

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2018

N° 2018-54

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Psychiatrie

par

Juliette BOUCHET

née le 10 aout 1987 à Saint Priest en Jarez

Présentée et soutenue publiquement le 29 mai 2018

Troubles du langage chez les enfants de migrants

Du terrain de vulnérabilité à la réalité clinique, une étude de la population
de l'Unité Petite Enfance

Président : Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Directrice de thèse : Madame le Docteur Soizick LE GAREC

Remerciements

Aux membres du jury :

À Madame le Docteur Soizick LE GAREC,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse. Je te remercie chaleureusement pour ton écoute, ta guidance, tes encouragements et la finesse clinique que tu m'as partagée. Ta bienveillance, ta riche expérience et la simplicité avec laquelle tu abordes les situations les plus complexes m'ont accompagnée tout au long de ce travail, et plus encore dans ma pratique quotidienne. Tu peux trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Olivier BONNOT,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Vous nous avez transmis un riche enseignement, par votre pédagogie, votre intérêt pour la recherche et votre accompagnement au cours de l'internat. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma considération pour vos enseignements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Julien Nizard,

Vous avez accepté avec enthousiasme de faire partie de ce jury de thèse. Je suis très reconnaissante de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez acceptez le témoignage de ma gratitude et de mon respect.

À Monsieur le Docteur Julien Vallée,

Tu as accepté sans hésitation de faire partie de ce jury et je t'en remercie. Au cours de mon semestre au SHIP, tu m'as accompagnée de ton éclairage théorique et guidée dans la clinique, avec pertinence et bienveillance. Tu m'as transmis des connaissances et une réflexion clinique qui je l'espère me poursuivront longtemps. Tu peux trouver ici le témoignage de mon respect et ma profonde reconnaissance.

Merci à tous les services qui m'ont accueillie au cours de mon internat, aux patients et à leur famille qui m'ont appris la clinique et aidée à grandir dans ma pratique.

Un grand merci aux équipes des unités Enfance et Petite Enfance dans toute votre diversité. Je garde précieusement les savoirs que vous m'avez transmis, par la richesse de vos connaissances et la chaleur de votre humanité.

Merci à ma famille, et plus particulièrement à ma sœur Alice pour ton soutien inconditionnel et ton aide précieuse dans cette gestation partagée.

Merci à mes amis du Rhône-Alpes et d'ailleurs.

Merci à la grande famille nantaise, particulièrement à celles et ceux qui m'ont inspirée, guidée, relue, soutenue.

Merci à Thomas pour les patates et tout le reste.

Table des matières

| | |
|--|----------|
| Liste des abréviations..... | 6 |
| Introduction..... | 7 |
| PARTIE I : MIGRATION, ENFANCE ET LANGAGE..... | 9 |
| I.LA MIGRATION..... | 9 |
| A. Transition géographique, transition psychique..... | 9 |
| 1 Vulnérabilité psychique dans la migration..... | 9 |
| 2 La dimension culturelle..... | 12 |
| 3 Vulnérabilité sociale dans la migration..... | 18 |
| 4 Maternité en exil :..... | 21 |
| B. L'enfant de parents migrants..... | 25 |
| 1 Vulnérabilité spécifique des enfants de migrants..... | 25 |
| 2 Enfance, migration et cognition | 31 |
| II. LE LANGAGE DANS LA MIGRATION..... | 34 |
| A. Développement du langage | 34 |
| 1 Acquisition du langage oral : repères chronologiques | 34 |
| 2 Aspects neuro-cognitifs du développement du langage..... | 37 |
| 3 Les interactions précoces..... | 39 |
| 4 Développement de la pragmatique chez l'enfant..... | 43 |
| B. Devenir du langage dans la migration..... | 44 |
| 1 Le bilinguisme : entre transmission et cognition..... | 44 |
| 2 La langue en danger dans la migration..... | 53 |
| 3 Le bilinguisme des enfants de migrants : de la maison à l'école..... | 56 |
| C. Les troubles du langage oral..... | 59 |
| 1 Les Troubles Spécifiques du Langage Oral (TSLO) | 59 |
| 2 Les troubles du langage intégrés..... | 65 |
| 3 Le mutisme sélectif..... | 67 |
| 4 Troubles du langage chez les enfants de migrants, en somme..... | 71 |
| III. PRÉVENTION ET PERSPECTIVES DE PRISE EN CHARGE..... | 73 |

| | |
|---|------------|
| A. La place de l'orthophonie | 73 |
| 1 Les outils de repérage et d'évaluation | 73 |
| 2 L'évaluation des enfants bilingues..... | 75 |
| B. Prévention et prises en charge..... | 77 |
| 1 Promouvoir le bain de langage et le repérage précoce | 77 |
| 2 Les centres de soins en Loire-Atlantique..... | 81 |
| PARTIE II : RECHERCHE CLINIQUE..... | 83 |
| I. LES TROUBLES DU LANGAGE CHEZ LES ENFANTS DE MIGRANTS, CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET PARCOURS DE SOIN : UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION DE L'UNITÉ PETITE ENFANCE | 83 |
| A. Hypothèses et objectifs..... | 83 |
| B. Méthodologie..... | 84 |
| C. Résultats..... | 86 |
| 1 Objectif principal..... | 86 |
| 2 Objectifs secondaires..... | 87 |
| D. Discussion..... | 101 |
| II. CAS CLINIQUES | 106 |
| Lina..... | 106 |
| Jacob..... | 111 |
| Anna et Aleksei..... | 117 |
| Conclusion..... | 122 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 124 |
| Annexes..... | 132 |

Liste des abréviations

CADA = Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CIM = Classification Internationale des Maladies

CMP = Centre Médico-Psychologique

DSM = Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

ELAL = Évaluation Langagière pour Allophones et primo-arrivants

ELO = Évaluation du Langage Oral

ESA ou ASD = État de Stress Aigu

ESPT ou PTSD = État de Stress Post-Traumatique

INED = Institut National d'Études Démographiques

INSEE = Institut national de la statistique et des études économiques

IRM = Imagerie par Résonance Magnétique

MAPE = Multi-Accueil Petite Enfance

N-EEL = Nouvelles Épreuves pour l'Évaluation du Langage

OIF = Organisation internationale de la Francophonie

OFPRA = Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

QI = Quotient Intellectuel

RM = Retard Mental

TED = Trouble Envahissant du Développement

TDAH = Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité

TSA = Trouble du Spectre Autistique

TSLO = Trouble Spécifique du Langage Oral

UPE = Unité Petite Enfance

WISC = Wechsler Intelligence Scale for Children

WPPSI = Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence

Introduction

Il y a en France plus de 7 millions de personnes dont l'un ou les deux parents ont vécu un parcours migratoire. Trente pour-cent des bébés nés en 2016 avaient au moins un parent né à l'étranger, et leurs deux parents pour la moitié d'entre eux. Cette tendance augmente régulièrement (1) et se répercute bien évidemment sur notre activité de pédopsychiatrie. L'évolution de notre population amène avec elle de nouvelles perceptions, de nouvelles dynamiques familiales, de nouvelles symptomatologies.

Au fil de mes rencontres avec ces jeunes patients et leur famille au CMP, le sujet du langage est revenu de façon récurrente. D'abord insidieusement, à travers les demandes de parents, sans que cela soit nécessairement le motif initial de consultation. Ils s'interrogeaient sur la langue à adresser à leurs enfants ; plutôt leur langue maternelle, langue des affects, dans laquelle ils avaient été éduqués ? Plutôt le français pour favoriser l'intégration et les apprentissages ? Devaient-ils garder une langue pour le couple, ou l'uniformiser à toute la famille ? Aucune réponse ne me semblait évidente, les relations entre le langage et le développement affectif et fonctionnel des enfants me paraissant nécessairement intriquées, mais obscures.

A partir de là, une attention particulière à la langue était portée dans le cadre des consultations. Alors même que certains parents rencontraient des difficultés à s'exprimer en français, peu s'autorisaient à parler leur langue maternelle avec leurs enfants devant moi. D'autres étaient surpris, ou gênés lorsque je leur demandais la traduction de tel ou tel mots en arabe, soussou ou malinké, pourtant entendus chaque jour par leurs enfants. Ces réactions ont généré des questionnements sur leur rapport au langage dans la société française, et la scission vécue entre l'intérieur et l'extérieur de leur foyer.

Pour d'autres, le sujet du langage était plus franc et constituait la demande principale de la part de parents migrants. Ce motif nous semblait augmenter chaque semaine, pour beaucoup de patients d'Afrique de l'Ouest et du Maghreb. Or, cette porte d'entrée « troubles du langage » peut revêtir bien des réalités ; du simple trouble de l'élocution à un trouble global de la communication. De quoi étaient-ils fait ? En quoi la migration parentale pouvait-elle constituer un facteur de vulnérabilité pour ces troubles ? Avaient-ils un rapport avec la langue, la culture ?

Les objectifs de ce travail étaient d'avoir une représentation théorique des interactions entre langage et migration, à travers une grille de lecture psychiatrique, psychopathologique et, dans une moindre mesure, socio-linguistique. Cette représentation devait nous servir de base pour répondre à nos questionnement sur la réalité clinique des troubles du langage chez les enfants de migrants, à la fois de manière globale sur notre activité à l'Unité Petite Enfance, et à la fois dans l'expérience clinique individuelle.

Dans un premier temps, nous exposerons le fruit de nos recherches théoriques. Nous étudierons la question de la migration, de ses effets sur le psychisme des individus, et *a fortiori* sur celui de leurs enfants. Ensuite, nous aborderons le vaste sujet du langage, des éléments nécessaires à son développement, et ce en quoi ils peuvent être affectés par la situation migratoire. Nous tenterons de mettre en lumière des éléments de prévention et de prises en charge.

Ce premier temps théorique servira d'introduction à la recherche clinique. Dans un deuxième temps, nous tenterons à travers une étude qualitative de définir la réalité clinique du motif de consultation « trouble du langage » sur l'Unité Petite Enfance. Cette définition se déroulera sur plusieurs points : d'abord sa fréquence, il s'agira ensuite de donner les caractéristiques de notre population, sa correspondance diagnostique avec les troubles du langage et les troubles qui lui sont associés, le parcours de soins initial des enfants.

Enfin nous illustrerons cette problématique à travers 3 cas cliniques, 3 trajectoires différentes, que ce soit dans leur parcours de migration ou leur parcours de soins, à partir d'une même demande de consultation. Les entretiens parentaux et les observations cliniques de Lina, Jacob, Anna et Alekseï seront éclairés à la lueur de nos bases théoriques.

Nous préférons le terme « migrants » à celui d'« immigrés » afin d'y inscrire la dimension dynamique et active du processus migratoire, même lorsque les familles sont stabilisées sur le plan strictement géographique.

PARTIE I : MIGRATION, ENFANCE ET LANGAGE

I. LA MIGRATION

A. Transition géographique, transition psychique

1 Vulnérabilité psychique dans la migration

La migration est un acte fort, motivé par de multiples raisons, conscientes ou inconscientes, très variables. Les plus fréquemment invoquées sont les raisons politiques ou économiques. Le sujet peut aussi être à la recherche de plus de liberté, d'une vie meilleure... Elle marque un carrefour dans l'existence, la sienne ainsi que celle de l'histoire familiale.

Elle entraîne toute une série de changements et de modifications dans de multiples domaines, qui fragilisent l'individu et demandent une adaptation d'autant plus difficile du fait de leur vulnérabilité. Les différences d'environnement social, le climat, la nourriture, les rapports sociaux et leur distance, le style vestimentaire, les rôles dans la société, dans la famille, la liberté de pratiques religieuses, les règles et lois en vigueur, les conflits politiques entre pays d'origine et pays d'accueil... sont autant de données à intégrer et auxquelles s'adapter que de deuils à faire.

1.1 Le concept de vulnérabilité psychique

Le concept de vulnérabilité psychique a été introduit et développé en France par le pédopsychiatre états-unien Anthony à partir de 1984. Sa définition la plus simple est donnée par Tomkiewicz et Manciaux en 1987 comme un « **état de moindre résistance aux nuisances et agressions** ».

Elle s'oppose de principe au concept de **résilience**, consistant en un processus qui permet à un individu d'intégrer et de transformer les expériences traumatiques sans développer de psychopathologie, résultant de l'interaction entre les ressources de la personne et celles de son environnement affectif et social. L'individu peut s'enrichir secondairement de cette expérience qui lui confère un potentiel de facteurs de protection mobilisables ultérieurement. Dans une théorie plus comportementale, la vulnérabilité peut être considérée comme un échec de la mise en œuvre des **stratégies de coping** décrit en 1984 par Lazarus et Folkman comme « l'ensemble des efforts cognitifs ou comportementaux destinés à maîtriser, réduire, ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (cités par(2)).

En Europe, Anna Freud en avait déjà proposé une approche en 1978, comme un concept **développemental multidimensionnel**: « *On ne peut expliquer la vulnérabilité par les caractéristiques individuelles de l'enfant, mais il faut la comprendre en termes plus généraux et impersonnels. [...] le développement vers la maturité dépend de l'interaction de nombre d'influences extérieures favorables, avec des dons innés favorables et une évolution favorable des structures internes.* » (citée par (3)).

Ainsi pour l'enfant vulnérable, une variation minimale d'un facteur interne ou externe peut entraîner un dysfonctionnement psychique important, tel qu'un arrêt, une inhibition ou un développement à minima de son potentiel. Pour l'illustrer, Jacques May propose l'image des trois poupées : « *L'une est en verre, l'autre en plastique, la troisième en acier. Elles reçoivent toutes les trois un coup de marteau de même intensité. Ce coup brise complètement la première, laisse une cicatrice indélébile à la seconde tandis que la troisième reste apparemment invulnérable. Ainsi, cette poupée qu'on laisse tomber se brisera plus ou moins facilement selon le matériau dont elle est fabriquée, c'est la **vulnérabilité intrinsèque**, selon la nature du sol sur lequel est projetée, c'est **l'environnement**, selon la force du coup, ce qui constitue **l'agression et l'exposition aux nuisances**. La survenue du dysfonctionnement dépend de l'interaction entre ces trois facteurs [...] et non pas seulement de l'addition. »(4) p.;73)*

L'expression et le degré d'intensité du dysfonctionnement connaissent une énorme variabilité interindividuelle.

1.2 Le traumatisme migratoire

Entre pertes de repères et vécu de ruptures multiples, la migration nécessite un travail d'élaboration. Le premier est celui du **deuil**, de tout ce qui est laissé derrière soit : famille, amis, statut social, terre de ses ancêtres et de ses origines, lieux et habitations porteurs de souvenirs... Les sentiments initiaux de douleur, voire de désorganisation anxieuse et de détresse face à tout ce qui a été perdu, sont accompagnés de sensations de solitude et d'abandon. Ils laissent peu à peu place, dans une évolution non pathologique, à des affects dépressifs qui s'apaisent pour laisser place au renoncement et à la nostalgie. La migration peut constituer en elle-même un traumatisme, qui fige ce processus de deuil, en dehors d'événements traumatiques distincts qui peuvent survenir avant ou au cours du parcours migratoire.

Au-delà de la potentielle pathogénicité du processus migratoire, les sujets ayant un parcours d'exil ont parfois vécu ou assisté à des événements violents, à des expériences de déshumanisation dans leur pays d'origine. Le parcours migratoire clandestin est souvent le théâtre de confrontation à la mort, à l'injustice, à l'asservissement, aux abus en tout genre. Les effets pathogènes d'un événement traumatique dépendent de la subjectivité individuelle et de la réponse de l'entourage : reconnaissance ou déni, empathie ou indifférence. Lorsque qu'un vécu d'anéantissement n'est ni reconnu ni élaboré, il entraîne des séquelles pathologiques durables.

Le traumatisme se caractérise par un **choc violent**, brutal, inattendu, une **effraction psychique** avec des conséquences sur l'ensemble de l'organisation psychique. Il menace l'intégrité de la vie du sujet, ou d'un proche, avec un **vécu d'impuissance** et de **détresse** intense. Le sujet est paralysé, ses pensées sont arrêtées, ses émotions absentes. En psychanalyse, il est décrit comme « *un soudain afflux pulsionnel non élaborable et non susceptible d'être refoulé du fait de l'absence d'angoisse au moment de sa survenue* »(4).

1.3 Le cerveau face à l'exposition traumatique

Selon des modèles neurocognitifs, l'exposition traumatique entraîne un conditionnement aversif qui devrait en l'absence de menace, subir un phénomène d'extinction qui ne se produit pas. Les réponses à une situation de danger et la formation des souvenirs en lien avec ce danger se

forment dans l'amygdale et l'hippocampe. L'**amygdale** serait impliquée dans la **mémoire émotionnelle** et l'**hippocampe** serait impliqué dans la **mémoire contextuelle**. Selon ce modèle explicatif, l'amygdale serait en hyperactivité au moment du traumatisme. Du côté de l'hippocampe, un dysfonctionnement entraînerait une consolidation de la composante émotionnelle du traumatisme et un encodage déficitaire des éléments contextuels de l'événement. On assiste donc à une dissociation amygdalo-hippocampique dans le traitement de l'événement traumatique.

Par ailleurs, les études sur le lien entre fonctionnement **hypothalamo-hypophyso-surrénalien** (HHS) et ESPT suggèrent que l'hypocorticisme joue de manière négative sur les réponses endocriniennes et neurologiques face à une exposition traumatique. La sur-activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien semble entraîner une hypervigilance et une difficulté à réguler des images ou des pensées intrusives (réminiscences, reviviscences). L'abaissement des taux de cortisol urinaire sur 24h et l'augmentation de la sensibilité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien sont associés à un risque plus élevé de développement d'un ESPT. Une étude sur un échantillon de militaires retrouvaient une **vulnérabilité génétique** à l'ESPT via 3 gènes codant pour la régulation de l'axe HHS, allant vers une baisse du cortisol. (5).

1.4 L'état de stress post-traumatique

Le premier critère diagnostique de l'état de stress post-traumatique est l'exposition à un événement traumatique, qui pour être qualifié de traumatique, doit avoir suscité un **vécu subjectif négatif (sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance** – critère A, qui n'est plus obligatoire dans le DSM-V). Selon le DSM-IV(6), les autres critères sont répartis en trois grands groupes :

- **Les reviviscences** (critère B): souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, rêves répétitifs avec détresse, flash-backs, détresse psychique ou réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli associés à l'événement traumatique ;
- **Les conduites d'évitement des stimulus associés au traumatisme et des émoussements de la réactivité générale** (critère C): évitement des souvenirs, pensées et sentiments liés au traumatisme, efforts pour éviter les personnes, lieux, activités, objets, situations rappelant le traumatisme, incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement traumatique, réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes, sentiment de détachement d'autrui et de restrictions des affects, sentiment d'avenir sans lendemain, perte de confiance en l'avenir ;
- **L'activation neurovégétative** (critère D): irritabilité ou excès de colère, hyper-vigilance, sursauts, difficultés de concentration, difficultés de sommeil ou sommeil interrompu.

Le diagnostic d'ESPT ne pouvant être établi qu'après une **latence d'un mois minimum**, les réactions manifestées précocement n'étaient pas tenues en compte dans le DSM III. L'American Psychiatric Association a donc ajouté dans le DSM-IV, le diagnostic d'**Acute Stress Disorder, ASD**, traduit par État de Stress Aigu ou ESA, qui peut être diagnostiqué entre 2 jours et 1 mois suivant l'événement traumatique. Il comprend, en plus des critères **A, B et D** de l'ESPT, des **symptômes dissociatifs** ; sentiment subjectif de torpeur ou d'absence de réactivité émotionnelle, réduction de la

conscience de l'environnement, impression de déréalisation, dépersonnalisation, amnésie dissociative. Ils font également partie du diagnostic d'ESPT dans le DSM-V.

Dans le **DSM-V(7)**, l'ESA et l'ESPT migrent vers un nouveau distinct pour les **troubles consécutifs aux traumatismes et au stress (« Trauma and Stress-Related Disorders »)** aux côtés du **trouble réactif de l'attachement, du trouble d'engagement social désinhibé, du trouble d'adaptation, du trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié et non spécifié**, reconnaissant ainsi la diversité des formes cliniques prises par la souffrance psychique à la suite d'événements externes négatifs.

Le DSM-5 ajoute aux événements traumatisants retenus l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression. Alors que le DSM-IV considérait que seules les victimes directes pouvaient souffrir d'un trouble post-traumatique aigu ou chronicisé, le DSM-V admet qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) ou parce qu'il a été **confronté de manière répétée à des récits traumatiques** en raison de ses activités professionnelles. La **dissociation péri-traumatique** est l'un des deux principaux facteurs de risque exposant à l'installation d'un état de stress post-traumatique, le deuxième étant le **défaut de support social**.

Plusieurs études ont été menées sur la prévalence de l'ESPT dans les populations réfugiées. Fazel et al.(8) ont publié une méta-analyse (20 études réalisées entre 1966 et 2002) traitant de la santé mentale de réfugiés établis dans différents pays occidentaux. Dans les études dont l'échantillon comportait au moins 200 sujets, la prévalence de l'état de stress post-traumatique était de 9,3%, celle de l'épisode dépressif majeur était de 5%. Cinq études portant sur 260 enfants réfugiés retrouvaient une prévalence de l'ESPT de 11%. Steel et al. (9) dans leur méta-analyse retrouvent des taux de prévalence d'ESPT autour de 12,9% et 27,7% pour la dépression. Les traumatismes qui avaient la plus forte association avec l'ESPT étaient **la torture, l'accumulation des traumatismes, la durée du conflit et la terreur politique**. Pour la dépression il s'agissait de **l'accumulation de traumatismes, de la durée du conflit, la torture et le statut résidentiel**.

Par ailleurs, les femmes semblent particulièrement exposées aux **violences sexuelles** et rapportent fréquemment des **traumatismes répétés** (violences conjugales, faits de guerre, prostitution, éloignement de leur famille, disparition de leurs enfants).

En France, une enquête menée en 2015 et 2016 par M. Zadikian et al. (10) sur les troubles psychiques d'une cohorte de 82 demandeurs d'asile au sein d'une plateforme de premier accueil des familles demandeuses d'asile à Paris, la Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asile (CAFDA) retrouvait une **prévalence de l'ESPT de 88%**.

2 La dimension culturelle

2.1 Le concept de culture

La première définition du concept de culture prenant en compte sa dimension ethnographique est donnée par Edward Tylor, anthropologue britannique en 1871 ; « *La culture, ou civilisation, entendue dans son sens ethnographique le plus large, est cet ensemble complexe incluant*

les savoirs, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes, ainsi que les autres capacités et habitudes acquises par l'Homme en tant que membre d'une société » (cité par Rocher, 1992)(11).

Dans cette définition, bien que discutée ultérieurement, il est retrouvé la dimension universelle de la culture, partout où il y a peuple, il y a une culture, et il n'y a pas d'homme sans culture. Elle est complexe, et il existe autant de cultures que de sociétés, qui ont toutes un système de hiérarchie, de morale, de lois internes... Elle n'est pas innée, et n'a pas de composante biologique, mais transmise d'Homme à Homme et fonde un sentiment d'appartenance.

L'anthropologue états-unien Melville J. Herskovits (Herskovits, 1967)(12) spécialisé en anthropologie afro-américaine définit sa nature en trois points :

- La culture est universelle en tant qu'acquisition humaine, mais chacune de ses manifestations locales ou régionales peut être considérée comme unique.
- La culture est stable, mais elle est aussi dynamique et manifeste des changements continus et constants.
- La culture remplit, et dans une large mesure détermine, le cours de nos vies, mais s'impose rarement à notre pensée consciente.

L'**enculturation** est un terme proposé par Margaret Mead (1901-1978), anthropologue états-unienne, pour définir le processus par lequel le groupe va transmettre à l'enfant, dès sa naissance, des éléments culturels, normes et valeurs partagés(citée par (13)). Melville J. Herskovits la situe comme processus: « ... par lequel l'individu assimile durant toute sa vie les traditions de son groupe et agit en fonction de ces traditions. Quoiqu'elle comprenne en principe le processus d'éducation, l'enculturation procède sur deux plans, le début de la vie et l'âge adulte. Dans les premières années l'individu est conditionné à la forme fondamentale de la culture où il va vivre. Il apprend à manier les symboles verbaux qui forment sa langue, il maîtrise les formes acceptées de l'étiquette, assimile les buts de vie reconnus par ses emballages, s'adapte aux institutions établies » (12).

Pour l'auteur sénégalais Alphonse Raphaël N'Diaye (N'Diaye, 1980)(14) elle passe en Afrique par les **traditions orales**, qui constituent l'expression globale de la vie d'un peuple. Il y précise l'aspect fondateur du contact sonore et du langage, tout au long de l'existence ; « Les berceuses, bien que l'enfant n'y comprenne souvent rien, en constituent les prémices. Elles s'allient au message parlé avec des intonations marquées, la musique, les sourires et les regards expressifs de la mère, qui familiarisent l'enfant avec un monde sonore, semblant doubler celui des objets et des personnes qui l'entourent et circonscrivent l'univers du permis et du défendu » (p.12), « L'adolescence est la phase aussi où l'homme est enseigné par les proverbes qui lui ouvrent le monde adulte où il est maître et élève » (p.14), « Le sage ajoutera à ces qualités celle de savoir maîtriser sa parole » (p.15). Elle est pour lui l'assurance de la sauvegarde de la culture face à la colonisation.

Peu à peu, les cliniciens se sont interrogés sur les interactions réciproques entre le dehors (la culture au sens anthropologique comme définie par Tylor) et le dedans (le fonctionnement psychique de l'individu), ainsi que sur la construction de l'identité.

2.2 Composante culturelle du traumatisme

T. Nathan(4), en 1987, rajoute deux types de traumatisme à celui décrit ci-dessus ; le traumatisme « intellectuel » ou « traumatisme du non-sens », non intégrable et non attribuable à une quelconque valeur, et le traumatisme de la **perte du cadre culturel interne** à partir duquel était décodée la réalité externe, que nous étudierons plus précisément.

T. Nathan définit le cadre culturel comme un ensemble de codes et de pratiques qui permet de rendre le monde intelligible et surtout prévisible, de façon à protéger les humains contre la perplexité et la frayeur. Il constitue une enveloppe indispensable à la construction et à l'équilibre psychique des individus, une sorte de double externe indissociable du noyau interne du sujet, que l'on pourrait rapprocher d'un équivalent culturel du « Moi-Peau » de D. Anzieu(15) dans sa fonction de contenance psychique.

Ce « traumatisme culturel » peut survenir quelque soit le type de personnalité préalable du sujet et les facteurs sociaux défavorables sont des facteurs aggravants. Il est vécu directement par les parents et transmis aux enfants de manière incomplète, soit sous la forme d'un récit erroné, idéalisé qui se veut protecteur, soit sous-forme d'un non-dit douloureux, non symbolisable.

La composante transculturelle complexifie les tableaux cliniques et engendre des erreurs diagnostiques du fait des modes d'expression symptomatiques et des représentations différentes de la maladie et du soin.

L'effroi propre au traumatisme est conceptualisé dans certaines cultures par la scission entre l'âme et le corps, l'homme qui est atteint devient apathique (« Susto » en Amérique latine, « khal'a » au Maghreb)(16) et son corps peut être envahi par des être surnaturels (comme les djinns au Maghreb). Ces manifestations propres à une culture sont appelées « **Culture Bound System** », nomination qui fait son apparition dans le DSM-IV. Elles sont définies comme « la survenue répétée de schémas de comportements aberrants et d'expériences perturbantes spécifiques d'une région et pouvant être liées ou non à une catégorie diagnostique ».

Cette définition a amené certains auteurs (17) à s'interroger sur la nature de l'ESPT, qui suggèrent qu'il serait en fait un syndrome lié à la culture occidentale, « **Western culture-bound syndrome** ». Les défenseurs du DSM avancent des perspectives intrapsychiques basées sur l'idée que le trauma est une maladie de la mémoire, centrées sur une symptomatologie émotionnelle et ne prenant en compte que l'individu. De l'autre côté, leurs opposants mettent en exergue de façon plus globale les lacunes des diagnostics psychiatriques basés sur des modèles médicaux occidentaux, faisant alors fi des variables culturelles comme les spécificités de la langue, les dimensions religieuses et spirituelles, les traditions et croyances, l'histoire du mouvement migratoire d'où est issu l'individu, le niveau d'acculturation de ce dernier, les données inhérentes à la structure familiale, ou bien encore la dimension culturelle de l'expression manifeste du symptôme.

Ce qui peut relever d'une maladie dans une culture peut ne pas l'être dans une autre et inversement, ce qui peut expliquer la grande différence retrouvée entre les prévalences d'épisode dépressif majeur entre les méta-analyses de Fazel et al.(8) et de Steel et al.(9)

2.3 Le développement de l'ethnopsychiatrie

Georges Devereux (1908-1985), psychanalyste et anthropologue introduit, à la suite de Geza Roheim, l'usage de l'ethnologie dans la psychanalyse clinique développant ainsi l'**éthnopsychanalyse ou ethnopsychiatrie**, basée sur deux principes : l'**universalité psychique** (l'être humain est défini par son fonctionnement psychique et il est le même pour tous) et la **particularité de la culture d'appartenance**.

Il développe très tôt dans son œuvre le "**complémentarisme**". Cette méthode consiste à utiliser une double grille de lecture anthropologique et psychanalytique. Elle obéit à des règles précises :

- Tenir les **deux discours** non pas simultanément mais **successivement** ;
- Postuler l'**autonomie** de ces discours.

Cette approche nécessite de distinguer selon l'auteur deux types d'inconscient : l'inconscient idiosyncrasique, c'est-à-dire l'inconscient individuel, et l'**inconscient ethnique** qu'il définit comme étant « cette part de son inconscient total qu'il possède en commun avec la plupart des membres de sa culture. Il est composé de ce que, conformément aux exigences fondamentales de sa culture, chaque génération apprend elle-même à refouler puis à son tour, force la génération suivante à refouler. Il change comme change la culture et se transmet comme se transmet la culture par une sorte d'enseignement. » (cité par Baubet et Moro, 2013)(4).

Pour lui, une thérapie peut être :

- **intraculturelle** : lorsque le patient et le thérapeute appartiennent à la même culture,
- **interculturelle** : lorsque le patient et le thérapeute n'appartiennent pas à la même culture mais que le thérapeute connaît bien la culture et l'éthnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique ;
- **métaculturelle** : lorsque le patient et le thérapeute appartiennent à deux cultures différentes, que le thérapeute ne connaît pas la culture ni l'éthnie du patient mais comprend le concept de culture et l'utilise dans l'établissement du diagnostic.

Il introduit les concepts de **transfert culturel**, qui fait référence aux réactions et aux sentiments qu'éprouve un thérapeute issu d'une autre culture que celle de son patient, et celui de **décentrage** qui est la position qu'adopte le thérapeute pour tenter de comprendre une situation dans toutes ses dimensions et interroger les unes après les autres les théories susceptibles de l'aider à cerner la problématique de son patient.

Plus tard, Nathan apporte les théories complémentaires du cadre culturel (cf page précédente). Il questionne également le concept de l'universalité de la culture, en s'appuyant sur la théorie d'une culture vue comme un système clos, entraînant la nécessité de se reconstituer une *clôture* structurante psychiquement, et qui va à l'encontre des théories anthropologiques actuelles

qui montrent que tous les groupes sont ouverts. Il s'appuie tout particulièrement sur le langage pour étayer cette théorie « *Il ne suffit pas d'appartenir à une espèce biologique, il faut en plus être membre d'un groupe culturel qui, tout comme les espèces biologiques possède un mode spécifique de clôture [...] La langue n'est pas un système d'échange généralisé [...] limité au groupe clos qui le pratique.* » (Cité par Baubet et Moro, 2013)(4).

Il tente, contrairement à Devereux, d'introduire des objets culturels, des rituels, des techniques de soin traditionnelles spécifiques à l'ethnie et à la culture du patient.

2.4 Pratiques actuelles en ethnopsychiatrie

Les avancées théoriques et cliniques de Nathan lui ont permis de mettre au point un dispositif spécifique où le patient migrant, seul ou en famille, a la possibilité de parler sa langue maternelle et où le cadre culturel est reconstruit par un groupe de thérapeutes. Il est né au CH Avicenne à Bobigny, où la consultation d'ethnopsychiatrie reste une référence aujourd'hui en France.

Le dispositif actuel est composé d'un groupe de co-thérapeutes de divers professions médicales, paramédicales et sociales, d'origines culturelles et linguistiques variées, formés à la clinique, et au moins initiés à l'anthropologie et à la psychanalyse. Il existe des consultations avec un seul ou plusieurs thérapeutes, la deuxième situation étant la moins fréquente mais la plus spécifique. Dans les sociétés dites traditionnelles, l'individu est pensé en interaction constante avec son groupe d'appartenance, d'où l'importance du groupe en situation de soin. De plus, la **maladie est considérée comme un événement concernant toute la famille et le groupe**, d'où l'intérêt d'une dimension collective du traitement. Quelque soit l'âge du patient porteur du symptôme, toute la famille est conviée.

