Tout d'abord, après leur naissance, étape cruciale dans la création du lien mère-enfant. Dans un contexte de migration, ce lien peut être complexe à mettre en place, étant donné l'éventuelle fragilité psychique et sociétale de la mère et de sa confrontation aux nouveaux codes qui régissent le statut maternel. La seconde phase est celle des apprentissages scolaires de base (lecture, écriture, calcul), où l'enfant est ici placé dans un environnement qu'il ne connaît pas, dans un accès au savoir par le biais d'une langue qui lui est inconnue ou méconnue, et doit se faire une place parmi ses pairs d'âge aux statuts très différents du sien. Enfin, la dernière période de vulnérabilité est celle de l'adolescence, où le questionnement identitaire est le plus fort et où l'histoire de la migration peut ressurgir (Moro, 2002).

2 L'orthophoniste et la prise en charge de l'enfant migrant

En tant que professionnels du langage et de la communication, créer et entretenir du lien avec nos patients et leur entourage se révèle primordial dans notre pratique afin de mettre en place une confiance mutuelle qui servira grandement à l'efficacité de nos prises en charge. Parfois complexe à installer, cette alliance thérapeutique l'est davantage dans un contexte où nos patients sont issus d'un difficile parcours migratoire. Barrière linguistique, différences culturelles, codes sociaux et représentations parfois très éloignés, méfiance quant aux institutions sociales et médicales, traumatismes divers, tout un ensemble d'obstacles qui peuvent entraver la création de ce lien.

De plus, dans notre exercice nous ne disposons que d'outils et de matériels non-adaptés à ce type de patients. Bilans uniquement destinés à des patients francophones, normes comparatives basées sur des paramètres qui ne prennent pas en compte ce type de parcours de vie, terminologies diagnostiques inadaptées à certaines situations, items des épreuves de bilans et matériels de rééducation constitués à partir de nos propres références culturelles et sociétales... Afin de pallier ces insuffisances, de nouveaux dispositifs ont été créés.

2.1 Le bilan

Tout d'abord, concernant le bilan, l'Évaluation Langagière pour Allophones et primo-arrivants (ELAL) d'Avicenne a été élaborée par le Centre du Langage du Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital d'Avicenne à Bobigny, en Seine-Saint-Denis. Il s'agit du premier test, à l'international, d'évaluation du langage en langue maternelle des enfants vivant dans un contexte multilingue, pour les enfants de 3 à 10 ans. Cette évaluation se déroule obligatoirement en la présence d'un interprète.

Dans leur présentation, les créateurs de cette évaluation la décrivent ainsi : « C'est donc un test pour tous, spécialistes transculturels ou interculturels mais surtout pour tous les autres, ceux qui sans être des spécialistes de cette diversité se demandent comment l'enfant parle, comment il s'exprime dans ses différentes langues et qu'est ce qui, éventuellement, entrave ce langage et le désir de langue d'un enfant donné, dans une famille donnée. C'est un outil conçu pour tous ceux qui veulent bien mener leur travail éducatif ou soignant avec tous les enfants, quelles que soient leurs langues d'expression et de vie » (Moro et al., 2018, p.141).

L'organisme de formation Dialogoris, fondé par trois orthophonistes (Paulette Antheunis, Françoise Ercolani-Bertrand et Stéphanie Roy) et s'adressant aux orthophonistes et professionnels de la santé et de la petite enfance a, ces dernières années, proposé une formation consacrée à « l'accueil de la différence culturelle, bilinguisme et bilan orthophonique de l'enfant bilingue » ainsi qu'une formation consacrée à la rééducation de l'enfant bilingue.

2.2 La rééducation

Dans la prise en charge orthophonique, afin de comprendre les paramètres sous-jacents aux troubles du langage oral chez les enfants de migrants bilingues, il est important de pouvoir se décentrer culturellement et professionnellement.

Afin d'accéder au mieux à cette décentration, les orthophonistes peuvent être formés à la clinique transculturelle. Cette approche issue du domaine de la psychologie s'est développée en France trente ans après s'être développée aux Etats-Unis et au Canada. Elle a été instaurée afin de mieux soigner les patients et leurs familles, d'où qu'ils viennent (Moro, 2015).

En effet, cette méthode clinique s'appuie sur la considération de la langue maternelle du patient, de son histoire migratoire ainsi que de ses affiliations culturelles. Elle vise à donner aux soignants la capacité d'acquérir des connaissances et des compétences interactionnelles adaptées à ces patients venus d'ailleurs afin de leur prodiguer des soins de qualité (Bouznah, 2015).

Dans le but d'appliquer cette approche en orthophonie et de pouvoir constituer une base solide au projet de soins, la rééducation peut se baser sur la création du lien entre les diverses langues (langue française et langue(s) maternelle(s)) et les différentes cultures en sollicitant les parents à utiliser leur langue au quotidien, lors des séances de demander au patient de raconter des événements propres à la culture de sa famille et travailler les objectifs avec ce support, lui demander du vocabulaire dans les deux langues et le répéter dans sa langue maternelle en lui montrant que pour nous aussi il est difficile d'accéder à une autre langue que la nôtre. Demander à la famille du patient de participer aux séances et les intégrer à la prise en charge (en présence ou non d'un interprète) va également permettre la construction d'un cadre thérapeutique rassurant et de remettre en place un étayage naturel (Di Meo et al., 2014).

Dans un contexte de migration, en tant qu'orthophonistes, nous possédons un rôle primordial d'informateur et de soutien linguistique. En effet, les parents ont besoin d'être encouragés dans leur fonction auprès de leur enfant n'ayant plus à leurs côtés leur entourage familial et amical pour le faire. On se doit de les rassurer et de les encourager à utiliser leur propre langue, à raconter, à commenter, à chanter et échanger avec leur enfant dans cette langue maternelle. Il faut leur faire comprendre que les compétences de maîtrise d'une langue sont à dissocier de la capacité de langage. La non-maîtrise de la langue du pays d'accueil ne doit pas être un frein aux interactions avec leur enfant, lui parler dans une langue autre que celle du pays d'accueil ne va pas l'empêcher de développer ses capacités langagières et ses aptitudes à communiquer. Leur redonner une place auprès de leur enfant et les laisser évoquer leur pays, leurs racines, leur histoire, leur culture. Ce partage peut également se faire par l'écrit, montrer à l'enfant les différentes écritures sur des histoires imagées et contes bilingues. Redonner aux parents toute leur estime c'est permettre à l'enfant d'avoir pleinement accès à la parole.

Si l'on souhaite donner aux enfants de migrants toutes les cartes en main pour s'intégrer à notre système et notre société, leur donner le pouvoir des mots justes, le soutien et l'enrichissement de la langue maternelle comme fondation de toutes les autres langues doit devenir la ligne conductrice de nos rééducations (Rosenbaum., 2015).

PARTIE 2 :
PARTIE METHODOLOGIQUE

1 Problématique

A l'heure actuelle, de nombreux orthophonistes ne se sentent pas assez formés pour pouvoir prendre en charge les troubles du langage oral chez un patient évoluant dans un environnement bi-plurilingue. Formation initiale insuffisante en ressources théoriques et cliniques, barrière de la langue, bilans et moyens orthophoniques ciblant uniquement la rééducation d'un enfant monolingue et francophone... la liste est longue. Or, le monde dans lequel nous vivons aujourd'hui est en perpétuelle évolution, des mouvements de population sont présents sur l'entièreté du globe et l'avenir nous laisse à croire que les flux migratoires vont devenir de plus en plus importants au vu des conditions climatiques et géopolitiques actuelles. En France et partout ailleurs, l'avenir se prête donc à une société cosmopolite, multiculturelle et multilingue. Il faut donc, en tant que professionnels du langage et de la communication, pouvoir s'adapter à ce changement et être en capacité d'aider l'ensemble de la population.

Lors de mes stages cliniques, j'ai pu constater que la présence et le rôle de l'accompagnant principal et non-francophone du patient (très souvent la mère) était « négligé » dans sa rééducation par manque de compétences linguistiques des professionnels, or, cette personne représente un véritable outil et atout pour les orthophonistes dans leur prise en charge.

Dans cette étude, nous allons donc chercher à savoir :

Comment adapter les méthodes rééducatives à destination des patients francophones et monolingues dont dispose l'orthophoniste pour la prise en charge du patient bi-plurilingue avec troubles du langage oral afin d'inclure son parent non-francophone et quels seront les effets de ces adaptations sur l'évolution du patient ?

La réponse à cette problématique nous permettra de faire un état des lieux des moyens et méthodes qui peuvent être employés par les orthophonistes pour ce type de prise en charge, quelles que soient leur expérience et compétences dans ce domaine. L'utilité étant ici de répondre à la demande grandissante au sein des cabinets et de pouvoir faire face pour les professionnels les plus isolés, à ces cas plutôt complexes tout en évitant d'exclure l'aidant principal dans la rééducation, son rôle auprès du patient étant primordial.

2 Hypothèses

N°1 : L'orthophoniste, en se basant sur un ensemble de facteurs tels que le type de bilinguisme de son patient, le contexte familial et culturel de celui-ci ainsi que la situation de son parent non-francophone, va pouvoir adapter les méthodes rééducatives pour la prise en charge des troubles du langage oral normalement à destination de ses patients francophones et monolingues de façon à permettre une meilleure adhésion de son patient bilingue et du parent non-francophone à la prise en charge.

N°2 : L'orthophoniste doit privilégier la valorisation de la langue maternelle et réussir à faire appréhender au parent non-francophone la notion de langue et de langage (voir Partie 1 : Ancrage théorique – Chapitre 3 – Sous-partie 2.2, p.42) afin qu'il puisse en établir une distinction claire. Celui-ci pourra ainsi s'approprier cette différence et interagir au mieux avec son enfant.

N°3 : Créer l'occasion d'une participation active du parent non-francophone durant les séances permet un transfert et une mise en application au quotidien avec son enfant des moyens mis en place durant la rééducation (**Hypothèse non-vérifiable pour cause de crise sanitaire COVID-19, le recueil de données au domicile du patient pour vérifier cette hypothèse n'a pu avoir lieu**).

3 Objectifs de recherche

L'objectif principal de cette étude est de démontrer qu'il est possible d'employer des adaptations spécifiques à l'inclusion active du parent non-francophone, sur des méthodes orthophoniques pratiquées et employées par un grand nombre de cliniciens, dans la prise en charge orthophonique de l'enfant bi-plurilingue avec troubles du langage oral.

Les objectifs secondaires sont eux de :

- Définir l'ensemble des facteurs à prendre en considération pour l'inclusion d'un parent non-francophone dans la prise en charge d'un patient bi-plurilingue
- Rechercher et analyser la mise en œuvre d'une valorisation de la langue maternelle (voir Partie 1 : Ancrage Théorique - Chapitre 3 – Sous-partie 2.2, p. 42) par l'orthophoniste lors des séances

- Créer des occasions de participation active pour le parent non-francophone au sein de la séance
- Démontrer que l'ensemble des adaptations employées permet une éventuelle progression des compétences du patient dans l'interaction quotidienne avec son parent

4 Critères de jugement

Le critère de jugement principal (CJP) ainsi que les critères de jugement secondaires consisteront en l'observation qualitative et quantitative des interactions orthophoniste/mère/enfant.

Les seuls indicateurs mesurables sont ici les productions verbales et non-verbales des protagonistes au sein des séances.

5 Méthodologie

5.1 Le type d'étude

Ce travail de recherche repose sur une étude de cas monocentrique longitudinale de type observationnelle descriptive.

Elle consiste en l'observation d'un unique binôme patient-parent au sein du cabinet d'une seule orthophoniste, elle n'intervient pas sur le statut d'exposition des individus et ne compare pas de groupes d'individus. De plus, elle s'établit sur un recueil de données s'inscrivant dans une durée de six mois.

5.2 La population d'étude

Cette étude de cas porte sur un seul binôme parent/enfant (un garçon de cinq ans et sa mère), avec un seul type de bilinguisme (précoce successif et franco-arabe), et ciblant une pathologie précise (troubles du langage oral). De ce fait, par sa définition, elle ne peut être exhaustive. En effet, l'étude de cas ne cible qu'un unique individu avec son contexte propre et ne peut être représentative de toute une population (biais pris en considération pour l'analyse des résultats finaux).

5.2.1 Critères d'inclusion :

- L'enfant doit avoir un trouble du langage oral (articulation et/ou parole et/ou langage). Il doit être à minima bilingue, l'une des deux langues étant le français et n'étant pas sa langue maternelle. Concernant son âge, pour un trouble du langage oral touchant à l'articulation et/ou la parole et/ou le langage, le diagnostic se pose entre 2 et 6 ans selon le trouble.
- L'un de ses deux parents est non-francophone c'est-à-dire que celui-ci ne maîtrise pas ou très peu la langue française, ne la parle pas, ne la pratique pas, ne l'emploie pas dès qu'il souhaite communiquer.

5.2.2 Critères de non-inclusion :

L'enfant est bilingue mais le français est sa ou l'une de ses langue(s) maternelle(s).

5.2.3 Critères d'exclusion :

- L'enfant présente des troubles associés à son trouble du langage oral (déficience intellectuelle, déficit sensoriel, etc...).
- Le parent est francophone

5.3 L'échantillonnage et le recrutement

Le recrutement du binôme parent-enfant s'est effectué sur la base du volontariat (sans randomisation).

La première étape pour recruter ce binôme a été effectuée par ma maître de mémoire qui est également ma maître de stage long (stage clinique de six mois à effectuer pour valider notre cursus de Master 2). J'ai présenté mon projet à Mme Beiler en septembre 2018, celle-ci a de ce fait accepté d'être ma maître de mémoire.

Durant l'année de Master 1 (Septembre 2018 - Juin 2019), nous restions en contact afin de réaliser le projet de mémoire pour obtenir sa validation par la faculté et elle a ainsi pu mentionner la venue d'un nouveau patient au sein de son cabinet qui pouvait correspondre au profil que je recherchais. Elle a donc dans un premier temps exposé rapidement mon projet aux parents (notamment au père qui parle et comprend le français), qui avaient alors donné un premier accord tacite. Dans un second temps, j'ai réalisé en septembre 2019, à l'aide d'un ami partageant la langue maternelle (Syrien) de la maman (qui est ici le parent non-francophone de l'étude), une lettre rédigée en arabe (cf. **Annexe 1**) expliquant mon projet et proposant une rencontre avec mon ami dans le rôle d'interprète pour qu'elle puisse poser d'éventuelles questions sur le projet. La maman a accepté cette rencontre. Finalement, le jour programmé de la rencontre au cabinet en présence de mon ami Syrien, la mère n'est pas venue et nous avons donc discuté avec le père du projet, fourni les formulaires d'accord (cf. **Annexe 2**) et de confidentialité des données (cf. **Annexe 3**). Celui-ci a effectué le relais auprès de son épouse et la semaine suivant la rencontre les formulaires m'ont été rendus signés et remplis et nous avons pu commencer le protocole de recueil de données.

5.4 Le déroulement de l'étude

La première étape pré-observationnelle de cette étude fut **le recrutement** du binôme sujet de l'étude de cas ; elle s'est composée d'une présentation du projet aux parents, d'un temps de rencontre et d'explication, d'un délai de réflexion et de rétractation puis d'un accord signé et contractualisé.

La seconde étape fut la phase d'investigation, d'une durée de six mois, elle a consisté à filmer les séances hebdomadaires du patient recruté afin de recueillir des données audio et vidéo qui composeront le corpus d'analyse (**cette phase ayant été interrompue par la crise sanitaire COVID-19, le recueil de données fut plus restreint que ce qui était prévu initialement et le recueil de données au domicile du patient n'a pu avoir lieu**).

La troisième et dernière étape est la phase d'analyse des données, qui se déroule en plusieurs temps. Un premier temps de transcription des données audio et vidéo en données écrites et exploitables. Un second temps d'analyse quantitative et qualitative. Un dernier temps d'interprétation des données afin d'établir une validation des hypothèses.

6 La collecte des données

La collecte des données audio et vidéo s'est effectuée par le biais d'un appareil photo professionnel Canon 60D sur trépied, positionné idéalement selon chaque séance et les actions des interlocuteurs qui se trouvaient soit au bureau du cabinet soit sur le tapis d'activités (cf. **Annexe 4**). Chaque vidéo fut ensuite transférée dans un ordinateur sur disque dur afin de permettre l'analyse des données qualitatives et quantitatives.

7 La taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon se base sur le principe de l'étude de cas, il me fallait donc recruter un unique patient correspondant à mes critères. Un seul cas est suffisant pour répondre à mon objectif principal mais n'est pas représentatif de l'ensemble des orthophonistes et des types de bilinguisme que l'on peut rencontrer. Il s'agira de le préciser dans la conclusion de l'étude.

Concernant le choix du patient et de l'endroit, il s'est réalisé en fonction des contraintes pratiques auxquelles nous devions faire face. N'ayant qu'un jour banalisé par semaine pour effectuer notre stage long, je ne pouvais malheureusement pas recruter mon patient dans un autre département que la Meurthe-et-Moselle et plus particulièrement aux alentours de Nancy. De plus, il est très complexe dans le cadre d'une étude de cas de recruter un patient qui correspond parfaitement aux critères exigés, le choix est donc limité et l'on se doit de saisir les occasions qui se présentent. Initialement, mon étude n'était pas orientée sur une étude de cas, mais l'ensemble des contraintes citées précédemment m'ont orientée vers ce type d'étude. La contrainte de temps m'a également poussée vers ce choix, en effet, recruter un binôme cas-témoin ou d'autres binômes correspondant aux critères afin de pouvoir les comparer entre eux m'aurait pris trop de temps d'analyse et de recueil de données en rapport au temps imparti.

8 Le plan d'analyses statistiques

8.1 Première étape : Descriptif de la population d'étude

Le patient sujet de cette étude est un garçon âgé de cinq ans, scolarisé en moyenne section de maternelle (Cycle 1), d'origine Syrienne, arrivé en France vers l'âge de deux/trois ans. C'est un enfant bilingue, parlant arabe et français. L'arabe étant sa langue première maternelle et le français étant sa langue seconde, langue du pays d'accueil et de scolarisation. D'après son bilan initial orthophonique, il présente des troubles du langage oral dans les deux langues. En arabe, il présente un retard de langage touchant particulièrement la syntaxe ainsi qu'un retard de parole (prononciation des mots erronée). En français, il présente également un retard de langage (lexique et syntaxe) ainsi qu'un retard de parole (prononciation des mots erronée). Sur le plan du raisonnement logico-mathématique, on constate également un retard d'acquisition en comparaison à ses pairs d'âge.

Le parent non-francophone choisi pour cette étude est la mère du patient, elle n'a auparavant jamais participé activement et de façon hebdomadaire aux séances de son enfant.

8.2 Deuxième étape : Méthodes et moyens de la prise en charge

Au cours de cette étude, nous avons cherché à relever et analyser les adaptations réalisées par l'orthophoniste sur les différentes méthodes habituellement usitées (ces méthodes sont choisies selon les formations professionnelles qu'elle a réalisées au cours de sa pratique et ne sont donc pas utilisées par tous les orthophonistes) afin d'inclure le parent non-francophone dans la prise en charge de son enfant. Cette partie sera consacrée à expliciter en quoi consiste chacune de ces méthodes et quels sont leurs fondements.

8.2.1 Les Premiers Raisonnements et l'Emergence du Langage ou méthode P.R.E.L

Cette méthode de rééducation, élaborée par Lydie Morel, s'inspirant de la théorie constructiviste Piagétienne, se base sur l'observation et l'ajustement par l'orthophoniste aux préoccupations cognitives de l'enfant afin de faire émerger chez lui un langage vecteur de sa pensée, un langage porteur de sens et expression de sa réflexion sur le monde qui l'entoure.

La démarche rééducative consiste en l'étayage langagier des actions du patient et de leurs effets, de mettre en mots les relations entre causes et conséquences et d'ainsi inscrire le patient dans une causalité et une temporalité. Lydie Morel nomme cette intervention thérapeutique « ajustement orthophonique protologique et prélangagier » (2005, p.169).

Grâce à cet étayage, le patient peut comprendre que l'objet de ses manipulations peut être le sujet d'une production langagière, il peut penser sur cet objet et parler à propos de cet objet. Le langage peut ainsi se développer et créer le lien entre le monde réel et le monde mental. De plus, lors de ses manipulations et des productions langagière associées, l'enfant se fabrique des certitudes qu'on appelle « invariants fondamentaux », il comprend que les objets ont des propriétés constantes, que certaines actions sont réversibles, etc. (Morel, 2005, p.170).

La démarche orthophonique est donc de comprendre comment le patient fonctionne, comment il perçoit et comprend le monde qui l'entoure afin d'estimer où celui-ci en est dans son raisonnement et comment il emploie le langage pour l'exprimer. Ceci, dans le but de proposer à l'enfant des activités adaptées à ses préoccupations cognitives, et ainsi lui permettre de construire son raisonnement, de construire sa pensée et de réussir à la mettre en mots.

On propose à l'enfant d'agir sur ce qu'il connaît, puis on immisce des variations pour élargir sa pensée et développer son raisonnement. On co-construit avec le patient, en lui donnant cet espace, on lui permet alors de mettre en mots son expérience du monde, de mettre en mots le réel et ainsi lui montrer que le langage est « « véhicule » de représentations possiblement partageables » (Morel, 2005, p.183).

8.2.2 Dialogoris

Cette méthode, que nous avons mentionné dans le précédent chapitre et qui a été adaptée à la rééducation des enfants bilingues, porte au cœur de sa démarche une attention toute particulière à l'accompagnement parental et à la place qui est accordée aux parents au sein de la prise en soins. Lors des formations adressées aux orthophonistes afin d'employer au mieux cette méthode, les thèmes abordés ciblent notamment le dialogue parents-enfants et l'analyse de leurs interactions ainsi que l'élaboration d'un plan thérapeutique pour le patient incluant le projet d'accompagnement parental.

Au cours de ces formations, il est enseigné aux professionnels d'aider les parents à découvrir la façon de s'exprimer de leur enfant, la façon dont il communique avec eux et le monde qui l'entoure et quelles sont ses intentions de communication afin de mieux interagir avec lui. L'orthophoniste apprend ainsi aux parents à observer et à interpréter les tentatives communicationnelles de leur enfant afin qu'il se sente compris et puisse communiquer plus aisément avec eux et ainsi améliorer leurs interactions.

L'orthophoniste va également amener les parents à choisir des jeux adaptés aux capacités de leur enfant et qui peuvent être réalisés au quotidien pour favoriser le développement du langage, et leur montrer les bonnes postures à adopter pour s'adresser à leur enfant. Au cours de cette démarche, le clinicien priorise certains objectifs en fonction de la demande ou des demandes des parents, des compétences interactionnelles dont ils disposent déjà, de ce qui sera le plus valorisant, le plus motivant et le plus aisé à obtenir de leur part, de l'urgence de la situation langagière de l'enfant et des capacités et points forts de l'enfant selon sa pathologie.

Ensuite, pour mener à bien ses objectifs, il choisit les moyens les plus adaptés. Il va donc proposer aux parents différentes solutions pour améliorer les capacités langagières de leur enfant : avoir des attentes qui correspondent au niveau langagier de leur enfant, imiter et interpréter correctement ses tentatives communicationnelles, employer des stratégies langagières pour compenser le langage absent ou insuffisant, adapter les situations de communication pour pousser l'enfant à produire du langage, etc.

Au cours de cet accompagnement parental, le professionnel ne prodigue pas uniquement des conseils, il permet aux parents d'être acteurs de la prise en charge de leur enfant, il leur apprend un savoir-faire et un savoir-être.

« Dans tous les cas, l'orthophoniste adopte un dialogue propice à la rencontre parents-professionnels qui doit permettre à chacun d'élargir son système de valeurs. Il soumet ses propositions à la critique en acceptant qu'elles puissent ne pas convenir à cette famille et tente au maximum de faire découvrir les solutions par les parents eux-mêmes, en restaurant ainsi leur confiance en leurs capacités à être parents de cet enfant-là, dans ces circonstances-là » (Antheunis et al., 2007, p.318).

8.2.3 Mise en application du schéma interactionnel de la Formation sur l'accompagnement parental dans l'intervention orthophonique des troubles du langage oral de Laurence Kunz

Lors des prises en charge pour troubles du langage oral, la rééducation doit se baser sur une dynamique interactionnelle entre le patient, l'orthophoniste et le parent afin d'être la plus efficace possible.

Il y a dans cette triade une prise en charge « indirecte », qui désigne la guidance parentale, l'ensemble des interactions entre l'orthophoniste et le parent, où chaque conseil, chaque apprentissage du parent, chaque compétence qu'il va développer va retentir sur le développement langagier de son enfant, l'orthophoniste agit ainsi sur son patient par le biais du parent. Il y a également la prise en charge « directe », où l'orthophoniste agit sans intermédiaire sur les productions langagières de son patient et sur son développement. Afin de favoriser cette dynamique, l'orthophoniste peut faire appel à trois types de rééducations au cours des séances. Il peut choisir d'en employer une à la fois ou toutes ensemble. Ces trois types de rééducation évoqués dans la formation de Laurence Kunz se basent sur la théorie de Marc Monfort, orthophoniste.

Il y a tout d'abord la rééducation analytique, où le professionnel cible un objectif précis et travaille uniquement ce point à l'aide d'un support qu'il aura lui-même choisi et selon un protocole prédéfini tout en incluant le parent. Par exemple, l'objectif est de développer le lexique, l'activité sera donc une dénomination d'images autour d'un même thème, à tour de rôle, dans un échange demande-réponse avec le parent et l'enfant.

Il y a également la rééducation avec stimulation renforcée, le clinicien part de l'intérêt du patient et s'adapte à celui-ci pour réaliser son objectif, il n'y a aucun protocole préétabli, l'interaction est spontanée et varie selon le patient.

L'orthophoniste va utiliser différentes stratégies verbales et non-verbales pour amener le patient à verbaliser, à imiter le modèle verbal, à prendre son tour dans l'interaction. Le parent va également être sollicité pour participer à cette interaction. Par exemple, le patient désire jouer aux voitures, on le laisse se saisir de ce matériel, jouer comme il le souhaite et l'on s'adapte à ses propos, ses actions, pour le mener vers notre objectif de séance, le parent sera également inclus dans le jeu, si le patient s'adresse à lui, on laisse le parent interagir et des conseils lui seront prodigués pour s'adapter au mieux à l'enfant.

Enfin, il y a la rééducation fonctionnelle, mélange des deux précédentes approches. La séance n'est pas purement analytique et protocolaire mais elle n'est pas non plus totalement libre, on peut par exemple laisser le patient choisir son matériel mais l'obliger à suivre un certain cheminement vers l'objectif, ou l'on peut imposer au patient un matériel mais le laisser ensuite libre de l'utiliser et s'adapter à ses attitudes langagières face à ce support non-choisi, toujours en incluant le parent, en l'aidant à rebondir sur les propos de son enfant et à obtenir les bonnes attitudes. En situation d'activités fonctionnelles, on aménage notre situation de rééducation pour que le patient puisse être amené à réutiliser les stratégies/apprentissages/ressources qui ont été travaillés en situation analytique dans un contexte plus écologique.

8.2.4 Utilisation dans l'étude

Au cours de cette étude, l'orthophoniste a employé lors des séances de notre patient l'ensemble de ces méthodes.

La première afin d'aider le patient à développer ses aptitudes langagières par le biais de manipulations et d'explorations du monde. En effet, l'enfant possède des préoccupations cognitives en deçà de ce qui serait normalement attendu pour son âge. Il faut donc lui permettre d'expérimenter au maximum pour pouvoir se construire des raisonnements et ainsi comprendre l'importance du langage et son rôle dans notre monde de communication. La méthode P.R.E.L est l'une des plus importantes avec M., ses préoccupations étant centrées sur tout ce qui se touche, se manipule, se construit, se détruit, les manifestations de cause à effet (je réalise une action, quel effet cela engendre-t-il ?), il était primordial de l'employer à chaque séance pour obtenir au maximum son attention, sa motivation et pouvoir le rendre acteur de sa rééducation.

La seconde méthode, cible davantage la mère de notre patient, afin de la guider au mieux lors des séances et de l'aider à développer ses compétences pour favoriser le développement langagier de son enfant.

Enfin, la dernière méthode réunit à la fois les objectifs envers le patient et la considération pour le savoir-faire et le savoir-être de la mère. Elle permet de favoriser l'interaction parent-enfant, enfant-orthophoniste et orthophoniste-parent. Elle favorise une situation interactive dynamique qui sera au cœur de la prise en charge.

8.2.4.1 Déroulé des séances

Première séance : 14 Novembre 2019

Méthode(s) utilisée(s) : P.R.E.L et stimulation renforcée

Matériel : Pâte à modeler et circuit en bois

Endroit : Au sol

Le premier temps de séance fut consacré à la fabrication d'un bonhomme en pâte à modeler à l'initiative du patient. Durant cette partie, le patient dirige l'activité, réalise ses demandes et l'orthophoniste réagit en conséquence. Le second temps de séance a lui été consacré, sur proposition de l'orthophoniste, à la construction d'un circuit de train pour transporter le bonhomme fabriqué, cette fois le patient est dirigé dans ses actions, le professionnel l'aide sur le plan verbal avec des suggestions et réalise des questions à double choix (en entonnoir).

Situation de rééducation : semi-dirigée

Objectif(s) : Travail du lexique et de la formulation de demande, stratégie(s) de construction

Deuxième séance : 21 Novembre 2019

Méthode(s) utilisée(s) : P.R.E.L et stimulation renforcée

Matériel : Maison Playmobil et ses objets

Endroit : Au sol

La séance consiste en une activité choisie et imposée par l'orthophoniste. Le patient doit demander des objets listés sur la boîte de la maison Playmobil et les agencer ensuite comme il le désire à l'intérieur de la maison. L'étayage verbal de l'orthophoniste se déroule ici au-travers de questions à double choix (en entonnoir), de reformulations et de répétition. De plus, en deuxième partie de séance, elle passe le relais à la mère du patient qui doit à son tour faire en sorte que son fils lui formule des demandes (en arabe).

Situation de rééducation : dirigée

Objectif(s) : Travail du lexique et de la formulation de demande, disposition dans un espace miniature reproduisant la réalité (notions spatiales), exploration des propriétés et fonction des objets

Troisième séance : 12 Décembre 2019

Méthode(s) utilisée(s) : P.R.E.L et stimulation renforcée

Matériel : Maison Playmobil et ses objets

Endroit : Au sol

L'activité proposée est identique à celle de la deuxième séance, mais cette fois c'est le patient qui a choisi la maison Playmobil. L'étayage verbal par l'orthophoniste est identique avec un nouvel étayage pour aider M. à construire des phrases Sujet + Verbe par le biais d'une amorce morphosyntaxique « Qu'est-ce qu'il fait ? Il... ».

Situation de rééducation : semi-dirigée

Objectif(s) de rééducation : Travail du lexique et de la formulation de demande, disposition dans un espace miniature reproduisant la réalité (notions spatiales), propriétés et fonction des objets, production de phrases Sujet + Verbe

Quatrième séance : 16 Janvier 2020

Méthode(s) utilisée(s) : P.R.E.L

Matériel : Circuit de billes et billes

Endroit : Au sol

Le choix du matériel est à l'initiative de l'orthophoniste mais le déroulé de la séance est entièrement conduit par le patient. L'orthophoniste et la mère du patient réagissent à ses propos et ses actions et s'adaptent à lui. L'orthophoniste réalise quelques suggestions de construction pour aider le patient dans sa stratégie de construction et reformule parfois ses demandes sur le plan verbal.

Situation de rééducation : libre

Objectif(s) de rééducation : Travail des stratégies de construction, des fondements logiques et de la formulation de demande, planification d'actions (réalisation d'un projet avec un but précis), exploration des propriétés physiques des billes et du circuit

Cinquième séance : 23 Janvier 2020

Méthode(s) utilisée(s) : P.R.E.L et stimulation renforcée

Matériel : Maison Playmobil et ses objets

Endroit : Au sol

Le choix du matériel est à l'initiative du patient. Dans un premier temps, l'orthophoniste le laisse agencer les objets comme il le souhaite et réaliser des demandes autonomes. Dans un second temps, elle rebondit sur ses actions avec les personnages Playmobil pour travailler la construction morphosyntaxique et notamment permettre à M. de réaliser des phrases Sujet + Verbe + Complément. Elle utilise la modélisation et reformulation avec amorce (Le papa porte le bébé, Qu'est-ce qu'il fait le papa ? Il porte...)

Situation de rééducation : libre

Objectif(s) de rééducation : Production de phrases Sujet + Verbe + Complément, formulation de demandes, travail du lexique, exploration des propriétés et fonctions des objets

Sixième séance : 30 Janvier 2020

Méthode(s) utilisée(s) : P.R.E.L

Matériel : Pâte à modeler et différents moules, outils pour travailler la pâte et réaliser de la fausse nourriture

Endroit : Au bureau

Le choix du matériel est à l'initiative de l'orthophoniste. Durant cette séance, elle laisse le patient réaliser toutes les manipulations qu'il souhaite et rebondit parfois sur certaines de ses actions pour comprendre l'évolution de sa pensée. Elle instaure également un jeu de faire semblant en demandant au patient ce qu'il fabrique comme aliment et si elle peut y goûter.

Situation de rééducation : libre

Objectif(s) de rééducation : Exploration des propriétés physiques de la pâte à modeler, des liens de causalité (si je réalise telle action, que se passe-t-il ?), instaurer le jeu du faire-semblant, planification d'actions (réalisation d'un projet avec un but précis)

Septième séance : 6 Février 2020

Méthode(s) utilisée(s) : Travail analytique en fonctionnel type P.A.C.E

Matériel : Jeu de société + Cartes images

Endroit : Au bureau

L'activité proposée est à l'initiative de l'orthophoniste. Elle demande au patient de réaliser des demandes à tour de rôle avec sa mère sur un support imagé. Il possède dans ses mains un ensemble de cartes sur lesquelles se présentent des aliments, il doit alors demander à sa mère lequel il désire pour qu'elle le lui tende et vice-versa. Au bout de trois demandes réalisées, le patient est récompensé avec quelques tours d'un jeu de société de son choix. Lors de cette séance, tout est dirigé par l'orthophoniste et le patient doit s'adapter, ce qui est extrêmement compliqué.

Situation de rééducation : dirigée

Objectif(s) de rééducation : Travail du lexique appartenant au champ lexical des aliments, travail de la formulation de demande et de la description d'image, travail des compétences de transfert du patient (peut-il réutiliser des stratégies apprises et acquises en jeu libre dans une activité de langage pure, dans une interaction uniquement langagière ?)

Huitième séance : 5 Mars 2020

Méthode(s) utilisée(s) : P.R.E.L et stimulation renforcée

Matériel : Figurines d'animaux (dont certaines démontables et aimantées)

Le choix du matériel est à l'initiative de l'orthophoniste. Le patient est ensuite libre de découvrir les figurines et d'agir dessus. Mais l'activité d'exploration du matériel n'intéressant pas le patient, l'orthophoniste opère un changement et passe d'une exploration libre du matériel à une activité dirigée. Les animaux aimantés ayant l'intérêt de M, une activité à tour de rôle est proposée pour que dans un premier temps on demande à M. de construire ces animaux, en lui indiquant quelles parties il doit associer. Puis dans un second temps, c'est à lui d'expliquer à sa mère et à l'orthophoniste ce qu'elles doivent assembler pour fabriquer un animal. Lors de cette activité, l'orthophoniste étaye avec modélisation et reformulation (La tête de la vache, la tête de...).