Le groupe permet de faire l'expérience du décentrage (position qui interroge plusieurs théories les unes après les autres) et potentialise les expériences des uns et des autres. Le dispositif est décrit comme **métissé**, prenant en compte la rencontre des mondes et des pensées, incluant des champs proches et complémentaires tels que la linguistique, la pragmatique, la philosophie, l'histoire... et centré sur l'élaboration de l'**altérité**, soit la reconnaissance de la qualité de ce qui est autre, sentiment éprouvé par tout migrant ou enfant de migrant dans la mesure où il n'y a pas de cohérence immédiate, sensible, logique, pas d'adéquation systématique entre le transmis et le vécu, le dedans et le dehors.

Pour Baubet et Moro, (p.40(4)) cette pratique relève plutôt de thérapie métaculturelle qu'interculturelle, du fait du décentrage. Les patients sont reçus avec un traducteur si nécessaire. En cas de thérapie groupale ils sont reçus par une dizaine de cothérapeutes, dont le soignant qui a adressé le patient ou la famille pour la première consultation au moins, dans la mesure où il est porteur d'un morceau d'histoire de la famille. Cela évite un nouveau vécu de rupture pour le ou les patients. La langue maternelle du patient est présente s'il le souhaite, dans un processus dynamique, avec la possibilité de passer d'une langue à l'autre et non pas rester dans un accrochage artificiel à une langue maternelle non usuelle, mais plus dans une recherche de liens entre les langues.

Le ou les thérapeutes étant également des êtres culturels, il s'installe dans la relation un **contre-transfert culturel**, en plus du contre-transfert affectif classiquement décrit en psychanalyse. Il

concerne la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à l'altérité du patient, par rapport à ses manières de penser la maladie, et toute ce qui fait l'être culturel du patient. Le groupe l'analyse en fin de séances en évoquant chacun à leur tour leur éprouvés qui leur ont permis de penser et formuler leur intervention. Les consultations durent environ 2 heures, à raison d'une séance par mois ou tous les deux mois, et le traitement dépasse rarement 6 mois.

2.5 Éviter les excès du culturalisme

Dans le monde actuel, les mouvements massifs et brutaux de populations conduisent à la nécessité d'intégrer le contexte culturel d'origine, l'histoire de l'exil. Il semble indispensable d'introduire la notion d'altérité culturelle dans les dispositifs de soins, et plus largement dans les dispositifs économiques et sociaux. L'ignorer reviendrait à contraindre les patients à une solitude, une rigidification de chaque position défendant une préservation culturelle défensive et hermétique.

Toutefois, Moro (4) précise que cette prise en compte de l'altérité ne doit pas conduire à une marginalisation des familles, et qu'il est important de rejeter toute séparation (cf stratégies d'acculturation) ou idée d'une spécificité irréductible des migrants. On arrive aux dérives du culturalisme, lorsque la pseudo-connaissance stéréotypée d'une culture forme une réponse pré-établie, linéaire à un énoncé. Elle tend à réduire la personnalité à un ensemble de traits, de fonctions, de comportements individuels ou sociaux stables, attribués au sujet en tant que caractéristiques de sa culture, un être tout de culture soumis à une enculturation toute-puissante.

L'élément culturel devient alors le seul déterminant d'une conduite plurifactorielle ; par exemple « les enfants issus de traditions orales ont du mal à investir l'écrit », « les asiatiques n'expriment pas d'affect et ont rarement recours aux soins psychiatriques »... Au risque de tomber dans une notion de cultures « africaine », « arabe », « asiatique » globalisantes, sans sens ni de réalité clinique. Cela conduit le thérapeute à des positions simplistes, décontextualisées qui ne tiennent pas compte de l'aspect dynamique et interactif de la relation avec le patient. Le sujet n'est pas un simple réceptacle passif de son enculturation, un simple produit culturel. Il ne se contente pas d'assimiler passivement des traits et des conduites de son groupe, reproduisant du même, ne pouvant échapper à son déterminisme culturel(18).

Moro soutient une position métissée, une vision de l'ethnopsychanalyse comme **une pragmatique du lien**, et de sa diversité, préférant le terme de clinique transculturelle, qui élargit le champ de compréhension et d'interaction avec les autres disciplines et domaines sociaux. Le fondement de cette approche repose sur l'idée que la culture ne peut être dissociée des individus qui la font vivre et se structurent à travers elle.

2.6 L'acculturation

L'acculturation est le processus qui accompagne la rencontre entre deux cultures différentes. Elle a été définie plus spécifiquement comme « l'ensemble des phénomènes résultants du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes, avec des changements subséquents dans les types de cultures originales de l'un ou des deux groupes » par Redfield et al. (cité par Mokoukolo et Pasquier, 2008)(19).

Selon Rudmin, professeur de psychologie canadien, elle est une expérience humaine ancienne et universelle. Pour parler d'acculturation il doit y avoir au moins deux cultures, c'est-à-dire deux groupes identifiables d'individus partageant chacun une culture, un contact entre ces cultures, et un changement.

Plusieurs modèles théoriques ont été proposés pour l'étudier. Berry (20) postule que pour les migrants le processus acculturatif se résume dans le choix entre d'une part, le maintien de leur héritage culturel et de leur identité et, d'autre part, la recherche et le maintien d'échanges avec le groupe d'accueil. Lorsque ce choix est conflictuel, il peut être pourvoyeur d'un « **stress acculturatif** ».

Il en découle quatre stratégies d'acculturation :

- **l'assimilation**, lorsque les migrants adoptent des éléments de la culture d'accueil et s'éloignent de ceux de la culture d'origine ;
- **l'intégration**, lorsqu'ils maintiennent des éléments de leur culture d'origine tout en empruntant ceux du groupe hôte ;
- **la séparation**, lorsque les migrants conservent plus ou moins intact leur héritage culturel et évitent les échanges avec le groupe accueil ;
- **la marginalisation**, lorsque les migrants n'établissent de relations ni avec leur groupe d'origine ni avec le groupe d'accueil.

Confrontés à la pression acculturative du pays d'accueil, tous les migrants n'adoptent pas la même stratégie d'acculturation. De plus, ces stratégies d'acculturation ne sont pas dépendantes que de variables individuelles, car le rapport est asymétrique entre les cultures, et la culture dominante peut favoriser une orientation de l'acculturation. Dans une situation d'assimilation, on parle de « **melting pot** » ou « **creuset culturel** » selon le modèle nord-américain. Dans une situation de séparation, on parlera plutôt de **ségrégation**, et d'**exclusion** en cas de marginalisation. La notion de « **multiculturalisme** » ne peut être correctement employée que dans une situation d'intégration acceptée par la société d'accueil.

D'autres modèles théoriques ont été décrits, assez similaires à celui de Berry. L'acculturation se situe entre deux modèles extrêmes que sont la **suracculturation**, lorsque les migrants abandonnent leur culture d'origine, ce qui s'accompagne d'une perte des supports habituels et d'une augmentation de la vulnérabilité ; et le **traditionalisme**, lorsque les migrants se replient sur les normes culturelles de la société d'origine afin d'éviter deuil et confusion.

La description de ces modèles permet à la fois de qualifier les remaniements identitaires dans la migration et leur conséquences psychiques, ainsi que de créer des outils d'évaluation pour la recherche.

3 Vulnérabilité sociale dans la migration

En 2014, il y avait en France 5 848 314 immigrés, et 7,3 millions d'enfants nés d'un ou deux parents immigrés, soit 11% de la population(1).

3.1 Immigration légale

Selon l'Observatoire des Inégalités et d'après des données de l'INSEE(21), concernant le niveau de vie, 37,6 % des personnes vivant dans un ménage immigré sont **considérées comme pauvres** (au seuil à 60 % du niveau de vie médian), soit **3,4 fois plus que les non-immigrés**. Pour les personnes vivant au sein d'un ménage immigré dont la personne de référence est née en Afrique, le taux est même de 44,3 %, contre 22,9 % pour celles nées en Europe.

Au niveau de l'emploi, parmi les actifs, les immigrés sont **surreprésentés chez les chômeurs**. Ainsi en 2012, 22 % des immigrés actifs étaient au chômage contre 12 % des natifs. Les immigrés venant de pays hors de l'Union Européenne sont davantage touchés par le chômage. Ils occupent plus d'emplois sous-qualifiés que les natifs, à niveau de diplôme équivalent. L'accès à l'emploi pour les immigrés non européens est limité. L'accès au secteur libéral et à la fonction publique sont restreints.

La **ségrégation** est définie comme la concentration de populations défavorisées en des lieux circonscrits. Elle s'accompagne de l'idée implicite de mise à l'écart, qu'elle soit volontaire ou résultant de décisions individuelles ou institutionnelles aboutissant à la ségrégation (par exemple : les comportements d'entre-soi, les politiques d'emplacement et d'attribution de logements sociaux, etc.). Comme le montre l'enquête Trajectoires et origines (TeO) effectuée par l'INED en 2008, 42% des immigrés d'Afrique, du Maghreb et de Turquie se situent dans les 10% des quartiers où le taux de chômage est le plus élevé, et constituent 28% de la population des «quartiers sensibles.» (22)

En Loire-Atlantique selon le recensement de 2011 (données INSEE) il y avait en Loire-Atlantique 114 500 immigrés (personne née étrangère à l'étranger et résidant en France, défini par le pays de naissance) soit 3,4% de la population, originaire principalement d'Afrique (44 %, dont un quart du Maghreb) et d'Europe (35 %) . On comptait 78 500 étrangers (personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française) dont 67 700 immigrés et 10 800 étrangers nés en France.

Les immigrés représentaient **9% des demandeurs d'emploi**.

3.2 Immigration clandestine

Les données sur le niveau de vie des migrants en situation d'immigration clandestine sont peu chiffrables aujourd'hui en France, malgré une médiatisation importante du phénomène. La précarité administrative et sociale des demandeurs d'asile est extrême. Le parcours d'arrivée d'immigrés clandestins sur le territoire français est classiquement le suivant : ils sont accueillis dans un **Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA)**, sur dossier ils peuvent percevoir l'Aide aux Demandeurs d'Asile (ADA) le temps de constituer le dossier de demande d'asile et d'être reçu en commission par l'**Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA)**. Le délai moyen d'attente est de trois mois. Durant cette période, la couverture sociale est fournie par l'Aide Médicale d'Etat (**AME**).

Pour l'année 2017, le nombre globale de demande d'asile à l'OFPRA était de **100 412** et le **taux d'admission était de 27%(23)**. Les demandes prioritaires sont celle des **femmes victimes de violences, des personnes persécutées en raison de leur orientation sexuelle, des victimes de la traite des êtres humains, des mineurs isolés et des victimes de la torture**. Constituer un dossier complet, en français, recevable par l'OFPRA, se déplacer dans sa ville d'accueil, puis à Paris pour la commission etc. peut se révéler très complexe pour une personne qui n'a intégré aucun des codes linguistiques et sociaux français. Si la demande d'asile est déboutée, le sujet reçoit une **Ordonnance de Quitter le Territoire Français (OQTF)** de laquelle il peut faire appel sous 30 jours. L'administration ne peut pas contraindre une personne à quitter le territoire dans plusieurs situations dont deux qui touche particulièrement la situation de parentalité en exil : être père ou mère d'un enfant français mineur résidant en France (sans être polygame et en contribuant à l'entretien et à l'éducation de l'enfant depuis sa naissance ou depuis au moins 2 ans) et résider habituellement en France avec un état de santé nécessite des soins en France, auxquels la personne ne pourrait pas accéder dans le pays de renvoi.

Nombres de parents d'enfants suivis au CMP sont rentrés sur le territoire de manière illégale, et on pu obtenir un titre de séjour via l'obtention du statut de réfugié pour l'un de leurs enfants. La justification de la poursuite des soins aide également au maintien sur le territoire.

La précarité sociale est à prendre en compte dans l'évaluation psychiatrique puisqu'elle est en elle-même un **facteur de risque de troubles psychiques**. Il existe également une vulnérabilité aux maladies physiques, dépendantes du pays d'origine (épidémie, guerre, manque d'accès aux soins et à l'hygiène) et des conditions d'accueil en France, dont nous ne précisons pas la comorbidité avec la souffrance psychique.

3.3 Les exemples du Maghreb et de la Guinée-Conakry

Les données socio-démographiques de la migration et du langage des pays d'origine les plus largement représentés (Pays du Maghreb : Algérie, Maroc Tunisie et Guinée-Conakry) parmi les parents des enfants du CMP sont résumées à la page suivante.

Le Maghreb

La migration depuis l'Algérie, le Maroc et la Tunisie remonte au début du XXème siècle pour la main d'œuvre en plein essor industriel français, avec une immigration massive entre 1950 et 1970, après l'indépendance.

En 2011, l'INED(20) estime à 4,6 millions le nombre de personnes d'origine maghrébine sur trois générations selon la répartition suivante :

| Pays | Immigrés | 1re gén.* | 2e gén.* | Total |
|--------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| Algérie | 737 | 1 170 | 563 | 2 470 |
| Maroc | 679 | 698 | 130 | 1 507 |
| Tunisie | 246 | 280 | 129 | 655 |
| Total | 1662 | 2148 | 821 | 4631 |

Gén.=génération

Population en milliers

Les voies de l'immigration :

- Le regroupement familial est la règle ;
- Les études : en 2012, il y avait sur le territoire français 46 871 étudiants venus du Maghreb.(113)

Les langues du Maghreb :

La langue nationale et officielle des 3 pays, est l'**arabe moderne standard** (par opposition à l'arabe classique ancien du Coran). Le berbère a au Maroc 40% de locuteurs, qui comprend de nombreux dialectes. Le statut de la langue française, officielle pendant la période de la colonisation et du protectorat, reste ambivalent à l'heure actuelle. Rejetée par la politique d'arabisation à partir des années 1980/90, elle reste enseignée au Maroc et en Tunisie, avec le rôle de langue d'accès à l'Europe.

Selon l'Organisation Internationale de la Francophonie (OIF), en 2010 le pourcentage d'apprenants du français d'Afrique du Nord s'élève à 22,6%. En 2005, le **taux de francophones** au Maroc s'élève à 13,5 % (soit 4 144 500 de personnes) et 63,6% en Tunisie (soit 6 360 000 de personnes). En Algérie le français reste la langue privilégiée des savoirs ; l'enseignement supérieur se fait entièrement en français dans le domaine de la médecine et dans les grandes écoles.

La Guinée-Conakry

Ancienne colonie française indépendante depuis 1958, la confession musulmane y est majoritaire à 85%. En 2014, il y avait 33,085 immigrés guinéens, dont 10 998 de moins de 15 ans sur le territoire français(20). Le français est la langue administrative et dans les écoles. En pratique, 21% des guinéens seraient francophones, et 41% aurait une maîtrise partielle selon l'OIF en 2007.

Les langues principalement parlées sont :

- Le pular, majoritaire en Moyenne-Guinée, parlé par plus de 40 % de la population ;
- Le malinké, majoritaire en Haute-Guinée ;
- Le soussou, majoritaire en Basse-Guinée, et la langue dominante de la capitale Conakry.

La condition féminine en Guinée Conakry :

La fécondité est estimée à 4,82 enfants par femme pour 2016. Bien qu'elles soient interdites, les mutilations génitales se poursuivent. Il est estimé que 97% des femmes et des filles âgées de 15 à 49 ans ont une infibulation et/ou une excision. La polygamie est la règle bien qu'elle soit interdite et les mariages précoces et forcés représentent la majorité des mariages religieux, sans valeur civile.

Les raisons de la migration sont diverses : recherche des droits humains bafoués (liberté d'expression, de circulation, protection civile, droits des femmes...), fuite des violentes répressions politiques, recherche d'une vie meilleure vers le mythe de « l'eldorado » européen, protection des enfants, et notamment des jeunes filles, qui est une des priorités de l'OFPPA(23).

Le parcours migratoire clandestin :

Il est organisé par des passeurs par le Mali, puis l'Algérie pour ceux dont la destination est la France (environ la moitié) soit vers l'Italie par la Libye, ou vers l'Espagne par le Maroc. Son prix est entre 1500 et 4000 €, et constitue une période de vulnérabilité extrême.

Le parcours migratoire légal :

En France, être parent d'un enfant réfugié rend l'expulsion du territoire impossible et permet l'obtention à terme d'un titre de séjour. L'arrivée par le biais des études est fréquente : en 2012, il y avait sur le territoire français 52 580 étudiants d'Afrique de l'Ouest.(113)

4 Maternité en exil :

4.1 *Processus psychique de la grossesse en exil*

La première grossesse, qui transforme la femme en mère est une **épreuve initiatique** qui transforme sa nature aux yeux des autres et des siens, moment fondateur de sa transition vers la parentalité. Il s'agit d'un moment de vulnérabilité psychique dans toutes les cultures : un moment de régression, de reviviscence de ses propres conflits infantiles, de questionnements sur sa filiation. Bydlowski le décrit comme une période de « **transparence psychique** »(24). Cette étape est **culturellement très codifiée**, et fournit à la mère et au couple des représentations et étayages, un sens et un cadre à la fonction de parent, un retour de questionnements sur sa propre enfance et son histoire.

Chaque culture définit un style de maternage, et, grâce à ces pratiques, elle transmet au bébé, tout en s'occupant de lui, une façon d'être au monde. La transmission culturelle et l'affiliation maternelle à son groupe sont possibles grâce à un apprentissage de la mère, qui s'effectue tout au long de sa vie et particulièrement lors de l'arrivée de son premier enfant, où la présence des autres femmes va s'avérer déterminante. Comme nous l'avons vu avec les interactions précoces, **le bébé est porté par la mère qui est elle-même portée par son groupe d'appartenance**.

En situation migratoire, cette vulnérabilité ne trouve souvent pas les étayages externes qui l'encadrent et la contiennent, en l'absence de l'accompagnement par des les mères, co-mères, sœurs, belles-sœurs, et des rites protecteurs. Ceci peut majorer la **confusion**, et la **perte de confiance dans ses propres interprétations** et incorporations de ses vécus corporels et émotionnels. Cette théorie peut expliquer le « **vécu d'étrangeté** » voire de dépersonnalisation parfois rapporté pendant ces grossesses en situation de migration.

Une fois l'enfant arrivé, les repères par rapport aux premiers soins et premières relations peuvent s'avérer vacillants hors du contexte culturel, et d'autant plus lorsque le couple ou la mère sont isolés. Le monde extérieur, vécu comme insécure déstabilise la mère et peut générer **doutes, angoisses, atteintes narcissiques** de l'image maternelle idéale renvoyée par l'extérieur. Cette image peut être source d'un décalage entre l'intérieur et l'extérieur, entre le Soi interne, et l'image externe constituée, et aboutir à une conduite en faux-self, et un profond sentiment de solitude et d'exclusion.

Du fait de la **boucle interactive étroite** dans les premiers liens mère-bébé(25), cette insécurité peut être potentiellement véhiculée à l'enfant, par les soins primaires, les actes corporels et sensoriels, les actes de langage. La mère peut ne plus assurer pleinement ses fonctions maternelles primaires. L'*object presenting* est altéré par l'impossibilité des parents migrants à présenter à leur bébé le monde extérieur par petites touches, monde qui eux-mêmes les questionne, et dont les différences et clivages peuvent les placer dans un état de perplexité, voire de confusion. Les parents transmettent **une vision du monde fragmentée**, kaléidoscopique, associée à de l'inquiétude ou de l'angoisse.

4.2 Migration, grossesse et accouchement

Bydlowski (24) accorde une place très importante à **la mère de la future mère** dans la grossesse et l'accouchement, à travers des processus d'identification, de gratitude, d'idéalisation. Ceci est modulé selon l'attachement de la future mère à sa propre mère, mais l'éloignement peut provoquer une conflictualité de la maternité due au décalage entre représentations de la maternité comme présence enveloppante et contenant et réalité de solitude et d'isolement.

Yahyaoui en 1993 (cité par Moro (4)) avait établi l'importance de « l'enveloppe culturelle » dans une étude sur l'impact de l'absence de la grand-mère sur la dyade mère-enfant dans une population de migrants du Maghreb. Les femmes dont la mère était absente au moment de l'accouchement présentaient plus de complications médicales et des difficultés à effectuer les premiers soins.

Une méta-analyse de 2014 (26) portant sur 15 études autour de la grossesse, l'accouchement et la parentalité de femmes migrantes d'Afrique, d'Asie du Sud-Est, d'Inde et de Turquie vers des pays occidentaux (Nouvelle-Zélande, Australie, Etats-Unis, Canada et Suisse) met en lumière un certain nombre de spécificités en situation migratoire.

Pendant la grossesse, les désirs et attentes autour de la grossesse et de l'accouchement ont été construits par le cadre culturel de l'accouchement et des pratiques traditionnelles dans le pays d'origine. La présence d'un **réseau familial et communautaire** est un facteur de bon déroulement de la grossesse, de par le partage de conseils et témoignages de soutien. Il était fréquemment retrouvé de la méfiance et un manque de confiance dans les soins prénataux proposés dans le pays d'accueil.

Plusieurs femmes rapportaient un sentiment douloureux vis à vis de la **perte des soins rituels** procurés par la famille élargie tout au long de la grossesse, ainsi que de l'absence de cérémonie rituelle de début de grossesse.

Par rapport à l'accouchement, des femmes africaines ayant subi des mutilations génitales, type **infibulation**, témoignaient de reviviscences traumatiques au moment de l'accouchement et de la peur que le personnel médical ne sache pas les prendre en charge (la désinfibulation doit être pratiquée avant l'accouchement afin d'éviter les déchirures). Les femmes exprimaient leur préférence pour un accouchement par **voie basse sans péridurale** et l'utilisation de méthodes traditionnelles pour soulager la douleur comme la marche à pied ou boire du thé chaud. D'autres études relevaient la fréquence d'un sentiment de confiance en la capacité pour donner naissance par voie basse et la capacité à gérer la douleur avec sang-froid, la répugnance à poser des questions au personnel médical, la préférence pour le silence pendant l'accouchement, le délai plus long avant de se présenter à la maternité. La présence du mari lors de l'accouchement, rare dans les accouchements rituels, était appréciée pour son support physique et émotionnel.

A l'arrivée du bébé, les expériences négatives étaient en lien avec le manque de famille élargie pour aider avec le ménage et la garde d'enfants, des conditions de vie instables, les conflits dans des méthodes éducatives entre les cultures. L'implication dans la parentalité et dans les soins primaires du père était soulignée positivement.

Les études montraient qu'un manque de soutien émotionnel adapté était corrélée à la survenue d'une **dépression du post-partum**. Toutefois, elle était difficilement reconnaissable comme telle, et rarement dicible pour les mères, les questions de santé mentale suscitant le rejet dans de nombreuses cultures. La plupart des mères des études témoignaient avoir caché leur sentiments négatifs et leur baby blues tant aux professionnels qu'à leur entourage, y voyant un signe de faiblesse, et donc ne pas avoir reçu d'accompagnement psychologique adapté. De plus, la barrière de la langue a également pu être un frein, certaines mères ne comprenant pas les enjeux de l'évaluation psychologique à la maternité.

Certaines **recommandations du pays d'accueil**, comme les besoins nutritionnels pendant la grossesse et l'allaitement qui pouvaient entrer en contradiction avec une période de jeûne religieux ou la nécessité d'avoir une chambre à part pour le bébé, plaçaient certaines mères dans une **ambivalence douloureuse** entre leurs croyances culturelles et le désir de se plier aux instructions données par la maternité.

Il était également retrouvé dans 12 des études un sentiment de tristesse et d'isolement suite à des **remarques stéréotypées** du personnel de la maternité sur leur manque de connaissance sur la grossesse et l'accouchement et leur analphabétisme. De plus, les femmes migrantes rapportaient un sentiment d'abandon lorsque la **barrière de la langue** les avait empêché d'avoir accès à des soins ou d'exprimer leur questions et besoins.

4.3 Migration et allaitement

Plusieurs études internationales ont montré que la migration avait un **impact négatif sur l'allaitement (27)**. Chez les femmes originaires du Bangladesh au Royaume-Uni, le taux de poursuite d'allaitement à 3 mois était de 27% (bien qu'initié dans 90% des cas) contre 98% des femmes au Bangladesh, pour une durée moyenne de 33 mois. Les auteurs relient cette diminution au concept d'acculturation. Dans beaucoup de pays en voie de développement comme le Bangladesh, où les familles multi-générationnelles sont la norme, les femmes les plus vieilles et expérimentées jouent un rôle central dans la maternité des générations suivantes. Les participantes à cette étude décrivaient l'allaitement au sein au Bangladesh comme une tradition transmise d'une génération à l'autre, comme une norme sociale incorporée dans la vie familiale. Les femmes qui y avaient grandi avaient appris l'allaitement par l'observation des autres femmes. L'influence de grands-mères sur les pratiques d'alimentation d'enfant en bas âge était particulièrement importante, et leur absence du fait de la migration, ainsi que le réaménagement des rôles au sein de la famille selon les modalités du pays d'accueil bouleversait ces pratiques.

Une autre étude sur l'allaitement au sein parmi femmes vietnamiennes au Canada(28) a suggéré que la configuration culturelle de l'espace social canadien avait écarté les grands-mères maternelles, qui ne pouvaient plus effectuer les soins traditionnels comme les bains à vapeur et les massages de la mère. En l'absence de ces pratiques, les mères doutaient de la qualité de leur lait et beaucoup ont finalement choisi le lait infantile. Cet exemple suggère que les changements de pratiques d'alimentation après la migration sont plus complexes que le concept d'acculturation suggérerait et que l'influence familiale est un facteur clé. D'après Manderson et Mathews (28), les mères vietnamiennes ont tendance à abandonner complètement l'allaitement après avoir migré dans un pays occidental, alors même que le taux d'allaitement au Vietnam serait également de 98%.

On peut par extension, faire l'hypothèse que ce qui a été montré statistiquement pour l'allaitement puisse s'étendre à tous les soins primaires traditionnellement transmis à la mère par les femmes des générations supérieures dans le pays d'origine, mère qui peut alors perdre confiance en ses capacités de maternage. Au centre de consultation transculturelle de Bobigny, un accompagnement spécifique en périnatalité est proposé, en partenariat avec la maternité de l'hôpital Jean Verdier de Bondy.

4.4 Mise en place du système d'attachement

Initialement, le terme d'« attachement » désigne le lien d'affection spécifique entre l'enfant et la figure maternelle. Il est un besoin primaire fondamental : il s'agit d'une tendance à **rechercher et à maintenir la proximité et la sécurité** par le bébé auprès d'une personne spécifique, lorsqu'il est **en situation de détresse ou d'alarme**. Le système de l'attachement participe à la **régulation de la peur et du stress**. Lorsque le système d'attachement est fortement activé, sa désactivation devient une tâche prioritaire pour le sujet. Il se manifeste au plus fort lorsque l'enfant est séparé de la figure d'attachement. La nature de ses réactions (colère, protestation, agitation, retrait, évitement) renseigne alors sur la qualité de l'attachement. Ces réactions sont construites à partir des interactions réelles entre l'enfant et chacune de ses figures d'attachement. Ils représentent les attentes et prédictions, ainsi que les plans d'action par rapport aux réactions de la figure d'attachement et les stratégies pour en obtenir une réponse optimale, du point de vue de l'enfant.

Les travaux de Ainsworth et al. (29) par l'élaboration d'une méthode standardisée (protocole expérimental de la Situation Étrange), ont permis de catégoriser l'attachement en termes de « sécurité » ou d'« insécurité ». On distingue trois principaux modèles chez l'enfant : **l'attachement sûr, l'attachement anxieux-évitant et l'attachement anxieux-ambivalent**. Dans le premier cas, la figure d'attachement remplit son rôle de protection et l'enfant peut explorer son environnement sans focaliser son attention sur le maintien de la proximité. Dans le modèle anxieux-évitant, le système d'attachement est désactivé. L'enfant surinvestit la sphère cognitive : il se focalise sur l'exploration sans se soucier de sa figure d'attachement. À l'inverse, dans le style anxieux-résistant, l'enfant maintient la proximité avec la figure d'attachement alors même que les conditions de sécurité sont remplies, le système d'attachement est dit hyperactivé. Enfin, on identifie un quatrième profil désorganisé-désorienté dans lequel l'enfant n'a pas de stratégie efficace pour gérer la détresse engendrée par la séparation. Son comportement est contradictoire ou incomplet, non dirigé socialement, toutefois cette entité reste sujette à débat.

Dans son article princeps de 1985, Main (30) met en évidence une **transmission des caractéristiques de l'attachement** entre la génération du parent et celle de l'enfant. Le schéma le plus simple de la transmission de l'attachement est modélisé comme suit : les représentations maternelles relatives à l'attachement (Génération 1) sont prédictives de la sensibilité des soins parentaux qui, elle-même, est prédictive de la qualité de l'attachement de l'enfant (Génération 2). Dans l'attachement insécure, la sensibilité du parent à percevoir et à comprendre l'ensemble des signaux de l'enfant est mis à mal, si bien que l'accordage affectif entre les deux partenaires est défaillant. Selon les auteurs, les mères évitantes présentent des erreurs d'interprétation des affects de l'enfant et les mères ambivalentes ont un style de réponse peu prévisible. Dans ce type d'interaction, le parents ne s'adaptent pas de manière optimale aux signaux de l'enfant, ce qui

l'empêche d'atteindre un équilibre entre ses comportements, ses émotions et ses états mentaux et affecte son sentiment de continuité et de sécurité interne.

B. L'enfant de parents migrants

1 Vulnérabilité spécifique des enfants de migrants

La plupart des « enfants de migrants » sont nés en France, mais nous aborderons aussi la question des enfants nés dans le pays d'origine des parents et ayant vécu précocement la transition vers le pays d'accueil.

Il existe différentes façons de considérer le développement de l'enfant. Aux deux extrêmes, il y a la vision dite en « tunnel », c'est-à-dire selon un système de structures dynamiques autonome qui interagissent indépendamment des étayages externes ou, à l'inverse, inclus dans un système interactif, et pour lequel toute rupture au niveau d'un élément des étayages externes entraîne des changements dans le fonctionnement de l'enfant. Nous considérerons ici le développement sur un mode interactif.

Chez l'enfant vulnérable, une variation minime interne ou externe peut entraîner une souffrance importante, un arrêt ou inhibition ou un fonctionnement *a minima* de son potentiel, qui aboutissent à un panel de sensibilités et de faiblesses latentes ou patentées.

Pour l'enfant, trois périodes sont le plus susceptibles de voir s'exprimer cette fragilité: les **interactions précoces** avant un an, **l'entrée dans les apprentissages formels entre six et huit ans**, et **l'adolescence**.

Ces trois périodes sont identifiées comme cruciales dans l'affiliation au monde d'accueil que l'enfant devra investir seul, sans l'aide de ses parents pour le guider. Cet enfant est plus exposé à ce monde que les parents ne peuvent lui présenter. *A contrario*, ils deviennent eux-mêmes les guides de leurs parents dans le nouveau monde et à eux incombe la tâche de faire le lien avec l'ancien. Avec à la clé un risque d'inversion des générations, de parentification de l'enfant pour lequel la rencontre avec l'extérieur peut être traumatique, et fragiliser son narcissisme.

1.1 L'enculturation du bébé

L'enculturation, terme proposé par Margaret Mead (13), passe par le corps, les soins, le maternage, mais aussi la parole et le langage, et les éléments implicites du discours. Chaque mère transmet à son enfant les valeurs du groupe de manière implicite, qui constituent l'enveloppe culturelle définie par Devereux, et qui est donc moins solide lorsque le développement de l'enfant se déroule dans un univers culturel qui n'est pas celui dans lequel la mère a grandi.

Le **choix du prénom** du bébé, est très codifié culturellement. Celui-ci lui est attribué par d'autres et constitue un élément important de l'identité du sujet. Il s'inscrit d'emblée dans la **reconnaissance de l'altérité et de la transmission**, et représente un marqueur de l'interaction transgénérationnelle. En effet, l'enfant apprendra progressivement, au cours de son développement précoce, à reconnaître son prénom comme un représentant de son identité.

Dans certains pays d'Afrique Noire, et dans certaines traditions musulmanes, le rituel de nomination a lieu au bout de 7 jours, au cours duquel il est cherché quel ancêtre a fait retour à travers lui. Le bébé est considéré comme un messager entre les univers, et ce n'est qu'après le message reçu qu'il peut être séparé du monde des esprits et entrer dans le monde des humains. Dans les pays du Maghreb, où l'Islam est la religion nationale, le choix s'appuie sur des hadiths "*Vraiment, vous serez appelés au Jour du Jugement dernier par vos prénoms et les prénoms de vos parents ; choisissez donc bien vos prénoms.*", il est traditionnellement un choix du père. En Chine, n'importe quel mot du lexique commun peut-être utilisé, et les enfants peuvent en changer en devenant adulte, lors du mariage ou d'un premier emploi.