Situation de rééducation : libre puis dirigée

Objectif(s) de rééducation : Travail du lexique, construction de groupes verbaux avec compléments du nom (la tête du cheval, le corps de la girafe...), formulation de demandes

8.2.5 Limites engendrées par la crise sanitaire COVID-19

Il était initialement prévu d'ajouter aux méthodes pratiquées une routine de lecture à chaque début de séance, par le biais d'un moment partagé entre l'orthophoniste, le patient et sa mère autour d'un conte bilingue franco-arabe. Malheureusement, cette activité n'a pas pu être mise en place avant le confinement sanitaire et ne pourra donc pas faire l'objet d'une analyse dans cette étude.

8.3 Troisième étape : Analyses univariées

L'analyse statistique des variables quantitatives portera sur les interactions langagières du patient. L'analyse des variables qualitatives, quant à elle, portera sur les interactions verbales et non-verbales des trois interlocuteurs ; le patient, le parent non-francophone et l'orthophoniste.

Afin d'affirmer ou d'infirmer les différentes hypothèses et de réaliser les différents objectifs concernant la mise en place d'adaptations de moyens et méthodes pratiqués par le clinicien au cours des séances, il sera intéressant sur le plan qualitatif de relever et d'observer pour l'orthophoniste :

- Ses attitudes, gestes et ses postures envers le duo parent/enfant
- L'ensemble de son discours à leur égard et son contenu, sur quoi porte-il ?
- Les aspects qui relèvent d'une approche propre à la situation de plurilinguisme et qui prennent en compte l'individualité et la spécificité du duo parent/enfant (représentations du parent, connaissances sur le développement du langage, culture...etc.)

Il est également pertinent d'observer les réactions ou interventions du parent et du patient afin de pouvoir jauger l'efficacité des adaptations et des moyens mis en place par l'orthophoniste durant la séance. Quelles actions réalise le parent envers son enfant durant la séance ? Dans quel but ? Est-ce déclenché par une sollicitation de l'orthophoniste ou est-ce à selon sa propre initiative ?

Concernant plus particulièrement l'enfant, est-il réactif aux interventions de son parent ? Est-ce que cela a un effet sur cet enfant, sur ses productions langagières ?

Tout ce qui constitue la complexité et la spécificité de l'interaction entre ces trois protagonistes est à relever et à analyser.

Quantitativement, il serait pertinent de pouvoir estimer l'impact sur 6 mois, de la mise en place d'adaptations pour l'inclusion du parent non-francophone durant les séances sur l'évolution langagière du patient.

Pour se faire, il faudra comptabiliser et catégoriser les productions verbales (tâche qui sera réalisée avec un tableur EXCEL) de l'enfant au sein des séances et de l'interaction avec le parent à domicile (non-réalisé dans le contexte sanitaire COVID-19).

Les données quantitatives relevées selon les méthodes utilisées au fil de la rééducation seront donc les suivantes :

- le nombre de tours de paroles ainsi que le nombre d'interactions langagières avec le parent et l'orthophoniste afin d'estimer l'interactivité du patient et qui il favorise
- la longueur des énoncés produits par le patient afin d'estimer leur complexité et le volume langagier de son discours
- le nombre de productions langagières autonomes et sollicitées afin d'estimer l'initiative langagière du patient
- le type d'actes de langage réalisés (assertions, questions, réponses ou ordres) et leur nombre pour estimer les intentions langagières du patient et leur variabilité
- le type d'énoncés produits par le patient (discours d'expérience personnelle, discours narratif, discours théorique, discours descriptif, discours dénominatif, discours métalinguistique, discours régulateur ou autre) et leur nombre afin d'estimer le contenu de ses productions langagières et sa variabilité

9 Calendrier de l'étude

Prévisionnellement, le recrutement du patient devait s'effectuer avant la rentrée de septembre 2019 mais cela n'a pu se faire. Le recrutement s'est donc effectué entre Juin 2019 et Septembre 2019 (le temps de rencontrer le patient et ses parents, d'exposer le projet, d'obtenir les formulaires de consentement).

La seconde étape de recueil des données se devait de s'effectuer sur six mois mais la pandémie mondiale que nous connaissons actuellement a légèrement modifié cette durée. La première séance a été filmée le 24/10/2019 et la dernière séance devait être filmée le 23/04/2020 (mes données s'arrêtent quant à elles au 12/03/2020), il manque donc à mon étude l'équivalent de cinq séances ainsi qu'une séance filmée à domicile. Cet aspect sera pris en compte dans l'analyse des résultats.

La dernière étape d'analyse des données s'est déroulée d'avril à mai 2020.

PARTIE 3 :

RESULTATS

L'analyse du recueil de données vidéo, concernant les différentes séances de rééducation du patient de cette étude, a permis de mettre en avant tout un ensemble d'interactions langagières et d'attitudes ou gestuelles réalisées par les trois protagonistes : l'orthophoniste, le patient et son parent. Provoquées par l'inclusion du parent non-francophone (la mère) au sein des séances ainsi que par le contexte de bilinguisme dans lequel s'inscrit le patient, elles peuvent être regroupées et catégorisées selon leur but communicationnel.

1 Interactions verbales et non-verbales de l'orthophoniste

1.1 Dans l'échange avec le parent non-francophone (la mère)

Sur le plan verbal, on relève de la part du professionnel un ensemble de conduites induites par la présence du parent non-francophone.

1.1.1 Adaptations verbales spécifiques à la situation de bilinguisme

1.1.1.1 A propos de la langue maternelle

On relève des interactions langagières ayant pour sujet commun la langue maternelle du patient, l'arabe. Tout d'abord, l'orthophoniste demande explicitement à la mère et notamment dans les premières séances, d'utiliser sa langue avec son enfant : « Donc vous pouvez parler avec lui en arabe, hein, d'accord ? Vous n'hésitez pas hein ? », « Non il n'a pas compris, sinon vous lui dites en arabe, vous pouvez lui dire en arabe ».

Elle va également poser des questions concernant les propos en langue maternelle dirigés vers le patient : « Les yeux, c'est ça ? Ouais, vous dites...Les yeux ? Le nez ? La bouche ? ».

On relève aussi des demandes à propos du lexique, la maman est sollicitée pour donner les termes équivalents en arabe : « Et en arabe on dit comment ? », « Il ne connaissait pas en fait, le mot panier, comment on dit en arabe ? ».

Elle va à plusieurs reprises interroger la mère sur les compétences en langue maternelle de son enfant que ce soit sur le versant réceptif : « Et là il a compris c'est bien ? en arabe ou en français ? », « Il connaît en arabe « assiettes » M ? ».

Comme sur le versant productif : « Et il l'a bien prononcé ? », « Alors en arabe ? Il a dit le bon mot ? ».

L'orthophoniste valorise également l'impact des interactions de la mère en langue maternelle sur les actions ou le langage de son enfant : « Il a bien compris là, ouais, nickel ! », « Ouais, il l'a redit en arabe, ouais ! ».

Parfois, lorsque la mère s'adresse à elle pour lui donner des termes en arabe, elle emploie des phatiques (termes de langage qui servent à maintenir la communication sans autre intention) afin de signifier qu'elle reçoit l'information : « ek, ek oui, d'accord, ok ! » (après que la maman lui ait signifié que « ek » correspond à « comme ça »).

1.1.1.2 A propos du patient

Dans un second temps, on relève des interactions langagières ciblant les réalisations langagières du patient. En effet, on remarque une reformulation des propos en français du patient envers sa mère avec un débit et une articulation adaptés pour qu'elle puisse comprendre davantage : « Ah, il demande : c'est quoi ? », « Il veut que des oranges, comme ça », « Il dit qu'il ne sait pas ».

1.1.1.3 A propos du français

Au cours des séances, l'orthophoniste est amenée à répondre aux interrogations de la mère concernant la langue française et son vocabulaire : « Oui c'est ça, salade, en français c'est salade, d'accord. », « Œuf, c'est œuf. ».

Elle va également reformuler les propos ou interpréter les gestes de la mère en français afin de s'assurer de sa bonne compréhension : « Il ouvre le frig...Aaaah...il mange ce qu'il y a dans le frigo ! » lorsque la mère lui raconte une anecdote à propos de M, « Qu'est-ce qu'il a aujourd'hui ? Il est énervé ? » lorsque la mère essaie d'expliquer le comportement de M en séance.

Elle va répéter les propos de la mère en français pour signifier sa justesse : « Brosse à dents, ouais, brosse à dents ».

Tout autant qu'elle valorise la langue maternelle, elle commente les interactions langagières de M. en français : « C'est bien la première fois qu'il me demande, qu'il me demande ce que c'est, oui il m'a demandé vous voyez, c'est la première fois, c'est bien M. ! », « Il répète bien aujourd'hui, il répète beaucoup de mots, c'est bien ! ».

Et réalise des parallèles entre la langue maternelle et le français : « Girafe, ça ressemble un peu à l'arabe. Et en arabe ? ah bah on dit pareil ! bah au moins c'est facile ! », « Biberon aussi, en arabe, pareil, d'accord, c'est facile au moins ! » lorsque la mère lui explique l'équivalent du mot en arabe.

1.1.2 Adaptations verbales non-spécifiques à la situation de bilinguisme

1.1.2.1 A propos du patient

L'orthophoniste réalise des interactions langagières avec la mère de M. ciblant les réalisations de son enfant. D'une part elle formule des propos concernant les manipulations et les actions du patient : « Ouh lalala ah oui, ah oui mais oui il met même la couleur, c'est le, c'est la...regardez ! La pupille ! » durant une activité de fabrication d'un bonhomme en pâte à modeler. « C'était violent ce qu'il faisait ? Vous avez vu ou pas ? », « J'ai du mal à comprendre ce qu'il fait » lors d'une activité avec des personnages Playmobil.

Elle va également valoriser certaines manipulations ou interactions du patient : « Super, il a une super idée là ! » alors que le patient se saisit d'un cube pour surélever les rails d'un circuit de train et ainsi créer un pont. « Il est... Il est...il a l'esprit pratique hein parce que alors puis moi ça je ne personne ne comprenait à quoi ça servait...et c'est des tables de nuit, j'ai même pas pensé à l'ouvrir en fait... » car le patient a trouvé l'utilité d'une pièce de la maison Playmobil. « Il a bien aimé ça la pâte à modeler, il a fait plein de choses avec ! » après une séance où l'enfant a réalisé des gâteaux et des aliments en pâte à modeler. « Y'a pas beaucoup d'enfants qui connaissent le mot aubergine » lors d'une activité analytique ciblant le lexique des aliments, M ayant trouvé la bonne carte associée au mot.

Mais l'orthophoniste va aussi relever ce qui ne fonctionne pas durant l'activité avec M. : « Je crois que là il va falloir qu'on s'adapte parce que... » lorsque le patient n'adhère pas du tout à une activité de dénomination sur des figurines et préfère les détruire et les reconstruire.

1.1.2.2 A propos de l'activité de rééducation

Dans ses interactions langagières avec la mère, l'orthophoniste aborde à de nombreuses reprises l'activité en cours, elle incite celle-ci à y participer : « On se met par terre, hein ! », « Tenez, je vous donne ça », « C'est à maman, c'est à maman, oui c'est à vous », « Donc vous allez travailler tous les deux ? D'accord ? »

Elle va également lui communiquer des consignes précises concernant l'activité en cours :

« Vous voyez vous avez des cartes ici, avec des aliments, des choses qui se mangent et M. il a les mêmes, d'accord ? et vous allez vous demander les cartes, je vais vous montrer je vais faire avec lui déjà, je vais commencer », « Vous avez compris ? Donc vous allez demander les cartes ! » (Activité autour du lexique des aliments en analytique), « Vous faites deux donc un, deux, voilà » (Déplacement dans un jeu de société), « Ah non, alors...M. il a pas le droit de se servir dedans, vous lui donnez, d'accord ? Vous lui donnez. » (Séance P.R.E.L et stimulation renforcée où l'objectif est que le patient formule des demandes d'objets pour décorer la maison Playmobil), « On peut l'aider hein ? A construire ! L'aider à construire, l'aider » (activité de construction d'un circuit de billes).

Enfin, elle va lui procurer des conseils d'interactions langagières avec son enfant : « Allez-y, insistez un peu ! » lorsque son enfant ne l'écoute pas, « Après même comme ça on peut lui dire des mots hein, on peut lui apprendre des mots et ça change rien » lorsque l'activité en cours n'obtient pas l'adhésion du patient.

1.1.3 Adaptations non-verbales

1.1.3.1 Spécifiques à la situation de bilinguisme

Sur le plan non-verbal, on relève de la part du professionnel les conduites suivantes :

- Des gestes pour accompagner son discours : « On se met par terre ?! » avec un geste des deux mains vers le bas, « Les yeux, c'est ça ? Ouais, vous dites...Les yeux ? Le nez ? La bouche ? » en montrant ses yeux, son nez, sa bouche, « Super, il a une super idée là ! » avec le pouce levé en l'air.

- Des regards d'incompréhension quand elle ne comprend pas ce que veut dire M. en français
- Des hochements de tête aux propos en français qui sont compris et justes
- Utilisation du téléphone pour traduire une consigne en arabe via une application de traduction écrite/orale

1.1.3.2 Non-spécifiques à la situation de bilinguisme

- Des regards envers la mère lorsqu'elle prend la parole
- Des regards vers l'objet des pointages de la mère lorsqu'elle parle avec son fils ou envers elle
- Des pointages (proto-déclaratifs) vers l'objet de ses propos envers la mère
- Des objets saisis et montrés étant les sujets du propos envers la mère
- Des expressions faciales qui appuient son discours : incompréhension, demande, écoute, fou rire...
- Le choix d'une disposition du matériel de sorte à ce que la mère puisse toujours voir l'ensemble de ce que l'enfant réalise
- Un placement au sol choisi selon celui du patient et de la mère de sorte à être toujours entre les deux et pouvoir interagir avec chacun

1.2 Dans l'échange avec le patient

1.2.1 Adaptations verbales spécifiques à la situation de bilinguisme

Sur le plan verbal, on relève de la part du professionnel un ensemble de conduites induites par la situation d'interaction entre le patient et son parent et l'environnement linguistique dans lequel il évolue.

1.2.1.1 A propos de la langue maternelle

L'orthophoniste interagit avec le patient à propos de sa langue maternelle et notamment l'incite à porter attention aux propos de sa mère : « Ecoute maman, y'a maman qui te parle M. ! Y'a maman qui te parle ! », « Ah ouais, pas mal, elle t'a bien aidé maman là ! », « Ah maman elle a dit qu'il fallait les mettre comme ça ? », « Tu as entendu M, comment on dit en arabe ? Ecoute maman comment elle le dit », « M, y'a maman qui te pose une question ! », « Maman elle t'explique quelque chose ! Qu'est-ce qu'elle a dit maman ? Elle te conseille quoi ? »

A de nombreuses reprises, l'orthophoniste incite le patient à échanger en arabe avec sa mère : « Maman qui t'aide hein ? Tu lui dis ? Si tu as besoin que maman te tienne quelque chose, qu'elle t'aide à accrocher...tu lui dis ce qu'elle doit faire ! », « M ! C'est maman qui donne, tu lui dis ce que tu veux, ce que tu veux, oui, tu peux le dire en arabe ! », « Tu dis à maman qu'est-ce qu'il manque ? », « Explique à maman, j'ai pas compris, explique-lui ce que tu veux », « Tu peux expliquer à maman, maman elle a pas compris aussi, tu lui expliques en arabe », « Allez allez tu apprends des mots avec maman ! ».

L'orthophoniste lui demande également d'interagir directement en arabe avec elle : « Le panier, comment on dit en arabe ? », « En arabe aussi tu connais ? ».

Enfin, elle n'hésite pas à le questionner sur ses compétences, à faire un parallèle entre le français et l'arabe ; Et celui-là ? tu sais pas ? tu sais pas en français, tu sais pas en arabe ou tu sais pas les deux ?».

1.2.2 Adaptations verbales non-spécifiques à la situation de bilinguisme

1.2.2.1 A propos de la mère

L'orthophoniste échange avec le patient afin d'attirer son attention sur les actions de sa mère : « Alors qu'est-ce qu'elle fait maman M ? Elle remet, elle remet oui, tu lui as dit d'en remettre ? » lorsque la mère remplit le moule de pâte à modeler. « Tu vois maman elle fait des familles... » lorsque la mère réalise des familles d'animaux identiques, elle rassemble toutes les girafes. « Regarde ce qu'elle a trouvé maman » lorsque la mère montre un animal étrange.

Elle lui demande également d'entrer en interaction et de réaliser des actions avec celle-ci : « Tu montres à maman le problème que tu as ? », « Tu fais avec maman ? », « Ah tu donnes à manger à ta maman ? ».

Elle fait aussi en sorte que le patient prenne en compte la présence de sa mère : « Y'a maman qui va travailler avec nous aujourd'hui ! », « Regarde, maman elle ne voit pas derrière, essaie de le mettre là sinon, essaie... », « Attends, à chaque fois maman elle voit pas aussi, mets comme ça, voilà comme ça maman elle voit un petit peu quand même ce qu'on fait »

Elle essaie d'interroger le patient sur son quotidien avec sa mère : « Et maman elle te fait des gâteaux au chocolat des fois ? Je suis sûre que maman elle fait des gâteaux au chocolat ! ».