Les prénoms d'enfants de migrants 1^{ère} génération ont tendance à conserver une composante culturelle, toutefois le concept d'acculturation s'exprime par une **hybridation**, un choix de prénom parfois francisé dans l'orthographe, ou porté sur un prénom facilement prononçable dans la langue du pays d'accueil, moins transparent culturellement.

1.2 Le concept de l'enfant exposé

M-R. Moro a proposé en 1989 (3,4) le concept d'« enfant exposé » au risque transculturel. En se référant au concept de Nathan sur la structuration culturelle, l'enfant se structure de façon concomitante psychiquement et culturellement, de façon interdépendante. Ce concept est lié au **clivage** sur lequel la structuration culturelle de l'enfant se construit, clivage entre **le monde du dedans** (famille, langue, culture du pays d'origine) soit le **monde de l'affectivité** et **le monde du dehors** (école, langue française, culture française) soit le **monde de la rationalité et du pragmatisme**. Il se crée alors une dissociation entre la filiation, transmises par les aînés et les affiliations culturelles, qui définissent l'appartenance à un groupe de pair, la structuration culturelle de l'enfant n'est pas homogène. Il peut même être considéré comme un étranger au sein de sa famille, dans un déni de filiation, partagé par les parents.

Ce concept d'enfant exposé renvoie à l'expérience de passage d'un monde à l'autre : la transition, la séparation, la perte, l'adaptation. Le **1^{er} enfant né après la migration** serait le plus exposé au risque transculturel. Ce statut est pourvoyeur de **vulnérabilité**, mais du fait des capacités d'adaptation et de résilience de l'enfant, peut également être **source de créativité** et constituer une **compétence** de l'enfant.

Lebovici (31) a développé le concept de **mandat transgénérationnel**. Dans l'exercice de la parentalité, il appelle **transmission intergénérationnelle** tout ce qui comprend les contenus conscients, préconscients et inconscients que les parents transmettent à l'enfant sous la forme d'un « **mandat familial** ». Dans les sociétés dites traditionnelles, la place de l'enfant s'inscrit souvent de manière précise par rapport au contexte culturel, et la transmission de génération en génération se fait en accord avec des règles acceptées par tous. La structure sociale du clan et la famille élargie offrent un cadre favorable et protecteur.

Or, dans le cas d'une rupture de ce cadre par la migration, la succession de générations introduit des **conflits transgénérationnels**. Pour Lebovici, cette transmission intergénérationnelle se fait à partir des **trois générations** qui constituent une famille ; le grand-père maternel avec qui la

jeune mère a traversé son complexe d'Oedipe, la grand-mère maternelle qui a porté la mère et accède à un nouveau statut, les jeunes parents qui ont encore besoin d'être parentalisés dans cette transition, et l'enfant réel, imaginaire et fantasmatique. Il s'y transmet un système culturel complexe, qui définit la famille dans un groupe humain déterminé, ainsi que les valeurs familiales qui apparaissent comme emblématiques. Un équilibre s'établit entre les membres de la famille qui tendent à stabiliser l'histoire et le récit familial. Certaines périodes comportent d'avantage de risques de décompensations ; **les deuils, les traumatismes psychiques, et les périodes remettant en cause le sentiment identitaire** ; qui sont des états psychiques liés à la migration. La crise peut être différée et parfois survenir des années plus tard.

Ainsi il propose que, pour rétablir l'équilibre du système dont la survie est précaire, la crise puisse être projetée sur un enfant, qui est alors chargé de réduire le clivage entre les univers culturels disjoints ; c'est la base du mandat transgénérationnel. Il peut s'exprimer de différentes façons, non nécessairement pathologique, mais il peut toutefois être symptomatique. Le clinicien devra explorer la sphère de l'histoire et du récit familial, afin de remettre en sens le symptôme.

1.3 Transmission du traumatisme

a) Selon la théorie de l'attachement

Dans son article princeps de 1985 (32), Main met en évidence une transmission des caractéristiques de l'attachement entre la génération du parent et celle de l'enfant. Le schéma le plus simple est le suivant : les représentations maternelles relatives à l'attachement (Génération 1) sont prédictives de la sensibilité des soins parentaux qui est prédictive de l'attachement de l'enfant (Génération 2).

L'attachement désorganisé représente un échec de la mise en place de stratégies qui permettraient à l'enfant d'obtenir de manière prévisible la réponse optimale à ses besoins par la figure d'attachement. Il constitue un traumatisme de l'attachement. L'enfant est dans un état de « **peur sans solution** », il vit une ambivalence extrême puisque la même figure d'attachement est à la fois source de sécurité et d'insécurité. Le traumatisme du parent peut être à l'origine d'un attachement désorganisé de l'enfant selon deux modalités :

Par le **mécanisme dissociatif de transmission** : les études en neurosciences confirment que le contexte sensoriel et émotionnel qui accompagne la naissance et les premières interactions a toutes les caractéristiques pour créer un contexte de stress : incertitude, cris aversifs incontrôlables, exigences de la relation. Chez le parent ayant un vécu traumatique non résolu au regard de l'attachement, cela peut créer des états de dissociation, des réactions de figement, des attaques agressives, évoquant un quasi état de stress post-traumatique et qui sont à l'origine des comportements effrayants/effrayés/dissociés du parent avec le bébé.

Le deuxième mécanisme de transmission est celui d'une **rupture de la communication émotionnelle** du parent, lorsque ce dernier a lui-même fait l'expérience de « la peur sans solution » et qu'il a connu une désorganisation dans la relation avec sa figure d'attachement à l'origine de modèles internes opérants (MIO). Ces MIO contiennent une multitude d'attentes contradictoires à propos de la même figure d'attachement et l'attente de conséquences négatives dans la quête de réconfort. Le bébé active les MIO du parent qui déclenchent automatiquement une constellation non

intégrée de comportements parentaux. Le parent montre des stratégies de « caregiving » contradictoires ou en compétition. Ces comportements associent des erreurs émotionnelles de communication, une confusion des rôles, une désorientation, des comportements dits négatifs-intrusifs et des comportements de retrait.

b) Selon des modèles psychodynamiques

Certains auteurs se sont orientés sur un modèle inconscient de transmission. En effet, le développement psychique d'un enfant serait influencé par le poids de son héritage, constitué des attentes des parents sur le bébé et les fantasmes et les projets qui sont mobilisés par la parentalité et transmis au bébé. En 1987, Abraham et Torok élaborent le concept de « crypte » pour désigner la formation dans l'inconscient d'un espace séparé dans lequel se trouvent intactes des images, sentiments, émotions, pensées à propos d'une souffrance traumatique ou d'un événement condamné au secret. Un « monde fantasmatique inconscient qui mène une vie séparée et occulte » qui pourrait parfois ressurgir sous la forme d'actes isolés et non décodables pour le sujet lui-même(33).

Les parents traumatisés ont souvent des représentations de leurs enfants noircies par des souvenirs d'éléments traumatisants de leur passé, ce que Fraiberg et al. appellent les « fantômes dans la chambre » (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975, (25).

À travers le concept d'« **accordage affectif** », Stern propose une voie de transmission sur la base du partage des états émotionnels entre la mère et l'enfant à travers des échanges intermodaux. La mère tend à compléter les actions du bébé avec des gestes, l'enfant sent le geste de la mère comme une affirmation de son état affectif. L'état émotionnel du bébé, qui dépend de la disponibilité psychique de la mère dans le soin qu'elle lui apporte, peut être affecté par l'état émotionnel de la mère. Une mère traumatisée peut être moins disponible et moins capable de répondre de façon adaptée aux besoins de son bébé et peut transmettre par ses gestes son état affectif qui sera intériorisée par l'enfant. Schore (2002, citée par (25)) rejoint ce concept en expliquant comment **le rythme dans l'interaction** mère-enfant (visuelle, tactile, auditive) peut être affecté négativement quand les mères sont traumatisées. Elles ne peuvent pas moduler les stimulations et la réponse aux besoins infantiles, ce qui peut amener à une hyperstimulation ou au contraire à négliger l'enfant.

c) Selon les modèles neurophysiologiques

Nous avons vu précédemment qu'un abaissement du cortisol urinaire et l'augmentation de la sensibilité de l'axe hypothalamo-hypophysaire est lié à l'ESPT. En 2005, Yehuda et al.(34) ont étudié un échantillon de bébés dont les mères avaient vécu les événements du 11 septembre 2001 alors qu'elles étaient enceintes. Des taux abaissés de cortisol salivaires étaient retrouvés chez les bébés dont les mères avaient présenté un ESPT au cours du deuxième ou troisième trimestre de la grossesse. Les auteurs suggèrent des mécanismes de transmission in utero expliquant ces résultats. Dans leur méta-analyse réalisée en 2013, Leen-Feldner et al. (35)dénombrèrent cinq études ayant rapporté des taux abaissés de cortisol urinaire sur 24h chez les enfants de parents traumatisés ainsi qu'un effet-dose : les enfants dont les deux parents sont traumatisés avaient les taux de cortisol les plus bas. Dans une étude de 2015, Danielson et al.(36) ont mesuré en laboratoire la réponse au stress

d'enfants dont les mères souffraient d'ESPT. Face à une situation stressante, ils ne présentaient pas de pic de cortisol contrairement aux enfants du groupe contrôle. Aucun enfant ne présentait lui-même un ESPT pouvant expliquer cette non-réponse cortisolémique.

1.4 Particularités du traumatisme chez l'enfant

Chez le jeune enfant, la 1ère question qui accompagne le traumatisme est celle de ses **capacités de mémorisation**. La première mémoire qui apparaît, dès 6 mois est la mémoire procédurale, implicite. Entre 8 et 9 mois se développent les capacités de mémoire à long terme, les enfants pouvant réagir face à des endroits ou personnes qu'ils ont déjà vu. La **mémoire déclarative**, autobiographique, apparaît en même temps que le **langage**, autour de 18 mois, et l'expression en récit de la mémoire est possible à partir de 36 mois. Les enfants qui ont vécu un traumatisme avant 18 mois ne pourront donc pas en avoir un souvenir verbalisable(37).

Certains auteurs avancent que l'ESPT peut être détecté chez l'enfant à partir de 12 mois, dont les manifestations se rapprochent de celles de l'adulte et de l'enfant plus âgés. Dans le DSM-V, les critères diagnostiquent s'appliquent aux enfants de plus de 6 ans. Les critères qui ont montré une meilleure validité sont ceux du DC 0-3R (37), la seule classification qui permette le diagnostic chez le jeune enfant. Les critères sont les suivants :

- 1) L'**exposition à un événement traumatique**, est identique à celui de l'ESPT du DSM.
- 2) Les symptômes de **reviviscences** s'expriment à travers l'un des symptômes suivants :
 - Le **jeu post-traumatique** : jeu (ou dessin) qui représente certains aspects du traumatisme, mis en œuvre de façon compulsive, qui échoue à faire diminuer l'anxiété, qui est plus factuel, moins élaboré et imaginaire que d'habitude ;
 - Des **souvenirs récurrents et intrusifs** de l'événement traumatique en dehors du jeu, avec des énoncés ou questions répétitives, sans angoisse nécessairement apparente ;
 - Des **cauchemars répétés**, dont le contenu n'est pas forcément lié à l'événement ;
 - Une détresse physiologique exprimée par le langage ou le comportement lorsque l'enfant est exposé à des éléments qui rappellent le traumatisme ;
 - Des épisodes récurrents de **flash-back** ou de **dissociation**, dont l'enfant ne comprend pas l'origine. Le comportement peut alors être dissocié de l'intentionnalité de l'enfant. Il peut également présenter des regards fixes ou une forme de sidération.
- 3) L'enfant présente une **baisse de réactivité** ou une **altération de son développement** (langage, psychomotricité), qui apparaît ou s'intensifie après un événement traumatique par les symptômes suivants : une accentuation du retrait social, une restriction de la gamme des affects, un intérêt diminué pour les activités significatives (jeu, interactions sociales, activités quotidiennes), des efforts d'évitement des rappels de l'événement.
- 4) L'enfant présente des signes d'**augmentation de la vigilance**, attestés par des difficultés au moment du coucher, des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes, des difficultés de concentration, des réactions de sursauts exagérées, une irritabilité et des colères accrues.
- 5) Les symptômes doivent persister pendant 1 mois.

Par ailleurs, Terr (cité par (16)) différencie deux types de trauma : le trauma de **type I, caractérisé par l'exposition à un unique événement soudain et massif**, et le trauma de **type II, dû à l'exposition à des événements répétés ou durables** pouvant alors être anticipables. Il a identifié quatre catégories de symptômes communs aux deux types de trauma : des **souvenirs intrusifs** et répétitifs, des **comportements répétitifs**, des **peurs spécifiques** liées au traumatisme et alors faciles à identifier, ou des peurs qui peuvent s'étendre à d'autres objets ou situations non liés au traumatisme, un **changement d'attitude** envers autrui, et par rapport à la vie en général.

Dans cette classification le trauma de type I se rapproche des symptômes sus-cités dans l'ESPT chez l'enfant. Il met en avant des spécificités dans le trauma de type II du fait de la répétition des événements. L'enfant met en place des mécanismes de défense comme un **déni** important, une **anesthésie affective**, des symptômes d'**évitement** plus sévères, une **amnésie** de pans entiers de souvenirs d'enfance, des réactions de **dépersonnalisation** et de **dissociation**, des manifestations de **colère**, d'**auto- ou d'hétéroagressivité** par identification à l'agresseur et par retournement de l'agressivité contre lui-même.

Dans les cas d'événement traumatique unique mais ayant des conséquences durables dans la vie de l'enfant comme par exemple la mort d'un parent, ou la survenue d'un handicap, il peut survenir des formes mixtes type I-type II, dans lesquels le traumatisme et le deuil se potentialiseraient. Le risque majeur du type II et des formes mixtes est une entrave au développement de l'enfant, ainsi qu'une construction de personnalité pathologique, voire un développement précoce de trouble de la personnalité (en particulier état-limite ou narcissique).

De manière générale, un **arrêt de développement ou une perte de compétences** développementales déjà acquises, un comportement régressif (en particulier une **énurésie**), une **agressivité** inhabituelle, l'apparition d'un trouble anxieux, sous forme d'idées obsédantes, de manifestations phobiques, d'**angoisses de séparation** massives, ou un **comportement inadapté** à l'âge de l'enfant doivent faire rechercher une exposition à un événement traumatique.

L'exposition à un traumatisme et l'ESPT sont également corrélés avec des **symptômes dépressifs** ou dysthymiques, des troubles du comportement avec une **instabilité psychomotrice**, des symptômes de déficit attentionnel avec hyperactivité ou de trouble oppositionnel ainsi que des **troubles somatiques**, en particulier des **pathologies dermatologiques**, moins spécifiques mais tout aussi sensibles(38).

À ce jour, il existe encore peu d'études épidémiologiques sur l'ESPT chez l'enfant, bien que plusieurs aient vu le jour chez les adolescents. La prévalence des troubles psychotraumatiques chez l'enfant et chez l'adolescent est, en général, élevée et peut concerner jusqu'à 70 à 80 % des sujets après un événement traumatique majeur (par exemple, après le tremblement de terre en Arménie en 1988, (16). Cette fréquence est toutefois très variable selon les études, en fonction de l'événement traumatique et du temps de l'évaluation. Dans leur étude menée sur 384 adolescents de 18 ans, Giaconia et al. (39) retrouvaient plus de 40 % d'événements potentiellement traumatiques vécu dont 14,5 % qui avaient présenté un ESPT (soit 6,3 % de l'ensemble du groupe) . Le diagnostic d'ESPT était plus fréquemment porté chez les filles que chez les garçons. L'association à des dépressifs ou anxieux était souvent très élevée. Les formes partielles d'ESPT paraissaient plus fréquentes que le tableau complet.

Ces données ne sont pas transposables telles quelles chez le jeune enfant. Toutefois, de manière générale, les enfants et les adolescents représentent une population particulièrement sensible aux réactions psychopathologiques suite à un événement traumatique. Foyet al. (16) ont montré que trois facteurs étaient le plus souvent associés à la survenue de symptômes d'ESPT chez l'enfant : la **gravité de l'exposition à l'événement**, le **temps d'exposition** et la **détresse parentale** associée à l'événement.

Il n'existe à ce jour pas de consensus sur le traitement spécifique de l'ESPT chez le jeune enfant. Les thérapies comportementales nécessitent un bon niveau de langage oral, et l'EMDR n'est pas validée avant 5 ans. Dans tous les cas, il est primordial d'associer la famille, qu'ils aient ou non vécu l'événement traumatique. Les thérapies parents-enfants, ainsi que les thérapies par le jeu semblent le plus adaptées. La **parole** sur le trauma peut soit permettre une élaboration, soit, au contraire, être violente et reproduire une sensation d'effraction psychique, avec une production d'abréaction. En effet, les mécanismes de défenses décrits plus haut, malgré leurs effets pathogènes, peuvent aussi avoir une fonction protectrice du psychisme et il peut être important de les préserver. Ainsi, le récit des événements traumatiques ne peut pas constituer une catharsis forcée, et nécessite une évaluation préalable de la **balance effet pathogène/effet protecteur** des mécanismes de défense, ainsi qu'un cadre thérapeutique sécurisé.

2 Enfance, migration et cognition

2.1 Développement cognitif en contexte migratoire

Au niveau scientifique, aucun consensus sur la définition de l'intelligence n'a été arrêté malgré de nombreuses réflexions collégiales. Gibello, en 1987, (cité par Serre(40)) introduit la notion de culture à la définition de l'intelligence. Pour lui, la « conduite cognitivo-intellectuelle » permet au sujet de « **participer à sa culture et d'organiser sa vie, ses actions ainsi que ses relations aux autres** ». L'apprentissage des conduites sociales, est, dans certaines cultures, plus primordial que la transmission de savoir-faire ou de compétences, et constitue une marque d'intelligence.

Par ailleurs, plusieurs auteurs ont étudié la variabilité interculturelle dans le domaine cognitif, et notamment dans les domaines des capacités visuo-spatiales. Les résultats sont étonnants, puisque chez des enfants inuits, sierra-orléanais, kanaks ou balinais, les capacités perceptives visuo-spatiales discriminatoires sont développées différemment.

L'évaluation et le diagnostic du retard cognitif chez l'enfant migrant place donc le thérapeute en situation de **décentrage**.

S'opposant radicalement aux travaux de Piaget, pour qui le développement est capital mais endogène, avec un impact secondaire de l'environnement, l'école de Vygotsky (1985, cité par (19)) avance que la construction des savoirs s'effectuerait par la transmission sociale au cours de l'interaction avec autrui. Cette transmission passerait par une « **zone proximale de développement** » où les cognitions émergeraient dans et par l'interaction sociale médiatisée entre un expert et un novice. Cette conception suppose que c'est à travers l'interaction sociale que l'apprenant peut structurer son fonctionnement intellectuel et construire de nouveaux outils cognitifs. La capacité ne

précéderait pas l'apprentissage mais serait un produit de l'activité de cet apprentissage, l'activité d'apprentissage éveillerait toute une série de processus développementaux qui ne seraient accessibles que dans le cadre de l'interaction.

Si l'on accorde du sens à cette théorie, les pratiques sociales et le contexte social de l'enfant sont donc absolument fondamentaux, non seulement pour sa construction identitaire et sa sécurité affective mais sinon pour tout son développement neuropsychologique. Il intériorise des codes culturels dans son fonctionnement cognitif et social.

Poursuivant dans cette lignée, Gibello en 1988 (cité par (40)) établit un lien entre la situation transculturelle et les troubles du développement cognitif, en proposant le concept de « **contenants culturels** ». Selon lui, la culture véhicule de manière implicite un certain nombre de contenants qui sont partagés par tous les membres du groupe culturel. Ces contenants sont nécessaires à la transmission des contenus de pensée à l'intérieur du groupe, à partir desquels se développe la pensée du sujet. En situation migratoire, le passage d'une culture à une autre entraîne un changement de ces contenants culturels implicites. L'enfant ne se verra pas transmettre ces contenants culturels, devant les construire seul ou en s'appuyant sur un autre qui n'est pas membre du groupe culturel.

Sur le plan socio-culturel, Roger Misès a étudié (41) l'influence des facteurs sociaux sur le niveau intellectuel : « L'enfant de parents cultivés acquiert un langage plus diversifié, mieux maîtrisé, ce qui le met en possession d'un instrument de développement intellectuel plus efficace que celui d'un enfant culturellement moins favorisé. ». Il conclue que les milieux de vie défavorisés (sur le plan économique, culturel, social et éducatif), sont corrélés à un plus grand nombre d'enfants diagnostiqués déficients mentaux d'après les tests psychométriques. Or, les enfants de migrants sont doublement défavorisés ; sur le plan économique, et sur le plan des connaissances culturelles de leurs parents liées à l'école et aux apprentissages.

Une autre étude menée à Atlanta par Yeargin-Allsopp et al. (42) montre qu'avant 6 ans il n'existe pas de différence significative dans la prévalence du retard mental léger entre les populations noires et blanches d'Atlanta. Par contre, passé 6 ans, il existe une augmentation de la prévalence des retards mentaux légers (50-70) chez les enfants noirs. Les auteurs concluent à l'influence de conditions socio-économiques défavorisées chez les enfants noirs pour expliquer cette différence de prévalence.

Les enfants de migrants présentent donc une majoration de risques de difficultés intellectuelles, de part leur milieu socialement et culturellement défavorisé.

Les **biais des tests psychométriques** chez les enfants de migrants de milieux défavorisés et plus spécifiquement des enfants de migrants ont été soulevés par plusieurs auteurs(43). En France, les tests psychométriques les plus couramment utilisés par les psychologues chez les enfants sont la Wechsler Intelligence Scale for Children (**WISC**), et la Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (**WPPSI**), étalonnés dans une population occidentale. Leur utilisation chez des enfants de parents migrants entraîne 3 types de biais:

1. Les **biais de construct** : relatifs au concept mesuré car certains concepts n'existent pas à l'identique dans tous les groupes culturels.

2. Les **biais de méthode** qui comprennent: le biais d'**échantillon** (il est difficile d'apparier deux groupes ou sujets culturellement distincts), d'**administration** (écarts des modes de communication entre l'examineur et le sujet) et d'**instrument** (lié aux caractéristiques de l'outil utilisé, plus ou moins familier selon la culture du sujet)
3. Les **biais d'items** : principalement retrouvés dans les items verbaux, liés à des distorsions de signification de l'item selon les cultures.

Pour pallier à ces biais, Mesmin propose d'axer les données de restitution des WISC et WPPSI non pas sur les chiffres de QI mais plutôt sur les **procédures utilisées** par l'enfant dans la tâche proposée. Il propose également d'allier des **tests projectifs**, telles que les fables de Duss ou le test de trois personnages, à la **figure de Rey** pour une évaluation complète des capacités visuo-spatiales et des capacités créatrices de ces enfants, et qui sollicite de manière moins prépondérante la sphère verbale.

2.1 L'enfant migrant et les apprentissages

La vulnérabilité spécifique des enfants de migrants, s'exprime de manière prépondérante lors des interactions précoces mère/enfant, au début des grands apprentissages et à l'adolescence.

Plusieurs études ont montré que les enfants de migrants étaient défavorisés par rapport aux autochtones dans leur parcours scolaire. Certaines difficultés d'acquisition des mécanismes intellectuels, nécessaires aux grands apprentissages, sont liées à cette vulnérabilité et en particulier aux processus d'inhibition et de clivage qui la déterminent.

Gaddour et al. ont mené en 2004 une étude(44) portant sur l'évaluation psychologique tant sur le plan intellectuel qu'affectif des enfants de migrants à l'école. Ils présentaient plus de difficultés scolaires que les autres, leurs scores obtenus au bilan intellectuel étaient plus faibles que dans le groupe témoin, avec plus de difficultés dans les épreuves de logique et dans certaines épreuves langagières. Il était également observé une différence significative quant à la psychopathologie, avec une fréquence de troubles psychopathologiques plus importante. La nature ou la qualité des troubles n'était pas différente entre le groupe étudié et le groupe témoin.

Les données de l'INED (1) sur le parcours scolaire des enfants migrants ou d'immigrés en France, recueillies entre 20 à 35 ans, rapportent que 12 % d'entre elles sont sans diplôme du second cycle du secondaire (brevet des collèges et équivalent) : 14 % chez les hommes et 11 % chez les femmes. Dans la population ni immigrée ni issue de l'immigration, les non-diplômés au-delà du brevet comptent pour 11 % : 12 % chez les hommes et 10 % chez les femmes. Les enfants d'immigrés, hommes comme femmes, sont plus souvent sans diplôme (18 %). Le **taux de personnes sans diplôme** chez les enfants d'immigrés européens et d'Asie du Sud-Est est un peu supérieur à celui des jeunes ni immigrés ni enfants d'immigrés, mais il est **deux à trois fois plus élevé parmi les enfants d'immigrés turcs (32 %), algériens (24 %), d'Afrique sahélienne (22 %), marocains ou tunisiens (20 %) et d'Afrique centrale ou guinéenne (19 %)**. De nombreux groupes affichent des disparités de réussite scolaire **en faveur des femmes** ; les filles d'immigrés du Maroc ou Tunisie, Portugal, Afrique sahélienne, Asie du Sud-Est réussissent mieux que leurs homologues masculins.

II. LE LANGAGE DANS LA MIGRATION

A. Développement du langage

Le langage est une fonction complexe, produit de l'intégration de plusieurs composantes ou sous-systèmes :

- le niveau **phonologique** regroupe les sons propres à une langue (appelés phonèmes) ;
- le niveau **lexical** concerne les éléments lexicaux ou mots de la langue lesquels constituent le lexique ou vocabulaire ;
- le niveau **morpho-syntaxique** s'intéresse à l'organisation et aux marques grammaticales à l'intérieur du mot (morphologie) et entre les mots dans la phrase (syntaxe ou grammaire), il concerne la réalisation des structures complexes de sens sous forme de séquences organisées de lexèmes,
- le niveau **sémantique** donne du **sens** au langage et associe le signifiant à un signifié,
- le niveau **pragmatique** qui s'intéresse à l'usage du langage lui-même comme outil de communication adaptée et regroupe une série de sous-fonctions visant à agir sur ou à influencer l'interlocuteur ;
- le niveau **discursif** au sens de production d'énoncé regroupe tous ces composantes pour produire le langage complet, de plus d'une phrase articulée.

Son développement fait donc appel à plusieurs fonctions neurocognitives et interactives.

1 Acquisition du langage oral : repères chronologiques

1.1 Perception précoce de la parole

Dans la vie intra-utérine, à partir de cinq mois et demi le fœtus entend les battements cardiaques et les bruits liés aux activités digestives de sa mère. Il y répond par des réactions cardiaques et motrices. À partir de sept mois, le fœtus fait des mouvements en réponse à des stimuli externes, lorsque ceux-ci sont suffisamment intenses pour couvrir les bruits internes maternels. La voix ressort grâce à ses fréquences les plus basses, en dessous de 300 Hertz (Hz) (à savoir que la fréquence moyenne de la voix humaine est de 210 Hz chez les femmes et de 125Hz chez les hommes, avec un spectre de 60 à 1200Hz), puis jusqu'à 1200Hz en fin de développement. Le fœtus possède la capacité de distinguer le rythme et l'intonation de la voix maternelle. La musique et le chant sont également perceptibles et à la naissance, les nouveau-nés, qui ont été soumis à une stimulation musicale in utero, se calment en la réécoutant.

Très tôt, **de la naissance à 2 mois environ**, le bébé développe une perception catégorielle des sons, et une attention sélective à la parole. Ceci a été mis en évidence par l'apaisement de son rythme de succion lorsqu'il est exposé à un stimulus sonore répétitif identique. À l'inverse le rythme

de succion s'accélère si le bébé perçoit des différences dans le stimulus sonore. Il perçoit donc de façon catégorielle les contrastes sonores dans la parole.

À **4 mois**, le bébé reconnaît la sonorité de son prénom.

À partir de cette capacité perceptive initiale, le bébé développe et organise sa perception des sons de la langue environnante. L'influence spécifique d'une langue apparaît **plus tôt sur les voyelles** que sur les consonnes. Puis, le bébé perçoit la continuité mélodique de la langue à travers les voyelles, alors que le rythme est lui donné par la discontinuité induite par les consonnes.

Le bébé est sensible aux diverses régularités rythmiques et mélodiques de sa langue, la **prosodie** (mots fortement accentués, terminaisons de phrases). Cela suggère que la **reconnaissance précoce de la langue maternelle** dans les deux premiers mois de vie serait en fait une reconnaissance du type de rythme de la langue maternelle. Des **discriminations plus fines** entre la langue maternelle et des langues de la même famille rythmique émergent **vers 5 mois**. Les contrastes non représentés dans sa langue finissent par ne plus être représentés **entre 10 et 13 mois**. Les différents auteurs divergent sur l'âge auquel diminue la capacité d'apprentissage d'une nouvelle langue, que certains situent entre 6 et 8 ans, d'autres à 11 ans.

Dans son ouvrage « Comment la parole vient aux enfants », B. de Boysson-Bardies (45) classe les bébés en deux groupes : les **bébés référentiels ou analytiques**, qui vont s'intéresser plus nettement aux éléments phonétiques et à la structure des syllabes, autrement dit à l'aspect dénominatif de la langue et les **bébés expressifs ou holistiques**, qui portent préférentiellement leur attention aux contours d'intonation et aux rythmes, et restent plus longtemps attachés à l'expressivité sonore ou gestic (mimiques du visage et du corps). Les premiers ont davantage retenu et mémorisé la discontinuité des consonnes, et les seconds ont mieux capté et intériorisé la continuité mélodique des voyelles. L'appartenance à l'un ou l'autre des deux groupes de bébés peut déjà constituer un élément prédictif de l'acquisition du langage, dans lequel les **bébés analytiques se montrent plus précis**.

1.2 Compréhension de la parole

Le début de la **compréhension des mots** se situe **entre 6 et 9 mois**. Ceci a été mis en évidence par une étude du regard du bébé vers des images cibles alors qu'ils avaient le choix entre deux images à l'énoncé d'un mot.

Les bébés reconnaissent la **bonne prononciation des mots dès 12 mois**, alors même qu'ils ne sont pas encore capable de les prononcer correctement, et se rendent donc compte qu'ils font des erreurs ainsi que les adultes.

À **24 mois**, les enfants comprennent la **structure des phrases** et détectent si une phrase est grammaticalement correcte ou non, alors même qu'ils ne sont pas encore capable de constituer des phrases eux-mêmes. Dans une étude de Bernal et al.(46) des EEG étaient réalisés lors de lectures d'histoires courtes, contenant des phrases grammaticales et non grammaticales. Les signaux s'activaient différemment ; le cortex temporal gauche était plus activé en cas de phrase grammaticalement incorrecte.

La **segmentation de la parole** est un processus nécessaire aux bébés pour l'acquisition du langage. En effet, les espaces du langage écrit ne correspondent pas aux pauses du langage oral et ne sont donc pas des indices pour la reconnaissance des mots par le bébé. D'un point de vue statistique les mots sont des phonèmes que le bébé a tendance à entendre plus fréquemment que d'autres phonèmes, par exemple « ga » est souvent suivi de « to », alors que « to » est souvent suivi d'autres phonèmes. Dans une étude de 2013(47), les bébés montraient plus d'intérêts pour **les associations de phonèmes les plus fréquentes**, que ce soit des mots ou des non-mots. Ils mobilisent cette sensibilité aux informations statistiques pour identifier les mots. Toutefois, c'est seulement dans un second temps, avec le développement du lexique qu'ils cesseront de considérer toutes les séquences fréquentes comme des mots (par exemple « tous les » comme un mot « toulai », ou « naplu » qui sont des séquences fréquentes).

1.3 Production de parole :

a) Le babillage

1ère étape et moment clé du développement du langage, le babillage apparaît très tôt dans la vie du bébé. Son retard peut d'ors et déjà être prédictif d'un trouble ultérieur du langage.