1.2.2.2 A propos de l'activité de rééducation

Lors des activités, l'orthophoniste valorise les réalisations du patient : « Ce n'est pas grave si on ne fait pas pareil que sur la boîte, c'est très bien ce que tu as fait toi, c'est bien ! » en commentant son agencement de la maison Playmobil par rapport au modèle sur la boîte. « Ouah, dis donc c'est toi qui a construit ça M, super ton circuit ! », « Et on a fait un super circuit tous les trois ! » en commentant son circuit de billes. « Super M, t'as fait plein de choses avec la machine, c'est clair t'as fait plein de choses ! » en parlant des réalisations en pâte à modeler avec les moules.

Elle incite le patient à interagir en français ou en arabe et à être acteur de l'activité : « Moi je vais en faire un et tu me dis et après maman elle en fait un aussi, on en fait chacun un et c'est toi qui dit, c'est toi le chef » pour demander à M. de commander la construction d'animaux dont les parties du corps sont aimantées.

1.2.2.3 A propos du français

Les interactions langagières de M. en français sont valorisées dès que possible, que ce soit sur le plan réceptif : « Voilà, c'est le lavabo, mais c'est bien t'as compris. Pour se laver les mains, t'as bien compris ! », « Et on apprend plein plein de mots de vocabulaire, t'as vu ça M ? ».

Ou le plan productif : « Ouah, il y a une demande maintenant, ça c'est un sacré progrès, tu me demandes maintenant M, c'est bien ! T'es curieux, curieux maintenant ! », « Papa porte bébé, ah c'est une super phrase ça, le papa porte bébé ! ».

A l'inverse, lorsque M. n'est pas compréhensible, elle le lui indique tout en le rassurant : « Ah je suis désolée M mais je ne comprends pas, je suis désolée, mais ça n'est pas grave M ! ».

Elle rebondit également sur les incompréhensions et les manques de M en langue française : « Qu'est-ce qu'il se passe ? Qu'est-ce qui ne va pas ? Qu'est-ce qui te contrarie ? ».

1.2.3 Adaptations non-verbales

Sur le plan non-verbal, on relève de la part du professionnel des conduites spécifiques à la rééducation des troubles du langage oral mais généralisables à tout type de patient, aucune conduite n'est spécifiquement réalisée selon le bilinguisme du patient. Les voici :

- Pointage proto-déclaratif pour désigner l'objet de ses questions à but dénominatif : « C'est quoi ça ? », « Tu veux quoi, le paquet de gâteau ou le poulet ? » (désigne l'un puis l'autre sur la boîte)
- Pointage proto-déclaratif pour désigner l'objet d'une reformulation dénominative : « La bouche » (pointe la bouche sur son visage), « C'est quoi ça ? C'est le f... » (montre le four)
- Pointage proto-déclaratif pour désigner l'objet de ses propos : « Y'a maman qui te parle ! » et pointe vers la mère, « Pourquoi il ne va pas celui-là ? » (désigne un rail)
- Mime gestuel de l'objet dont elle souhaite entendre le nom : « Comment on dit ? » (fait un ligne droite en l'air avec sa main pour parler du rail de forme droite)
- Orientation du visage pour être face à celui du patient lorsque celui-ci ne répond pas
- Tapote l'épaule du patient pour attirer son attention : « M., M., tu m'écoutes ? » en tapotant sur son épaule
- Attrape le résultat des constructions/fabrications du patient pour commenter : « Fais voir ! Oh, la belle bouche ! » (en regardant et saisissant l'objet)
- Montre des objets au patient pour appuyer sa demande : « Lequel tu veux, celui-là ? » (montre le rail)
- Gestes de félicitations : « Bravo ! » (applaudissements), « C'est super ! » (pouce levé)
- Hoche la tête pour valider une bonne répétition en répétant le mot

- Jeu de faire semblant : « Mmhhh, qu'est-ce que c'était bon ! » (fait semblant de manger le gâteau en pâte à modeler)
- Création de situations comiques : fait tomber le lapin dans le trou du plateau de jeu
- Donne à l'enfant des occasions de toucher, manipuler : laisse M. tourner la carotte du plateau de jeu à sa place

2 Interventions et réactions du parent non-francophone (la mère de M.)

2.1 Interactions langagières

On relèvera dans cette partie, au fil des séances, l'apparition de nouveaux comportements langagiers issus de la mère du patient que ce soit envers l'orthophoniste ou son fils. Les séances non-mentionnées n'ont fait l'objet d'aucune évolution ou d'apparition d'une nouveauté langagière dans les interactions de la mère de M.

2.1.1 Première séance : Création d'un bonhomme en pâte à modeler et construction d'un circuit de train (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)

Durant cette première séance, la mère du patient ne réalise aucune interaction langagière envers l'orthophoniste partant de sa propre initiative. Elle utilise parfois « oui » lorsque l'orthophoniste lui pose des questions ou s'adresse à elle. Dans un premier temps, elle s'adresse à son enfant après sollicitation de l'orthophoniste, ensuite elle s'adresse à lui à de nombreuses reprises de sa propre initiative. Elle rit lorsque l'orthophoniste rit, elle réagit parfois aux propos ou attitudes de son enfant en riant.

2.1.2 Deuxième séance : Disposition d'objets et de personnages dans la maison Playmobil (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)

La mère interagit cette fois avec l'orthophoniste de façon autonome, demande du vocabulaire en français pour certains objets, lui raconte ce que M. fait à la maison avec le frigo, lui apprend certains mots en arabe, répète des mots en français, un échange est ici réellement présent.

Avec son enfant, elle interagit beaucoup en langue maternelle, à sa propre initiative, lui demande du vocabulaire en arabe, le conseille sur comment disposer les objets dans la maison, elle participe plus activement sur le plan verbal que lors de la première séance.

2.1.3 Troisième séance : Disposition d'objets et de personnages dans la maison Playmobil (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)

Des interactions identiques à la deuxième séance sont relevées (donne à l'orthophoniste des traductions de mots en arabe, demande du vocabulaire en français...). On remarque un nouveau type d'interaction langagière, elle intervient pour aider son fils qui n'arrive pas à exprimer ses idées en français afin qu'il les lui exprime en arabe et qu'elle puisse interagir à la place de l'orthophoniste, elle demande à son enfant de reformuler et répéter ce que l'orthophoniste vient de dire en français, et donne à l'orthophoniste du vocabulaire en arabe sur sa demande.

2.1.4 Quatrième séance : Construction d'un circuit de billes (séance P.R.E.L)

Lors de cette séance, la mère de M. prend des initiatives, elle explique à son enfant comment construire le circuit, lui donne des conseils. Des moments de rires sont échangés avec l'orthophoniste et le patient (lorsque le circuit s'effondre notamment).

2.1.5 Cinquième séance : Disposition d'objets et de personnages dans la maison Playmobil (Séance P.R.E.L et stimulation renforcée)

Lors de cette séance, la mère de M. essaie d'expliquer à l'orthophoniste qu'elle ne comprend pas pourquoi son enfant a un comportement d'opposition et qu'il semble contrarié en parlant du sommeil de son enfant qui est pourtant très bon. Pour la première fois, elle réagit à un comportement de son enfant et essaie de faire le lien avec le professionnel.

2.1.6 Septième séance : Jeu de société et travail du lexique alimentaire (séance analytique)

L'activité pousse ici la mère à être active verbalement, elle doit demander à son enfant de trouver la carte associée au mot demandé. Elle a donc, lors de cette séance, effectué des demandes langagières à son enfant, on relève également des termes de félicitations envers son enfant lorsqu'il trouve la carte adéquate. Elle est davantage insistante et n'hésite pas à reformuler sa demande envers son enfant.

2.1.7 Huitième séance : Dénomination des animaux et construction d'animaux aimantés (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)

Enfin, lors de cette dernière séance filmée, la mère de M. a discuté avec l'orthophoniste à propos des préoccupations cognitives de son enfant, elle a raconté comment jouait M. à la maison et comparé son jeu en séance à celui au quotidien, elle annonce que M. ne joue pas avec des figurines, que ça ne l'intéresse pas.

2.2 Attitude, posture et gestuelle

On relèvera dans cette partie, au fil des séances, l'apparition de nouveaux comportements non-verbaux issus de la mère du patient que ce soit envers l'orthophoniste ou son fils. Les séances non-mentionnées n'ont fait l'objet d'aucune évolution ou nouveauté dans son comportement.

2.2.1 Première séance : Création d'un bonhomme en pâte à modeler et construction d'un circuit de train (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)

Lors de cette première séance de participation, la mère de M. est en retrait, elle n'ôte pas son manteau et garde son téléphone à la main, elle s'assied avec l'enfant et l'orthophoniste sur le tapis, un peu à l'écart, après sollicitation, en tailleur les jambes croisées. Elle croise les bras, se tient la tête. Elle est totalement passive et observatrice.

Elle ne réalise aucune action/manipulation avec son enfant ou l'orthophoniste et le matériel, elle observe et écoute ce qui se passe et ce qui se dit, elle ne cherche pas à se rapprocher physiquement de son enfant pour interagir, elle n'établit aucun contact physique avec lui.

Elle hoche parfois la tête lorsque l'orthophoniste s'adresse à elle, lui sourit lorsqu'elle lui sourit, utilise quelques fois le pointage pour s'adresser à son enfant en attention conjointe, sourit à son enfant.

2.2.2 Deuxième séance : Disposition d'objets et de personnages dans la maison Playmobil (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)

Cette fois, elle s'est assise d'elle-même sur le tapis, a ôté son manteau et posé son téléphone sur le bureau mais celui-ci sonne pendant la séance et elle décroche pour y répondre. Elle se rapproche de son enfant et n'est plus en retrait, elle lui parle de façon à être à proximité de son visage, face à lui, elle se saisit d'objets, manipule et joue avec lui.

Elle utilise le pointage en attention conjointe avec son enfant, regarde ce que son enfant lui montre, réalise quelques gestes d'affection envers lui, lorsqu'elle raconte le quotidien de M. elle utilise des gestes pour mimer « ouvrir », « manger », elle se saisit des objets, les regarde. Elle participe à l'activité après sollicitation de l'orthophoniste qui lui demande de donner à M. les objets qu'il demande.

2.2.3 Sixième séance : Fabrication de gâteaux et d'aliments en pâte à modeler – jeu du faire semblant (séance P.R.E.L)

Durant cette séance au bureau, la mère de M. participe peu et nous relevons qu'elle ne réalise pas de « faire semblant » avec son enfant, lorsque celui-ci lui tend l'assiette avec des aliments en pâte à modeler et lui demande de goûter, elle se saisit de l'assiette et la repose devant elle sans mimer l'action de manger. De plus, lors de la séance, elle reçoit des messages sur son téléphone et les lit, elle ne fait pas attention à ce qui se déroule entre l'orthophoniste et son fils.

2.2.4 Huitième séance : Dénomination des animaux et construction d'animaux aimantés (séance P.R.E.L et stimulation renforcée)

Lors de cette séance au sol, la mère de M. manipule et explore beaucoup le matériel, elle fouille dans les figurines d'animaux, semble très curieuse et observe chaque animal, essaie de proposer à son fils des girafes et de composer une famille de girafes.

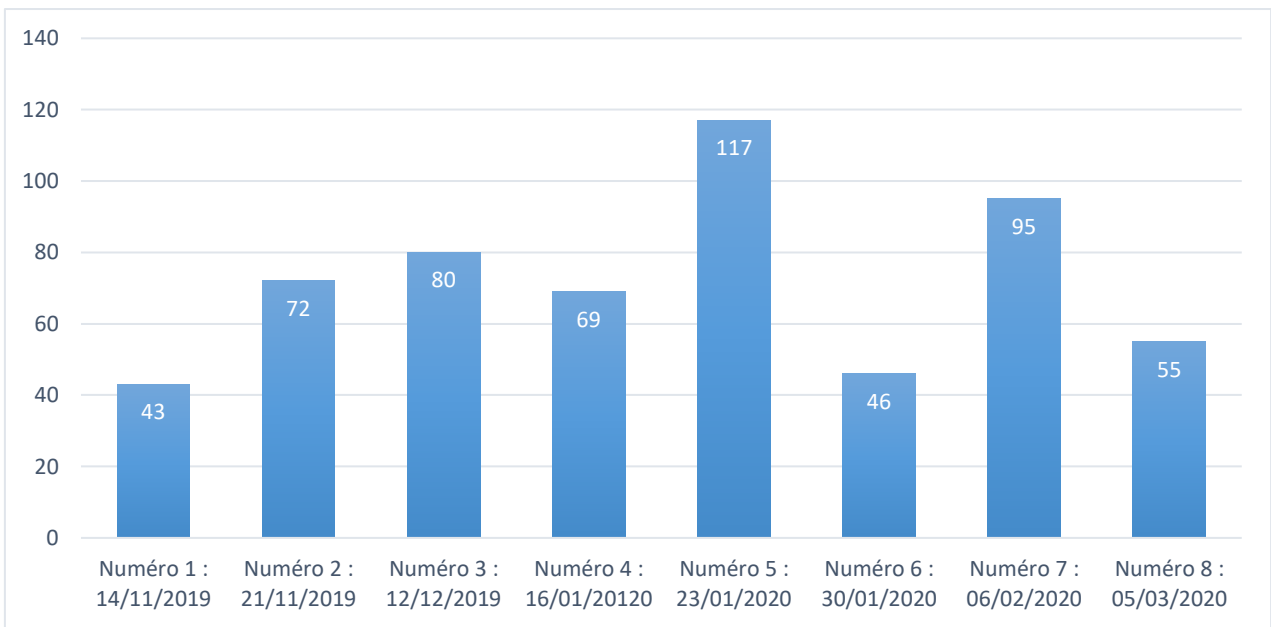
3 Relevé quantitatif des interactions langagières du patient

Le patient ayant des troubles du langage oral, relever et qualifier ses interactions sur leur justesse linguistique n'aurait pas grand intérêt. Nous avons donc choisi de privilégier l'interactivité du patient, la longueur de ses énoncés, son initiative langagière, le type d'actes de langage produits ainsi que le types d'énoncés réalisés pour évaluer son éventuelle évolution communicationnelle et la façon dont il s'approprie le langage, avec l'appui des données qualitatives.

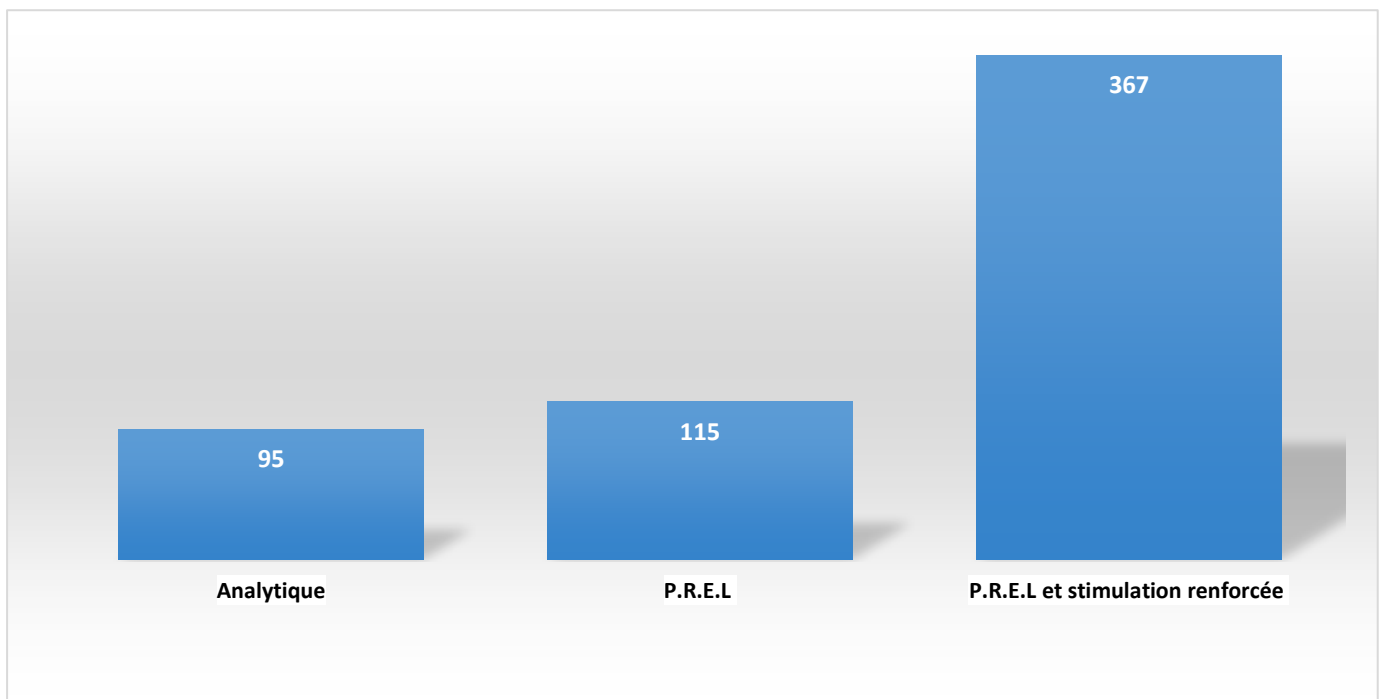
3.1 Interactivité du patient

3.1.1 Nombre de tours de parole

Les prises de parole de M. sont fluctuantes, comme nous pouvons le voir sur le graphique ci-dessous (cf. **Graphique 1**), M. ne produit pas davantage de tours de parole lors de la dernière séance filmée que lors des précédentes, sa prise de parole est même quasiment équivalente (une quarantaine de tours de parole lors de la première séance contre une cinquantaine lors de la dernière), on note néanmoins un pic lors de la cinquième séance (117 tours de parole).



Graphique 1 : Nombre total de tours de parole de M. pour chaque séance de rééducation filmée avec inclusion du parent non-francophone (dans un ordre chronologique)

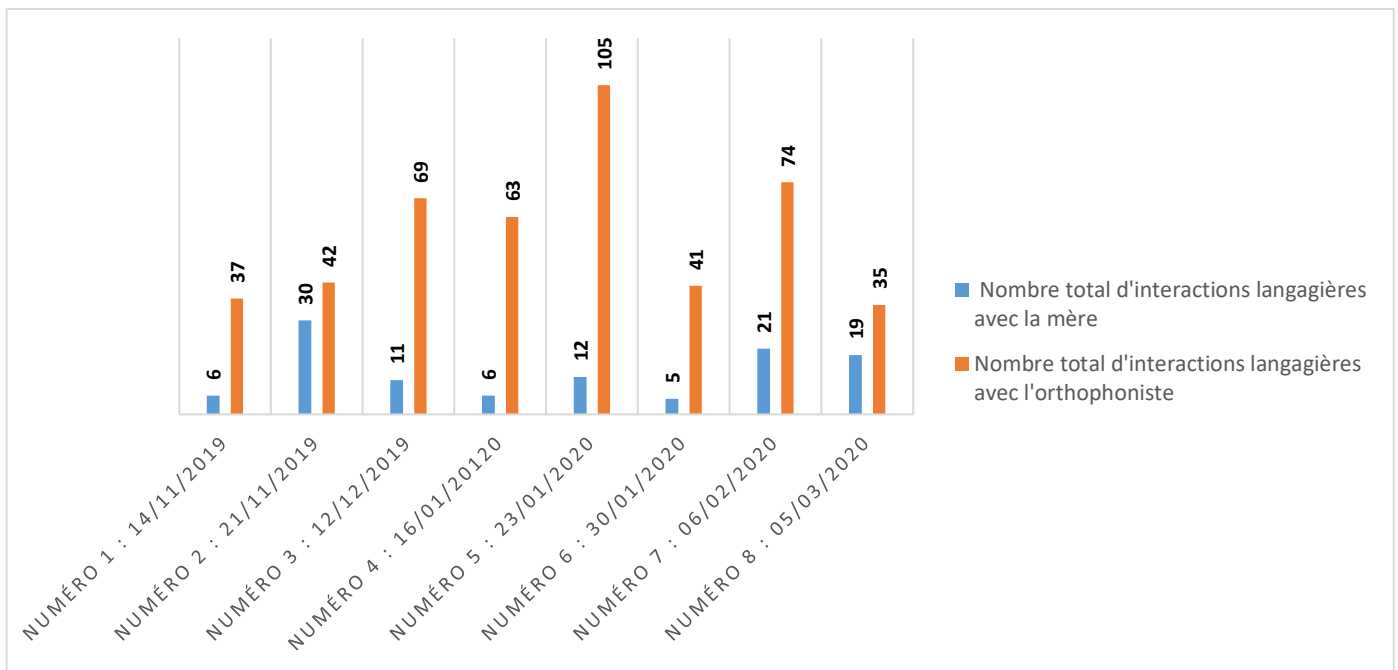


Graphique 2 : Nombre total de tours de parole de M. selon le type de séance

En revanche, on constate qu'un type de rééducation favorise davantage la prise de parole par le patient, celui-ci interagit bien plus lors des séances de P.R.E.L avec stimulation renforcée, en effet il totalise davantage de tours de parole qu'en séance analytique ou purement P.R.E.L (cf. **Graphique 2**).

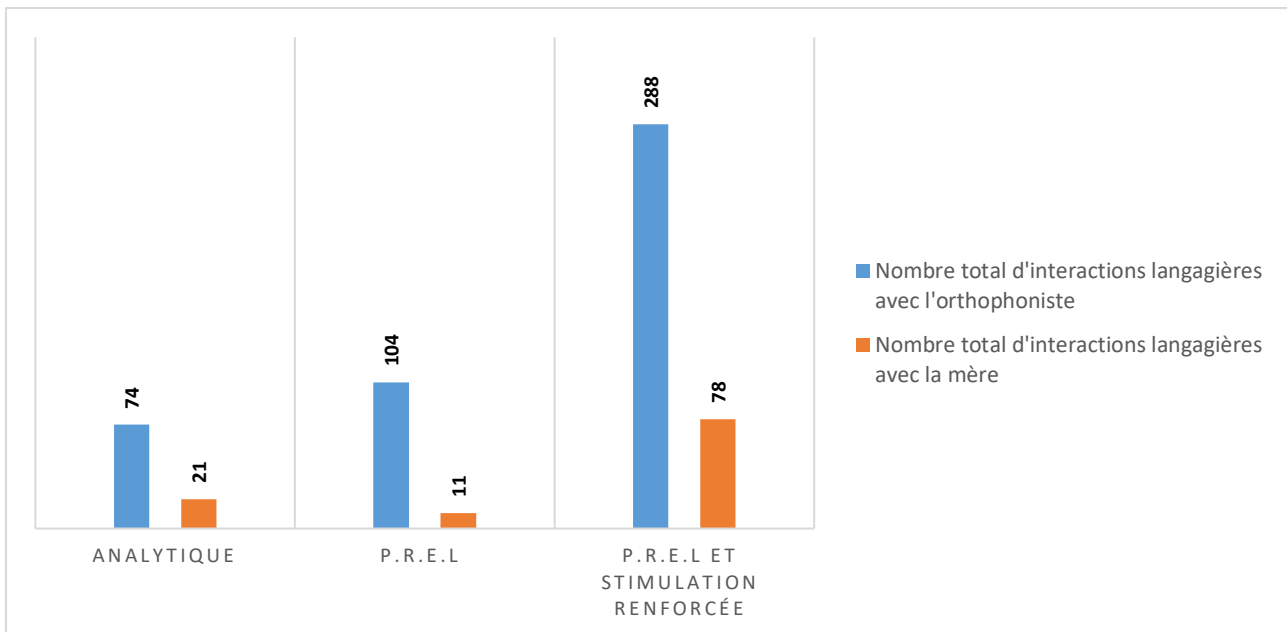
3.1.2 Interactivité langagière selon l'interlocuteur

Concernant les destinataires de ses interactions langagières, quel que soit le type de séance, M. interagit davantage avec l'orthophoniste, celle-ci étant le thérapeute elle sollicite forcément davantage le patient sur le plan langagier. Pour les échanges avec sa mère, ils sont fluctuants (cf. **Graphique 3**), on ne constate pas de réelle évolution (6 échanges à la première séance contre 30 à la seconde puis 6 à la quatrième).



Graphique 3 : Nombre total de tours de parole de M. avec l'orthophoniste ou le parent non-francophone selon la séance filmée (ordre chronologique)

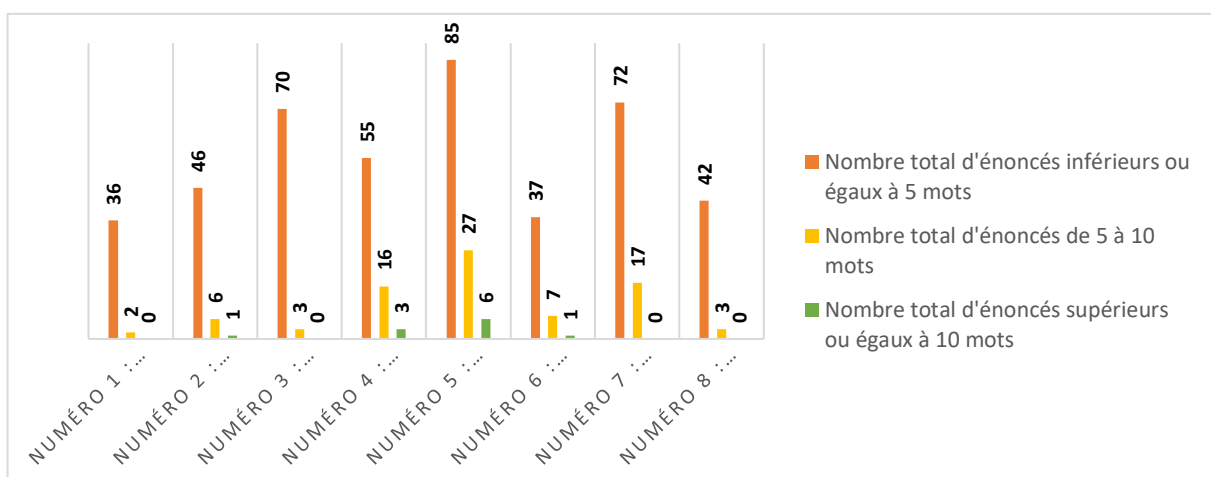
A nouveau, on remarque que les séances P.R.E.L et stimulation renforcée favorisent davantage la prise de parole avec les deux interlocutrices (cf. **Graphique 4**).



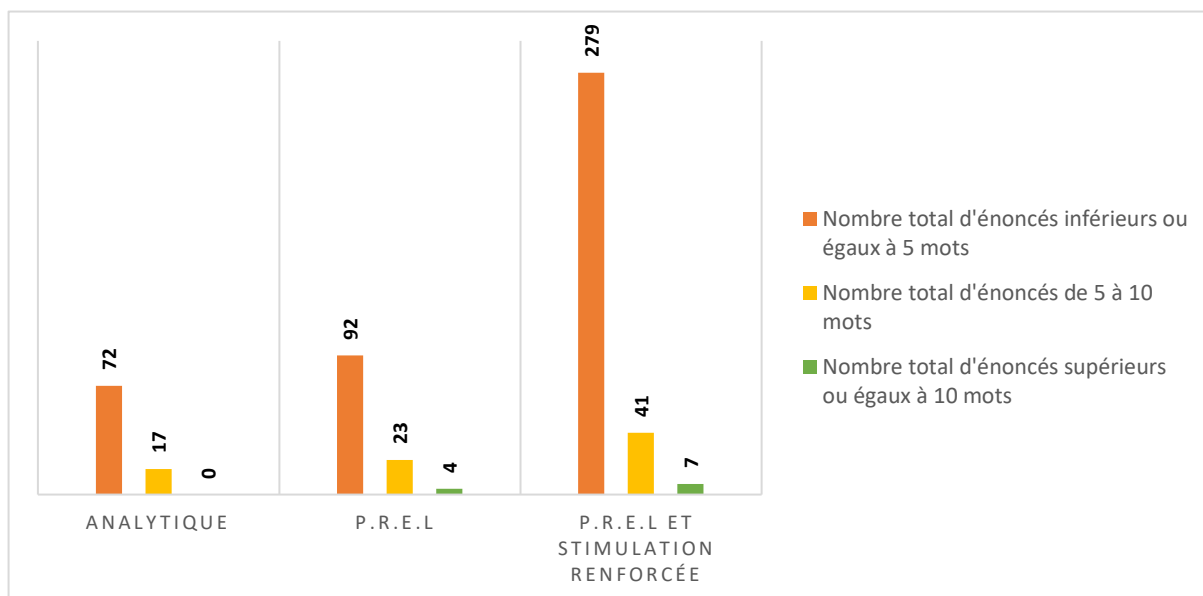
Graphique 4 : Nombre total de tours de parole de M. avec l'orthophoniste ou le parent non-francophone selon le type de séance

3.2 Longueur des énoncés

On constate qu'au fil des séances, ce sont les énoncés inférieurs ou égaux à 5 mots qui priment (cf. **Graphique 5**). On remarque également que le type de séance P.R.E.L et stimulation renforcée favorise les énoncés plus longs (41 énoncés de 5 à 10 mots contre 17 en analytique et 23 en séance P.R.E.L, 7 énoncés supérieurs ou égaux à 10 mots contre 0 en analytique et 4 en séance P.R.E.L, cf. **Graphique 6**).



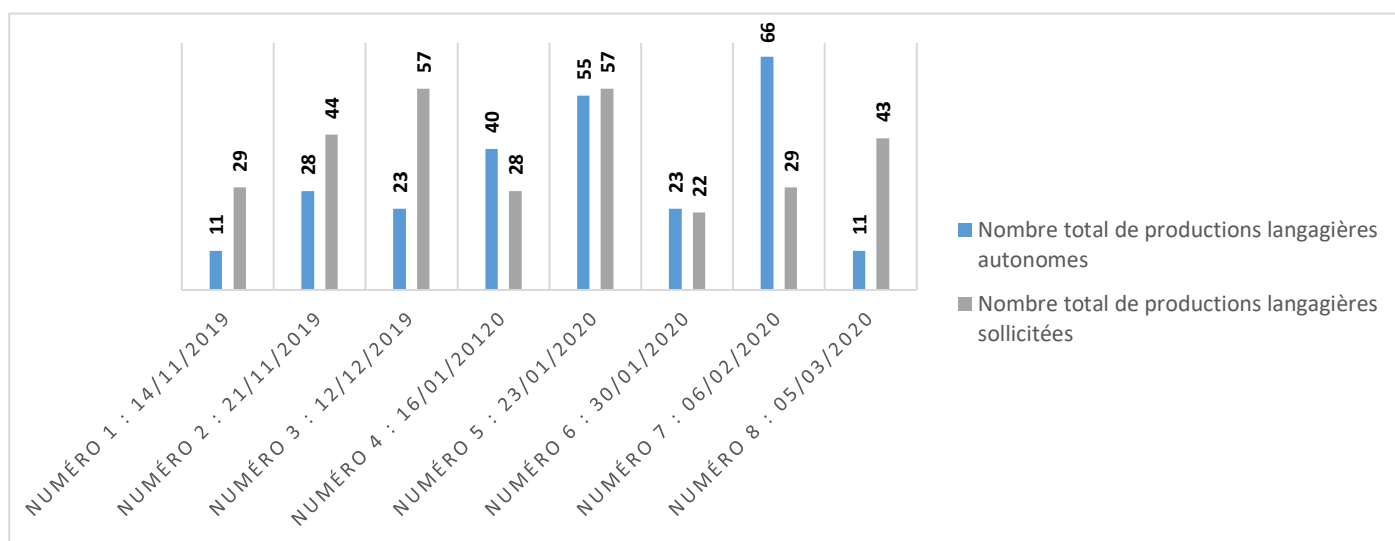
Graphique 5 : Longueur des énoncés produits par M. selon la séance filmée (ordre chronologique)



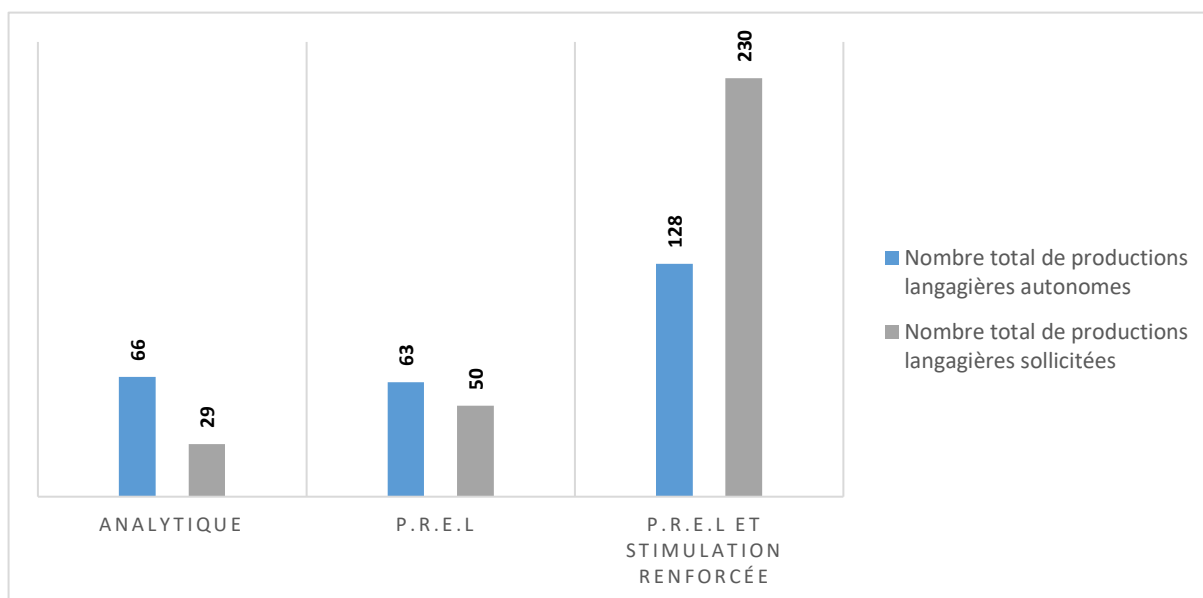
Graphique 6 : Longueur des énoncés produits par M. selon le type de séance

3.3 Initiative langagière du patient

L'initiative langagière de M. est fluctuante (cf. **Graphique 7**), on remarque néanmoins qu'à partir de la quatrième séance la tendance s'inverse et il interagit davantage à sa propre initiative, il égalise même lors des cinquième et sixième séance le nombre de productions autonomes et le nombre de productions sollicitées (55 autonomes contre 57 sollicitées lors de la cinquième séance).