On peut découper son développement en différents stades :

- À **1 mois** et même avant, des mouvements phonatoires quasi réflexes ont été observés.
- De **1 à 4 mois**, des **séquences phoniques**, constituées de syllabes primitives nettement perceptibles par l'entourage, formées de sons quasi vocaliques et de sons quasi consonantiques articulés à l'arrière de la gorge apparaissent.
- De **4 à 8 mois**, on observe des brusques changements de la fréquence fondamentale, des productions de voix bitonales et des tremblements de la voix. Le répertoire phonique s'élargit avec l'apparition de sons consonantiques longuement tenus.
- Vers l'âge de **6 mois**, le « **babillage rudimentaire** » (marginal babble) se compose d'assemblages consonne-voyelle difficilement segmentables en raison d'une articulation assez lâche et de transitions très lentes entre les mouvements de fermeture et d'ouverture du tractus vocal.
- Vers **8-10 mois**, les enfants commencent à produire le **babillage canonique** c'est-à-dire des syllabes bien formées de **type CV** (consonne-voyelle). Le babillage canonique est un assemblage articulatoire qui se compose d'un « noyau d'énergie », le son vocalique, et d'au moins « une marge », le son consonantique qui possède les caractéristiques temporelles de la langue cible.

Ce babillage de type CV est considéré comme **universel**, c'est à dire qu'il est produit dans toutes les langues du monde. Il serait conditionné par le mécanisme d'oscillation mandibulaire, selon la théorie biomécanique avancée par MacNeilage et Davis.

b) Les premiers mots

Dès l'âge de **10-13 mois**, l'enfant émet des énoncés ne comportant qu'un seul mot (période dite « un mot à la fois »). À partir de cette période et **jusqu'à 30 mois** le vocabulaire du bébé va s'enrichir de façon spectaculaire, passant de **10 mots à 12 mois**, à 50 mots à 18 mois, à plus de 300 mots à 24 mois et à **500 mots à 30 mois**.

Les études à grande échelle sur 39 langues ont montré non seulement une régularité dans le rythme des acquisitions mais aussi des variations interindividuelles et interculturelles considérables. Selon Carey (1982, cité (48)), entre 2 et 5 ans, l'enfant apprendrait **un nouveau mot par heure d'éveil** soit à peu près 3500 mots nouveaux compris chaque année ; nombre qui se réduit à 2000 si on s'en tient aux racines. À partir de l'âge de 10 ans, on rencontre 10.000 mots nouveaux par an. On estime, par ailleurs, que, par les livres d'école, les enfants entre 9 et 15 ans, sont confrontés à environ 80.000 racines distinctes et au moins 100.000 mots différents.

L'accession de l'enfant au **langage combinatoire** survient vers **18-22 mois** et représente une phase importante du développement linguistique. En effet, la capacité de combiner plusieurs mots dans le même énoncé augmente considérablement le pouvoir expressif du langage, par exemple « pati-papa », « dodo-bébé », etc. Le système phonologique reste toutefois limité. À la même période apparaît la négation : soit sous la forme du « non », soit de la particule négative « pas » : « pas dodo », « pas pati », etc., introduisant l'enfant aux premières oppositions sémantiques. Dès 30 mois environ, la plupart des énoncés du jeune enfant sont correctement ordonnés.

À partir de cette période, la manipulation du mot devient de plus en plus indépendante des énoncés stéréotypés, l'organisation linguistique se structure avec l'apparition successive des énoncés d'affirmation, de constatation, d'ordre, de négation, d'interrogation... Le « parler bébé » persiste quelques mois, marqué par des simplifications à la fois articulatoires, phonématiques et syntaxiques.

2 Aspects neuro-cognitifs du développement du langage

2.1 *Le langage, un instinct ?*

Nous avons vu que le bébé est doté d'un dispositif lui permettant de discriminer, de catégoriser et segmenter et enfin de se représenter le matériau linguistique, et ce dès les premiers six mois. Parallèlement se met en place un système de communication sociale pré-linguistique entre le bébé et ses proches, système qui va sous-tendre tout le développement affectif.

L'acquisition du langage est classiquement discutée en opposant deux hypothèses. Pour la première, d'orientation naturaliste, le cerveau humain possède des processus de traitement du langage génétiquement déterminés qui donnent à l'enfant des compétences linguistiques précoces et lui permettent d'acquérir une langue particulière. Cette hypothèse a été défendue par Chomsky puis par son disciple Steven Pinker.(49) Pour la seconde, d'orientation constructiviste dans la lignée des travaux de Piaget, le cerveau est initialement immature et plastique mais doté de capacités d'apprentissage importantes.

Le débat persiste quant à savoir la part prise par la maturation et celle de l'apprentissage, et l'influence de la communication sur les résultats linguistiques.

Pinker (1999) parle ainsi d'un « instinct du langage », l'acquisition du langage se faisant rapidement et sans effort. Il reprend la phrase de Darwin : « la capacité du langage est une tendance instinctive à acquérir un art ». Il existe pour lui un « module pré-installé » qui se met en route grâce à l'interaction langagière et qui permet le développement de la compréhension grammaticale en lui donnant un lexique et une grille de lecture.

Le développement du langage nécessite donc deux pré-requis:

- Input 1: les enfants apprennent la langue parlées dans leur environnement, un **bain de langage** est donc nécessaire.
- Input 2 : ils possèdent mécanisme d'acquisition spécialisé, possédé par l'humain seulement, **codé génétiquement**.

Le mécanisme d'acquisition du langage n'est **pas lié à l'intelligence**, des individus peuvent être dysphasique avec un QI normal, et des individus avec un QI bas peuvent avoir un développement du langage normal.

2.2 Bases neurophysiologiques du langage et de la langue maternelle

Chez l'adulte, on sait depuis le développement de la neuro-imagerie anatomique et fonctionnelle que le fonctionnement cognitif du langage repose sur l'activation neuronale de certaines zones du cerveau. Les aires historiquement connues sont celle de Broca, localisée dans le cortex frontal inférieur gauche, pour l'expression orale, et de Wernicke, localisée dans la partie postérieure du gyrus temporal supérieur gauche dans la compréhension du langage oral. En réalité les aires du langage sont organisées en **réseaux extrêmement complexes et interconnectés**.

La méta-analyse de F. Planton et J.F Démonet (50) reprend les connaissances actuelles sur les circuits neuronaux impliqués dans la perception de la parole et sa distinction avec la musique, l'accès aux représentations sémantique et phonologique, l'accès à la représentation visu-orthographique, le système sémantique, la syntaxe, la production orale et la production écrite de langage. Il existe une **asymétrie fonctionnelle** entre cerveau droit et gauche puis l'activation neuronale serait principalement localisé dans l'**hémisphère gauche**, avec un rôle annexe de l'hémisphère droit dans certaines compétences langagières, normalement non indispensable à son bon fonctionnement.

Le traitement des **aspects émotionnels du langage** (au travers de la prosodie) a notamment été associé à cet l'hémisphère au niveau du **sillon temporal supérieur**.

Chez le bébé, il a été montré en neuro-imagerie fonctionnelle (51) qu'il existe clairement une **cognition indépendante du langage**, et dès trois mois le bébé active en écoutant une histoire les mêmes régions temporales que celles de l'adulte. L'imagerie cérébrale nous montre que la machinerie du langage est active dès le début de la vie.

Concernant la **langue maternelle**, des nouveau-nés de quatre jours discriminent leur langue maternelle d'une langue étrangère lorsque les phrases sont présentées à l'endroit mais pas lorsqu'elles sont présentées à l'envers. Les résultats ont montré que la parole à l'envers et à l'endroit active le **gyrus temporal supérieur**, de sa partie postérieure, planum temporal, jusqu'au pôle

temporal. De plus lorsque les nourrissons étaient éveillés mais pas lorsqu'ils dormaient, la parole à l'endroit causait une activation significativement plus importante que la parole à l'envers dans la **région dorsolatérale préfrontale droite**.

Chez l'adulte, le gyrus angulaire gauche est mis en évidence lorsque l'écoute de la langue maternelle est opposée à celle d'une langue étrangère ou à celle de la parole à l'envers. Cette région semble donc impliquée dans le stockage des formes auditives des mots. De plus, la région dorsolatérale préfrontale droite est activée quand les adultes doivent retrouver activement des informations verbales mémorisées. L'activation de ces régions chez le nourrisson de deux mois confirment que lorsque les nourrissons écoutent leur langue maternelle, ils reconnaissent des contours intonatifs.

Le cerveau du bébé est donc structuré en régions fonctionnelles, et le **circuit temporo-pariéto-frontal**, semblable à celui de l'adulte, est activé lorsque les nourrissons écoutent leur langue maternelle.

3 Les interactions précoces

Le cerveau du bébé possède des bases physiologiques qui le rendent prêt à développer ses compétences langagières et relationnelles, qui seront stimulées par les interactions avec ses parents ou tout autre partenaire actif. C'est ici qu'entrent en jeu les interactions précoces. La relation entre un bébé et ses parents se construit à travers des **processus précoces d'interactions sociales**, et qui passent en premier lieu par les soins primaires (nourrissage, change, bain, couchage...) et le jeu.

La dyade parent-enfant va sélectionner un **pattern interactif**, c'est à dire un ensemble de modalités relationnelles qui peuvent être analysées selon divers éléments : quantité et qualité d'excitations, modes de début et de fin de l'interaction, tonalité affective, moments privilégiés des échanges...

L'école de Lebovici (52,53) a décrit trois types d'interactions précoces fondamentales, l'interaction comportementale, l'interaction affective et l'interaction fantasmatique.

3.1 L'interaction comportementale

L'interaction comportementale débute dans la période pré-natale et est au cœur de la période post-natale. Elle comprend les interactions corporelles qui désigne l'ensemble des échanges médiatisés par le corps ; la façon dont le bébé est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la façon dont le bébé y répond.

Nous retrouvons ici les trois fonctions primordiales de la mère définies par Winnicott :

- le **holding** (le fait de tenir, de contenir) : la mère qui soutient l'enfant par ses soins, sa protection, ses bercements, etc. a un rôle de pare-excitation, c'est-à-dire qu'elle lui permet de tempérer des excitations dont l'intensité trop importante dépasserait ses capacités d'y faire face. Cette fonction est fondamentale dans l'intégration du moi qui trouve ainsi couplé avec le développement sensori-moteur.

- le **handling** (la manipulation physique du bébé) : les soins prodigués à l'enfant participent à ce qu'il puisse se constituer une intériorité et des limites corporelles. Grâce au holding et au handling, la psyché s'installe dans le soma, l'enfant acquiert le sentiment d'habiter son corps.
- l'**object-presenting** (la présentation de l'objet) : la mère, en étant là, présente au bon moment, permet à l'enfant de lui attribuer une existence réelle mais aussi d'éprouver l'illusion qu'il crée l'objet. Il fait alors l'expérience de l'omnipotence.

L'interaction comportementale est étayée par plusieurs expériences sensorielles :

c) Les contacts cutanés

Leur déroulement a donné naissance au célèbre **concept du Moi-Peau**, théorie psychanalytique à part entière développée par Didier Anzieu (15). Nous ne le détaillerons que brièvement ici ; pour D. Anzieu, la peau possède un primat structural car elle est le seul sens à recouvrir tout le corps, et contient elle-même plusieurs sens (chaleur, douleur, contact, pression, odeur) dont la proximité physique entraîne la contiguïté psychique. Le Moi-peau est donc une instance psychique, une peau psychique comme une métaphore de la peau biologique. Elle assure 8 fonctions :

- de **maintenance du psychisme** ; par l'intériorisation du holding maternel tel que le décrit D.W. Winnicott) ;
- de **contenance du psychisme** (par l'intériorisation du handling maternel) ;
- de **pare-excitation** (par la protection des agressions externes et de l'excitation pulsionnelle interne) ;
- d'**individuation du Soi** (par son unicité, et dont les particularités sont très investies) ;
- de signifiante et d'**inscription des traces sensorielles** (comme parchemin originaire de ces traces, stimulés par l'object presenting) ;
- de correspondance et d'**intersensorialité** (elle relie entre elles les sensation de diverses natures) ;
- de sexualisation et de **soutien de l'excitation sexuelle** (par la captation sur toute sa surface de l'investissement libidinal et le découpage de zones érogènes) ;
- de **recharge libidinale** du fonctionnement psychique.

Selon D. Anzieu « Toutes les fonctions précédentes sont au service de la **pulsion d'attachement**, puis de la **pulsion libidinale**. ». Le tactile a un caractère fondateur précoce, de par sa capacité à fournir au bébé un sentiment d'unité du Moi et de sécurité. C'est sur lui que viennent s'étayer les autres sensorialités pour constituer les images du corps.

d) Le contact sonore

Nous avons vu dans le développement du langage chez l'enfant que très tôt dans sa vie extra-utérine, par continuité avec la vie intra-utérine, le bébé perçoit et distingue le rythme de la langue maternelle. Pour Bowlby les interactions vocales jouent un rôle important dans l'attachement, comme une sorte de « **cordon ombilical acoustique** » .

L'**enveloppe sonore** se constitue alternativement par les vocalisations du bébé et celles émises par son environnement. Toutefois, le bébé n'émet de vocalises que si l'environnement l'y a préparé par la qualité, la précocité et le volume adéquat du bain sonore dans lequel il a été plongé.

D. Anzieu a décrit qu'« avant que le regard et le sourire de la mère [...], le **bain mélodique** (la voix de la mère, ses chansons, la musique qu'elle fait écouter) met à sa disposition un premier miroir sonore dont il use d'abord par ses cris (que la voix maternelle apaise en réponse), puis par son gazouillis, enfin par ses jeux d'articulation phonématique. ». (15) Elle constitue, au même titre que la peau, une **enveloppe sonore protectrice**, un moyen de défense contre le monde extérieur. La musique de la voix maternelle agit comme **réunificateur du moi**, et assure un rôle de sécurité interne(54).

Nous pouvons assister à des véritables **tours de parole entre mère et bébé** et ce dès 2-3 mois si la mère ou le partenaire actif utilise un bain de langage adapté.

Les **particularités du langage** (prosodie, rythme, intonation) que les adultes adressent au bébé ont des caractéristiques particulières : la **voix est plus haute, les mots sont répétés**, prononcés lentement, les **syllabes redoublées**. Ce langage, appelé **mamanais** favorise l'extraction des caractéristiques de la langue par le tout-petit. L'**association de gestes aux mots** dans la proximité des premiers liens lors des interactions comportementales faciliterait le développement de compétences prélinguistiques (55).

Le **bain de langage** dans lequel le bébé évolue est donc indispensable au développement de son langage.

Parler en sa présence, s'adresser à lui en accorder le contact visuel avec le langage, utiliser la langue des affects, et ce dès les premiers instants est fondamental.

e) L'ajustement tonico-postural

Il désigne la contraction musculaire permanente du bébé qui aboutit au maintien des postures, ainsi que l'énergie psychique du bébé qui rythme la vie affective et relationnelle, sa **dimension tonico-émotionnelle**.

f) Les regards précoces

Les **regards précoces**, Ou le *dialogue œil à œil* sont un mode de communication privilégié pour le parent, même en l'absence d'acuité visuelle efficiente du bébé, et suscitent de **fortes réactions émotionnelles** chez le parent. Ils signent la qualité de l'éveil, et de la vitalité et constituent pour le parent le point de départ de stimulations verbales, tactiles, posturo-kinétique. Selon Winnicott, la mère a une fonction de miroir, où le bébé se voit en reflet dans le visage maternel et constitue **un support de l'identification primaire du Moi**.

3.2 L'interaction affective

L'interaction affective permet le partage d'expériences émotionnelles entre un bébé et son partenaire, basée sur la tonalité affective générale de l'interaction et la qualité de l'harmonisation. Ce concept est sous-tendu par le concept d'**accordage affectif** ou **harmonisation des affects** décrit par D. Stern (53) à partir des conduites d'imitation du nourrisson par la mère et de la mère par le nourrisson, dans le sens d'un **partage d'états affectifs** .

Selon D. Stern cette imitation traduit le passage d'états internes de la mère au bébé et réciproquement, par la contagion d'affect, et ce mécanisme est **automatique**. Elle a pour enjeu essentiel de préserver **le sentiment d'une continuité d'exister** en cherchant à conserver les impressions laissées par l'objet perçu et intériorisé.

Pour que l'accordage soit possible, il faut qu'il s'appuie sur un double mouvement qui autorise une rencontre dans laquelle les deux partenaires sont actifs. Il peut se faire selon plusieurs modalités, soit la mère utilise le même canal sensoriel que le bébé, par exemple la voix pour répondre à une vocalisation du bébé, et sera donc unimodal, ou transmodal si elle utilise un autre canal, comme un regard. L'interaction peut être amplifiée, ou diminuée, immédiate ou différée, et définit le **style interactif de la dyade parent-enfant**. Le bébé est capable à **partir de 8 mois** d'entrer dans une véritable réciprocité et de s'accorder affectivement à l'adulte.

3.3 L'interaction fantasmatique

Cette notion d'interaction fantasmatique a été introduite par L. Kreisler et B. Cramer d'une part et S. Lebovici (56) d'autre part et concerne l'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé, aussi bien dans leurs aspects imaginaires, conscients, que fantasmatiques, inconscients. Les fantasmes rendent compte des modalités d'investissement des objets par les pulsions ou les désirs. Ils sous-tendent toutes les relations.

Dans le désir d'enfant qui se manifeste chez les futures mères, Lebovici distingue deux aspects différents : **l'enfant imaginaire** et **l'enfant fantasmatique**. L'enfant imaginaire est le produit des rêveries conscientes et préconscientes de la mère. Au moment où survient la grossesse, surtout dans le deuxième trimestre, la mère est face à l'enfant qu'elle imagine, qu'elle a probablement programmé et qu'elle désire. L'enfant fantasmatique est différent, il est le produit des désirs anciens de maternité, et lié pour autant à son complexe d'Œdipe ; quand l'enfant vient de naître, elle reconnaît aussi son père et fait souvent un transfert paternel. Les confrontations entre ce bébé des rêveries et celui de la réalité sont l'occasion d'un deuil. Ainsi, à travers les soins maternels que la mère prodigue à son enfant, elle lui transmet aussi sa vie fantasmatique.

Pour Bruner, (cité par Florin(48)) **l'acquisition du langage est fondamentalement basée sur les processus d'interaction mère-bébé**. La mère et le bébé sont dès la naissance engagés dans des « tâches réalisées conjointement » : allaitement, jeu, exploration d'un objet, etc. Avec le temps, la

structure de ces tâches s'enrichit d'une série de conventions qui impliquent les deux partenaires et qui pourrait modeler celle de la grammaire initiale.

3.4 Intersubjectivité du bébé

La vie psychique du bébé alterne entre des **moments d'indifférenciation**, où son vécu interne est désorganisé, et des **moments de subjectivation** où son vécu prend sens et s'organise. Les moments de subjectivation dans le lien avec un partenaire actif constituent l'intersubjectivité.

Selon certaines théories, le bébé serait doté de capacité d'intersubjectivité inné, **l'intersubjectivité primaire**, alors que selon d'autres auteurs elle est le résultat d'une stabilisation entre les moments d'indifférenciation et de subjectivation. Elle deviendrait peu à peu continue en grandissant, grâce au sentiments de continuité et de sécurité interne assurés par des interactions précoces ajustées dans leur rythme et leur tonalité. En effet, les interactions précoces sont caractérisées par une **succession d'engagements et de retraits du bébé** que le partenaire se doit de respecter.

Cette rythmicité est nommée « **proto-conversation** » par Bateson (cité par Trevarthen(57)) qui souligne son importance pour le développement du langage et des rituels culturels. Les indices au stade pré-verbal de l'intersubjectivité sont les conduites de référence sociale ; le **pointage proto-déclaratif, l'attention conjointe**, qui visent à attirer l'attention de l'adulte et partager avec lui une émotion ou un intérêt.

Certains auteurs en proposent une **lecture développementale**: yeux dans les yeux à la naissance, attention partagée de 3 à 6 mois, attention conjointe de 6 à 9 mois, présentation du miroir autour de 8 mois, pointage proto-déclaratif de 9 à 18 mois. Du fait de leur valeur communicative, ces comportements sont des **précurseurs de l'acquisition du langage** : processus de désignation (procédés gestuels, posturaux ou vocaux dont le but est d'attirer l'attention d'un partenaire sur un objet), de déixis (utilisation des caractéristiques spatiales, temporelles et interpersonnelles de la situation comme moyen de coréférence), et enfin de dénomination.

4 Développement de la pragmatique chez l'enfant

La pragmatique peut être définie comme « l'usage social de la langue » selon Bates, ou « l'usage que l'ont fait du langage pour exprimer ses propres intentions et pour obtenir des choses autour de soi » selon Gleason((58) p.12). Son étude est au carrefour de la linguistique et de la psychologie, et consiste en l'analyse de l'utilisation du langage comme outil de communication, de l'adéquation entre ce qui est dit et le contexte dans lequel c'est dit. Elle nous intéresse tout particulièrement dans ce contexte social qu'est celui de la migration.

Ses précurseurs sont précoces, communs à tous les systèmes de communication et sont développés avant l'acquisition du langage oral ; ce sont les « **proto-conversations** » et interactions précoces parent-bébé que nous avons vu précédemment, qui suivent un rythme parallèle à celui de la « danse communicative » de la conversation orale.

Avec l'apparition et l'organisation du langage oral les fonctions de communication progressent rapidement. À 18 mois, un enfant comprend la fonction des émotions dans une situation

ou un événement auquel il assiste, à 24 mois il essaye de soulager des sentiments pénibles chez les autres et peut utiliser le langage pour attribuer des émotions à des jouets ou personnages. Entre 3 et 5 ans cette fonction gagne en clarté et en précision, l'enfant commence à contrôler ses expériences émotionnelles et peut les feindre.

La dynamique de tour de rôle conversationnel, subtile lors des interactions précoces, est difficile à respecter pour les enfants avant 4 ans. Il en est de même pour le maintien du thème de conversation qui échoue dans 80% des cas avant 5 ans. Ces règles conversationnelles reposent sur la capacité d'intersubjectivité par laquelle peu à peu l'enfant arrive à se mettre à la place de l'autre.

Avant 2 ans, l'enfant ne renouvelle pas son énoncé s'il ne s'est pas fait comprendre, puis peu à peu, soutenu par l'adulte, distingue la différence entre reformuler ou préciser l'information.

L'acquisition des *termes mentalistes*, c'est à dire l'utilisation de mots qui se réfèrent à un état mental comme *penser, croire, savoir, pouvoir, imaginer...* ainsi que la possibilité de s'ajuster au contexte social, qui se développe normalement à partir de 3 ans sont également des signes de bon développement de la pragmatique. Évidemment, l'acquisition de ces éléments est à pondérer par le contexte socio-culturel de l'enfant, la façon dont on s'adresse à lui, la place sociale qui lui est accordée, l'ajustement parental etc...

B. Devenir du langage dans la migration

1 Le bilinguisme : entre transmission et cognition

La moitié de la population mondiale serait bilingue aujourd'hui, et deux-tiers des enfants naîtraient dans des environnements plurilingues, sans pour autant devenir bilingues.

Les enfants de migrants possèdent généralement une autre langue maternelle que le français, qui est la langue de l'école, et de l'extérieur. L'école est justement le lieu de socialisation et d'apprentissage, dont le vecteur est la langue française.

Souvent lorsque les deux parents sont migrants, l'enfant est immergé dans sa langue maternelle jusqu'à son entrée à l'école, sauf s'il a été gardé en crèche ou par une assistante maternelle, et surtout s'il est le premier de la fratrie. Il fait alors l'expérience de l'entrée dans le bilinguisme.

1.1 Concepts autour du bilinguisme

Le **bilinguisme** est défini comme l'état d'un individu ou d'une communauté qui pratique de manière effective deux langues, et le **plurilinguisme**, plus de deux langues. La **bilingualité** est l'état psychologique d'accessibilité à deux codes linguistiques, ce qui suppose des conditions d'apprentissage définies et une double compétence langagière.

Un enfant **allophone** a une langue maternelle différente de celle de l'environnement (communauté ou territoire) dans lequel il vit.

Les premières recherches d'envergure autour de la question du bilinguisme ont été menées aux Etats-Unis dans les années 1960, faisant suite aux vagues d'immigration massives du XX^{ème} siècle.

Etant donnée l'observation de compétences inégales entre les deux langues chez les bilingues, Peal et Lambert en 1977(59) et d'autres chercheurs en psycho-linguistiques à leur suite, ont défini plusieurs **caractéristiques du bilinguisme**.

- **Actif/Passif** : Le bilinguisme est **actif** lorsque l'enfant utilise les deux langues dans la communication verbale et **passif** quand l'enfant vit dans un contexte de bilinguisme sans pour autant se servir lui-même de ces langues, typiquement dans les familles où les parents s'expriment dans la langue du pays d'origine, et l'enfant leur répond en français. La communication reste possible si l'enfant maintient son niveau de compréhension de la langue des parents.
- **Additif/Soustractif** : on parle de bilinguisme **additif** lorsque le sujet maîtrise et tire avantage des deux langues. En fonction du contexte, il pense, parle, écrit, rêve dans l'une ou l'autre de

ses langues, sans rapport conflictuel ou compétitif. Les systèmes symboliques sont distincts et n'interfèrent pas.

À l'inverse, le bilinguisme est dit **soustractif** lorsqu'aucun des codes linguistiques n'est vraiment maîtrisé du fait des interférences constantes et conflictuelles entre les systèmes symboliques et culturels des deux langues. Aucune des deux langues n'atteint le niveau de langage d'un enfant monolingue de même classe d'âge, et le bilinguisme peut affecter le développement cognitif de l'enfant.

- **Coordonné/Composé**: Ce concept fait appel au traitement cognitif du langage. En situation de **bilinguisme composé**, l'enfant associe deux unités lexicales des deux langues à une représentation unique.

Dans le **bilinguisme coordonné**, pour une représentation, l'enfant associe d'abord un terme d'une langue donnée puis une unité lexicale traduite dans l'autre langue.

- **Simultané/Consécutif**: en situation de **bilinguisme précoce simultané**, les enfants sont au contact de deux langues au moment où ils apprennent à parler, c'est le cas des enfants de couples mixtes dans lesquels chaque parent s'adresse à l'enfant dans la langue de son pays d'origine. L'enfant a donc deux langues maternelles, qui se sont développées sans effort dans le milieu intrafamilial.

On parle de **bilinguisme précoce consécutif** lorsque les enfants apprennent à parler successivement deux langues de façon rapprochée dans le temps. Par exemple, les enfants allophones qui sont entrés dans le langage par leur langue maternelle et qui découvrent au début de la scolarisation une seconde langue qui est celle du pays d'accueil. L'emploi du terme précoce diverge chez les auteurs entre avant l'âge de 5 ans ou avant l'âge de 10 ans.

Le bilinguisme est dit **consécutif tardif** lorsque l'acquisition d'une seconde langue se fait longtemps après l'entrée dans le langage par la langue maternelle, par exemple lors de l'apprentissage d'une langue vivante en contexte scolaire.

- **Dominant/Équilibré**: Dans le **bilinguisme équilibré**, le sujet a une compétence équivalente dans les deux langues, et à l'inverse, dans le **bilinguisme dominant**, la compétence dans une langue est supérieure à la compétence dans l'autre langue. La tendance peut s'inverser dans le développement du sujet. Par exemple pour les enfants bilingues précoces consécutifs où la langue maternelle est dominante initialement puis le français deviendra la langue dominante au fil des apprentissages scolaires alors que la langue maternelle restera une langue orale et affective.
- **Monoculturel/Biculturel**: Le bilinguisme est biculturel, lorsque le sujet s'identifie positivement aux deux groupes culturels dans lesquels les langues sont parlées, et qu'il est reconnu comme appartenant à chacun des groupes. Un sujet peut être parfaitement bilingue

tout en restant monoculturel, c'est à dire en ne maintenant que l'identité culturelle de son groupe d'appartenance. Lorsqu'un sujet bilingue renonce à l'identité culturelle du groupe de sa langue maternelle et adopte celle du groupe de L2 il est alors acculturé à L2.

Le bilinguisme ne serait additif que chez environ 10% des enfants en France. Si le bilinguisme est actif et que l'enfant en âge scolaire utilise tout de même les deux langues, alors le français aura tendance à être la langue dominante, du fait de l'influence de l'école.

1.2 La notion de langue maternelle

La langue maternelle est définie dans le dictionnaire Le Robert comme « la langue que l'on a apprise de sa mère, de ses parents ou de son entourage dès le berceau, ou encore celle de la « mère-patrie » ». Cette définition soulève plusieurs questionnements. Que représente la « langue maternelle » pour un bébé né en France de parents arabes? Est-ce la langue parlée par la mère ? La langue du pays natal ? Quid de langue du père ? La notion de langue maternelle est d'autant plus difficile à définir qu'elle ne peut se traduire rigoureusement d'une communauté linguistique à l'autre. En France, l'unilinguisme est la norme, ce qui n'est pas le cas des sociétés plurilingues.

Kochman (60) donne une étude lexicale du terme « langue maternelle » et doit correspondre à une ou plusieurs des caractéristiques suivantes, de façon objective ou auto-désignative :

- idiome parlé par un des parents, généralement la mère ;
- idiome parlé dans le pays où l'on est né ;
- idiome vis-à-vis duquel on manifeste un sentiment d'appartenance général plus marqué que dans une autre langue.

Nous garderons ici la définition de langue maternelle comme langue dans laquelle l'enfant **entre dans le langage**, langue dans laquelle les parents **s'adressent spontanément** à l'enfant, et dans laquelle se font **les premières interactions**, le terme de **langue première** sera employé indifféremment. À noter que certains auteurs, tels qu'Abdelilah-Bauer, parlent de bilinguisme comme langue de naissance dans des situations où le bilinguisme simultané précoce permet l'acquisition de deux langues.

1.3 La transmission de la langue

a) Aspects cliniques

Dans les familles bilingues, trois possibilités sont décrites dans le choix de la langue pour s'adresser aux enfants : l'**usage exclusif** de la langue du pays d'accueil, celui de la langue d'origine ou l'**usage conjoint** des deux langues. Le choix est dirigé par le rapport affectif entretenu avec la langue première, ou maternelle, en fonction de l'histoire personnelle et collective qui est portée par celle-ci. La langue maternelle est la **langue des affects**, et resterait dépositaire des émotions œdipiennes, conflictuelles. Au même titre que tout autre conflit intrapsychique, elle peut être refoulée. Elle s'oppose ainsi à la deuxième langue, plus scolaire, acquise à un niveau plus tardif et mieux maîtrisé

du développement. Dans certaines familles, la langue première des parents n'est adressée à l'enfant qu'à des moments d'émotions intenses, et notamment la colère, où le refoulement n'opère plus. Le risque est que l'enfant associe la langue familiale à des émotions négatives.

Des parents qui parlent entre eux leur langue maternelle mais ne s'adressent à l'enfant que dans la langue du pays d'accueil peut provoquer chez eux un **sentiment d'exclusion**, par cette langue qui lui est interdite. Réciproquement, pour les parents qui s'adressent à leur enfant non pas dans leur langue maternelle, mais dans celle du pays d'accueil, une certaine distance risque de s'instaurer avec leur enfant. Cette injonction de parler dans cette seconde langue moins chaleureuse, vient parfois des institutions (PMI, écoles...) mais aussi des mères elles même pensant que leur enfant aura plus de chance de s'intégrer dans la société d'accueil et de mieux réussir socialement(61).

En situation de langues maternelles différentes entre les deux parents, le choix de la langue adressée à l'enfant peut également révéler des revendications de domination par l'un ou l'autre, une quête d'exclusivité ou à l'inverse une peur de l'exclusion de la dyade linguistique parent-enfant. Un positionnement différent des parents sur la langue adressée entre langue maternelle et langue du pays d'accueil peut aussi être source de conflits dans le couple. Jules Ronjat, linguiste français (Ronjat, 1913 cité par Bres(59)) a décrit une méthode à l'usage des parents, **le principe de Ronjat**, qui consiste à appliquer une règle simple dès la naissance : **chaque parent est encouragé à s'adresser à son enfant dans sa langue maternelle**. Étant donnée l'acquisition simultanée de deux langues, ce principe favoriserait un bilinguisme **additif et équilibré**, dans lequel l'enfant pourrait développer ses compétences de façon optimale dans les deux langues, et les compétences cognitives associées au bilinguisme.

La dimension de pression sociale exercée par le milieu extérieur et la volonté d'intégration jouent également un rôle important. Les parents ne mesurent pas forcément l'impact de ce choix de leur rôle dans le développement du langage de l'enfant, d'autant qu'en situation migratoire, il est fréquent que seuls les parents procurent à l'enfant une exposition à la langue maternelle. De nombreux parents, pensant qu'il vaut mieux que l'enfant apprenne directement le français à l'école, ne parlent pas ou très peu, à leur enfant, ne s'autorisant pas à parler spontanément leur langue maternelle avec eux, la pensant source de confusion. La langue maternelle parentale est alors **dévalorisée**. De plus, quand les parents parlent un français qu'ils maîtrisent mal, leur langage devient **opératoire** et se substitue au dialogue et à l'échange affectif. L'enfant ne bénéficie pas de l'immersion dans la prosodie et la musicalité de la langue, indispensables à l'acquisition du langage. Le risque pour l'enfant est alors de développer un **bilinguisme soustractif**, à l'effet négatif sur l'acquisition des deux langues.

Il s'y ajoute que la langue maternelle constitue un **vecteur des interactions** au sein de la famille, elle joue un rôle fondamental dans la **transmission psychique**. La transmission de la langue des parents aux enfants est une nécessité pour que **les affects, les représentations et les expériences culturelles circulent** au sein du cadre familial, qui ne peut ainsi se révéler contenant et sécurisant que si cette condition est respectée. Cette transmission, en consolidant les liens transgénérationnels, permet de prévenir les difficultés culturelles à l'origine de troubles précoces du langage, de difficultés d'apprentissage ou de troubles identitaires.

b) Données statistiques

Une enquête nationale a été menée en 1999 par François Héran (62) sur le taux de retransmission de la langue d'origine aux enfants. L'évaluation consistait à compter le nombre d'adultes qui déclaraient avoir reçu une langue qui n'était pas la langue du pays de leurs parents et à mesurer quelle proportion d'adultes ayant reçu une langue donnée par leurs parents retransmettaient la même langue à leurs propres enfants.

Le taux de retransmission global d'une génération à l'autre variait très fortement selon les langues, de 9 % à 86 %. Il était de 25 % pour les langues régionales et d'à peine plus de 50 % pour les langues d'immigration. Les langues les plus retransmises (à plus de 50%) étaient l'arabe, la plupart des langues africaines, le turc et le portugais (retransmise à 67%). Le taux de transmission variait de façon importante selon le **lieu de naissance**, facteur déterminant : il augmentait de seize points si tous les enfants étaient nés à l'étranger, et baissait de dix-sept points s'ils étaient tous nés en France.

Les taux les plus élevés s'observaient globalement dans les **courants migratoires les plus récents** : le taux de retransmission augmentait de huit points si les enfants étaient tous nés au moins cinq ans avant la migration, et chutaient de onze points si le dernier était né au moins vingt ans après. Le **projet de revenir un jour dans son pays d'origine** était aussi un facteur important de maintien de la langue maternelle avec les enfants. Les **séjours réguliers** (pour les vacances, par exemple) dans le pays d'origine des parents ou grands-parents avec qui les enfants entretenaient des liens affectifs forts, un accompagnement dans l'apprentissage par l'entourage qui parle la langue d'origine favorisaient la transmission.

La catégorie socio-professionnelle des migrants ne jouait pas de rôle significatif.

1.4 La langue de l'oubli

Georges Perec était un écrivain français de parents juifs polonais, les Peretz, dont la mère a fait franciser le nom au cours de son baptême catholique en 1941 pour le protéger de la déportation dont elle fut elle-même victime. Dans son ouvrage « Récit d'Ellis Island » il recueille des parcours de migration vers les États-Unis. Son introduction met en mot le sentiment de déracinement vécu dans le parcours migratoire: « Quelque part, je suis étranger par rapport à quelque chose de moi-même. Quelque part je suis « différent », mais non pas différent des autres, différent des « miens » : **je ne parle pas la langue que mes parents parlèrent**, je ne partage aucun des souvenirs qu'ils purent avoir, quelque chose qui était à eux, qui faisait qu'ils étaient eux, leur histoire, leur culture, leur espoir ne m'ont pas été transmis. Je n'ai pas le sentiment d'avoir oublié mais de n'avoir jamais pu apprendre. » (Cité par Géry(63))

Dans une vision psychodynamique, l'oubli n'est pas un manque, mais un mécanisme de défense psychique, c'est-à-dire une activité inconsciente qui défend et protège notre psychisme humain de ce qui lui serait insupportable ou difficilement intégrable. Il a aussi une fonction de conscience de notre inachèvement. La conscience, définie par Bion comme **appareil à penser les pensées**, est par définition **lacunaire** : il n'y a pas de conscience sans oubli. Dans le travail psychique, la négativité doit être comprise comme une humanisation de la pensée, qui va occuper une place essentielle dans le fonctionnement psychique. Il émet l'hypothèse que c'est pour cette raison que lorsque ce travail d'humanisation, notamment au sujet de l'histoire familiale, vient à manquer chez les enfants, l'oubli survient. Dans le mode négatif de la psyché, l'oubli est une trace négative, mais

signifiante, de ce qui ne veut pas être reconnu mais qui agit en nous, sans nous : **les traces traumatiques, les désirs inconscients**. En situation migratoire, l'importance accordée par les familles à ce qui conforte **la tradition**, comme les fêtes, la cuisine, parler la langue première, est une forme de **résistance nécessaire contre l'oubli**.

Quand cette résistance n'est pas à l'œuvre, de par une migration douloureuse, la psychopathologie parentale ou un environnement qui l'entrave, les enfants des familles confrontées à l'exil deviennent d'autant plus vulnérables. L'**oubli de parler** de ces enfants, l'oubli de leur parents de leur parler leur langue maternelle, porteuse d'histoire et de deuils, est symptomatique des conflits psychiques engendrés par ce processus.

1.5 L'age du bilinguisme

L'**age d'acquisition** joue un rôle majeur dans la distinction qualitative entre L1 et L2, s'il coïncide avec les périodes supposées critiques ou sensibles dans le développement du cerveau.(64) L'exemple souvent cité pour définir la notion de « **période critique** » est celui du comportement des oisillons, qui, lorsqu'ils sortent de l'œuf, sont attirés de manière irrésistible par le premier objet en mouvement qu'ils perçoivent. Cet attrait est de durée limitée : assez vite, l'oisillon ne suit plus l'objet et s'en éloigne. Cet exemple caractérise une période dite critique : elle concerne un **comportement très spécifique** ; elle a une **durée bien délimitée** dont le début et le terme sont prédictibles ; elle constitue un **créneau de développement** au-delà duquel le comportement en question n'est plus acquis.

Selon Lenneberg (1967, cité par Singleton(65)), la période critique pour l'acquisition de la L1 commence vers l'âge de deux ans et se termine à la puberté. Jusqu'à ses deux ans l'enfant bilingue n'associe pas automatiquement les signaux acoustiques à une langue et ne semble pas avoir conscience d'avoir affaire à deux langues, il n'y a donc pas de résistance à l'apprentissage d'une nouvelle langue. Chez le bilingue simultané le premier lexique sera composé de mots des deux langues. Si on évalue séparément l'une ou l'autre des langues, il ne correspondra alors pas en nombre à celui des monolingues. Les deux langues n'apparaissent pas tout à fait au même moment dans un même état de développement. On parle d'un « effet balancier » : quand le lexique s'enrichit dans une langue, il semble stagner dans l'autre. Ce « retard » est souvent rattrapé vers 4/5ans.

Passée cette période, il existe concernant l'acquisition de la L2, trois points de vue distincts mais compatibles sur les implications de la période critique. Au-delà d'une période donnée du développement :

- l'apprenant ne pourra plus atteindre le niveau de compétence d'un locuteur natif ;
- l'apprentissage exigera plus d'efforts conscients qu'auparavant ;
- l'apprentissage se fera par des mécanismes différents de ceux à la base de l'acquisition de la L1.

Ces hypothèses convergent pour prédire qu'à un certain stade de la maturation, on observera un déclin brusque du potentiel d'apprentissage des L2. Certains auteurs concluent que ce stade correspond à la puberté, cependant les études divergent et ne permettent pas de le conclure formellement. Plusieurs études révèlent que les débutants adolescents et adultes sont capables

d'atteindre des niveaux de compétence en L2 comparables à ceux des locuteurs natifs, et que les mécanismes d'apprentissages ne sont pas significativement différents (65).

Les chercheurs s'accordent par contre pour dire qu'à même niveau d'efforts, les **apprenants précoces d'une L2** atteignent en règle générale des niveaux de compétence plus élevés que ceux qui commencent plus tard. Cette proposition est toujours confirmée lorsque les données sont recueillies dans des **contextes d'acquisition naturels**.

L'éventuel avantage des débutants plus tardifs dans des contextes institutionnels s'explique par le fait que lorsque tous les élèves (précoces et tardifs) sont placés dans une même classe, cela engendrent des phénomènes de démotivation chez les débutants précoces.

1.6 Bilinguisme et cognition

Longtemps considéré comme une source de handicap psychique, les études de ces dernières années prouvent que le bilinguisme est un **facteur favorable** au développement de l'enfant, en particulier dans le domaine de **la flexibilité mentale, des capacités attentionnelles et des compétences métalinguistiques**.

En 2005, Bialystok (citée par Reiterer (66)) a étudié les effets du bilinguisme sur le fonctionnement exécutif. Elle a montré que les bilingues développaient des niveaux plus élevés de **contrôle cognitif**, par une activation différentielle de leurs aires temporelle gauche, frontale supérieure et inférieure et du cortex cingulaire. En effet, les fonctions exécutives comme le contrôle du langage sont indispensables au phénomène de « changement de code » qui intervient sans cesse chez les bilingues. Ces enfants développeraient de meilleures **capacités métalinguistiques** (conscience phonologique, aptitudes dans les jugements de grammaticalité ou dans les tâches de catégorisation sémantique). Ces compétences métalinguistiques correspondraient à une plus grande sensibilité au contraste des langues, aux variations de structures et d'organisation sémantique.

Une étude menée par Dana-Gordon et al. en 2013 sur des adolescents de 16 à 18 ans (67), montraient également que les bilingues étaient meilleurs que les monolingues sur des épreuves non-verbales de nature exécutive, particulièrement pour des tâches de flexibilité, alors que les monolingues étaient plus performants sur des épreuves verbales.

Au niveau lexical, une étude de Genesee(68) montrait que jusque dans la deuxième année, les bilingues précoces avaient un champ lexical plus étendu que les monolingues, si on considérait le lexique total (c'est à dire celui de L1 et L2 ajoutés). Cependant, cette étendue était plus restreinte chez les bilingues précoces si l'on considérait la L1 ou la L2 de façon isolée. Lors d'un **bilinguisme simultané**, les transferts sont de **type réflexif** (de L1 vers L2 et de L2 vers L1) de manière systématique, d'autant plus si l'école bilingue établit des parallèles entre les langues. En revanche, dans le cas d'un **bilinguisme consécutif, les transferts se font essentiellement de L1 vers L2 (coordonné)**. Le niveau de compétence en L2 dépend donc du niveau atteint en L1.

Avant eux, Cummins, en 1979 (cité par Kohl (69)) a étudié les implications du bilinguisme au niveau cognitif en observant des enfants d'immigrés hispaniques (pour la plupart appartenant à des milieux socioculturels défavorisés) et tenté d'établir un lien entre les différents courants de pensée de l'époque. En effet, Lambert, en 1977, avait attribué au **bilinguisme soustractif une influence négative sur le développement cognitif et sur la personnalité**. Selon lui, les apprentissages linguistiques qui se

structurent dans une langue qui n'est pas la langue maternelle seraient affectés par cette dernière ; le bilinguisme soustractif priverait le sujet de la base structurelle qui permet le développement de connaissances lexicales et morphosyntaxiques dans une langue seconde.

Cummins avait conclu à des **effets contrastés du bilinguisme** et proposait une hypothèse de **seuil minimal de compétence linguistique**, soit un premier seuil de compétence qui doit être atteint pour que le bilinguisme soit suivi d'effets positifs sur le fonctionnement cognitif. Cette hypothèse a répandu l'idée qu'un enfant ne pouvait entrer dans une langue seconde sans avoir été préalablement ancré dans une langue maternelle. Selon lui, les difficultés à entrer dans la langue seconde ne sont que la continuité de celles qui ont affecté le processus de mise en place du langage. La langue maternelle constitue un socle, une base structurelle qui est d'autant plus sécurisée que le milieu familial a transmis à l'enfant les différents niveaux de la langue, **affectif et cognitif**.

En effet, le traitement linguistique n'est pas qu'une histoire de stockage cortical mais implique également des structures sous-corticales et notamment le **système limbique**, siège de l'émotion dans le cerveau, qui joue un rôle majeur dans la communication humaine. Les bilingues consécutifs tardifs auraient ainsi une **meilleure compétence de mémorisation des mots à forte charge émotionnelle** dans leur langue première que des mots neutres, notamment des mots associés à des émotions dites négatives (colères, réprimandes).

Pavlenko (70) distingue ainsi ce qu'elle appelle, d'une part, les **langues « incarnées »**, acquises dans un processus contextualisé et chargé de contenu émotionnel, typiquement la langue familiale et, d'autre part, des **langues « non incarnées »** apprises par des processus non contextualisés à faible charge émotionnelle, typiquement la langue de l'école. Chez certains bilingues, la langue première reste la langue des émotions tout au long de la vie, alors que d'autres construisent une vie affective dans une langue seconde. L'ancrage cognitif serait différent entre les locuteurs chez qui la langue seconde remplit une fonction purement utilitaire et ceux chez qui elle a une dimension affective.

L'implication émotionnelle joue donc un rôle majeur dans l'apprentissage des langues, non seulement à travers ses effets sur la motivation d'apprendre et le renforcement positif, mais également sur les capacités de maintien dans la langue.

1.7 Bilinguisme et neurosciences

Depuis le développement de la neuro-imagerie fonctionnelle, de nombreux chercheurs en neurolinguistique se sont penchés sur la question de l'organisation cérébrale de la cognition bilingue/multilingue, notamment en terme de localisation. Existe-t-il un lieu de stockage commun à toutes les langues ou y a-t-il des régions du cerveau, des réseaux plus vastes ou même des hémisphères spécifiquement dédiés à chacune des langues ? La question n'est à ce jour pas encore totalement élucidée et reste sujette à controverse, entre 3 théories principales débattues entre les auteurs :

1. L'hypothèse d'un stockage commun qui affirme qu'un réseau commun, défini de façon plus ou moins précise, est responsable de la gestion de toutes les langues connues du locuteur (voir Ojima, Nakata & Kakigi, 2005 ; Illes et al., 1999 ; Klein, Watkins, Zatorre & Milner, 2006 (66)).

2. L'hypothèse contraire, celle du « stockage multi-centres » ou « traitement multi-centres » dans laquelle chaque langue possède sa propre unité de traitement au sein du cerveau (le plus souvent il s'agirait d'une zone différente ou d'un réseau différent) (voir Kim, Relkin, Lee & Hirsch, 1997 ; Dehaene et al., 1997 ; Rodriguez-Fornells, Rotte, Heinze, Nosselt & Münte, 2002 (66)).
3. La perspective la plus modérée, celle du « recouvrement partiel », dans laquelle seules certaines zones enregistrent une activation commune dans le traitement de la langue maternelle (L1) et de la langue secondaire (L2). D'autres zones s'activent pour le seul traitement de L2, et d'éventuelles langues supplémentaires (L2, L3).

Une étude de 2006, menée par Klein et al. (71) évaluaient les zones d'activation cérébrale par TEP scanner lors de répétitions de mots et de non-mots en français et en anglais. Les 10 sujets avaient pour langue maternelle l'anglais (L1), avaient acquis le français (L2) dans un contexte de bilinguisme consécutif précoce avant 5 ans, et leur bilinguisme avait été évalué comme actif et équilibré. L'activation cérébrale était observée bilatéralement le long du **gyrus temporal supérieur** et dans le **cervelet** latéral, ainsi dans le **gyrus paracingulaire gauche**, de façon équivalente dans les deux langues. Une activité supérieure en intensité à l'utilisation de L2 par rapport à L1 était observée dans plusieurs zones de l'**hémisphère gauche ; striatum ventral, noyau caudal, insula antérieur et cortex pré-moteur ventral**. Lors des répétitions de non-mots à sonorités anglaises ou françaises, seuls le cervelet et la zone du cortex moteur correspondant à la langue étaient plus activées en français (L2) qu'en anglais (L1).

Une étude algérienne de Tilba et al. Menée en 2012(72) en condition de stimulation corticale et sous-corticale directe, au cours de neurochirurgie pour des pathologies tumorales. Chez deux sujets bilingues consécutifs précoces français-arabe (avec l'arabe comme langue maternelle et le français comme langue secondaire) des zones cérébrales étaient stimulées alors que les sujets passaient des épreuves de dénomination orale d'images et de comptage.

Chez le 1er sujet, âgé de 17 ans, un arrêt exclusif de l'expression orale de l'arabe, ont été mis en évidence, lors de la **stimulation de l'aire pré-centrale gauche**. Les troubles du langage en français se produisaient sur une aire de représentation plus large, particulièrement dans l'aire post-centrale supérieure du même côté.

Chez le 2ème sujet, âgé de 39ans, il existait aussi des troubles sous forme d'hésitations dans la langue arabe (maternelle) lors de la **stimulation de l'aire temporale postérieure gauche** alors que le langage en français était intact. Par ailleurs, il était également retrouvé que des troubles de la langue française avaient une aire de représentation plus éparse, dans les deuxième et troisième circonvolutions frontales.

Ces deux exemples d'études nous montrent à quel point il reste difficile de tirer des conclusions sur l'organisation cérébrale du bilinguisme. De trop nombreux facteurs entrent en jeu dans l'acquisition des langues, qui peuvent être répartis en trois grands domaines :

1. **Biologiques** ; le patrimoine génétique, le sexe, la latéralisation, l'âge ;
2. **Culturels** ; le type d'**acquisition** et la méthode d'**enseignement**, la **quantité et la qualité des inputs**, le moment de l'exposition, le but de l'utilisation de la langue, l'**environnement linguistique**, les **attitudes langagières** du groupe social et des individus, l'exposition à deux dialectes ou au multilinguisme et l'**expérience subjective** liée, le **type de langue** et ses sous-systèmes linguistiques ;
3. **Psychiques** ; la motivation, les stratégies d'apprentissage, les capacités cognitives générales :les fonctions exécutives,le contrôle du langage, l'intelligence et l'intelligence verbale, la capacité mnésique (mémoire de travail), la personnalité et l'aptitude à apprendre les langues.

L'interaction de tous ces facteurs n'est pas contrôlable et est à l'origine d'une confusion dans les résultats d'études. Toutefois plusieurs facteurs ont pu être étudiés indépendamment dans diverses études. Le type de langues, leur **complexité grammaticale**, leur **transparence orthographique** ainsi que les différences dans leurs **sous-systèmes linguistiques** (sémantique vs. phonologique) ont tous été reconnus (66,73) comme des facteurs exerçant une influence spécifique sur l'organisation cérébrale des sujets plurilingues.

Au niveau de l'**environnement linguistique**, il était retrouvé une plus grande implication de l'hémisphère droit chez les bilingues consécutifs tardifs, dans un environnement où la deuxième langue n'était pas entendue fréquemment(74). Le **moment de l'exposition** affecte l'activation cérébrale chez les bilingues, même dans le cas où les deux langues sont apprises tôt et avec un niveau de maîtrise comparable.

Alors qu'il apparaît désormais clairement qu'un dispositif d'apprentissage des langues est **codé génétiquement**, les recherches sont encore rares dans le domaine de l'acquisition d'une seconde langue.

2 La langue en danger dans la migration

2.1 *Discrimination socio-linguistique*

Terme politique et polémique, la **discrimination** est le fait de traiter différemment des personnes en utilisant un critère de différenciation qui n'est pas admissible. Elle revêt une réalité complexe de situations sociales vécues par une partie de la population qui devient alors une **minorité** (minorations de populations par rapport au genre, au sexe, à la religion...). Ces situations peuvent être des **situations sociolinguistiques** (minorations des langues, des plurilinguismes, de leurs locuteurs et locutrices, de la détestation auto- et hétéro-produite des langues et des personnes qui les pratiquent...), des situations urbaines (minoration des espaces, compartimentation des espaces, exclusion de l'espace public...) et culturelles (assignation à une altérité dépréciée, attributions de compétences négatives...)(75).

La langue est un marqueur d'identité culturelle et un marqueur social.

Le terme **glottophobie**, développé par Philippe Blanchet, (76) professeur de sociolinguistique, peut être défini comme une discrimination négative selon le langage oral d'une personne, que ce soit la langue utilisée, ou la façon d'utiliser la langue acceptée (accent, morpho-syntaxe, vocabulaire...). Il s'agit du « mépris, la haine, l'agression, le rejet, l'exclusion, de personnes, discrimination négative effectivement ou prétendument fondés sur le fait de **considérer incorrectes, inférieures, mauvaises certaines formes linguistiques** (perçues comme des langues, des dialectes ou des usages de langues) usitées par ces personnes, en général en focalisant sur les formes linguistiques ».

Il s'agit d'un déplacement socio-politique de la **discrimination linguistique**, qui est la discrimination portée sur les langues, car ce sont les personnes qui sont discriminées, dont les éléments linguistiques sont un prétexte à discrimination ; « *Les langues ne sont pas qu'un outil de communication, on se construit en langues, elles sont une caractéristique de ce qui fait notre humanité, de notre identité individuelle et collective. Lorsqu'on interdit à quelqu'un de parler sa langue ou qu'on lui demande de changer sa façon de parler, c'est comme lui interdire d'être lui-même. Cela va aussi loin en terme de négation de la personne qu'un acte de racisme.* »(77).

En France, la langue française est considérée par P. Blanchet comme **hégémonique** (c'est-à-dire une domination acceptée, inconsciente, incontestable et sans alternative), normée et étalonée, contrairement à de nombreuses langues du monde. Chacun devient alors acteur de la politique linguistique française. Les autres langues de France ont été marginalisées, et il existe un culte de la norme standard de la langue française porté par les francophones.(78)

2.2 L'attrition

L'attrition est le **phénomène multifactoriel par lequel un sujet voit se réduire ou se tasser des connaissances linguistiques initialement acquises**. En pratique, un nombre important de bilingues précoces, qui ne peut être précisé faute d'études, perd à terme sa connaissance de la langue maternelle. Il ne s'agit pas d'un processus pathologique (79). Faute de stimulation, les connaissances lexicales et morphosyntaxiques dans la première langue acquise s'étiolent, même lorsqu'elle a été apprise à travers des relations très fortement investies d'affects, et qu'elle a été la première entrée dans le langage, celle par lequel l'enfant a appris à nommer le monde qui l'entourait. Elle peut être perdue **transitoirement ou définitivement**.

L'attrition peut se produire dans les situations où la rencontre avec la langue seconde fragilise la langue maternelle, en particulier si cette dernière n'est pas durablement investie dans des échanges affectifs et culturels, ainsi que dans une pratique linguistique régulière. M. Bensekhar et G. Serre (61) considèrent que le maintien d'une bonne compréhension passive ralentit le processus d'attrition sans toutefois le diminuer.

Ces principes concernent tant les enfants de migrants que ceux qui sont amenés à entrer dans une langue différente par le fait d'une adoption internationale. L'attrition est liée à un **facteur d'âge et de temps** ; un enfant oublie d'autant plus vite sa langue maternelle qu'il en est privé tôt et la récupère d'autant plus vite qu'elle lui est rapidement représentée. Après un certain seuil, situé au moment de l'adolescence, le risque d'attrition devient très faible. Il est par contre maximal au moment de la scolarisation, d'autant plus lors de l'entrée dans les apprentissages à partir du cours

préparatoire. Il est normal que lors de cette étape, et notamment lors du passage à l'écrit, les enfants investissent la langue de l'école. Mais cela constitue de fait une période de fragilité pour la langue maternelle.

L'attrition survient lorsque la **langue seconde est majoritaire, survalorisée et surinvestie** par le milieu familial, dans le but d'une **intégration sociale**, ce qui est le cas dans les situations migratoires où la langue de l'école est survalorisée et devient alors majoritaire. Le processus d'attrition ne peut être inversé que si des facteurs psychologiques et sociaux favorisent le retour à son usage dans la communication, que la langue maternelle soit représentée de façon « suffisamment bonne » (au sens de Winnicott) dans le monde de l'enfant, qu'il n'y ait rien de honteux ou de caché associé à celle-ci. Elle doit être portée par les parents comme un outil et un objet culturel valide, stable et précieux à transmettre. (80)

Certains auteurs établissent toutefois une distinction entre **attrition** et **acquisition incomplète**, comme le fait Montrul (2008, cité par (79)) « [...] alors que l'attrition désigne la modification ou la perte d'une compétence qui était auparavant maîtrisée, l'acquisition incomplète concerne les cas où l'individu n'a pas eu l'occasion d'apprendre une structure linguistique donnée à l'âge indiqué, à cause d'un input réduit et insuffisant ». Schmitt (2009 cité par (79)) propose de réserver le terme d'attrition pour les situations de bilinguisme tardif, ayant émigré après l'âge de 10 ou 12 ans, et de parler d'acquisition incomplète chez les migrants plus jeunes ou chez les bilingues précoces consécutifs qui perdent leur langue maternelle après l'entrée à l'école.

L'attrition repose en partie sur des mécanismes neurobiologiques car les réseaux neuroniques constitués par les apprentissages et leur renforcement finissent par s'éteindre s'ils ne sont pas mobilisés par l'usage linguistique. Au niveau des fonctions exécutives, certains auteurs (Paradis 2004 et 2009 et Ullman, 2001 cités par (79)) présument que le **vocabulaire** des deux langues est stocké en **mémoire déclarative** (spécialisée dans le traitement des savoirs, accessible à la conscience) chez tous les bilingues et que la **grammaire** des deux langues est stockée en **mémoire procédurale** (spécialisée dans le traitement des habiletés cognitives et motrices, non accessible à la conscience) **chez les bilingues précoces**, alors qu'elle est stockée en **mémoire procédurale pour la L1 et en mémoire déclarative pour la L2 chez les bilingues tardifs**. Ces auteurs soutiennent que des interférences sont donc prévisibles chez les bilingues précoces. Au niveau de la mémoire de travail, ils envisagent que l'attrition représente une situation de contraintes du fait du décalage entre la disponibilité des langues. Une L2 dominante aurait alors tendance à prendre le dessus, de sorte que la production en L1 nécessiterait une forte inhibition de la L2.

Le phénomène d'attrition est à différencier du phénomène de **changement linguistique** ou de **glissement communautaire** responsable de l'extinction des langues.

2.3 Le changement linguistique

Le phénomène de changement linguistique (ou *shift* en littérature anglophone) est le processus par lequel une communauté de même langue maternelle ou liée culturellement, abandonne progressivement la ou les langues maternelles au profit d'une autre dans un contexte de contrainte sociale. Le changement linguistique, le glissement vers une autre langue et l'extinction d'une langue se déroulent dans une communauté linguistique donnée sur plusieurs générations ;

l'attrition, quant à elle, désigne la « perte » individuelle d'une langue et constitue, par conséquent, un phénomène qui ne concerne qu'une génération.

Le processus par lequel une communauté linguistique apprend une seconde langue, puis devient bilingue, et finit par n'utiliser que la seconde, est associé au phénomène d'**assimilation culturelle**. Lorsqu'une communauté linguistique a complètement abandonné sa langue d'origine, cette dernière devient alors une **langue morte**.

L'Atlas UNESCO des langues en danger dans le monde (81) répertorie environ **2 500 langues en danger**, selon 4 niveaux établis (cf tableau ci-dessous). Ce chiffre s'approche de celui généralement accepté d'environ 3 000 langues en danger dans le monde, sur un chiffre controversé de 7.097 langues actives actuellement, selon la base de données en ligne *Ethnologue, languages of the world*(82). Selon les auteurs, ce chiffre se situe entre 3000 et 7000 langues.

Toujours selon l'UNESCO, il est impossible d'évaluer le nombre total de langues qui ont disparu au cours de l'histoire humaine. Des linguistes ont calculé le nombre de langues éteintes dans certaines régions comme l'Europe et l'Asie Mineure (75 langues) ou les Etats-Unis (115 langues disparues au cours des cinq derniers siècles, sur 280 parlées à l'époque de Christophe Colomb). Une langue s'éteindrait tous les 15 jours.

3 Le bilinguisme des enfants de migrants : de la maison à l'école

3.1 Être migrant à l'école

Le bilinguisme des enfants de migrants est souvent **précoce, consécutif et passif**. Il peut être considéré comme précoce car les deux langues sont transmises dans les âges d'acquisitions du langage (0-6ans) et peu en lien avec l'instruction (apprentissage formel d'une seconde langue à l'école). L'entrée dans une deuxième langue pour les enfants de migrants, généralement en petite section d'école maternelle à l'âge de 3 ans ou avant s'il existait un mode de garde, est une **nouvelle étape de l'acquisition du langage**. D'ailleurs, comme le souligne Dalgalian (cité par (83)), **avant l'âge de 7 ans, l'enfant est encore dans l'acquisition du langage et après 7 ans, il sera dans l'apprentissage des langues**.

Il est consécutif, car dans la plupart des cas, les enfants de migrants sont exposés à une première langue (leur langue maternelle), puis à la langue du pays d'accueil lors de la scolarisation ou du mode de garde de l'enfant entre 3 et 6 ans. Il est aussi le plus souvent passif car la langue maternelle est plus souvent comprise que parlée. La langue maternelle est rarement la langue dominante en raison du processus d'acculturation et de l'attrition de la langue maternelle. Les enfants ont un bilinguisme dominant en français alors même qu'ils sont considérés par les professionnels comme des allophones (ayant une langue maternelle autre que le français).

Il est décrit **4 étapes successives** dans l'acquisition précoce d'une seconde langue par immersion, comme à l'entrée à l'école maternelle. Dans un premier temps, l'enfant découvre que les autres parlent une langue différente de celle de la maison. Quand il s'aperçoit qu'il n'est pas compris, il peut traverser une **phase de mutisme** et n'utilisera alors que la sphère non verbale pour

communiquer avec ses pairs. L'**impression de passivité** masque une attitude très active où l'enfant tente de décortiquer la langue pour y trouver des formules, des expressions auxquelles il peut s'accrocher. Cette phase peut être culpabilisante pour les parents, et être vite interprétée comme « retard de langage » ou difficulté d'intégration. Pourtant si l'enfant a arrêté de parler, il n'a pas arrêté de communiquer. Vient ensuite la « phase télégraphique » : l'enfant utilise des formules pour entrer en contact. Elles permettent de s'intégrer au groupe et de participer aux activités. Elles donnent confiance dans son apprentissage. Enfin, la dernière phase est celle de la production de phrases correctes. Les erreurs sont fréquentes mais normales dans le processus d'acquisition de la seconde langue.

Au niveau scolaire, Lutz et Crist (84) ont démontré dans leur étude que les enfants de migrants originaires de pays hispanophones bilingues espagnol-anglais réussissent mieux que les enfants de migrants originaires de pays hispanophones monolingues en anglais. Elles mettent également en avant que si l'enfant bilingue possède les compétences d'écriture et de lecture de sa langue maternelle, il développe de meilleurs résultats dans sa seconde langue. De plus, dans cette même étude il a été démontré qu'une **relation familiale soutenante** aide ces enfants alors que le **familialisme** (relations familiales d'exclusivité et placées au-dessus de toute relation sociale) est corrélé avec **des difficultés** scolaires(83).

Toppelberg (85) a montré, également chez les enfants de migrants hispanophones aux Etats-Unis, que le groupe d'enfant bilingues espagnol-anglais présentait moins de troubles psychopathologiques que les enfants monolingues dans chacune des langues. Les bilingues seraient moins dépendants à des substances licites ou illicites et moins sujets à la dépression que les migrants monolingues en anglais. Il semblerait qu'il y ait **moins de comportements antisociaux** chez des enfants qui parlent leur langue maternelle à la maison avec leurs parents.

Lemhöfer & al (cités par (86)) quant à eux, se sont intéressés aux performances des sujets bilingues dans une troisième langue en comparaison aux performances des sujets monolingues dans une seconde langue. Les résultats de leur étude montrent que contrairement aux unilingues, les bilingues n'avaient pas besoin de traduire les concepts d'une langue à une autre pour produire une réponse. En effet, ces derniers disposent de différents registres de langues auxquels ils peuvent faire appel et donc d'une plus grande disponibilité cognitive et métalinguistique. Ainsi, les bilingues ont **plus de facilités à apprendre une troisième langue** qu'un unilingue apprenant une seconde langue.

3.2 Enjeux de la scolarisation

Toutefois, malgré l'avantage cognitif démontré du bilinguisme, plusieurs études montrent que les enfants de migrants étaient défavorisés par rapport aux autochtones dans leur parcours scolaire. Selon les données de l'OCDE de 2012 les enfants de migrants scolarisés dès la maternelle en France auraient des scores inférieurs de 60 points à ceux des élèves autochtones, contre 30 points en moyenne dans les pays de l'OCDE. Nous avons vu plus haut que la vulnérabilité spécifique des enfants de migrants, s'exprimant de manière prépondérante lors des interactions précoces mère/enfant, au début des grands apprentissages et à l'adolescence.