Graphique 7 : Nombre total de productions langagières autonomes ou sollicitées selon la séance filmée (ordre chronologique)



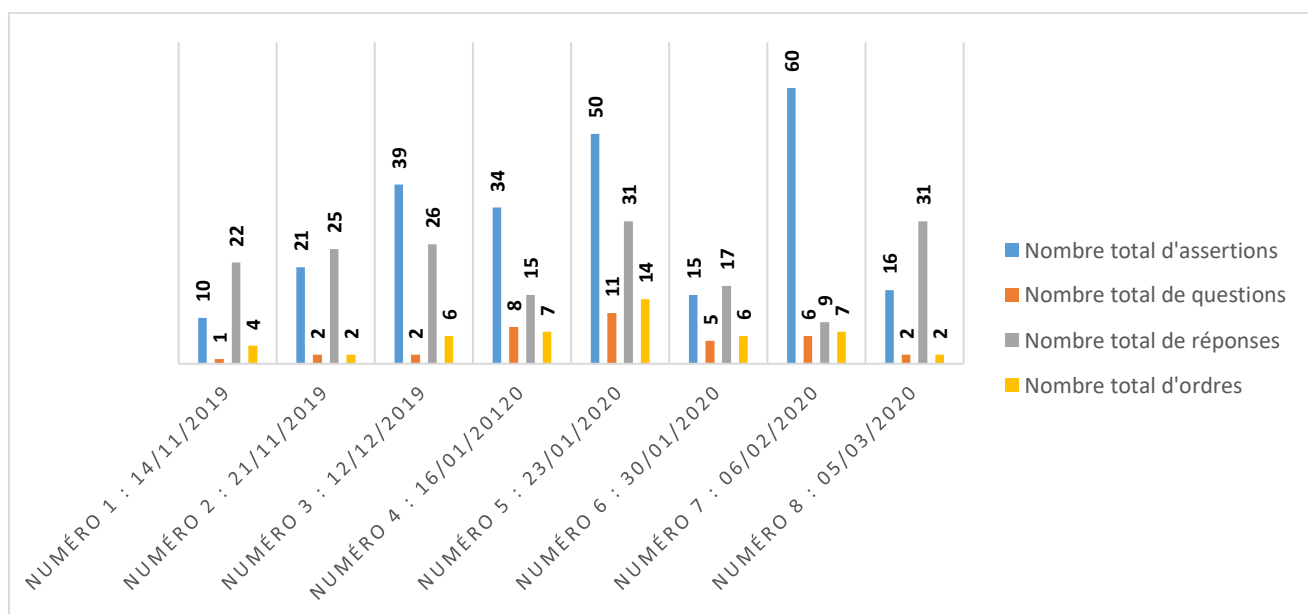
Graphique 8 : Nombre total de productions langagières autonomes ou sollicitées selon le type de séance

Le graphique ci-dessus (cf. **Graphique 8**) nous montre que M. est davantage dans l'initiative langagière en séance P.R.E.L et stimulation renforcée qu'en analytique et en P.R.E.L.

3.4 Actes de langage

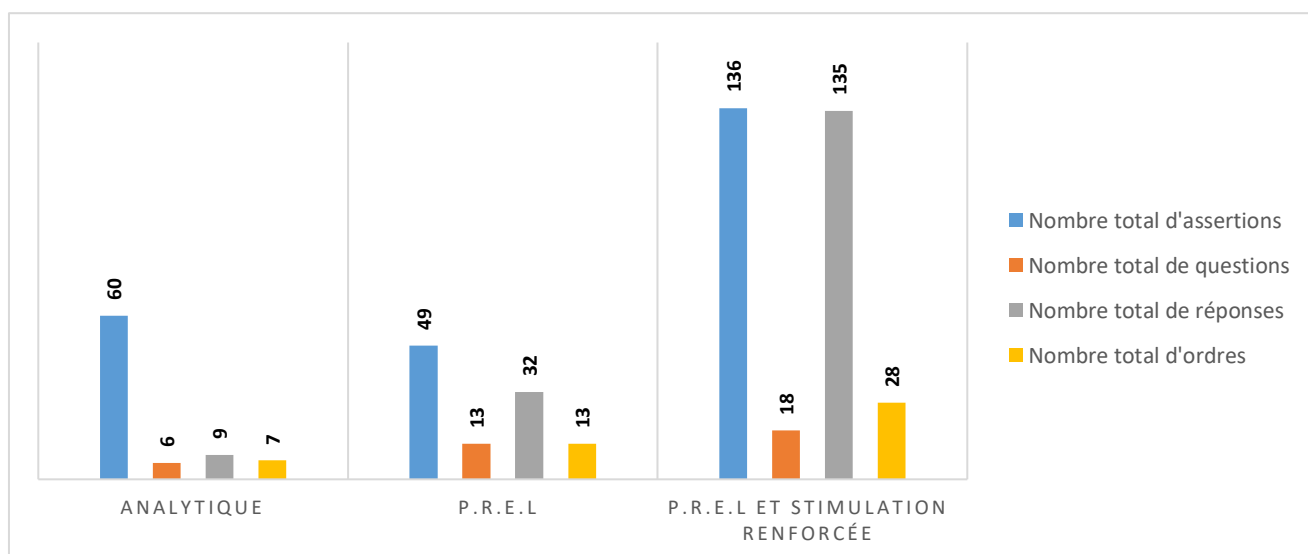
Dans cette partie, nous avons relevé les différents actes de langage (intentions communicationnelles) réalisés par M. Ils sont regroupés en quatre catégories : les assertions, les questions (ouvertes, semi-ouvertes, fermées), les réponses et les ordres.

Sur le graphique ci-contre (cf. **Graphique 9**), on constate que M. réalise, quelle que soit la séance, les quatre actes de langage. Néanmoins les assertions et les réponses sont majoritairement réalisées face aux questions et aux ordres. On remarque tout de même une augmentation des questions et des ordres à partir de la troisième séance. A nouveau les productions langagières de M. sont très fluctuantes et l'acte de langage majoritaire varie d'une séance à l'autre, aucune équité ne s'installe entre les quatre actes de langage.



Graphique 9 : Nombre total d'actes de langage selon leur type (assertions, questions, réponses, ordres) et selon la séance filmée (ordre chronologique)

Selon le type de rééducation, on remarque que M. produit dans tous les cas les quatre actes de langage (cf. **Graphique 10**). Néanmoins, les séances P.R.E.L semblent favoriser une meilleure équité dans leur production (49 assertions, 32 réponse, 13 questions et 13 ordres). En revanche, les assertions sont l'acte de langage prioritairement réalisé par M. en analytique ainsi qu'en séance P.R.E.L avec stimulation renforcée (avec les réponses).



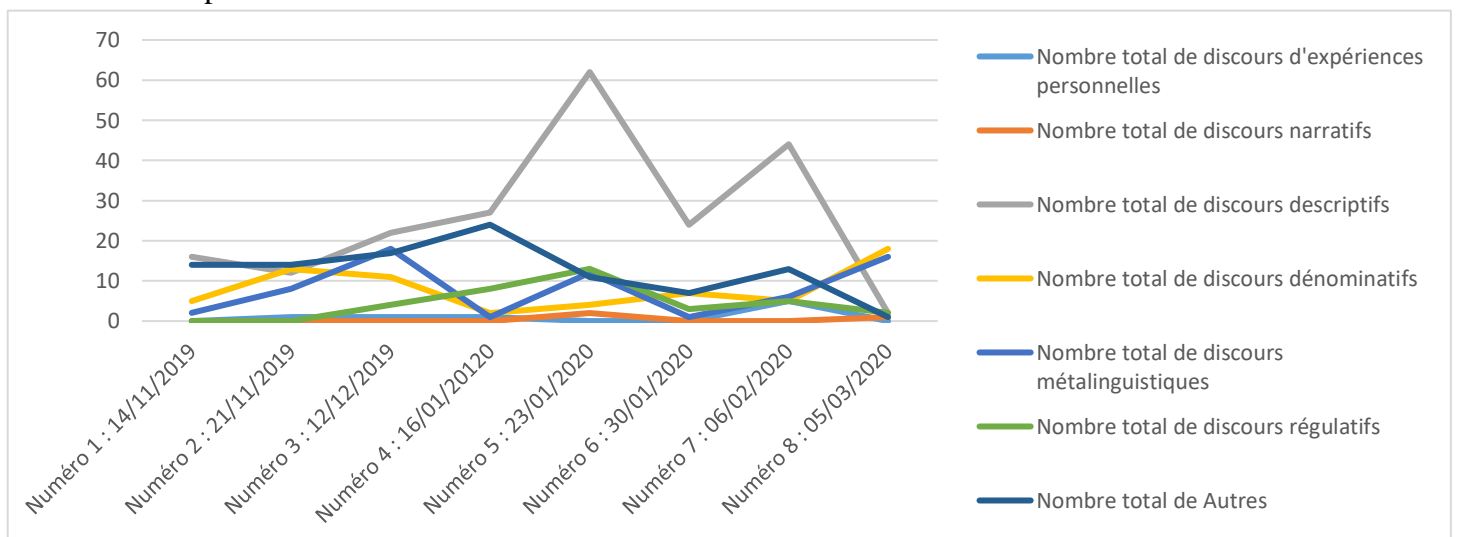
Graphique 10 : Nombre total d'actes de langage selon leur type (assertions, questions, réponses, ordres) selon le type de rééducation

3.5 Types d'énoncés

Dans cette partie, nous avons relevé les différents types d'énoncés (contenu du message langagier) réalisés par M. Ils sont regroupés en huit catégories :

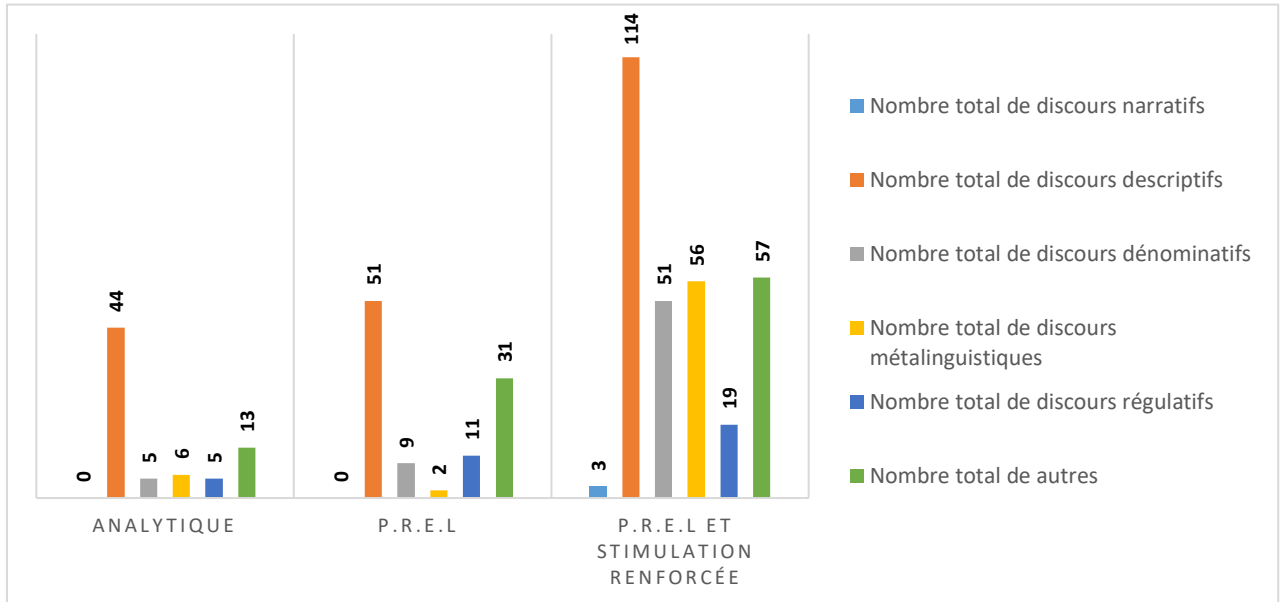
- les discours d'expériences personnelles (discours qui portent sur un ailleurs temporel et spatial et référant à une expérience du locuteur)
- les discours narratifs (discours fictifs qui renvoient aux objets présents ou non en séance)
- les discours descriptifs (descriptions d'objets, de situations, de propriétés d'un objet...)
- les discours dénominatifs (dénominations d'objets, catégorisations d'objets...)
- les discours métalinguistiques (reformulations, répétitions, incompréhensions phonologiques, lexicales, syntaxiques...)
- les discours régulateurs (qui ne parlent pas de l'activité et qui la régulent comme « viens ici, assieds-toi »)
- autres (phatiques, chants, comptines, interjections...)

On constate, d'après les courbes ci-contre (cf. **Graphique 11**), que le type de discours majoritairement employé par M. est de type descriptif, quelle que soit la séance. Le discours narratif lui, est quasi-absent de ses énoncés langagiers. Il emploie également beaucoup le discours « autres » et le discours métalinguistique. Pour les autres types de discours, c'est extrêmement fluctuant d'une séance à l'autre et aucun n'est autant produit que le discours descriptif.



Graphique 11 : Type et nombre total d'énoncés selon la séance filmée (ordre chronologique)

On remarque ensuite (cf. **Graphique 12**) que les séances de P.R.E.L avec stimulation renforcée favorisent davantage la diversité des types d'énoncés et leur équité dans les interactions langagières de M., néanmoins quel que soit le type de rééducation, le discours descriptif reste majoritaire.



Graphique 12 : Type et nombre total d'énoncés selon le type de rééducation

4 Relevé qualitatif des interactions non-verbales du patient

Le patient, du fait de ses difficultés langagières, emploie au cours des séances, un langage gestuel très présent, il est intéressant de notifier ci-contre quels moyens il emploie pour communiquer corporellement avec ses interlocuteurs.

4.1 Echanges avec l'orthophoniste

Il montre par pointage proto-impératif ou non l'objet de ses demandes : « comme suis-là, la tête comme ça » (montre la tête du bonhomme). Il désigne par pointage proto-impératif les objets dont il n'a pas le mot en français vers l'orthophoniste : montre le dessus de sa tête pour dire qu'il manque à son bonhomme des cheveux, montre les objets sur la boîte Playmobil pour les obtenir...

Il désigne par pointage proto-déclaratif ou se saisit et montre des objets pour les dénommer en français. Il tend des objets pour faire comprendre que l'orthophoniste doit réaliser une action sur cet objet (lui tend le pot de pâte à modeler et le moule).

Il réalise des gestes, des mimes, pour les mots dont il n'a pas la correspondance en français (par exemple, symbolise une route droite avec ses deux mains, il trace un trait imaginaire en l'air pour signifier « tout droit », il se lève et marche puis tombe pour faire comprendre l'histoire qu'il voulait raconter avec son personnage Playmobil).

Pour manifester sa frustration de ne pas être compris en français, il se cache la tête dans les bras au sol, il fait non de la tête pour ne pas répéter un propos incompris. Il jette au sol ou met de côté sur le bureau le matériel dont il ne veut pas.

4.2 Echanges avec sa mère

Lors des premières séances, il a tendance à ne pas regarder sa mère lorsqu'elle lui parle, à hausser les épaules si elle s'adresse à lui ou lui demande quelque chose, il va également lui tourner le dos, s'allonger à plat ventre sur le tapis et ne pas faire attention à sa présence.

A plusieurs reprises, il va également saisir brutalement des objets dans les mains de sa mère, ne pas attendre qu'elle les lui donne. Il va aussi manifester son mécontentement face à l'incompréhension de sa mère, et menacer de lui jeter la maison Playmobil au visage.

Puis au fur et à mesure, il va prendre en considération la présence de sa mère et va lui montrer des objets, au début par sollicitation de l'orthophoniste puis à sa propre initiative. Il va lui tendre du matériel pour qu'elle l'aide dans ses constructions, lui tendre la main pour qu'elle lui donne des objets. Après avoir réussi la construction du circuit de billes sous les conseils de sa mère, il s'applaudit.

Lors d'une séance au bureau, il instaure un jeu de faire semblant et tend à sa mère ses productions en pâte à modeler pour qu'elle fasse semblant d'y goûter.

Lors de la séance en analytique, il va tendre les cartes vers sa mère pour qu'elle lui donne le terme en arabe mais également lors de jeux au sol il va tendre des objets vers sa mère pour qu'elle les dénomme ou lui explique leur rôle.

DISCUSSION

1 Interprétation des résultats en lien avec les hypothèses

Cette étude nous a permis d'une part, de visualiser l'ensemble des adaptations réalisées par l'orthophoniste pour inclure le parent non-francophone au sein des séances de son enfant. D'autre part, nous avons pu voir comment le clinicien aidait le parent et l'enfant à s'approprier la distinction entre langue et langage. Toutes ces adaptations ont-elles permis au patient et à son parent d'évoluer dans leurs interactions ?

1.1 Adaptations de l'orthophoniste au contexte socio-linguistique et culturel du binôme parent-enfant

Au cours des différentes séances de rééducation de M., l'orthophoniste a réalisé des adaptations variées sur le plan langagier et comportemental à l'attention de son patient et de la mère de celui-ci. Afin que ses adaptations soient le plus efficace possible, elle a dû faire preuve d'observation et rebondir face à certaines situations.

Tout d'abord, elle a su prendre en compte les intérêts cognitifs de M. et les coupler avec son tempérament et sa personnalité. M. est en effet un patient au fort caractère et qui ne supporte pas de rester très longtemps inactif. Il est encore très en demande d'explorer le monde qui l'entoure par des manipulations d'objets et s'attache beaucoup aux effets de ses actions. L'orthophoniste a donc adapté l'ensemble des séances pour que M. puisse toucher, construire, détruire, participer d'une façon ou d'une autre avec ses mains et ce, quel que soit le type de rééducation. Elle valorise dès que possible les réalisations de M. et commente ses actions, son raisonnement pour l'encourager et également pour signifier à la mère de M. quels comportements doivent être attendus de son enfant, quelles actions elle doit favoriser et féliciter à son tour. Lors des séances purement P.R.E.L ou avec stimulation renforcée, il était très facile de laisser M. agir et de lui proposer des activités en accord avec ses préoccupations (tels le circuit de billes ou la pâte à modeler).

En revanche, lors du passage à l'analytique, il a fallu ruser et permettre à M. de travailler sans se sentir contraint. La récompense de pouvoir jouer à un jeu s'il réalisait une tâche langagière a fonctionné sur M. mais de façon limitée, la décision a donc été prise de repartir sur des séances purement P.R.E.L et/ou avec stimulation renforcée.

Et comme nous avons pu le constater dans les résultats, ceci a plutôt bien fonctionné sur M., sur le plan langagier ce sont ce type de séances qui ont permis à M d'interagir davantage de façon autonome, d'être davantage en interaction avec sa mère et de diversifier et d'augmenter la longueur de ses énoncés. De plus, nous avons pu remarquer que le discours narratif était très peu présent voire absent dans chaque séance, et qu'à l'inverse le discours descriptif était majoritairement utilisé. Ceci s'explique par son niveau de raisonnement. En effet, M. n'a pas encore accédé au stade du jeu symbolique, il n'est ancré que dans l'instant présent. Il est donc essentiel pour son évolution langagière d'utiliser avec lui ce type de rééducation.