En France, Gaddour et al. (cités par (4)) ont mené en 2004 une étude portant sur l'évaluation psychologique tant sur le plan intellectuel qu'affectif des enfants de migrants à l'école. Ils présentaient plus de difficultés scolaires que les autres, leurs scores obtenus au bilan intellectuel

étaient plus faibles que dans le groupe témoin, avec plus de difficultés dans les épreuves de logique et dans certaines épreuves langagières. Il était également observé une différence significative quant à la psychopathologie, avec une fréquence de troubles psychopathologiques plus importante. La nature ou la qualité des troubles n'était pas différente entre le groupe étudié et le groupe témoin.

Selon la méta-analyse de Chomentowski (87), un nombre non négligeable d'enfants de migrants sortent du système scolaire sans avoir acquis de bases solides en lecture et écriture, en partie parce que l'école les considère, à tort, comme étant francophones et néglige la transmission de la langue. Les difficultés en lecture ne peuvent pas être imputées au bilinguisme lui-même, mais des aménagements des conditions d'instruction sont nécessaires pour les enfants bilingues : **réduction des différences entre l'école et la maison** pour favoriser la participation en classe et **expression ostentatoire d'un respect de la diversité culturelle**. De plus, être locuteur d'une langue minorée altère l'estime de soi, la motivation et les opportunités d'apprentissage.

L'adaptation du système scolaire français monolingues à des enfants bilingues constitue un défi. La connaissance de deux langues vivantes en plus de la langue maternelle à la fin du cursus secondaire est un objectif du système éducatif. Cette disposition découle du Cadre européen commun de référence pour les langues (CECR) dont voici la définition du plurilinguisme : « (...) la compétence à communiquer langagièrement et à interagir culturellement d'un acteur social qui possède, à des degrés divers, **la maîtrise de plusieurs langues et l'expérience de plusieurs cultures**, tout en étant à même de **gérer ensemble ce capital langagier et culturel**. On considérera qu'il n'y a pas là superposition ou juxtaposition de compétences distinctes, mais bien existence d'une **compétence complexe, voire composite**, dans laquelle l'acteur peut puiser »(88).

Or, encore aujourd'hui, les conditions d'instruction monolingues empêchent les enfants déjà plurilingues de devenir bilingues dans leur langue maternelle, et cette compétence est souvent perçue comme un frein aux apprentissages dans le cadre scolaire. Les élèves français allophones doivent souvent acquérir le français par **immersion dans le bain linguistique en maternelle**. Celui-ci est **insuffisant** et peut générer **une dégradation de l'estime de soi** si tous les enfants dans la classe n'ont pas le même niveau en langue scolaire et si la langue maternelle n'est pas valorisée. Ces conditions ne sont pas respectées en France. Au contraire, il a longtemps été **conseillé aux parents de parler le français à la maison**, quand bien même ils ne maîtrisent pas cette langue et qu'il a été démontré que cela constituait un facteur défavorable dans la réussite scolaire.

Au cours de leur étude, Di Meo et al. (83) ont été amenés à questionner des équipes éducatives sur le plurilinguisme des enfants de migrants. Il en est ressorti qu'il semblait poser problème à de nombreuses équipes éducatives qui le vivaient comme un **élément de complexité et de travail supplémentaire**. La **peur de la stigmatisation** était importante, certains enseignants se demandaient même si interroger parents ou enfants sur la langue parlée à la maison ne serait pas intrusif, si cela ne relèverait pas trop de la sphère privée. Ils véhiculaient une peur de souligner les différences, et préféraient se comporter comme s'ils les ne voyaient pas, même si celles-ci, comme la diversité des langues, étaient très perceptibles. La triangulation nécessaire entre école, famille et soignants (psychologues, orthophonistes ou médecins...) semblait également plus difficile à maintenir dans ces situations.

Dans ces écoles, le fait même de demander aux parents quelle langue est parlée à la maison ou de faire savoir à l'ensemble de la classe qu'un enfant parle une autre langue que le français semblait agressif et *a priori* dévalorisant. Le risque de ce type de situation est que les différences que

les enfants voient et ressentent ne soient pas nommées, et que chacun en conclue qu'elles doivent être cachées pour éviter la gêne. Le mécanisme de clivage entre le monde du dedans et le monde du dehors est ainsi entretenu. Certaines difficultés dans les mécanismes intellectuels nécessaires aux grands apprentissages, sont liées à ce clivage et en particulier aux processus d'inhibition qui en découle.

3.3 *Témoignage*

Maryam Madjidi, auteure de romans d'origine iranienne, arrivée en France à 6 ans, a traversé un épisode de clivage, accompagné d'un mutisme lors de ses premiers mois de scolarisation et témoigne de son vécu. Elle exprime d'abord l'impression d'avoir été « bombardée » de langue française, qu'elle a vite appris à comprendre sans pouvoir la parler « je ne pouvais pas m'exprimer en français car cela signifiait ne plus parler le persan, ça ne sortait pas [...] automatiquement quand j'ai parlé français j'ai arrêté de parler persan [...] c'était un non-choix, imposé par la migration »(89).

Elle raconte également comment l'écriture lui a permis de dompter la langue française, de reprendre une forme de maîtrise sur ce choix imposé. Pour elle, la langue française est celle par laquelle elle est entrée dans l'écrit, la langue de l'intellectualisation. Elle considère que sa langue maternelle, le persan n'a pas droit de cité en France, face à l'idée prégnante d'une homogénéisation de la langue parlée en France et regrette que le pluralisme linguistique et culturel ne soit pas aussi fluide en France que dans d'autres pays comme les États-Unis ou le Canada où certains membres de sa famille élargie ont émigré.

Dans son ouvrage « Marx et la poupée » (90), elle personnifie le français comme un être très puissant, royal et le persan comme une personne vieille et douce, à l'image de la terre quittée. Ces deux personnages mènent une lutte déchirante dans l'esprit de son héroïne, à l'image du conflit interne que l'auteure a vécu, entre l'attachement aux racines, aux affects, au moyen de parler avec les membre de sa famille du persan et la voie de l'école, de l'avenir et de la réussite portée par le français.

C. Les troubles du langage oral

Nous aborderons ici un panorama non exhaustif des troubles du langage oral les plus fréquents, en dehors de toute pathologie du système auditif et de toute pathologie motrice ou neurologique.

1 Les Troubles Spécifiques du Langage Oral (TSLO)

Ces troubles sont définis comme des **troubles de production et/ou de compréhension du langage en l'absence d'étiologie avérée**. Il s'agit de troubles développementaux et spécifiques du langage oral dont la cause n'est actuellement pas identifiable, et qui ont donc un caractère idiopathique(91).

Dans le DSM-V(7), ils font partie de la catégorie **troubles du langage**, eux-mêmes dans la catégorie **troubles de la communication** qui appartiennent au chapitre des troubles neurodéveloppementaux. Dans la CIM-10(92) ils font partie des **troubles spécifiques du**

développement de la parole et du langage (F80X), eux-mêmes sous-catégorie des Troubles du développement psychologique (F80-F89). Les données de classifications sont regroupées dans la figure ci-dessous :

| DSM-5 | ICD-10 |
|---|--|
| Trouble de la communication | Trouble spécifique du développement de la parole et du langage |
| 315.32 Trouble du langage | F80.1 Trouble de l'acquisition du langage de type expressif |
| 315.39 Trouble de la phonation | F80.2 Trouble de l'acquisition du langage de type réceptif |
| Trouble de la communication sociale (pragmatique) | F80.0 Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation |
| Non classé dans le DSM | Non classé dans l'ICD-10 |
| 307.0 Trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance (Bégaiement) | F80.3 Aphasie acquise avec épilepsie (Landau-Kleffner) |
| | F98.5 Bégaiement (classé dans une autre section : trouble du comportement et troubles émotionnels survenant pendant l'enfance) |

Tableau 1: Les troubles du langage oral dans les classifications internationales DSM-5 et ICD-10. Plaza, 2016(91).

Ils excluent les dysfonctionnements moteurs ou les affections neurologiques, le handicap intellectuel ou retard de développement global, les déficits auditifs et autres troubles sensoriels, le mutisme sélectif, les dysarthries.

Les **troubles du spectre autistique (TSA) ne sont plus exclus** dans le DSM-V, mais constituent une **comorbidité** au même titre que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des troubles spécifiques des apprentissages (langage écrit et mathématiques). Les TSA ne font donc pas partie du diagnostic différentiel alors que la régression langagière (qui peut survenir dans les TSA) doit elle faire l'objet d'un diagnostic différentiel.

1.1 Les dysphasies

Les troubles dysphasiques ne sont pas considérés comme un retard de développement mais comme des **perturbations structurelles du langage** associant des **troubles de l'expression et/ou de la compréhension**, qui persistent au-delà de 6 ans de sévérité variable au niveau interindividuel.

Selon les études (91) entre 3 et 8 % des enfants de 3 ans présentent des troubles du langage non spécifiés (2/3 de garçons, 1/3 de filles), et 1 à 2 % des enfants de plus de 6 ans présentent un trouble spécifique du langage oral.

Après 6 ans, les perturbations peuvent aller de la quasi-absence de langage à des troubles associant :

- un **trouble de répétition**, accentué pour les phrases longues, négatives ou interrogatives ;

- des **perturbations phonologiques** comportant des erreurs, omissions, simplifications, substitutions, duplications. Il existe souvent une instabilité phonologique lors de la répétition ;
- une réduction du stock de **vocabulaire** ;
- un **retard morphosyntaxique global**, plus marqué pour certains aspects tels la fonction temporelle des formes verbales ou les marqueurs adverbiaux, la maîtrise des règles grammaticales complexes.

La dysphasie n'est pas accompagnée de retard intellectuel, et les **performances non verbales** des tests psychométriques sont **normales**.

En 1983, Rapin et Allen ont établi une classification des dysphasies selon 5 types regroupés en deux sous-groupes, les troubles mixtes expressifs/réceptifs et les troubles exclusivement ou majoritairement expressifs exposés dans le tableau ci-après :

| Type | Domaine(s) touché(s) | Signes en réception/compréhension | Signes en production/expression |
|---|---|---|--|
| Troubles mixtes (expressifs et réceptifs) | | | |
| Audi-mutité (Dysphasie par agnosie verbale) | Incapacité à reconnaître les sons verbaux | Compréhension très difficile, comportement d'enfant sourd | Langage absent ou très réduit |
| Dysphasie phonologico-syntaxique (la plus fréquente) | Phonologie et syntaxe | Difficultés constantes en compréhension | Langage réduit, manque du mot, agrammatisme |
| Troubles exclusivement ou majoritairement expressifs | | | |
| Dysphasie phonologique | Phonologie (syntaxe préservée) | Compréhension normale | Trouble expressif de la programmation phonologique Expression fluide mais inintelligible par déformation des sons |
| Dysphasie lexio-sémantique | Lexical et sémantique | Compréhension assez bonne mais difficultés présentes | Langage spontané mais difficultés à dénommer, à élaborer un récit |
| Dysphasie sémantico-pragmatique | Sémantique et pragmatique | Compréhension assez bonne mais problèmes sémantiques | Langage fluide mais peu informatif, comportement écholalique, peu d'habiletés sociales |

Tableau 2: Classification des dysphasies selon Rapin et Allen (1983). Plaza, 2016(91).

c) Diagnostic et examens complémentaires

L'analyse du langage (niveau de compréhension, capacité phonologique, richesse du vocabulaire, qualité syntaxique) ne permet pas toujours de **distinguer la dysphasie du retard simple de langage** qui disparaît progressivement **autour de 6 ans**. Le bilan orthophonique doit être complet et explorer toutes les dimensions du langage et de la communication. Un bilan psychomoteur peut étayer le diagnostic, ainsi qu'évaluer la présence d'une dyspraxie associée.

Un examen de l'audition est indispensable devant tout trouble du langage. L'électroencéphalogramme (EEG) est indiqué car il peut orienter vers une étiologie ou une participation comitiale comme le syndrome de Landau-Kleffner. Le bilan génétique n'est pas systématique. Malgré la fréquence des antécédents familiaux de troubles du langage, aucun type de transmission particulier n'a jamais été mis en évidence. L'IRM, en cas d'examen neurologique suspect, peut éventuellement révéler des anomalies macroscopiques, cependant elles sont majoritairement mineures et non spécifiques.

d) Fonctionnement psychologique et relationnel dans le TSLO

La **communication non verbale**, par gestes, regards ou intonations, ainsi que la qualité des **relations sociales réciproques** sont normalement **conservées**, et constituent des éléments du diagnostic différentiel avec les TSA. Cependant les dysphasies sont fréquemment associées à des difficultés d'ordre affectif : émotivité, instabilité affective, impulsivité, colères fréquentes, attitudes de prestance, voire de toute puissance ou au contraire de repli.

Jacob et al. (93) mettent en avant que les enfants de moins de 6 ans présentant les caractéristiques d'un TSLO se caractérisent par des **compétences sociales moins développées** que leurs pairs de même âge. Ils ont davantage tendance à se replier sur des jeux solitaires ou à jouer en parallèle, s'adressent beaucoup moins souvent verbalement aux autres enfants, privilégient l'adulte comme partenaire d'échange et ignorent plus souvent les sollicitations verbales des autres enfants. Ils sont décrits comme moins matures au plan social et plus dépendants de l'adulte. Dans une méta-analyse portant sur 19 recherches longitudinales auprès d'enfants avec TSLO, Yew et O'Kearney (2013, cité par (93)) rapportaient un **risque deux fois plus élevé de présenter des difficultés comportementales ou émotionnelles** à un seuil clinique que des enfants tout venant.

Un autre axe d'étude est celui du lien entre TSLO et théorie de l'esprit. En effet, le niveau général de langage est un facteur important dans la construction des compétences en théorie de l'esprit chez les enfants neurotypiques. Les enfants avec TSLO présentent donc un **retard dans la mise en place des compétences en théorie de l'esprit** quand ils sont comparés à leurs pairs de même âge mais pas quand ils sont comparés à des enfants plus jeunes avec un niveau de langage comparable (93). Ce retard peut constituer une grille de compréhension des difficultés relationnelles des enfants porteurs de TSLO.

Les troubles du langage spécifiques de manière générale peuvent rigidifier les interactions langagières et ainsi conduire à un **mode de communication opératoire**, en particulier entre l'enfant et ses parents qui deviennent très attentifs aux signaux verbaux émis et reçus. L'absence de langage

(ou d'une communication équivalente) peut également favoriser le maintien d'un fonctionnement psychique archaïque, en dehors de toute psychopathologie.

On le constate chez certains enfants dysphasiques dont le fonctionnement psychique semble proche de celui d'enfants dysharmoniques (qu'il faut distinguer de l'autisme). Demouy et al. (2011, cités par (91)) ont comparé les compétences langagières d'enfants autistes, dysphasiques, et dysharmoniques appariés par l'âge, le sexe et le niveau lexical. Ils ont montré que chez l'enfant dysphasique tous les scores aux épreuves de langage étaient corrélés entre eux et avec l'âge, confirmant le **caractère développemental et spécifique du trouble**.

1.2 Le retard simple de langage

Le retard simple de langage se caractérise par un **retard d'apparition de la première phrase** (après 3 ans), suivi d'un « parler bébé » prolongé, chez un enfant qui ne présente **ni retard intellectuel, ni pathologie psychiatrique**.

La construction de la phrase et son organisation syntaxique ne sont pas profondément perturbées. Sur le plan clinique, les anomalies constatées sont très variables : trouble dans l'ordination des mots de la phrase, simplification grammaticale, usage du verbe à l'infinitif, mauvaise utilisation du pronom personnel, omission de mots, des fausses liaisons, des barbarismes, etc. Lorsque des troubles importants de la compréhension sont associés, on ne peut plus parler de retard simple.

L'évolution peut être spontanément favorable, mais il est rare qu'un retard de langage persistant au-delà de 5 ans disparaisse totalement malgré les progrès. Le diagnostic différentiel avec certaines dysphasies est parfois difficile du fait du continuum entre retard simple et dysphasie. Le retard simple est de bon pronostic fonctionnel, toutefois il peut être suivi d'un bégaiement ou d'une dyslexie-dysorthographe.

Le développement de la personnalité des enfants dépend de la profondeur du trouble, des interactions familiales et environnementales. L'étiologie privilégiée selon les auteurs, est soit une **immaturité cérébrale**, soit une **carence quantitative et/ou qualitative de stimulation langagière due à un environnement socioéconomique défavorable**, soit un **déséquilibre psychoaffectif** et l'absence d'« appétence » langagière. La qualité des relations affectives familiales joue un rôle important (carence affective, absence d'interaction langagière mère-enfant...). En clinique, on assiste à une coexistence de ces facteurs.

La **période de 3 à 5 ans** représente un seuil critique, et il est important d'articuler rapidement une prise en charge avec une rééducation orthophonique précoce ; plus ou moins accompagnée d'une rééducation en psychomotricité axée sur les composantes spatio-temporelles (rythme, mélodie, etc.) et l'intégration du schéma corporel. Une prise en charge mère-enfant peut également être envisagée en cas de troubles des interactions et d'un déséquilibre psycho-affectif.

1.3 Troubles de l'articulation

Ils se caractérisent par l'**existence isolée de déformations phonétiques** portant plus souvent **sur les consonnes** que sur les voyelles. Chez un enfant, c'est habituellement toujours le même phonème qui est déformé. On distingue :

- le zozotement ou sigmatisme interdental dans lequel l'extrémité de la langue reste trop près des incisives ou entre les dents ;
- le schlintement ou sigmatisme latéral caractérisé par un écoulement d'air uni- ou bilatéral. Ce dernier trouble articulo-phonatoire peut parfois s'associer à une malformation de type ogival (palais étroit et profond).

Les troubles articulo-phonatoires sont **fréquents et banals jusqu'à 5 ans**. Passé cet âge, s'ils persistent, une rééducation orthophonique est indiquée. Ils peuvent parfois s'intégrer dans un contexte oppositionnel ou régressif (par exemple lors de l'arrivée d'un nouvel enfant dans la famille), avec même un « parler bébé », nécessitant alors en premier lieu un abord psychothérapeutique. Ce sont des troubles d'évolution majoritairement résolutive, ayant **peu ou pas d'impact** sur le développement de l'enfant.

1.4 Retard de parole

Alors que les troubles articulo-phonatoires concernent la forme du son, le retard de parole est une altération de **la forme du mot**. Il s'agit d'une **mauvaise intégration des divers phonèmes** constitutifs d'un mot : leur nombre, leur qualité, leur succession. Sans signification jusqu'à 5 ans, leur persistance au-delà de cet âge signe une perturbation de l'intégration et de l'apprentissage de la parole, et nécessite une rééducation orthophonique. Théoriquement, le retard de la parole ne s'accompagne pas d'anomalie syntaxique, mais en réalité **il s'associe souvent au retard de langage**.

Les anomalies suivantes sont décrites :

- des **confusions phonématisées** portant soit sur les consonnes constrictives (j → ch, z → s) ou occlusives (d → t, gu → k), ou l'utilisation de consonnes sourdes à la place de consonnes sonores (f → p, z → d), soit sur les voyelles (an → a, in → é, oua → a) ;
- l'**omission des phonèmes finaux** (pour → pou) ;
- la **simplification** de phonèmes complexes (train → tain, crayon → cayon) ;
- le **déplacement** de certains phonèmes (lavabo → valabo) ;

Contrairement à ce qui est observé dans les troubles de l'articulation, les erreurs ne sont pas constantes, et l'enfant est capable de prononcer chaque phonème correctement de manière isolée. Face à ces troubles d'élocution, la **réaction de la famille** est importante : soit elle reprend constamment l'enfant, empêchant ainsi toute spontanéité de la parole, soit elle ignore le trouble, laissant l'enfant sans repère. Dans d'autres cas, le « parler bébé » peut même être favorisé par imitation des parents.

1.5 Bégaiement

Le bégaiement n'est pas un trouble du langage à proprement parler, mais un **trouble du débit élocutoire**. Il apparaît habituellement entre 3 et 5 ans et se rencontre chez 1 % des enfants environ, en majorité des garçons (trois à quatre garçons pour une fille). On distingue deux types de bégaiement, souvent coexistants; le **bégaiement tonique** avec **blocage** et impossibilité d'émettre un

son pendant un certain temps, et le **bégaiement clonique** marqué par une **répétition involontaire**, saccadée et explosive d'une syllabe, souvent la première de la phrase.

Il est généralement accompagné de **mouvements moteurs** : crispation du visage, tics, ou gestes stéréotypés du visage, de la main, des membres inférieurs ; des manifestations émotives (rougeurs, malaises, moiteurs des mains) s'y associent. Lorsque l'enfant fait des efforts pour parler, que le contact visuel est perdu quand l'enfant bégaié, que les répétitions sont de plus trois syllabes, et qu'il existe des blocages sur les occlusives ou les voyelles, il y a un risque de chronicisation du trouble. L'intelligence n'est pas altérée, et la comorbidité avec un trouble du langage est d'environ 50%.

Certains **traits de personnalité** sont fréquemment retrouvés chez les bégues : introversion et anxiété, passivité et soumission, agressivité et impulsivité. Le bégaiement peut survenir, parfois soudainement, après un choc affectif ou émotionnel. Il est variable en fonction de l'interlocuteur et de l'état affectif du locuteur lui-même et du contenu de son discours. Il s'accroît lorsque la relation est susceptible de déclencher des émotions et s'apaise lorsqu'elles sont contrôlées.

L'**environnement familial** du bégue est typiquement décrit en donnant une place prépondérante aux caractéristiques maternelles (ambivalente, entre anxieuse et surprotectrice ou distante, insécure, aux attitudes contradictoires, dans le double lien) et à la dyade mère-enfant (mise à distance angoissante et non autorisée par la mère, enfant empêché dans sa prise d'autonomie).

Plus la **rééducation orthophonique** est **précoce**, meilleur est le pronostic. En effet, après 10 ans les résultats thérapeutiques sont aléatoires. Le bégaiement peut, avec le développement de l'enfant, se détacher de sa dimension psycho-affective et persister simplement comme un fonctionnement élocutoire ancré, mais sans signification émotionnelle. Une **psychothérapie** peut également être envisagée à condition que les parents tolèrent cette prise d'autonomie.

2 Les troubles du langage intégrés

Il s'agit des troubles dans lesquels l'atteinte du langage n'est **qu'un des aspects** de la symptomatologie présentée. Les deux principales pathologies rencontrées dans ce cadre par le psychiatre sont les **TSA et les retards mentaux**, bien que la nouvelle classification du DSM-5 rende la distinction entre TSLO et troubles intégrés plus ambiguë.

Ce groupe comprend également les dysharmonies cognitives, les troubles spécifiques mixtes du développement, les pathologies motrices et neurocognitives et toutes les maladies complexes du développement comportant une atteinte du langage oral ou écrit.

2.1 Troubles du langage dans les TSA

Les enfants porteurs de TSA souffrent de troubles du langage à plusieurs niveaux. Dans le DSM-5, les TSA sont modélisés en dyade avec atteinte dans **la communication sociale et l'interaction**

sociale dans de nombreux contextes d'une part et comportements, intérêts, activités restreints et répétitifs d'autre part. La **fonction pragmatique**, c'est-à-dire la valeur communicative du langage est particulièrement affectée. Toutefois, les enfants porteurs de TSA ne doivent pas être confondus avec les enfants présentant un trouble de la communication sociale et pragmatique, entité à part entière dans les troubles de la communication. Dans le DSM-5 également, le TSLO et les TSA sont considérés comme comorbides. Pour permettre de faire le diagnostic différentiel il est spécifié que les enfants avec TSLO ne présentent habituellement pas de troubles dans la communication non verbale, ni de comportement restreint ou répétitif(94).

Au niveau du langage lui même, il existe un **retard de langage**, sauf dans le cas de Syndrome d'Asperger (entité clinique discutée, qui a été retirée des TSA dans le DSM-5). Le langage **ne se développe pas selon les repères chronologiques habituels** ; les bébés sont généralement peu sonores, avec peu ou pas de babillage, et les premiers mots ne font pas leur apparition à 12 mois. De plus, cette absence de langage n'est **pas compensée par une tentative de communication non verbale** par regard, gestuelle ou mimique. Il n'y a pas de jeu de « faire semblant », ni d'imitation sociale(95).

Certains enfants restent **non ou peu verbaux**. Pour d'autres, à l'apparition du langage, celui-ci présente des particularités : outre le retard, il existe une **écholalie immédiate ou retardée** (répétition en écho de ce que vient de dire l'interlocuteur, ou, de plus en plus fréquemment des mots entendus via un support média, tablettes ou télévision). Un **jargon non intelligible** et **non adressé** peut être préalable à l'apparition de mots. Il constitue une enveloppe sonore quasiment continue, de laquelle émerge quelques mots et néologismes intelligibles. La **prosodie** est particulière ; monotone, saccadée, factice. Une **inversion pronominale** (utilisation du « tu » ou du prénom pour se nommer soi-même) est fréquente. L'enfant peut également présenter des **stéréotypies verbales**, ainsi que des **rituels verbaux**, qui n'ont pas ou peu de fonction pragmatique. La **syntaxe reste souvent pauvre**, retardée.

Les troubles du langage sont quasiment constamment accompagnés d'un **retard de parole** avec erreurs phonologiques.

Si le niveau de compréhension du langage est habituellement supérieur au niveau d'expression, on note cependant des anomalies : l'enfant comprend surtout les ordres simples, les mots concrets, les injonctions à réaliser une tâche simple. Dans les échanges plus complexes (mots abstraits ayant trait à des qualités émotionnelles, en forme d'humour, de questionnement, de métaphores etc.) la compréhension est limitée et peut générer angoisse et retrait de l'enfant.

2.2 Troubles du langage et retard mental

Bien que nous ayons vu plus haut que le mécanisme d'acquisition du langage n'était **pas lié à l'intelligence**, la prévalence des troubles du langage chez les enfants avec retard mental (RM) est plus élevée que celle rencontrée dans la population normale ; de plus, généralement, les enfants avec RM plus grave tendent à avoir plus souvent des troubles du langage et de forme plus grave(96). Toutefois, le niveau de la gravité du trouble du langage n'est pas prévisible en se basant sur le niveau de la gravité du RM.

Parmi les troubles fréquents chez les enfants avec RM figurent les **troubles de l'articulation**, **le retard de parole et le bégaiement**. Les difficultés articulatoires semblent être les plus répandues

(Spradlin, 1963 ; Keane, 1972, cités par (97)). Toutefois, elles sont à pondérer par la fréquence des insuffisances auditives. Dans les RM léger à modéré, on peut penser que le langage n'est pas à considérer comme conséquence d'un déficit intellectuel mais qu'il contribue à jouer un rôle dans le niveau des acquisitions cognitives. "Entraînés à utiliser un codage verbal, les déficients mentaux améliorent leur performances. Ainsi, leur faible niveau de réussite ne résulte pas seulement d'un potentiel intellectuel limité, mais aussi de la **difficulté à employer les moyens verbaux qui faciliteraient l'exécution des tâches**"(98).

Dans le développement selon Piaget(99), lors du **stade pré-opératoire** à partir de 24 mois, l'enfant accède à la pensée représentative, il peut agir en pensée imagée et accède à la **dimension symbolique**. La représentation mentale se fonde sur un système de relations entre la chose et son correspondant imagé.

Le **stade opératoire concret**, à partir de 6 à 7 ans, marque l'apparition des opérations réversibles et structure logiquement l'ensemble des connaissances d'une intelligence s'appuyant sur la représentation. A ce stade, le développement du langage évolue de phrases simples (petite phrase comportant sujet et verbe) vers une phrase plus complexe (avec des compléments), le langage évolue dans sa **dimension morphosyntaxique et discursive**. On peut donc imaginer qu'en cas de retard mental, certaines fonctions du langage ne sont pas pleinement intégrées selon sa profondeur.

Par rapport à la façon dont on s'adresse aux enfants avec RM, Lévi et al.(96) ont mis en évidence que les mères des enfants RM avec dysphasie surajoutée tendaient à parler beaucoup plus (fréquence de paroles par minute), de manière simplifiée, répétant deux-trois fois les mêmes énoncés que les mères d'enfant avec un niveau de langage correspondant à leur niveau cognitif (avec et sans RM). Leurs communications étaient **très prescriptives et peu déclaratives, de pauvre capacité évocatrice et régulatrice**. Or, l'enfant avec RM tend à apprendre le langage plus par imitation que par identification des règles sémantico-syntaxiques, ce comportement verbal ne stimule donc pas leur compréhension et leur production. Les enfants avec RM avaient tendance à sous-utiliser leur compréhension verbale, et leur compréhension verbale était égale ou inférieure à leur production verbale.

3 Le mutisme sélectif

Le mutisme sélectif est un trouble de la communication chez l'enfant, défini comme une incapacité persistante à parler dans une ou plusieurs situations sociales, alors même que l'enfant est capable de comprendre le langage et de le parler dans d'autres situations. Le mutisme « électif » a été renommé mutisme « sélectif » en 1994 pour mieux exprimer ses dimensions involontaire et dépendante du contexte social, même si une dimension oppositionnelle peut être présente.

3.1 Diagnostic, facteurs de risques et comorbidités

D'après le DSM-V(7), il peut être diagnostiqué selon les critères suivants :

A. Incapacité régulière à parler dans des contextes sociaux spécifiques dans lesquels l'enfant est supposé parler (par exemple, à l'école) alors qu'il parle dans d'autres situations.

- B. Le trouble interfère avec la réussite scolaire ou la vie professionnelle ou avec la communication sociale.
- C. La durée d'évolution est d'au moins 1 mois (non limitée au premier mois d'école).
- D. L'incapacité à parler n'est pas attribuable à un manque de connaissance ou de maniement dans la langue parlée nécessaire dans la situation sociale dans laquelle elle se manifeste.
- E. Le trouble n'est pas expliqué par un trouble de la communication (par exemple le bégaiement) et ne survient pas exclusivement dans un trouble du spectre autistique, d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique.

De nombreux cas ont été décrits à travers le monde, le premier s'étant penché sur cette clinique est A. Kussmaul, en Allemagne en 187. Il évoque un mutisme délibéré, « aphasia voluntaria », ou aphasia volontaire. S. Morgenstern parle ensuite en 1927 de « mutisme psychogène » qu'elle associe à une forme d'opposition et de provocation, un silence hostile. Des tentatives de classification d'après des caractéristiques psychopathologiques ont été proposées comme le mutisme symbiotique, le mutisme réactionnel (ou traumatique), le mutisme passif-expressif, le mutisme avec phobie de la parole (100,101).

Ce trouble reste rare, même s'il est principalement étudié à travers des cas cliniques isolés, et probablement sous-diagnostiqué. Le DSM-V rapporte une prévalence entre 0.03% and 1%. Bergman et al. (102) retrouvaient une prévalence de 0,71% dans une population générale de 2 256 élèves de maternelle. Les sujets s'amélioraient à 6 mois mais leur fréquence de parole et leur niveau d'anxiété sociale restaient plus symptomatiques que chez les autres enfants. La moyenne d'âge se situe autour de 5 ans, avec en réalité **deux pics d'apparition à 3 et 6 ans**, soit les âges de scolarisation et d'entrée au cours préparatoire. Chez les enfants de migrants, l'entrée à l'école représente parfois la 1ère immersion dans la langue du pays d'accueil, et ceci peut-être une expérience déroutante, voire traumatisante, qui peut entraîner un vécu de culpabilité et de honte vis-à-vis de la langue d'origine. Toutefois, nous avons vu dans les critères diagnostic que l'on ne peut parler de mutisme sélectif que si la compréhension de la langue est correcte, mais que l'incapacité à parler persiste.

Les comorbidités les plus souvent retrouvées sont le retard de langage simple, les retards de développement psychomoteur, le retard mental, les troubles anxieux et les troubles phobiques.

En 2002, Aubry (100) a étudié une cohorte de 30 enfants mutiques, 40% présentaient un trouble du langage ou un retard de langage associés, quasiment tous avaient rencontré des difficultés de séparation à l'âge de 30 mois, 23 sur 30 présentaient un trouble de la personnalité. Des traits particuliers sont fréquemment retrouvés chez les enfants mutiques : des stéréotypies motrices, des craintes du monde extérieur, diverses peurs parfois diffuses, une immaturité allant de pair avec un comportement exigeant, voire tyrannique, à domicile.

3.2 Etiologies

Les enfants de migrants sont plus exposés au risque de mutisme sélectif, plusieurs études rapportent une prévalence plus élevée de ce trouble dans les populations migrantes(102). Pour certains auteurs, le mutisme est même décrit comme un trouble spécifique du phénomène de migration, qu'elle soit intérieure ou extérieure. Par exemple, M. Zapella (1976 cité par (103)) observe

en Italie que beaucoup d'enfants concernés par le mutisme ont subi une migration du sud vers le nord du pays ou bien sont issus de familles très isolées entre la ville et la campagne. M-R Moro y voit une traduction clinique du concept de l'enfant exposé, clivé entre le monde du dedans et le monde du dehors. Leur désir d'autonomie, et de ressembler aux autres enfants qui stimulent l'apprentissage et la pratique d'une autre langue entre en conflit avec le besoin de consolider les liens familiaux, de renforcer l'attachement et la sécurité avec leurs parents en situation de migration. Cette situation les place dans une impasse et peut inhiber leur fonctionnement en milieu scolaire, et ainsi faire le lit du mutisme sélectif. L'inhibition de la parole vient limiter les échanges entre le monde extérieur et le monde intérieur, empêchant une rencontre pourvoyeuse d'incertitudes et de menaces.

Pour Z. Dahoun(101), le mutisme sélectif d'un enfant est d'origine plurifactorielle, et se trouve à la confluence du secret, de l'immigration, du traumatisme, mais n'est pas lié uniquement à la migration des parents. Selon ses hypothèses d'orientation psychodynamique, le mutisme d'enfants de migrants représenterait la **mémoire silencieuse du refoulement familial**. Chaque fois que les parents taisent un fait concernant l'histoire familiale, l'enfant remplit ce non-dit avec un contenu fantasmatique. Si les parents ne restituent pas à l'enfant son histoire, qu'ils ne peuvent pas en parler, ils rompent le récit familial intergénérationnel. L'évocation du passé et de la séparation avec le pays d'origine est parfois indicible pour les parents, comme nous l'avons vu précédemment. Ces familles vivent une perte non mentalisée, et non représentable.

Les phénomènes refoulés par le groupe familial prennent forme dans l'inconscient de l'enfant et sont contenus, gardés sous silence, silence révélateur de l'impensé du groupe familial. Il s'agit souvent de l'enfant dernier né dans le pays d'origine ou le premier après l'arrivée dans le pays d'accueil.

Selon le DSM-V, le mutisme sélectif n'aurait pas d'effets pathogènes sur le développement du langage, et n'est pas classé parmi les troubles du langage, toutefois l'association du mutisme à des troubles du langage est fréquente. B. Virole(cité par (104)), a observé qu'un retard dans l'acquisition de la parole ou du langage peut précéder un mutisme sélectif. En situation de migration, la méconnaissance de la langue ne peut être rendue responsable, à elle seule, du mutisme sélectif des enfants de migrants. Pour E. Deshays (1990 cité par (103)), le **bilinguisme** ne serait pas mis en cause directement, mais il entraînerait une **impossibilité à gérer une double contrainte linguistique et culturelle** que les enfants traduiraient en un conflit silencieux.

3.3 Dynamique familiale et relationnelle

Il est relevé des traits de caractères ou des psychopathologie spécifiques fréquents dans la famille, comme une grande timidité, voire une personnalité évitante, un trouble anxieux ou phobique chez l'un des parents. De manière générale, un trouble psychiatrique présent chez l'un des parents constitue un facteur de risque, dont l'ESPT ou le réaménagement post-traumatique font partie. Les parents d'enfants avec mutisme sélectif sont décrits comme excessivement protecteurs ou faisant preuve de plus de contrôle que les parents d'enfants avec d'autres troubles anxieux ou sans troubles(7). Des éléments de maltraitance ou de négligence sont également à rechercher.

Au niveau de la dynamique familiale, une relation mère/enfant est caractérisée par la dépendance et l'ambivalence, avec un isolement social important de cette dernière, un manque d'entourage familial et amical, des difficultés au sein du couple sont fréquemment retrouvées.

L'**impact de l'isolement maternel** est majeur, on peut assister à une dépression avec un hyperinvestissement émotionnel dans la relation symbiotique avec l'enfant, qui le prive d'un développement indépendant. L'absence par démission du père, au rôle passif, absent, peut constituer un facteur supplémentaire à la formation d'une dyade exclusive mère/enfant. Dans une étude canadienne sur la dynamique familiale d'enfants atteints de mutisme sélectif (103) la **relation de dépendance hostile entre mère et enfant** était invariablement présente, exacerbée par la dépression et l'isolement, l'indifférence à l'apprentissage d'un nouveau langage. Selon Freud, le mutisme est une représentation usuelle de la mort. Il peut incarner beaucoup de significations : dépression précoce, secret familial, altération du « moi » qui ne veut pas devenir autonome, angoisse de séparation non maîtrisée, perte du plaisir à parler s'il cause la perte de la mère, érotisation du refus de parler dans une dimension sadique anale. Dans tous les cas elle témoigne d'une importante altération du Moi.

3.4 Le langage synpraxique

Pour la mère, l'apprentissage du langage par l'enfant peut être source de satisfaction si elle est capable d'amour objectal envers ce dernier, sans que trop de projections de sa propre culpabilité viennent interférer. Mais si l'amour de l'enfant est narcissique, alors l'autonomie conférée par le langage peut s'avérer menaçante pour la mère. Il peut alors se produire une organisation verbale particulière décrit sous le nom de « **langage synpraxique** », un langage qui se différencie du langage réel par le fait qu'il n'a pas de valeur sémantique universelle, et ne prend son sens que dans un contexte précis. Il permet une relation étroite entre mère et enfant, quasi fusionnelle. La plupart du temps, ce langage n'inquiète pas les mères et représente une source de satisfaction de la dépendance totale de l'enfant, qui n'est lui même pas entravé dans l'expression de ses besoins à la mère. Il entraîne par contre une adaptation très difficile au milieu extra familial et notamment scolaire de l'enfant.

L'investissement des fonctions linguistiques extérieures représentent alors la perte d'une relation privilégiée avec la mère, au lieu de constituer un moyen de dépasser l'angoisse de perte d'objet. L'enfant préfère renoncer à son autonomie et rester en situation de dépendance par rapport à l'investissement maternel. Pour pouvoir communiquer avec l'extérieur, l'enfant a besoin du soutien et du renforcement positif d'un membre de sa famille.

3.5 Lecture traditionnelle

Selon I. Camara, auteur malien (cité par (103)) le proverbe wassoulou « Il n'y a pas d'autre couteau pour ouvrir la parole que la bouche » témoigne de l'importance de la parole dans les relations sociales en Afrique. Dès son plus jeune âge on apprend au petit enfant à contenir ses humeurs face à des situations pénibles, parce qu'elles pourraient le conduire à trop parler ou l'obliger à dévoiler ce qui ne peut être dit. Ainsi, en Afrique, le silence est une réalité digne de considération et bien supérieure au devoir de répondre quand l'enfant est interrogé par l'adulte. Il existe donc des moments où il faut tout supporter « sans mot dire » afin de sauvegarder son honneur et son image au sein de la société.

Chez les Sedangs, groupe ethnique minoritaire de l'actuel Vietnam étudié par Devereux, l'écoute est une valeur centrale pour les enfants passant avant la parole. Une personne silencieuse n'est pas considérée comme dépourvue d'intelligence car elle sait écouter. Au Sri Lanka, chez les Tamouls, le silence des enfants envers les adultes est aussi valorisé comme un signe de respect. Casajus (cité par (105)) montre que pour les Touaregs, les kel esuf, êtres extraordinaires qui peuplent les déserts (équivalent aux Jnun/Jin en arabe), peuvent parfois s'adresser aux voyageurs égarés. Ils leur parlent dans un langage incompréhensible et peuvent les frapper de mutisme temporaire ou définitif. Chez les Touaregs, l'expression « avoir l'esuf en soi », c'est souffrir de solitude ou d'isolement. La thérapie consiste à écouter le chant et le tambourin des femmes jusqu'à sortir de la prostration. Le mutisme d'un enfant d'origine africaine peut donc revêtir, pour des parents migrants, un sens très particulier. Sa signification au sein de la culture d'origine peut donc constituer un levier thérapeutique et est à questionner.

3.6 Pistes thérapeutiques

Aux **États-Unis**, il est de plus en plus admis à l'heure actuelle que le mutisme sélectif n'est pas un trouble isolé, mais **l'équivalent avant l'âge de 5 ans de la phobie sociale** des enfants plus âgés, des adolescents et des adultes (106). Il est à ce titre classé dans les troubles anxieux dans le DSM-V.

Les propositions de traitement sont les mêmes que pour la phobie sociale à savoir ; des **thérapies cognitivo-comportementales** telles que la Social Effectiveness Therapy for Children and Adolescents (SET-C) ainsi que des thérapies de groupe (Group cognitive-behavioural therapy - GCBT) ou individuelles (Individual cognitive-behavioural therapy – ICBT). Un traitement par ISRS peut être associé en cas de trouble sévère, préférentiellement par **fluoxétine**.

En France, il n'existe pas de consensus sur la prise en charge du mutisme sélectif, et celle-ci dépend en partie de la lecture psychopathologique du thérapeute. Selon De Becker (104) des techniques de désensibilisation, des thérapies par imitation respectant des étapes progressives peuvent lever le symptôme invalidant. Les **modèles cognitivo-comportementalistes** s'indiquent préférentiellement dans les troubles anxieux et les mutismes à étiologie traumatique, soit les symptômes dits névrotiques.

Des **thérapies d'orientation analytique** peuvent également être retenues, mais pas en parallèle du modèle sus-cité. Elle vise à mettre en lumière les conflits intrapsychiques, l'éventuel trauma, ainsi que l'économie psychique qui sous-tendent le mutisme, en les reliant aux aspects interactionnels en partant des productions graphiques de l'enfant, particulièrement expressives en significations.

Le **travail thérapeutique familial**, complémentaire à la thérapie de l'enfant, est incontournable, qu'il soit dans une perspective théorique systémique ou psychanalytique. La compréhension de la dynamique interactionnelle et du fonctionnement familial par le thérapeute est essentielle. Il doit ensuite mobiliser suffisamment adultes et enfant pour la mise en place de patterns interactionnels fonctionnels, tout en respectant le rythme de la famille. La thérapie familiale est reconnue comme levier pour aborder les contenus des secrets de famille, les non-dits, les trauma transgénérationnels. Elle peut également interroger le sens et la fonction du mutisme dans le système familial.

Enfin, un **travail de groupe** peut permettre de faire évoluer la façon de se percevoir, la manière de « voir le monde », en mettant en circulation les expressions d'autres enfants en difficulté. Il est important que le groupe ne réunisse pas que des enfants mutiques mais présentant tous des troubles de la relation avec des traductions comportementales différentes. Il constitue un contenant des pulsions et des affects qui circulent entre les enfants, et remplit une fonction d'accomplissement imaginaire des désirs inaccomplis et interdits. La confrontation au mutisme peut générer des pulsions agressives, les thérapeutes sont donc sollicités comme pare-angoisse et pare-excitation.

Les **liens avec les différents intervenants** auprès de l'enfant, au travers de rencontres, et particulièrement l'école sont primordiaux.

4 Troubles du langage chez les enfants de migrants, en somme

La littérature française est peu fournie sur le sujet des troubles du langage chez les enfants de migrants. Les études ont tendance à montrer qu'il n'y aurait **pas plus de troubles spécifiques du langage oral chez les enfants bilingues** (83).

D'une façon générale, un trouble précoce du développement du langage peut avoir une causalité **psychologique ou fonctionnelle, plus ou moins intriquée**. Il peut également se constituer du fait d'une **insuffisance d'input langagier** et retentit sur le développement global, les apprentissages et l'adaptation scolaire, d'où la nécessité d'une prise en charge avant le CP.

Concernant les TSLO, une étude de 2008 au Centre du Langage (107) retrouvait, parmi tous les motifs de bilan confondus, un trouble spécifique isolé dans 9% des cas, un trouble psychopathologique seul dans 56%, l'association d'un trouble psychopathologique et d'un trouble instrumental dans 23% des cas. Dans une autre étude, Cohen et al et Sundheim et Voeller (cité par (83)) notaient que la moitié des enfants d'une population présentant des troubles spécifiques du langage présentent aussi des troubles psychopathologiques. Cette proportion pouvait aller jusqu'à 80% dans la dysphasie. La **distinction avec les Troubles Envahissants du Développement**, notamment pour la dysphasie réceptive et sémantique-pragmatique, est **complexe**.

Le bilinguisme simultané ne peut être optimal que si les **langues sont équilibrées** dans l'input reçu par l'enfant. Selon De Houwer (citée par (69)), lorsqu'on analyse systématiquement les productions qui sont adressées aux bilingues, on peut faire le constat d'une asymétrie dans l'usage et le rôle des langues. Le bilinguisme successif peut être plus favorable qu'un bilinguisme simultané soustractif. La seconde langue se construit alors implicitement en même temps que se développe la fonction langagière. Le bilinguisme additif est inhérent à un contexte favorable. Il permet un développement régulier et homogène dans les deux langues, sans que le statut de l'une ne nuise à l'autre. Dans un contexte migratoire, le **statut des langues** impacte leur investissement, et peut donner lieu à une inégalité dans l'acquisition des deux langues, avec des profils bilingues hétérogènes, voire lacunaires.

Les données épidémiologiques disponibles ne permettent pas d'affirmer l'existence d'une relation causale entre le bilinguisme et les pathologies du langage. La pluralité linguistique peut donner lieu à une inégalité dans la répartition des deux langues, dans laquelle les enfants ne disposent pas d'un input suffisant dans chacune d'elles. Les contextes bilingues, par essence pluriels et inégalitaires, pourraient éventuellement être assortis de facteurs défavorables, de nature

psychologique ou sociolinguistiques. En se potentialisant, ces facteurs entravent l'accès au bilinguisme ou donnent leur spécificité aux troubles du langage.

D'un point de vue étiologique, il est difficile de dire si le trouble du langage est associé, secondaire ou constitutif d'un trouble psychopathologique. Il est probable que ce soit les trois à la fois étant donné la diversité des représentations des cliniciens et la variété des présentations cliniques des enfants.

Le risque de retard de langage est favorisé par une **faible quantité d'inputs**, dans les situations que nous avons vu plus haut, où les parents migrants récents ne s'autorisent pas à parler leur langue maternelle avec leur enfant, du fait d'une dévalorisation de celle-ci vis-à-vis du pays d'accueil ou du traumatisme et/ou deuils qui lui sont liés.

Dans d'autres situations, il s'agit de benjamins de familles dont la migration est ancienne, déjà bien intégrées en France. Leurs aînés, nés à l'étranger et entrés avec une première langue, ou nés en France de parents qui ne parlaient pas encore le français et qui leur ont parlé leur langue maternelle, n'ont pas nécessairement rencontré de difficultés. Ils ont parlé la langue familiale, puis ont appris le français à l'école. Les aînés ont ensuite rapporté le français à la maison, langue que les parents utilisent aussi pour leur intégration, et qu'ils adressent au jeune enfant de manière peu fluide et spontanée, tout en continuant d'échanger entre eux dans leur langue maternelle. L'enfant entend ses parents parler entre eux une langue qu'ils ne lui adressent pas. Une **inhibition langagière** peut alors se mettre en place dans l'interaction, les difficultés dans la langue des parents pouvant induire une communication uniquement corporelle avec l'enfant.

III. PRÉVENTION ET PERSPECTIVES DE PRISE EN CHARGE

A. La place de l'orthophonie

La question du diagnostic d'un trouble du langage et de l'indication de l'orthophonie chez le jeune enfant reste un sujet difficile, et ce particulièrement avant 4 ans. Cette difficulté est encore majorée en contexte migratoire.

Les chiffres de notre étude vont dans ce sens, avec seulement 4 prescriptions de rééducation orthophonique sur 22 enfants en nécessitant une à leur arrivée au CMP dans le groupe migration récente (MR).

À ce sujet, la recommandation HAS sur l'orthophonie dans les troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans indique que « plusieurs travaux montrent en effet qu'une proportion élevée d'enfants présentant des retards du développement de leur langage entre 3 et 5 ans, ne présentent plus de retard quelques mois ou quelques années plus tard, même en l'absence de prise en charge particulière mais sans qu'il soit possible de prédire cliniquement l'évolution du langage. L'indication du bilan orthophonique dépend de la sévérité, de la spécificité et de la persistance du retard de langage. Une formation des prescripteurs est nécessaire. ».

1 Les outils de repérage et d'évaluation

1.1 L'indication de l'évaluation orthophonique

Les indices les plus pertinents pour évaluer le bon développement du langage chez les jeunes enfants sont :

- la diversité lexicale
- la production de mots
- la longueur moyenne de l'énoncé
- l'utilisation des pronoms sujets, des déterminants marqueurs du nom, des prépositions
- le début de l'accord du verbe
-

D'autres éléments comme la précision phonologique ainsi que la métaphonologie (fait de pouvoir jouer avec les syllabes, le langage) d'évaluation clinique libre peuvent être des prédictifs importants de planification cognitive et de morphosyntaxe chez le très jeune enfant, même en l'absence de maîtrise de certains phonèmes comme le « ch » et le « j » qui sont acquis autour de 4 ans.

Selon la classification de Boysson-Bardies(45), les bébés et enfants **expressifs ou holistiques**, qui portent plus nettement leur attention aux contours d'intonation et aux rythmes et restent plus longtemps attachés à l'expressivité sonore ou gestique (mimiques du visage et du corps) sont prédictifs d'un moins bon développement du langage.

Selon la recommandation HAS, chez l'enfant de 3 à 4 ans il y a indication de bilan orthophonique :

- en cas d'**absence de langage intelligible** pour les personnes non familières ;
- en cas d'**absence de structure grammaticale** (3 mots dont un verbe associés à 3 ans) ;
- en cas de **troubles de la compréhension**.

1.2 Outils d'évaluation

Un test de langage rigoureux est sous-tendu par un modèle de développement du fonctionnement langagier. Ce modèle fournit la base permettant d'interpréter les performances obtenues dans un ensemble fonctionnellement cohérent. Les plus utilisés sont multifactoriels et structuraux. Ils explorent toutes les composantes formelles du langage (phonologiques, morphosyntaxiques, sémantiques et plus rarement le versant pragmatique).

Il existe de très nombreuses batteries d'évaluation en français, à disposition des orthophonistes. Nous en citerons seulement quelques-unes parmi les plus utilisées actuellement en France et qui balayent largement le langage chez le jeune enfant, dans ses versants réceptifs et expressifs.

-L'**ELO**, élaborée par A. Khomsi est une batterie de référence qui évalue en six épreuves : le vocabulaire (réception et production), la phonologie (répétition de mots), la compréhension (compétences morphosyntaxiques de base avant la grande section, compétences morphosyntaxiques complexes et méta-discursives à partir de la grande section), et la production linguistique (répétition d'énoncés, production d'énoncés).

-L'**EINVALO Bébé** pour les enfants de **moins de 30 mois** est un outil de repérage précoce pour les enfants de moins de 30 mois, ainsi que des **enfants plus âgés avec peu ou pas de langage, ou en situation de handicap**. Il ne constitue pas en soi un élément de bilan mais plutôt d'observation afin d'orienter la prise en charge orthophonique. Il comprend un bilan très large, allant de l'anamnèse avec les parents, jusqu'à l'évaluation des gnosies. Il est adapté pour l'évaluation des capacités de communication et des troubles de l'oralité pour les enfants porteurs de **TSA non verbaux**.

-La N-EEL : constituée de 17 épreuves pour les enfants de 3 ans 7 mois à 8 ans 6 mois est un bilan des constituants formels du langage sur ses versants réceptifs et expressifs, ainsi que des processus cognitifs en jeu dans l'apprentissage du langage : la mémoire auditivo-verbales, les aptitudes opératoires concrètes et la fonction pragmatique du langage.

-L'**EINVALO-6** : batterie d'épreuves pour l'évaluation du langage oral des enfants de 2 à 6 ans, mise au point par des orthophonistes et des psychologues et à destination des orthophonistes.

Il en existe deux formes : la version « Petits » de 2 ans 3 mois à 4 ans 3 mois et la version « Grands » entre 4 ans 3 mois et 6 ans 3 mois.

Il existe de nombreux autres outils tels que l'EVIP (test du vocabulaire en image), le BEPL (examen du versant expressif), la CLEA (outil informatisé), la BILO.

Plusieurs éléments rendent leur passation peu adaptée aux enfants de parents migrants. Les variables sont essentiellement quantitatives, en dehors de l'EVALO-BB. Il n'est pas demandée la langue des parents de l'enfant, ni d'éléments sur le bain de langage qui permettraient une pondération des résultats. En cas d'allophonie, le seul recours est de réaliser l'examen en présence d'un interprète, qui par les processus de perte de données et d'inhibition qu'elle engendre, peuvent biaiser les résultats.

Socialement, elles sont destinées de manière implicite à des enfants francophones et de cultures occidentales. En effet, dans l'ELO par exemple, les vignettes dessinées utilisées pour l'exploration du champ lexical représentent des objets ou actions quotidiens de pays développés (brosse à dent, lit, téléphone...) dont les références peuvent manquer à l'enfant.

Toutefois, aucun test de langage ne peut être considéré comme totalement indépendant de variables culturelles. Toute interaction verbale constitue une situation chargée en significations sociales et affectives. En cela, la standardisation d'un test réfère à des normes d'usage linguistique dans la société, elle est susceptible de convoquer des registres variés.

2 L'évaluation des enfants bilingues

Comme nous l'avons vu, le bilinguisme des enfants de migrants est rarement additif et équilibré, mais plus souvent passif et soustractif, quand la 2^{de} langue est surinvestie, ce qui peut altérer le fonctionnement langagier dans les deux langues même si le français est dominant. Il est donc difficile d'évaluer un enfant bilingue dans toute sa complexité. Il n'est pas nécessaire que le sujet ait une égale compétence en deux langues pour être considéré comme bilingue, en effet une compétence orale suffit pour être considéré comme bilingue. L'évaluation du bilinguisme cible un niveau de compétence orale dans chacune des deux langues, par comparaison avec celui des monolingues d'âge équivalent, ce qui renvoie alors au modèle de développement linguistique(108).

Toutefois, la mesure de deux états monolingues distincts comporte un biais car il fait abstraction des implications psychologiques de la bilingualité. En effet, une double compétence langagière, ou bilingualité, implique une action interactive des deux systèmes linguistiques acquis. De cette interaction, découlent les connaissances et compétences cognitives spécifiques aux bilingues (meilleur développement des processus de contrôle cognitif, meilleure compétences métalinguistiques)(109).

Selon Moro(110) il existe un impératif à distinguer le type de bilinguisme et à évaluer les deux langues de l'enfant bilingue, pour comprendre les mécanismes du trouble du langage et établir un lien entre les altérations observées en chacune d'elles. Cela permet de distinguer ce qui découle d'une exposition à une langue « décontextualisée », et donc éloignée de la norme idéale, et ce qui relève d'un clivage culturel en s'exprimant par une vulnérabilité spécifique à travers un symptôme dans le langage.

2.1 L'ELAL d'Avicenne

L'équipe du centre de ressource transculturelle d'Avicenne a élaboré un outil d'évaluation langagière ayant pour but d'analyser les deux versants du langage des enfants de migrants et migrants : le versant **culturaliste**, par référence à la structure des langues et à l'expérience culturelle de chaque enfant, et le versant **universaliste**, se basant sur les processus cognitifs communs de traitement du langage.

L'évaluation langagière pour allophones et primo-arrivants (ELAL) (Annexe 1 et 2) se base sur plusieurs théories : celle de Bowerman (1994, cité par (109)) qui accorde une place majeure à l'environnement langagier de l'enfant, et considère que le langage se construit à la charnière des feed-back des adultes et des dispositions intrinsèques à l'enfant, et les comparaisons interlangues de Slobin (1985, cité par (109)) qui, dans ses études différencie les facteurs linguistiques et cognitifs d'acquisition du langage universaux, et les variables et contraintes qui pèsent sur le développement du langage.

a) Structure et passation

La structure du test permet d'obtenir trois sous-scores évaluant des secteurs bien circonscrits du langage oral (111): compréhension (32 points), production (32 points) et production de récits (36 points).

En compréhension : 32 points (Annexe 1) Des objets ou images représentant des objets servent à opérer des reconnaissances ou à exécuter des consignes simples (montre moi..., met le chien sous la table...). Cette partie sollicite la compréhension dans les registres lexicaux (lexique sur images, désignation de couleurs), sémantiques et morphosyntaxiques (qualification d'états ou de formes, localisation spatiale, énoncés à thème et prédicat).

En production : 32 points (Annexe 2) Des stimulus constitués par des objets ou images mobilisent de façon active les ressources linguistiques de nature lexicale (dénombrement, dénomination de couleurs, d'images ou d'objets), sémantique et morphosyntaxique (localisation spatiale).

En production de récit : 36 points L'ELAL comprend quatre suites séquentielles (histoires en images) mobilisant les compétences morphosyntaxiques de l'enfant. La première sert à valider la consigne (regarde bien, ces images racontent une histoire. Est-ce que tu veux bien me la dire ?) et les trois suivantes donnent lieu à une transcription qui sera analysée. La description de ces suites séquentielles implique une énumération d'événements et une analyse des liens qui fondent l'évolution de l'intrigue. Les opérations d'identification, de hiérarchisation et de mise en relation des parties du support imagé débouchent sur un récit dont la structure est prédéterminée par le séquençage des images et qui reflète la dynamique du développement linguistique. Cette mise en récit actualise les ressources morphosyntaxiques disponibles chez l'enfant, dont sa capacité à identifier un acteur, à lui attribuer des actions et à restituer ces actions dans leur ordre logique.

La passation peut être réalisée par des psychologues, pédopsychiatres, orthophonistes ou tout autre professionnel initié à la psycholinguistique, sans qu'ils ne soient nécessairement locuteurs de la langue ciblée. Par conséquent, les utilisateurs doivent s'appuyer sur des interprètes-traducteurs, préalablement sensibilisés à cette intervention, et qui doivent strictement et uniquement énoncer les

consignes. L'évaluateur doit également s'enquérir des particularités structurales de la langue ciblée, du contexte sociolinguistique de l'enfant de ses usages dans son environnement.

Les acquisitions en français sont quant à elles évaluées grâce à la passation de la N-EEL. Les auteurs combinent les résultats avec ceux de l'ELAL pour établir un profil langagier bilingue.

Dans tous les cas, la prise en charge orthophonique doit comprendre les **enjeux psychopathologiques et transculturels dans les troubles du langage** des enfants de migrants bilingues, qui nécessite un décentrage culturel et professionnel, délicat mais essentiel. La **formation des orthophonistes** à la clinique transculturelle, la supervision et la pluridisciplinarité sont des outils essentiels afin de permettre le développement de la créativité et des compétences liées à la situation de bilinguisme, et plus largement de la migration.

2.2 Outils thérapeutiques

Ce sont les outils les plus répandus pour favoriser la communication avec des enfants pour qui le seul langage oral ne la permet pas. Ils ne sont pas spécifiques dans la question du bilinguisme. Ils peuvent toutefois constituer un premier pas dans le développement de la pragmatique pour des enfants entravés dans la relation par le langage.

Le **MAKATON** est un Programme d'Aide à la Communication et au Langage, destiné aux orthophonistes et personnes Le public concerné est les adultes et enfants souffrant de troubles de la communication, TSLO ou trouble intégré dans un retard mental, TSA, polyhandicap, ou atteintes neurologiques. Il est constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes. Les signes et les pictogrammes offrent une représentation visuelle du langage, qui améliore la compréhension et facilite l'expression.

Le **PECS** (Système de Communication par Échange d'Images) est une méthode permettant de mettre en place une communication fonctionnelle auprès de personnes avec autisme ou ayant une incapacité de communication orale. Le Système de Communication par Échange d'Images a été développé en 1985 dans le cadre d'un programme pour enfants avec autisme du Delaware (USA). Ce système est proposé comme moyen de communication, à des enfants ne parvenant pas à utiliser un langage oral intelligible ou fonctionnel. Le PECS peut être enseigné par des professionnels (éducateurs, orthophonistes, psychologues, enseignants...) et des parents, dans tous les espaces sociaux de l'enfant.

B. Prévention et prises en charge

1 Promouvoir le bain de langage et le repérage précoce

L'acquisition du langage est un grand prédicteur de la réussite de l'enfant dans les apprentissages et dans sa vie sociale. Il est essentiel que tous les parents, même les plus démunis, puissent accompagner son développement optimal. Le comité permanent de liaison des orthophonistes/logopèdes de l'UE (CPLOL) a développé un poster qui regroupe les grandes étapes du

développement du langage chez les enfants de 18 à 54 mois, des conseils sur comment s'adresser à l'enfant selon son âge, ainsi que des signes qui doivent alerter le parent. (Annexe 3)

Il est disponible en 12 langues européennes, et nous n'avons jusqu'ici pas trouvé de traduction en arabe.

Le poster est en accès libre et largement diffusable afin d'être affiché dans tous les lieux de consultations du jeune enfant (PMI, pédiatre, médecin généraliste, crèche...).

L'objectif est de développer une **guidance parentale** à travers la prise de conscience de la question du langage chez le jeune enfant et des conseils pour des inputs langagiers adaptés.

1.1 Favoriser le dépistage des troubles du langage

Le CPLOL a également développé un outil d'évaluation rapide, destiné à toute personne intervenant auprès de l'enfant, visant à évaluer le développement de la parole chez les enfants de 18 à 54 mois (**Annexe 4**).

Les questions portent sur l'acquisition des capacités de développement de la parole et du langage, divisées en 4 domaines : interactions/activité/compréhension/expression. Il est disponible en 12 langues européennes et selon 3 tranches d'âge (18-24 mois, autour de 30 mois, autour de 54 mois).

L'objectif en est d'augmenter la prise de conscience des parents sur un éventuel retard de développement de la parole et du langage chez leur enfant, ce qui représente un risque possible de difficultés futures avérées du langage. Lorsqu'il y a plus de 2 réponses « non », la famille est invitée à consulter un professionnel.

1.2 Le Parler Bambin, un dispositif nantais

Le parler Bambin est un dispositif d'aide au développement du langage, inspiré du CCAS de Grenoble, dans 4 multi-accueil petite enfance (MAPE) de la ville de Nantes(112).

Il consiste en la mise en place d'atelier de langage au sein des MAPE pour les enfants repérés comme « petits parleurs » en groupe de 2 ou 3, à raison de 15 minutes 3 fois par semaine. Les petits parleurs sont repérés par un questionnaire réalisé auprès des professionnels à partir de 18 mois, puis reçus en consultation médicale pour remplir leur grille d'évaluation.

Les parents ne sont pas présents lors des ateliers mais sont impliqués par la présentation du « Parler Bambin » à l'inscription, l'exploration du langage de l'enfant sur le temps d'adaptation à la crèche, et le développement des échanges autour de ce sujet à l'arrivée et au départ de l'enfant.

Des prêts de livre ou de jeux adaptés au niveau de lecture des parents, des échanges de comptines sur CD ou USB en français et dans la langue maternelle, des échanges de support photos sont également effectués entre parents et professionnels du MAPE. Il propose également des « soirées livres » et animations médiathèques ponctuelles.

Il est constitué deux axes :

- Un accompagnement des professionnels de la petite enfance à la mise en place du dispositif, par deux demi-journées de formation par le Centre Recherche en Éducation Nantais (CREN) et la mise à disposition d'une « mallette » composée de fiches théoriques sur le bain de langage et son développement chez les enfants monolingues et plurilingues, des éléments du dispositif, des livres favorisant le développement d'aspect spécifique du langage, support d'activités, comptines... Ainsi que des fiches d'observations du langage et de l'enfant en atelier langage, et du suivi des ateliers.
- Une analyse des pratiques professionnelles avec un suivi longitudinal sur 3 ans, à l'aide de réunions de supervision mensuelles, de fiches d'auto-évaluation et des entretiens personnels sur leur rapport au « parler bambin » (apport professionnel, intérêt, difficultés rencontrées...).

Dans l'étude longitudinale effectuée sur les performances langagières des enfants ayant bénéficié du « parler bambin » ou non :

- Il n'était pas retrouvé de différences significatives sur les performances à l'ELO entre les deux groupes ;
- Les professionnels rapportaient une expérience formatrice et étaient plus sensibilisés aux questions du langage et de la langue maternelle ;
- Les enfants du sous-groupe plurilingue étaient moins performants dans le vocabulaire, dans la longueur des énoncés, et dans le niveau de communication global dans l'atelier et hors atelier ;
- Il était observé une meilleure progression dans tous ces domaines entre le début et la fin de l'année chez les enfants plurilingues que chez les enfants monolingues, majorée chez les enfants suivants l'atelier.