L'orthophoniste a également pris soin de s'adapter à la personnalité de la mère de M., assez en retrait et effacée lors des premières séances, l'insistance et l'incitation à participer aux activités de la part de l'orthophoniste a permis à la mère de M. de se rassurer sur son rôle et de s'investir davantage au fil des séances, de prendre des initiatives avec son enfant mais également dans son interaction avec l'orthophoniste comme lorsqu'elle parle du quotidien de M., qu'elle demande du vocabulaire en français...

Le type de bilinguisme de M. a eu beaucoup d'importance dans les adaptations de l'orthophoniste. Elle a, à de nombreuses reprises valorisé et rassuré M. sur ses interventions en français, qu'il ne devait pas se contrarier si on ne le comprenait pas, et qu'il pouvait s'exprimer librement en arabe avec sa mère, que s'il ne connaissait pas un terme en français il pouvait le dire en arabe, qu'il avait le droit de répéter plusieurs fois et à son rythme pour s'exprimer en français. M. qui lors des premières séances était peu dans l'échange langagier, a petit à petit pris confiance et a su réaliser des demandes, dénommer davantage, échanger davantage avec sa mère.

L'orthophoniste a ensuite pris en compte les interactions et la relation entre M. et sa mère. Elle a obligé M. à prendre davantage en considération sa mère, à jouer et échanger avec elle, à se tourner vers elle lorsqu'il avait besoin d'aide sur les plans langagiers, à respecter les règles avec sa mère et à l'écouter.

Concernant la mère de M., l'orthophoniste l'a amenée à se réaffirmer face à son enfant en faisant en sorte qu'il l'écoute, en la valorisant sur ses interactions avec son enfant, en mettant en avant les effets de ses interactions sur son enfant, en lui intimant de jouer et de partager des activités avec son enfant. Au fil des séances, l'échange entre M. et sa mère a beaucoup évolué et chacun a appris à considérer et échanger avec l'autre. Néanmoins, nous avons pu faire face à quelques limites, notamment lors du jeu de faire semblant avec les gâteaux en pâte à modeler, la maman de M. n'a pas été très réceptive et n'a pas su rentrer dans le faire-semblant. Nous avons pu percevoir qu'il y avait probablement une limite culturelle à certaines interactions. Malheureusement, la crise sanitaire nous a empêché de nous renseigner auprès d'elle sur la place qu'occupait le jeu avec un enfant au sein de sa culture, dans son pays d'origine et surtout dans son quotidien. Cela aurait permis d'adapter encore davantage les activités.

On peut donc conclure, qu'en **se basant sur un ensemble de facteurs tels que le type de bilinguisme et la personnalité de son patient, le contexte familial et culturel de celui-ci ainsi que la situation et la personnalité de son parent non-francophone, l'orthophoniste a réussi à adapter ses méthodes rééducatives pour la prise en charge des troubles du langage oral normalement à destination de ses patients francophones et monolingues de façon à permettre une meilleure adhésion de son patient bilingue et du parent non-francophone à la prise en charge.**

1.2 Bilinguisme franco-arabe et distinction langue et langage

Dans un contexte de bilinguisme, il est extrêmement important de faire comprendre aux parents de l'enfant qu'il existe une distinction entre langue et langage. En effet, bien souvent, les parents sont convaincus que pour que leur enfant progresse en français et dans son interaction langagière, il est impératif de lui parler uniquement en français et d'exiger de lui la même chose. Dans leurs représentations, langue et langage sont une même et seule chose, savoir parler français c'est savoir parler et communiquer. Or, les compétences au sein d'une langue ne sont pas celles du langage en général.

Interrompre prématurément l'acquisition de la langue maternelle peut avoir des conséquences sur le développement de l'enfant. Dans le type de bilinguisme qui concerne notre patient, soit un bilinguisme précoce consécutif et franco-arabe, les deux langues sont interdépendantes. En effet, le français qui est la seconde langue de M., la langue pratiquée à l'école, ne peut se développer correctement que si sa première langue, l'arabe, continue à progresser.

Au vu de son âge, 5 ans, sa langue maternelle est encore en développement. Il est donc primordial d'interagir au maximum dans la langue maternelle afin que M. puisse atteindre un niveau de compétences suffisant pour pouvoir installer et développer correctement son français sur la base des acquis qu'il aura pu construire en arabe. Il doit continuer à pratiquer l'arabe dans son milieu familial même s'il entame l'acquisition du français à l'école. Plus il développera ses compétences linguistiques et langagières dans sa langue maternelle, plus le français pourra puiser dans ses compétences en arabe par un système de transfert et dans ce cas, M. pourra également atteindre un bon niveau de compétences en français (Abdelilah-Bauer, 2015).

Barbara Abdelilah-Bauer ajoute d'ailleurs dans son ouvrage : « [...] toute langue quelle qu'elle soit, parlée par la famille, est préférable à l'utilisation, par les parents, d'un français mal maîtrisé » (2015, p. 164).

Au cours des différentes séances de rééducation de M., l'orthophoniste a réalisé des adaptations variées sur le plan langagier et comportemental à l'attention de M. et de sa mère afin que tous deux puissent renouer avec des interactions langagières en arabe et ainsi aider M. à se construire des compétences langagières solides pour aider son français à se développer.

L'orthophoniste a notamment incité la mère de M. à n'interagir avec lui qu'en arabe, à ne pas hésiter à prendre la parole avec lui, à lui expliquer des choses en arabe et la maman s'est très vite approprié cette méthode. Dans les dernières séances, elle demandait à son enfant de répéter des mots en arabe s'il ne les prononçait pas bien, ou s'il se trompait dans son choix lexical. Elle le questionnait beaucoup sur le plan du lexique. L'orthophoniste a également valorisé les échanges de la mère, en commentant les actes de M. pour lui montrer qu'interagir avec lui en arabe pouvait l'aider à mieux comprendre et qu'il était tout à fait capable d'échanger dans sa langue maternelle. Elle a également fait preuve de curiosité, en demandant à la maman de lui donner des mots en arabe et celle-ci semblait très heureuse de pouvoir partager son savoir, au fil des séances elle proposait même d'elle-même des mots à l'orthophoniste, ou se permettait de faire des comparaisons avec le français lorsque des mots se ressemblaient dans les deux langues.

Une importance a également été accordée à la compréhension de la mère de M., si celle-ci ne semblait pas comprendre ce qui été attendu d'elle, l'orthophoniste n'a pas hésité à utiliser une application de traduction ou à utiliser une communication gestuelle.

En ce qui concerne le patient, la même démarche a été entreprise de l'inciter à échanger en arabe avec sa maman. De faire appel à sa langue maternelle dès qu'il n'arrivait pas à se faire comprendre afin de lui faire assimiler que sa langue maternelle a tout autant d'importance que le français et qu'il doit l'utiliser pour communiquer également si cela est plus facile pour lui et que cela lui permet d'être inclus dans l'échange. Lors des premières séances, M. parlait très peu et échangeait peu avec sa mère, il semblait comprendre que s'il ne parlait pas français, il devait se taire, que s'il ne savait pas comment dire un mot ou comment exprimer ses idées en français, il devait se faire comprendre par des gestes ou se débrouiller seul. Il a donc fallu plusieurs séances pour qu'il s'approprie à nouveau l'usage de sa langue maternelle et que même s'il était chez l'orthophoniste pour développer son langage et notamment en français, il pouvait utiliser l'arabe dès qu'il en avait l'envie et pouvait choisir sa mère comme interlocuteur principal.

L'orthophoniste a également porté grand intérêt aux compétences de M. en arabe, en questionnant la maman à plusieurs reprises sur des prononciations ou des choix de mots en arabe. Elle n'hésitait pas à demander au patient s'il connaissait tel ou tel mot en arabe pour lui laisser l'occasion de montrer que même s'il ne le savait pas en français, il le savait en arabe.

Enfin, des parallèles avec le français ont été réalisés, pour signifier que des mots se ressemblaient ou pour indiquer que parfois un mot était plus facile en arabe qu'en français. La comparaison des deux langues servait à montrer à M. qu'on pouvait tout à fait utiliser les deux selon ce qu'il préférait et ce qu'il connaissait et que parfois, ces deux langues qu'il entend chaque jour ne sont pas toujours si différentes. Le but étant de remettre la langue maternelle de M. au même niveau de considération que pour le français et de lui montrer qu'aucune des deux langues n'est moins bien ou moins utilisée qu'une autre.

En conclusion, l'orthophoniste en privilégiant la valorisation de la langue maternelle, a pu faire appréhender au parent non-francophone la notion de langue et de langage afin qu'il puisse en établir une distinction claire. Celui-ci a ainsi réussi à s'approprier cette différence et interagir au mieux avec son enfant au fil des séances.

2 Limites de l'étude

2.1 Le binôme parent-enfant

Nous avons bien conscience que le binôme parent-enfant sujet de cette étude ne représente que lui-même. Lors de son activité professionnelle, l'orthophoniste va être amené à rencontrer des bilinguismes de types très différents, des binômes parent-enfant aux langues, aux cultures, aux histoires, aux relations et parcours de vie très différents les uns des autres. Chaque rencontre est unique et bien que les adaptations relevées précédemment soient applicables à toutes les situations, chaque situation ne fera pas appel aux mêmes adaptations, elles ne seront pas forcément amenées de la même manière, etc.

2.2 La durée de l'étude

Le recueil de données s'est effectué sur six mois de prise en charge, bien que conséquent, il aurait pu s'effectuer sur davantage de temps et les résultats auraient pu être très différents ou plus significatifs.

Il faut donc rappeler que les résultats de cette étude ne symbolisent que six mois d'adaptations, sachant qu'une prise en charge pour des troubles du langage oral peut durer parfois plusieurs années.

2.3 Crise sanitaire COVID-19

L'année 2020 s'est vue perturbée par une crise sanitaire à échelle mondiale. Totalement imprévue et de grande ampleur, l'épidémie a fortement impacté le calendrier et le déroulement de cette étude. Nous n'avons pas pu filmer autant de séances que désirées, certaines activités ou adaptations n'ont pas pu être mises en place (comme la routine du conte bilingue franco-arabe), la séance filmée à domicile qui devait clôturer le recueil de données et qui devait servir à vérifier la troisième hypothèse ainsi qu'à en apprendre davantage sur le jeu dans le quotidien du patient et dans la culture de ses parents n'a pu avoir lieu, une partie importante du déroulement de l'étude a donc été perturbée et cela a impacté nos résultats.

CONCLUSION

Dans les années futures, la situation géopolitique et environnementale de notre monde sera amenée à changer. D'autres guerres, d'autres crises économiques, d'autres catastrophes naturelles, d'autres événements imprévisibles peuvent à tout moment se produire et déclencher le déplacement de milliers d'êtres humains au-delà des frontières.

Ces familles déracinées vont, pour certaines, se retrouver dans le cabinet d'un orthophoniste. En grande majorité, elles sont envoyées pour consulter à propos des troubles langagiers de leurs enfants. Ceux-ci, qu'ils soient nés ailleurs ou en France, se retrouvent bien souvent tiraillés entre deux mondes très différents. Celui de leurs parents, avec une histoire, une langue et une culture qui lui est propre et celui du pays d'accueil, la France, avec lui aussi sa langue, sa culture et son histoire. Grandir au sein de cette diversité engendre parfois pour l'enfant certaines difficultés langagières auxquelles il doit faire face.

Pourtant, nous savons qu'aujourd'hui, il est primordial d'impliquer les parents de l'enfant dans sa prise en charge. Ce sont eux ses interlocuteurs privilégiés, et c'est aussi par eux que l'efficacité de la rééducation, peut en partie, se réaliser. Cette vérité reste valable, quelle que soit la langue de l'enfant et de ses parents.

Malheureusement, en France, la plupart des orthophonistes sont monolingues, et leur formation initiale ainsi que les moyens mis à leur disposition dans leur pratique sont insuffisants pour pouvoir prendre en charge efficacement ces enfants bilingues et pouvoir mettre en place une alliance thérapeutique avec les parents.

C'est d'après ce contexte particulier qu'a émergé notre problématique et que nous nous sommes interrogées sur les moyens de pallier et de contourner ces obstacles linguistiques et méthodologiques. Nous avons cherché à montrer qu'il existait des adaptations simples, basées sur un ensemble de facteurs propres à la situation sociolinguistique et culturelle du patient et de sa famille, réalisables par l'ensemble des professionnels afin de pouvoir impliquer et inclure dans les séances les parents non-francophones de leurs patients bilingues et ainsi pouvoir aider au mieux ces enfants. Nous avons également élargi nos hypothèses, en suggérant que les adaptations mises en place permettaient l'appropriation par les parents non-francophones de la distinction entre langue et langage. Ceci leur donne alors les moyens d'interagir au mieux avec leur enfant et de participer activement à son développement langagier.

Le recueil de données vidéo des séances de rééducation d'un patient bilingue, réfugié Syrien, avec troubles du langage oral, dont la mère non-francophone a été incluse au sein des activités de rééducation, a permis de vérifier les hypothèses initiales. En effet, les orthophonistes peuvent facilement mettre en place des adaptations de leurs méthodes afin d'inclure les parents de leurs patients bilingues qui ne parlent pas le français au sein de la prise en charge. Et par ces adaptations, les parents s'approprient rapidement les moyens d'interagir avec leur enfant et de l'aider à développer son langage.

Néanmoins, les résultats obtenus permettant la validation des hypothèses restent à nuancer, en effet il ne s'agit dans cette étude que des adaptations d'un orthophoniste en particulier, sur les méthodes de son choix, sur un patient et son parent avec leur histoire, leur personnalité, leurs représentations, leur langue et leur culture propre. Chaque patient que l'on rencontre est différent d'un autre, pour un même trouble, le parcours de rééducation peut être très différent, les méthodes efficaces également. Si l'on rajoute à cela, les différences linguistiques, les différences culturelles, l'orthophoniste doit à chaque fois se renouveler encore bien davantage et disposer d'une pléthore de ressources et de compétences.

Pour aider les professionnels à s'approprier cette « boîte à outils » pour patients bilingues, il est impératif que la formation initiale s'enrichisse théoriquement sur la prise en charge des patients bilingues et que la recherche en orthophonie mette à disposition des méthodes spécifiques pour la rééducation de ces patients. Ces dernières années, quelques évolutions ont pu être constatées, notamment au sujet des bilans orthophoniques mais les ressources rééducatives sont encore pauvres voire inexistantes.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdelilah-Bauer, B. (2015). *Le défi des enfants bilingues*. La Découverte.
<https://doi.org/10.3917/dec.abdel.2015.01>
- Apap, M. (2018). *Orthophonie & Bilinguisme : Etude des pratiques de l'évaluation du langage oral*. Université de Lorraine.
- Asensi, H. (2009). Conditions de vie des enfants réfugiés sur notre territoire : Une singularité remarquable. *L'Autre, Volume. 10(2)*, 202-206.
- Azeroual, S.-A., Barry, M., Boudier, M., Maligot, C., & Popova, O. V. (2016). Usage des langues et plurilinguisme. *Hypotheses, 19(1)*, 255-266.
- Bialystok, E., & Feng, X. (2009). Language proficiency and executive control in proactive interference : Evidence from monolingual and bilingual children and adults. *Brain and Language, 109(2)*, 93-100. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2008.09.001>
- Bijleveld, H., & Estienne, F. (2018). Multilinguisme et troubles du langage : État des lieux et modes d'action auprès d'enfants de la région de Bruxelles. *Revue française de linguistique appliquée, Vol. XXIII (2)*, 29-44.
- Billiez, J. (2007). Etre plurilingue : Handicap ou atout ? *Ecarts d'identité, 111*, 88-90.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., & Greenhalgh, T. (2017). Phase 2 of CATALISE : A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development : Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58(10)*, 1068-1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- Bouznah, S. (2015). Éducation thérapeutique du patient et clinique transculturelle. *Médecine des Maladies Métaboliques, 9(6)*, 553-557. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(15\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(15)30217-0)

- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie* (Ortho Edition).
- Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Dockter, S., Blaschikowitz, H., Heggen, I., & Pietz, J. (2008). Children with developmental language delay at 24 months of age : Results of a diagnostic work-up. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(3), 223-229. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.02034.x>
- Chonchaiya, W., & Pruksananonda, C. (2008). Television viewing associates with delayed language development. *Acta Paediatrica*, 97(7), 977-982. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00831.x>
- Collot, M. (2007). L'orthophoniste en terre étrangère. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 70(4), 71-76.
- Coquet, F. (2019). *Les carnets cliniques d'Ortho-Edition—Fonctions oro-myo faciales & Phonologie* (Ortho Edition).
- Coquet, F., & Ferrand, P. (2004). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Méthodes et techniques de rééducation. Ortho édition.* Ortho Edition.
- Couëtoux-Jungman, F., Wendland, J., Bodeau, N., Chevalier, C., David, M., Camon-Sénéchal, L., Khun-Franck, L., Aidane, É., Rabain, D., Cohen, D., & Viaux-Savelon, S. (2018). Bi(multi)linguisme, communication et développement dans la petite enfance. *Devenir*, Vol. 30(1), 67-84.
- Di Meo, S., Sanson, C., Simon, A., Bossuroy, M., Rakotomalala, L., Rezzoug, D., Serre, G., Baubet, T., & Moro, M. (2014). *Le bilinguisme des enfants de migrants. Analyse transculturelle.* 149-182.
- Esseily, R., Guellai, B., Chopin, A., & Somogyi, E. (2017). L'écran est-il bon ou mauvais pour le jeune enfant ? *Spirale*, N° 83(3), 28-40.

- Favret, M.-C. P. (2018). Mère et enfant, construire des racines en migration. *Psychotherapies*, Vol. 38(3), 179-187.
- Fourn, L. (2018). L'installation des réfugiés syriens en Europe face au recul de l'hospitalité. *Migrations Societe*, N° 174(4), 17-31.
- Froissart, J. (2007). L'école : Un deuxième exil pour les enfants bilingues ? *Journal francais de psychiatrie*, n° 31(4), 22-25.
- Giraud, F., & Moro, M. R. (2002). XX – Parentalité et migrations. In *La parentalité* (p. 325-338). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-parentalite--9782130530534-page-325.htm>
- Grosjean, F. (2015). *Parler plusieurs langues : Le monde des bilingues*. Albin Michel.
- Grosjean, F. (2018). Être bilingue aujourd'hui. *Revue française de linguistique appliquée*, XXIII (2), 7-14.
- Hélot, C. (2013). 1. Le développement langagier du jeune enfant en contextes bilingue et plurilingue : Quels enjeux éducatifs pour les structures d'accueil de la petite enfance ? In *Développement du langage et plurilinguisme chez le jeune enfant* (p. 41-60). ERES. <https://www.cairn.info/developpement-du-langage-et-plurilinguisme-chez-le--9782749238746-page-41.htm>
- Hilaire-Debove, G., Chalumeau, S., & Efthymiou, H. (2012). *Acquisition du français dans le cadre du bilinguisme précoce et consécutif : Études sur les populations lusophone, turcophone et russe*. 569-586.
- Isopet, A. (2015). *L'accompagnement familial auprès de parents non francophones : Enquête sur les spécificités en orthophonie* (NANCY - SANTÉ - BU M/ORT/2015/ISOPET). Université Toulouse III Paul Sabatier.
- Jeria, M. (2004). 137. Les enfants réfugiés. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Vol. 2e éd.* (p. 2321-2336). Presses Universitaires de France.

<https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l-9782130545576-page-2321.htm>

Kail, M. (2015). Étudier les bilingues. *Que sais-je ?*, 7-30.

Kohl, M., Beauquier-Maccotta, B., Bourgeois, M., Clouard, C., Donde, S., Mosser, A., Pinot, P., Rittori, G., Vaivre-Douret, L., Golse, B., & Robel, L. (2008). Bilinguisme et troubles du langage chez l'enfant : Étude rétrospective. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 51(2), 577-595.

Kremer, J.-M., & Denni-Krichel, N. (2010). *Prévenir les troubles du langage des enfants*. Ed. J. Lyon. (Ed. J. Lyon.).

L'enjeu de la langue maternelle et de la construction d'un lien de confiance entre parents migrants et professionnels de la petite enfance. (2015). Petite enfance et multilinguisme, Renens.

Lutz, A., Crist, S., & Crist, S. (2014, janvier 2). *Why do bilingual boys get better grades in English-only America ? The impacts of gender, language and family interaction on academic achievement of Latino/a children of immigrants*. Gender, Race and Religion. <https://doi.org/10.4324/9781315878102-12>

Macchi, L., Casalis, S., & Schelstraete, M.-A. (2016). La lecture chez les enfants avec des troubles spécifiques d'articulation, de parole et/ou de langage oral : Une revue narrative de littérature. *L'Année psychologique*, Vol. 116(4), 547-595.

Maillart, C. (2018). *Le projet CATALISE, phase 2 « Terminologie ». Impacts sur la nomenclature des prestations de logopédie en Belgique*. 35(2), 4-17.

Masson, C. (2014). *Repérage précoce des retards de langage : Enjeux de la prévention et élaboration d'une action autour de l'identification des troubles du langage au sein d'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)*. 171-187.

- Meisel, J. M. (2008). The Bilingual Child. In *The Handbook of Bilingualism* (p. 90-113). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470756997.ch4>
- Moro, M. R. (2002). 2. Bébés et enfants d'ici. *Hors Collection Social*, 41-100.
- Moro, M. R. (2015). La nécessité transculturelle aujourd'hui pour une société « bonne » pour tous. *Le Carnet PSY, N° 188(3)*, 18-21.
- Moro, M. R. (2017). Être et faire : Se construire parents et enfants dans la migration. *Le Coq-heron, N° 230(3)*, 87-96.
- Moro, M. R., Rezzoug, D., Bennabi-Bensekhar, M., Simon, A., Camara, H., Touhami, F., Rakotomalala, L., Sanson, C., Bossuroy, M., Meo, S. D., Serre-Pradère, G., Yapou, M., Sarot, A., Falissard, B., & Baubet, T. (2018). L'elal d'Avicenne. *L'Autre, Volume 19(2)*, 137-141.
- Moyle, J., Stokes, S. F., & Klee, T. (2011). Early Language Delay and Specific Language Impairment. *Developmental Disabilities Research Reviews, 17(2)*, 160-169. <https://doi.org/10.1002/ddrr.1110>
- Naigles, L., & Mayeux, L. (2001). *Television as incidental language teacher*. 135-152.
- OCDE. (2019). *Perspectives des migrations internationales 2019* (Éditions OCDE). <https://doi.org/10.1787/60811ed3-fr>.
- Pachoud, D., Lhuillier, G., Rizzi, A. T., Ramde, J., & Moro, M.-R. (2019). Être père et repères en migration. *Le Journal des psychologues, n° 365(3)*, 71-77.
- Pirchio, S., Taeschner, T., Passiatore, Y., & Tomassini, G. (2014). *Gagner le défi de l'éducation bilingue : L'application du modèle du Format Narratif à l'école et en famille*. 10, 47-59.
- Ratcliff, B. G. (2007). Traumatismes et résilience chez l'enfant migrant : Le rôle de l'ancrage culturel et familial. *L'Autre, Volume 8(2)*, 249-256.
- Reilly, S., Wake, M., Bavin, E. L., Prior, M., Williams, J., Bretherton, L., Eadie, P., Barrett, Y., & Ukoumunne, O. C. (2007). Predicting Language at 2 Years of Age : A Prospective

- Community Study. *Pediatrics*, 120(6), e1441-e1449.
<https://doi.org/10.1542/peds.2007-0045>
- Rosenbaum, F. (2012). *Les Humiliations de l'exil : Les pathologies de la honte chez les enfants migrants*. Fabert.
- Sanson, C. (2010). Troubles du langage, particularités liées aux situations de bilinguisme. *Enfances Psy*, n° 48(3), 45-55.
- Sorace, A. (2007). The more, the merrier : Facts and beliefs about the bilingual mind. In *Tall tales about the mind and the brain : Separating fact from fiction* (p. 193-203.).
- Stroud, C. (1978). The concept of semilingualism. *Working Papers*, 172, 153-172.
- Thompson, P. A., Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & Consortium, C. (2016). *CATALISE : A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children*.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>
- Tomopoulos, S., Dreyer, B. P., Berkule, S., Fierman, A. H., Brockmeyer, C., & Mendelsohn, A. L. (2010). Infant Media Exposure and Toddler Development. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(12), 1105-1111.
<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.235>
- Wilson, P., McQuaige, F., Thompson, L., & McConnachie, A. (2013). *Language Delay Is Not Predictable from Available Risk Factors* [Research Article]. *The Scientific World Journal* ; Hindawi. <https://doi.org/10.1155/2013/947018>
- Yip, V., & Matthews, S. (2007). *The Bilingual Child : Early Development and Language Contact*. Cambridge University Press.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information destinée aux parents

Chère Madame, Cher Monsieur,

Je me présente, Audrey Dubernard, 24 ans, étudiante en dernière année d'Orthophonie, je me permets de vous adresser ce courrier afin de pouvoir discuter avec vous de mon projet concernant les séances de votre fils.

Mme Beiler, l'orthophoniste de X., m'a indiqué vous en avoir parlé avant les vacances d'été.

En effet, afin d'obtenir mon diplôme d'orthophoniste en Juin 2020, je me dois de réaliser un mémoire de fin d'étude.

Pour ma part, j'ai choisi d'effectuer ce travail orthophonique sur le thème du bilinguisme et la prise en charge orthophonique des enfants bilingues franco-arabes comme X.

Je m'intéresse plus particulièrement à l'importance de la participation du parent ne parlant pas le français et sa place pendant les séances de rééducation de son enfant.

Je souhaiterais donc que le travail orthophonique commencé avec X. entre dans mon sujet de mémoire.

La séance de votre fils se déroulant tous les à ...H... au cabinet de Mme Beiler, si vous êtes d'accord, j'aimerais vous rencontrer pour vous expliquer mon projet en présence d'un ami Syrien qui pourra traduire (il m'a aidée à réaliser la traduction de ce courrier), et Mme Beiler sera également présente.

N'hésitez pas à me recontacter si vous ou le papa souhaitez plus d'informations (mon ami pourra traduire vos messages), je vous donne mon numéro de téléphone : XX.XX.XX.XX.XX

Vous pouvez également contacter Mme Beiler si vous le préférez.

Merci d'avance d'avoir pris le temps de lire ce courrier,

Excellente journée,

Audrey Dubernard

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Consentement de participation à une étude clinique dans le cadre d'un mémoire en Orthophonie

De Madame, (nom, prénom) :

Adresse :

Dans le cadre de son mémoire d'orthophonie (réalisé à l'université de Lorraine), Mademoiselle Audrey Dubernard m'a proposé de participer à une étude dont l'objectif est d'observer et de relever la mise en place de moyens orthophoniques adaptés à l'inclusion active du parent non-francophone dans la prise en charge des troubles du langage oral dans un contexte multilingue.

J'ai reçu des informations précisant les modalités de déroulement de cette étude clinique et exposant notamment les éléments suivants :

- L'étude ne nécessite aucune mesure invasive.
- On me demandera d'être présente aux séances de mon enfant, à raison d'une fois par semaine, durant 30 minutes sur une période minimale de 6 mois.
- Toutes les données recueillies, quelle que soit leur nature, seront anonymisées.
- Ma participation ne fera l'objet d'aucune rétribution.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissaient utiles, et la personne a répondu à toutes les questions que je souhaitais lui poser. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision. On m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser, que ma décision ne changera en rien mes relations avec le ou les soignants. Dans ces conditions, j'accepte de participer à cette évaluation dans les conditions précisées.

Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation. Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à l'étudiante et ses encadrants.

Fait à :

Le :

Signature :

Annexe 3 : Autorisations pour personnes majeures et mineures quant au recueil de données et leur utilisation

Autorisation pour l'enregistrement audio/vidéo d'une personne majeure et l'exploitation des données enregistrées

Présentation :

Ce recueil de données filmées est réalisé dans le cadre d'un mémoire de recherche en orthophonie. Il porte sur l'observation de la mise en place de moyens orthophoniques adaptés à l'inclusion active du parent non-francophone dans la prise en charge des troubles du langage oral dans un contexte multilingue.

Cette recherche est menée par Mademoiselle Audrey Dubernard, étudiante en Master 2 d'Orthophonie à l'Université de Lorraine.

Encadrée par :

Madame Anne Beiler, Orthophoniste

Mme ANDRE Virginie, Maître de conférences HDR en Sciences du Langage à l'UFR Sciences Humaines et Sociales (SHS) de Nancy et membre de l'ATILF (Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française)

Elle n'est néanmoins possible que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées et filmées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation : (Rayer les mentions inutiles)

Je soussigné(e) : _____

- Autorise par la présente, à être enregistrée en audio/vidéo, lors des séances d'orthophonie de mon enfant au sein du cabinet de Mme Beiler Anne, Orthophoniste.
- Autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche dans le cadre d'un mémoire en orthophonie.
- Prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques, les données ainsi enregistrées seront anonymisées. Ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;

Lieu et date :

Signature :

Autorisation pour l'enregistrement audio/vidéo d'un mineur et l'exploitation des données enregistrées

Présentation :

Ce recueil de données filmées est réalisé dans le cadre d'un mémoire de recherche en orthophonie. Il porte sur l'observation de la mise en place de moyens orthophoniques adaptés à l'inclusion active du parent non-francophone dans la prise en charge du retard de langage et/ou de parole dans un contexte multilingue.

Cette recherche est menée par Mademoiselle Audrey Dubernard, étudiante en Master 2 d'Orthophonie à l'Université de Lorraine.

Encadrée par :

Madame Anne Beiler, Orthophoniste

Mme ANDRE Virginie, Maître de conférences HDR en Sciences du Langage à l'UFR Sciences Humaines et Sociales (SHS) de Nancy et membre de l'ATILF (Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française)

Elle n'est néanmoins possible que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées et filmées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation : (Rayer les mentions inutiles)

Je (nous) soussigné(s) :

Mère (nom, prénom) : _____

Père (nom, prénom) : _____

- Autorisons par la présente, à ce que notre enfant, _____ soit enregistré en audio/vidéo, lors de ses séances d'orthophonie au sein du cabinet de Mme Beiler Anne, Orthophoniste.

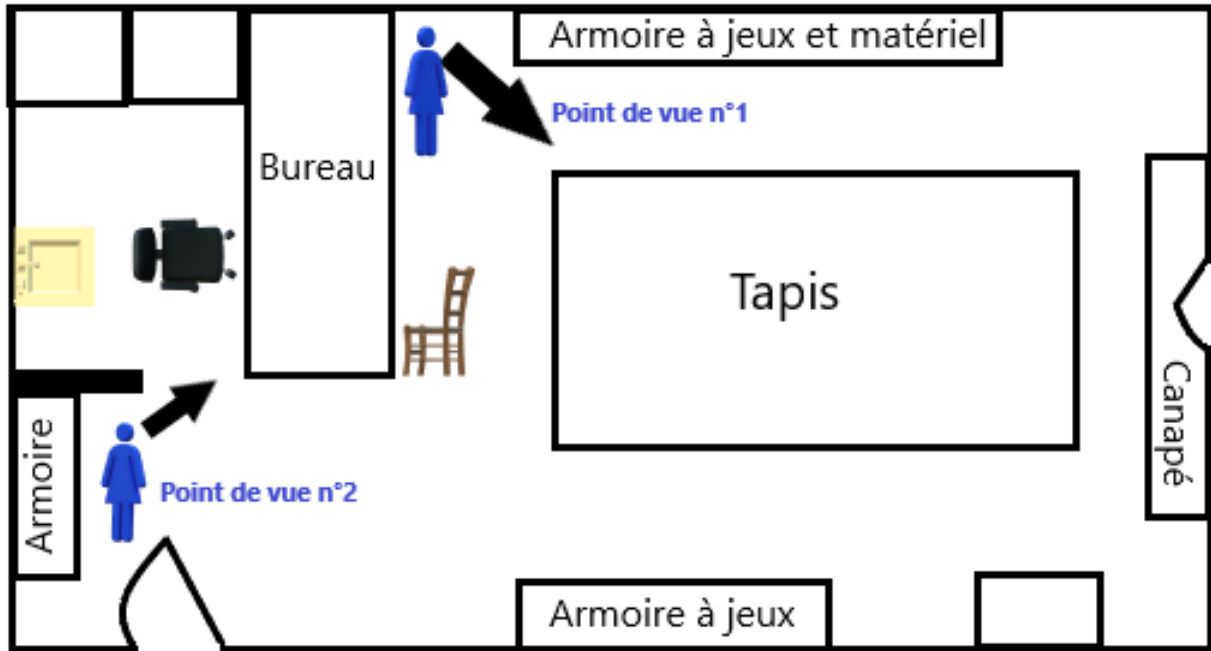
- Autorisons l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche dans le cadre d'un mémoire en orthophonie.

- Prenons acte que pour toutes ces utilisations scientifiques, les données ainsi enregistrées seront anonymisées. Ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;

Lieu et date :

Signature(s) :

Annexe 4 : Schéma représentatif de la disposition caméra lors des séances



Dubernard Audrey

Titre du mémoire

Mise en place de moyens orthophoniques adaptés à l'inclusion active du parent non-francophone dans la prise en charge des troubles du langage oral dans un contexte plurilingue (Etude de cas)

Résumé

Les orthophonistes peuvent être amenés à recevoir au sein de leur cabinet des enfants avec troubles langagiers issus d'une immigration de l'exil. Cette situation engendre des difficultés quant à la rééducation du patient et l'alliance thérapeutique avec les parents. Nous avons entrepris de relever l'ensemble des adaptations que l'orthophoniste pourrait mettre en place sur des méthodes dont il dispose habituellement avec des patients monolingues afin d'inclure les parents non-francophones au sein de la prise en charge. Pendant six mois, nous avons filmé les séances d'un patient franco-syrien accompagné de sa mère. Nous avons alors constaté que l'orthophoniste peut réaliser des adaptations simples en se basant sur les spécificités sociolinguistiques et culturelles du binôme parent-enfant permettant ainsi au parent d'interagir au mieux avec son enfant et de participer à son évolution langagière. Néanmoins, il serait préférable qu'à l'avenir davantage de méthodes orthophoniques spécifiquement adaptées pour ce type de patients soient créées.

Mots-clés : Bilinguisme, Troubles du langage oral, Réfugié, Parents, Adaptation

Abstract

Speech-language pathologists, in their office, may have to receive children with language disorders from immigration in a context of exile. This situation creates difficulties for the patient rehabilitation and therapeutic alliance with his parents. We have undertaken to identify all the adaptations that the speech-language therapist could put in place with the methods he usually uses with monolingual patients in order to include non-French-speaking parents in the rehabilitation. For six months, we filmed the sessions of a Franco-Syrian patient accompanied by his mother. We then found that the speech-language pathologist can make simple adaptations based on the sociolinguistic and cultural specificities of the parent-child pair, thus allowing the parent to interact with his child as well as possible and to participate in his language development. Nevertheless, it would be preferable in the future to create more speech therapy methods specifically adapted for this type of patient.

Keywords : Bilingualism, Spoken language disorders, Refugee, Parents, Adaptation