1.3 Promouvoir la langue maternelle

Il est fondamental de revaloriser l'image des langues maternelles en France et de se défaire des stéréotypes encore véhiculés sur le bilinguisme. Ainsi, **les parents et tous les professionnels de la petite enfance et de l'éducation en maternelle** doivent être sensibilisés à travers des points clés:

- Parler dans sa langue maternelle à son enfant assure la stimulation optimale du langage et renforce une identité culturelle cadrante et sécurisante.
- Le développement du langage de l'enfant et de sa sécurité affective sont de meilleure qualité lorsque les parents utilisent la langue qu'ils maîtrisent le mieux.
- Les enfants qui maîtrisent bien les bases de leur langue maternelle apprendront une seconde langue plus facilement.
- Il est préférable de bien apprendre une seule langue que d'entendre deux langues mal parlées et de mal les apprendre. Les enfants uniquement exposés à leur langue maternelle dans le milieu familial réussissent mieux dans les apprentissages que ceux dont la famille se force à parler la langue du pays d'accueil.
- Plus on adresse à l'enfant la langue maternelle à l'enfant, mieux c'est. Idéalement, il doit profiter d'une exposition fréquente et continue à sa langue maternelle pour en assurer le développement optimal.
- L'exposition précoce à deux langues ne cause pas à elle seule de retard de langage, et favorise même certaines compétences cognitives.
- L'enfant présentant une suspicion de troubles du langage doit être orienté vers des soins en orthophonie, même s'il est considéré par les professionnels comme allophone.

1.4 Favoriser l'intégration des enfants migrants à l'école

Dans leur article princeps de 2014, Di Meo, Sanson, Simon et Moro(83) font **8 Propositions pour mieux comprendre et mieux inscrire les enfants de migrants et leurs parents dans l'école de la République** :

1. Faire des classes à effectif réduit dans les zones à forte présence migrante, proposer un projet pédagogique qui intègre la diversité culturelle.
2. Favoriser une meilleure sensibilisation et formation des professionnels de l'école à la diversité culturelle et représenter cette diversité et égalité des langues à l'intérieur de l'école maternelle par des jeux langagiers et la reconnaissance de cette pluralité des langues par tous les enfants.
3. Permettre l'apprentissage des langues maternelles des enfants de migrants en périscolaire dès la maternelle pour favoriser l'apprentissage du français (langue seconde) et le « désir de langue » des enfants.
4. Permettre que les données des sciences humaines (linguistique, psychologie de l'enfant, anthropologie, ethnopsychanalyse) fassent partie de la formation initiale et continue des enseignants.

5. Favoriser les recherches sur l'adaptation de l'école à la diversité des enfants sur le plan psychologique, social et culturel.
6. Favoriser une politique de diffusion la plus large possible des recherches et publications en matière d'enfants de migrants.
7. Favoriser le développement des prises en charge pluridisciplinaire des enfants de migrants (pédiatrique, psychiatrique, juridique, scolaire).
8. Favoriser la participation des parents migrants à l'école ce qui suppose une reconnaissance de leur langue et de leur savoir.

2 Les centres de soins en Loire-Atlantique

2.1 La Consultations ressources en clinique transculturelle (CRCT) de Nantes

Le service de psychiatrie 4 propose en parallèle des soins de secteur un centre de ressource en clinique transculturelle (parcours de soins en **Annexe 5**). Ce dispositif fait relais à la consultation orientée vers la prise en charge du psychotraumatisme de Médecins du Monde née en 2001, dans la perspective d'un relais vers l'hôpital effectué depuis Janvier 2014.

Les bases théoriques de la CRCT repose sur les mêmes fondements que la consultation transculturelle d'Avicenne élaborée par M-R Moro, à savoir l'usage du complémentarisme qui propose un double discours et une double écoute, entre la psychanalyse et l'anthropologie, ainsi que l'expérience du décentrage et du contre-transfert culturel pour le thérapeute.

La CRCT propose:

- Des consultations pluridisciplinaires : consultations individuelles, en binôme et dispositif de groupe transculturel de seconde intention répondant aux indications suivantes :
 - Étiologies et symptomatologies directement liées à une migration traumatique (récente ou ancienne, celle du patient ou celle de ses ascendants) ou culturellement codées (Par exemple : Communication avec des êtres invisibles, trances, théories étiologiques culturelles comme la sorcellerie, la possession...);
 - Situations d'impasse thérapeutique liées aux différences culturelles ;
 - Oscillation ou errance entre système de soin occidental et traditionnel sans pouvoir élaborer de lien entre les deux systèmes.
- Un centre de ressource clinique ouvert aux partenaires sanitaires, sociaux, éducatifs et médico-sociaux (Formation et supervision afin d'analyser les multiples mouvements transférentiels et contre-transférentiels culturels)

La consultation est ouverte aux patients migrants, leurs enfants et petits-enfants individuellement ou en famille. Le recours à un interprète est fait si nécessaire.

2.2 Les autres centres de consultation en Loire-Atlantique

Le CRTA : le centre ressource des troubles des apprentissages propose un bilan diagnostic complet des troubles des apprentissages sur plusieurs semaines (parcours de soins en **Annexe 6**). Concernant les TSLO, le CRTA donne avec précision la qualité de la dysphasie ou de la dyslexie. Ce n'est pas une structure de prise en charge bien que des indications et orientations de soins soient posées. Actuellement, le centre reçoit peu d'enfants de migrants pour lesquels une souffrance psychique globale rajoute un caractère urgent.

Le CAMPS : est un centre de dépistage et de soins en rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux entre 0 et 6 ans. Les troubles à étiologies neurologiques bénéficient d'une prise en charge par le CAMPS. Les autres troubles sont réorientés après un bilan complet selon les situations vers une prise en charge en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), CMP, établissement médico-éducatif, prise en charge en libéral...

La PASS : La permanence d'accès aux soins de santé est une structure de prise en charge médico-sociale, dont l'objectif est de faciliter l'accès des personnes démunies sans couverture sociale. En pratique elle reçoit de nombreux migrants dans les mois suivants leur arrivée en France. Les troubles du langage chez les enfants n'étant pas une urgence médicale, ils ne sont que très rarement un motif de consultation. Il n'existe pas de dépistage systématique.

PARTIE II : RECHERCHE CLINIQUE

I. LES TROUBLES DU LANGAGE CHEZ LES ENFANTS DE MIGRANTS, CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET PARCOURS DE SOIN : UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION DE L'UNITÉ PETITE ENFANCE

A. Hypothèses et objectifs

Notre point de départ était la perception clinique que dans la population de l'Unité Petite Enfance (0 à 6 ans), le motif « trouble du langage » était une demande de soins particulièrement fréquente chez les enfants de migrants. Cette impression était étayée par les données de la littérature sur la vulnérabilité psychique des enfants de migrants et ses interactions avec le développement du langage, particulièrement en contexte de bilinguisme.

Nos hypothèses étaient que le motif « trouble du langage » était un motif plus fréquent chez les enfants de migrants, que chez les enfants de non migrants et que ces enfants présentaient des spécificités en terme de parcours de soins, de diagnostics et de troubles associés.

L'objectif principal était d'évaluer la fréquence du motif de consultation « trouble du langage » (TdL) pour des enfants de migrants au CMP et la comparer à celle des enfants de parents non migrants.

Les objectifs secondaires étaient :

- Définir des caractéristiques de notre population et identifier des facteurs de risque : âge, sexe, insertion sociale par le travail, rang dans la fratrie, pays d'origine, langue des parents, bilinguisme au domicile ;
- Donner la répartition des diagnostics des enfants consultants pour motif « trouble du langage » ;
- Identifier le parcours des soins pour ces enfants ;
- Mettre en avant les comorbidités et les retards associés ; troubles du sommeil, de l'alimentation, retards associés, troubles de l'attachement, autres pathologies psychiatriques ;
- Avoir une vision globale objective des troubles du langage sur l'Unité Petite Enfance et des partenaires de la prise en charge.

B. Méthodologie

Il s'agit d'une **étude observationnelle descriptive monocentrique rétrospective non contrôlée**.

1. Terrain d'étude :

Nous avons réalisé notre étude sur la population du CMP de l'Ile à Hélice, Unité Petite Enfance. Il s'agit d'une unité de secteur de pédopsychiatrie qui accueille les enfants de 0 à 6 ans. Le secteur couvre 14 communes du secteur sud-Loire (Ile de Nantes et Nantes Sud, Rezé, Bouguenais, Pont-Saint Martin, Saint-Sébastien-sur-Loire, Vertou, Les Sorinières, Saint-Aignan-de-Grand-Lieu, Bouaye, Brains, Saint Léger les vignes, Le Bignon, Port-Saint Père, Rouans).

La 1ère demande de consultation est un contact téléphonique avec un parent ou un responsable légal de l'enfant au cours duquel sont répertoriés : l'âge de l'enfant, la personne ou institution qui adresse l'enfant, le motif principal de la demande, les troubles associés.

Le 1er accueil consiste en un entretien infirmier avec un recueil de données exhaustif sur la situation familiale et sociale de l'enfant, son développement, le parcours de soin, les troubles présentés, les troubles associés, ainsi qu'une 1ère évaluation clinique. L'objectif de cet entretien est d'évaluer l'indication d'une consultation médicale ou psychologique au CMP, ou d'une réorientation vers nos partenaires. En cas d'indication de consultation, le degré d'urgence est précisé. Le professionnel qui reçoit l'enfant cote le diagnostic CIM-10 à la date de la 1ère consultation, même si plusieurs consultations d'évaluations sont parfois nécessaires pour coter le diagnostic. Les enfants de moins de 24 mois sont reçus directement en consultation.

2. Population

Nous avons consulté manuellement tous les dossiers d'enfants ayant eu un 1er accueil du 1er janvier 2015 au 28 février 2018

Les **critères d'inclusion** étaient :

- Un trouble du langage comme motif principal de la 1ère demande au CMP, spécifié par les termes suivants : « troubles du langage », « ne parle pas », « ne parle plus », « difficultés de langage/de parole », maintenu lors du 1er accueil
- Une indication de consultation au CMP suite au 1er accueil (ou consultation directe si moins de 24 mois)
- Au moins une consultation médicale ou psychologique ayant permis de poser un diagnostic CIM-10

Les **critères d'exclusion** étaient :

- Une affection neurologique, un trouble moteur ou un trouble auditif expliquant les troubles
- Un courrier ou contact de professionnel accompagnant la demande indiquant clairement une suspicion de Troubles Envahissant du Développement (TED) ou TSA, ou de retard global de développement

- Une suspicion des parents ou du responsable légal de Troubles Envahissant du Développement (TED) ou TSA, ou de retard global de développement
- Un enfant ne relevant pas l'unité Petite Enfance, soit plus de 5 ans et 6 mois ou 66 mois à la 1ère demande

Nous avons constitué 2 groupes :

- Un groupe Migrants M constitué d'enfants dont l'un ou les deux parents avaient vécu une migration, et d'enfants eux-mêmes nés à l'étranger et ayant vécu une migration pendant le développement du langage avant 5 ans.

Le groupe M était divisé en deux sous-groupes :

- Migration Récente MR : datant de moins de 10 ans avant la naissance de l'enfant
- Migration Ancienne MA : datant de plus de 10 ans avant la naissance de l'enfant
- Un groupe Non Migrant NM

3. *Recueil des données*

Un seul observateur a recueilli diverses données :

- La liste de tous les patients suivis en consultations sur l'UF Petite Enfance sur les années 2015 à 2017 a été transmise par le Département d'Information Médicale (DIM) du CHS Daumézon
- Le sexe, l'âge au 1er accueil, le rang dans la fratrie (avant et après la migration), le pays d'origine des deux parents, la langue parlée à la maison, la personne ou institution qui adressait l'enfant, la prescription d'orthophonie avant le 1er accueil, les troubles de l'alimentation et du sommeil, le travail des parents, le mode de garde étaient recueillis dans le dossier informatique du 1er accueil
- Le diagnostic CIM-10 était recueilli dans le dossier informatique
- Les troubles associés, les retards de développement associés, les contextes spécifiques, la prescription d'orthophonie à moins de 6 mois, les données du bilan orthophonique étaient recueillies dans le dossier médical informatique ou papier, ou directement auprès du consultant en cas de données manquantes
- L'évaluation de l'attachement et de l'observance était faite directement par les consultants de l'enfant.

4. *Analyse de résultats*

Pour l'objectif principal nous avons pris en compte la population globale d'enfants consultants au CMP.

Pour les objectifs secondaires nous avons pris en compte la population d'enfants consultants pour motif « trouble du langage ».

Nous avons exposé les résultats de cette étude dans différents tableaux et graphiques, regroupés entre les objectifs primaires et secondaires. Nous avons effectué des tests statistiques (Khi-2 et test de Fisher pour les variables de moins de 5 données) sur les données qui nous paraissaient le plus pertinentes.

C. Résultats

1 Objectif principal

1.1 Proportion et prévalence du motif de consultation « trouble du langage » :

Entre Janvier 2015 et février 2018, 401 enfants ont bénéficié d'une première consultation au CMP (suite à un 1er accueil ou une consultation directe). Parmi eux, 118 (29,43%) avaient un ou deux parents ayant vécu une migration, ou avaient eux-mêmes vécu une migration précoce (avant 5 ans).

| | NM | M (MA+MR) | Total | Proportion M |
|---------------------|------|-----------|-------|--------------|
| Motif TdL | 14 | 34 | 48 | 70,8% |
| Autre Motif | 269 | 84 | 353 | 23,8% |
| Total consultations | 283 | 118 | 401 | 29,4% |
| Prévalence TdL | 4,9% | 28,8% | 12,0% | |

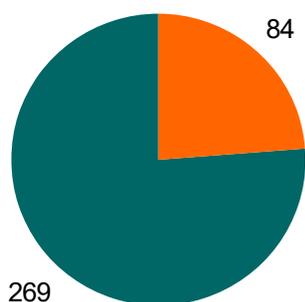
Au total, **48 enfants** (12,00%) consultaient pour TdL :

- La prévalence du motif TdL était de 28,81% dans le groupe migrants M (34 enfants sur 118)
- La prévalence du motif TdL était de 4,95% dans le groupe non migrants NM (14 enfants sur 283) (4,95%)

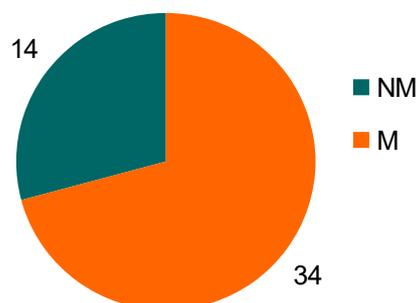
1.2 Répartition enfants de migrants M/enfants de non migrants NM

Dans les 1ères consultations au CMP

Tout motif sauf TdL



Dans les 1ères consultations pour TdL



Le groupe M représentait 70,83% des consultations pour TdL ;

Le groupe M représentait 23,80% des consultations pour un autre motif.

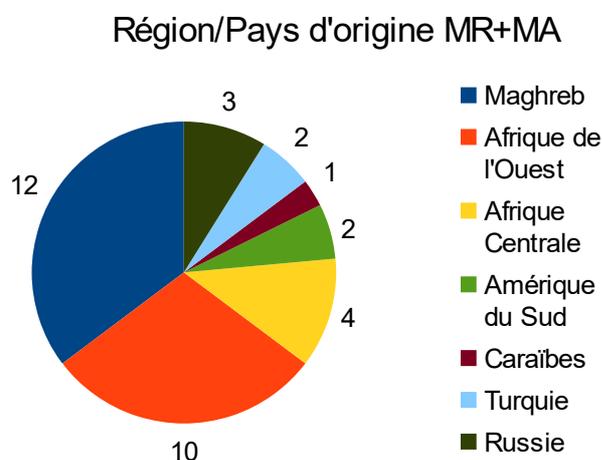
La proportion d'enfant de migrants consultant pour trouble du langage était **significativement supérieure** à la proportion d'enfants de non migrants pour le même motif ($p=0.0029$).

2 Objectifs secondaires

2.1 Caractéristiques de la population

a) Pays d'origine des parents et langues associées

| Région ou pays | MR | MA | Total |
|--------------------|----|----|-------|
| Maghreb | 11 | 1 | 12 |
| Afrique de l'Ouest | 5 | 5 | 10 |
| Afrique Centrale | 2 | 2 | 4 |
| Russie | 3 | 0 | 3 |
| Amérique du Sud | 1 | 1 | 2 |
| Turquie | 0 | 2 | 2 |
| Caraïbes | 1 | 0 | 1 |
| Total | 23 | 11 | 34 |



Douze enfants sur 34 avaient des parents originaires du Maghreb, 10 sur 34 originaires d'Afrique de l'Ouest, 4 sur 34 d'Afrique Centrale, 3 sur 34 de Russie, 2 sur 34 d'Amérique du Sud, 2 sur 34 de Turquie et 1 de Jamaïque.

Plusieurs pays étaient représentés dans les régions sus-citées :

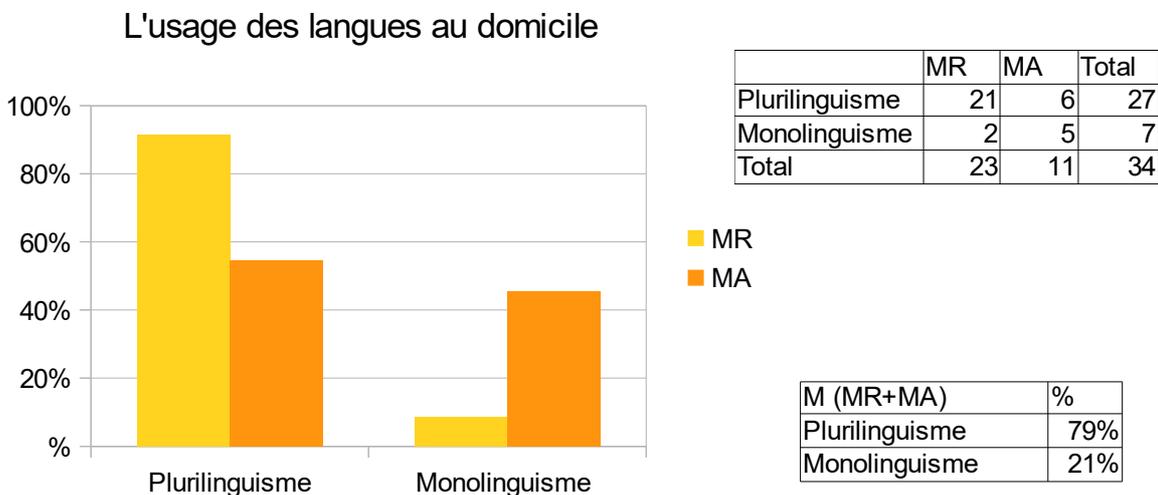
- Le Maghreb comprend : l'Algérie, le Maroc et la Tunisie ;
- L'Afrique de l'Ouest Hors Maghreb comprend : la Côte d'Ivoire, la Guinée-Conakry, le Nigeria et le Sénégal ;
- L'Afrique Centrale comprend : l'Angola, le Congo-Brazzaville ;
- L'Amérique du Sud comprend : le Pérou et le Brésil ;
- La Russie comprend également les républiques fédérées que sont le Daghestan et la Tchétchénie.

Les langues associées représentées dans notre population :

| Région d'origine | Langues représentées |
|--------------------|---|
| Maghreb | Arabe, Français |
| Afrique de l'Ouest | Soussou, Wolof, Peul, Anglais, Français |
| Afrique Centrale | Tchokwé, Portugais, Français |
| Amérique du Sud | Espagnol, Portugais |
| Caraïbes | Créole Jamaïcain, Anglais |
| Turquie | Turc |
| Russie | Russe, Tchétchène |

À noter que dans les pays du Maghreb, en Guinée, en Côte d'Ivoire, au Sénégal, et au Congo le français est représenté dans les institutions, notamment à l'école. Le Français n'était la langue maternelle d'aucun des parents migrants.

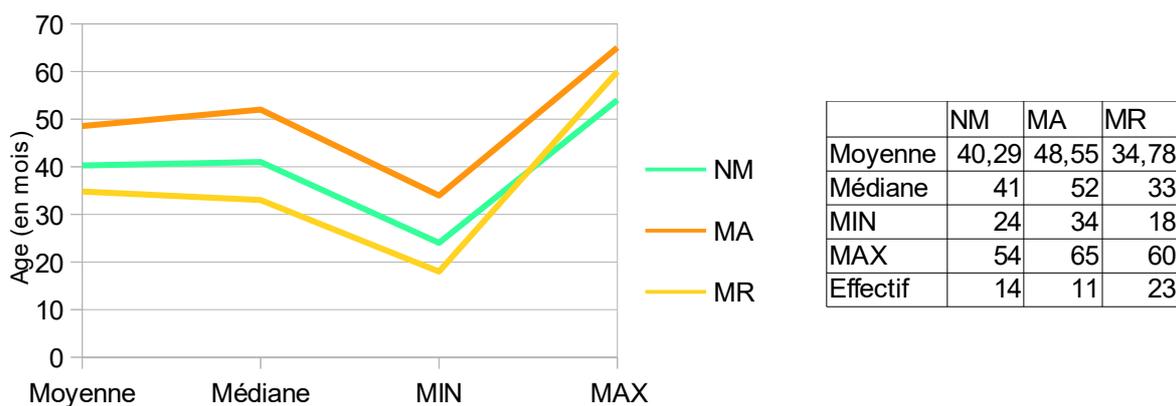
b) Les pratiques linguistiques à la maison



Sept enfants sur 34 (20, 59%) de la population totale des enfants de migrants M n'étaient immergés que dans la langue maternelle de leurs parents à domicile.

Il y avait significativement plus de plurilinguisme (en général langue maternelle de la mère/du père et français) dans le sous-groupe migration récente MR (21/23) que dans le sous-groupes migration ancienne MA (6/11) ($p= 0.023$).

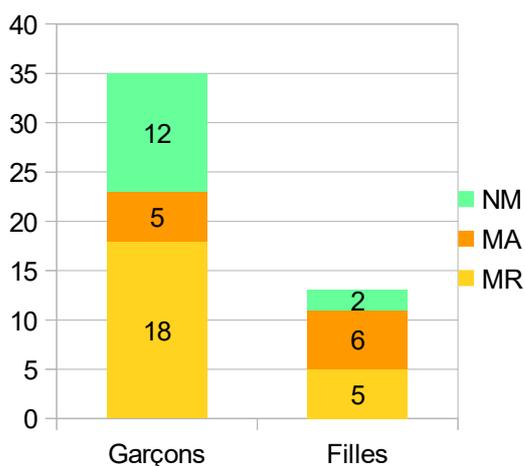
c) Répartition selon l'âge (en mois) à la 1ère demande



Les enfants du groupe migrations anciennes MA étaient les plus âgés à la 1ère demande.

Les enfants du groupe migrations récentes MR étaient les plus jeunes.

d) Répartition selon le sexe

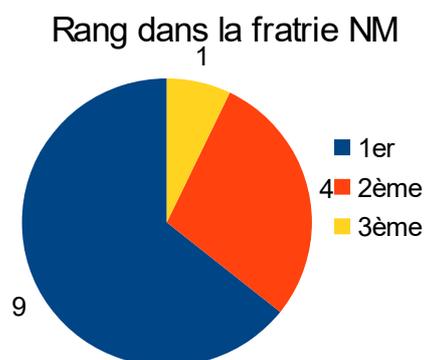
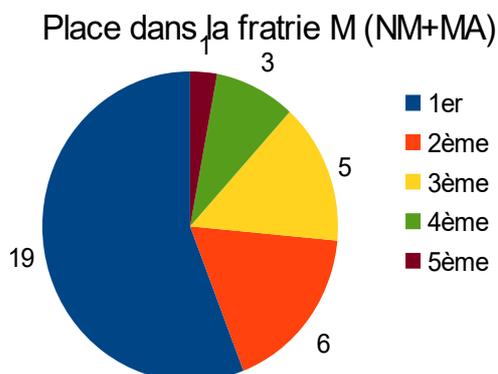


Il y avait une majorité de garçons consultant pour le motif troubles du langage (34/48).

Cette majorité de garçons était représentée dans les groupes migrants M (MR+MA) (23/34) et non migrants NM (12/14).

Dans le sous-groupe migration ancienne MA, les filles étaient majoritaires (6/11 contre 5/11).

e) Rang dans la fratrie



Il y avait dans toutes les populations une majorité d'aîné de la fratrie, 19 sur 34 (56%) dans le groupe M et 9 sur 14 (64%) dans le groupe NM.

À noter que 3 enfants du groupe M (1 du groupe MA et 2 du groupe MR) comptabilisés en 2ème et 4ème de fratrie étaient les 1ers nés après la migration.

f) Situation familiale

| | MR | MA | NM | Total |
|-----------------------|----|----|----|-------|
| Famille monoparentale | 8 | 4 | 1 | 13 |
| Famille biparentale | 15 | 7 | 13 | 35 |
| Total | 23 | 11 | 14 | 48 |

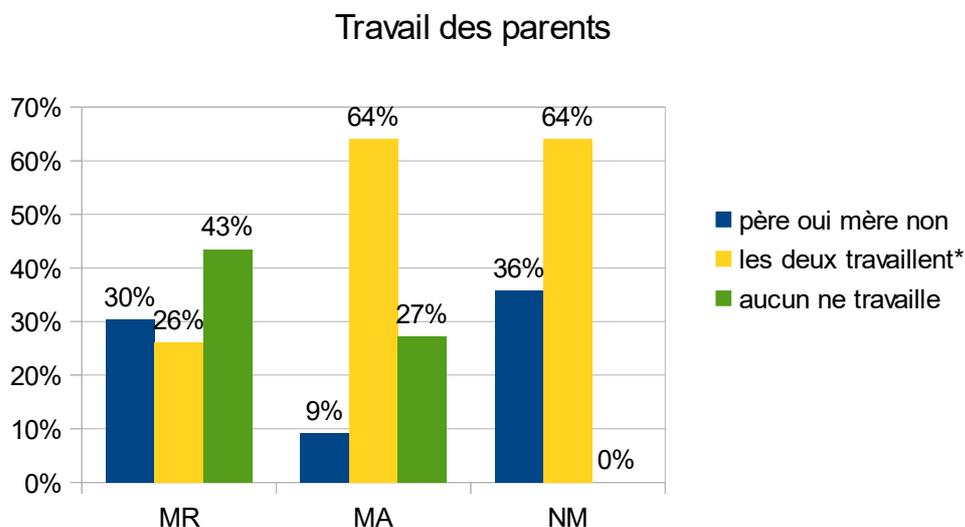
« Famille monoparentale » signifie que l'un des parents n'exerce pas son autorité parentale.

Elles étaient exclusivement représentées par des mères.

Un enfant MR de famille monoparentale était placé en foyer avec conservation de l'autorité parentale.

g) Travail des parents

Nous avons résumé dans le tableau ci-dessous la situation professionnelle des parents dans chaque groupe :



** tous les parents exerçant l'autorité parentale travaillent
Les mères monoparentales travaillant étaient dans cette catégorie*

La situation la plus fréquente dans le groupe MR était qu'aucun parent ne travaillait (43%). Sept sur 23 (30%) correspondait à une situation de famille monoparentale maternelle.

En 2ème position seulement le père (30%). La mère travaillait dans 26% des cas.

Dans le groupe NM, tous les parents exerçant l'autorité parentale travaillaient dans 57% des cas, et le père seulement dans 36% des cas.

h) Mode de garde avant l'entrée à l'école

Les données sur l'utilisation d'un mode de garde extérieur à la maison (MAPE, halte-garderie ou assistante maternelle) **effectif et régulier** (plus d'une demi-journée par semaine, chaque semaine) avant l'entrée à l'école maternelle sont répertoriées dans le tableau ci-dessous :

| Mode de garde | Oui | Non | TOTAL |
|---------------|-----|-----|-------|
| MR | 10 | 13 | 23 |
| MA | 7 | 4 | 11 |
| FR | 7 | 7 | 14 |

2.2 Répartition diagnostique des enfants consultants pour troubles du langage

a) Tableau récapitulatif

| Diagnostic | MR | | MA | | NM | | Total | |
|-------------------------|----|---------|----|---------|----|---------|-------|---------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| TSA | 8 | 35% | 2 | 18% | 3 | 21% | 13 | 27% |
| TSLO | 6 | 26% | 3 | 27% | 6 | 43% | 15 | 31% |
| TDNP | 5 | 22% | 2 | 18% | 3 | 21% | 10 | 21% |
| Mutisme sélectif | 3 | 13% | 4 | 36% | 0 | 0% | 7 | 15% |
| Autres | 1 | 4% | 0 | 0% | 2 | 14% | 3 | 6% |
| Total | 23 | 100,00% | 11 | 100,00% | 14 | 100,00% | 48 | 100,00% |

Tableau récapitulatif des répartitions diagnostiques des enfants

Nous avons répartis les diagnostics principaux de notre population d'enfants en 5 groupes d'après leurs cotations CIM 10.

Les **Troubles spécifiques du Langage Oral (TSLO)** comprenaient les diagnostics F80 :

- Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif (F801)
- Autres troubles du développement de la parole et du langage (F808)
- Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision (F809)

Les **Troubles du Spectre Autistiques (TSA)** comprenaient les diagnostics F84:

- Autisme infantile (F84.0),
- Autisme atypique (F84.1)
- Trouble envahissant du développement, sans précision (F84.9)

Les **Troubles du développement non précisés (TDNP)** comprenaient :

- Spécifiques Mixtes du Développement F83 concernent les enfants porteurs d'un trouble du langage et d'un autre trouble du développement (cognitif global, psychomoteur, psycho-affectif)
- Le Trouble du développement psychologique, sans précision F89.0 concernent les enfants présentant un retard global de développement, harmonieux ou non harmonieux.

La catégorie **Autres** comprenait :

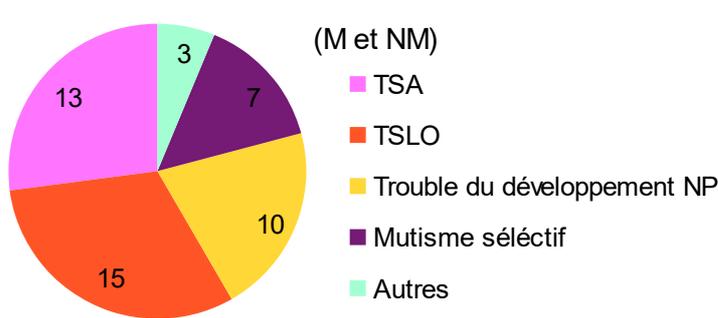
- Un diagnostic de Troubles Hyperkinétique et troubles des conduites F901
- Un diagnostic Autres troubles émotionnels de l'enfance F935
- Un diagnostic Anxiété généralisée F411

Le **mutisme sélectif** correspondait au diagnostic CIM 10 F940.

Nous avons encadré la catégorie diagnostique la plus retrouvée dans chaque groupe.

b) Répartition diagnostique dans la population totale

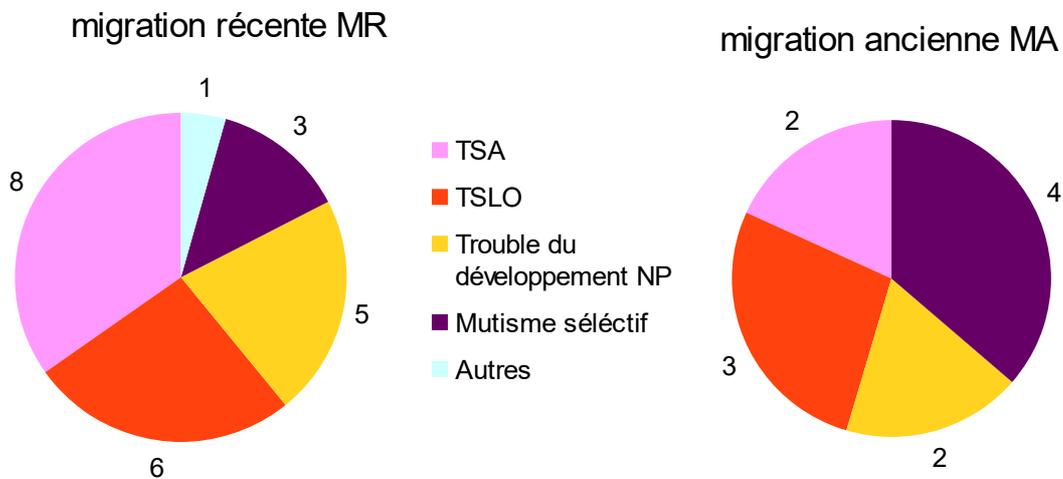
Répartition des diagnostics M+NM



| Diagnostic | n | % |
|------------------|----|---------|
| TSA | 13 | 27% |
| TSLO | 15 | 31% |
| TDNP | 10 | 21% |
| Mutisme sélectif | 7 | 15% |
| Autres troubles | 3 | 6% |
| Total | 48 | 100,00% |

Dans la **population globale** d'enfants consultant pour trouble du langage, la catégorie diagnostic la plus fréquemment retrouvée était celle des **TSLO** avec 15 enfants sur 48, suivie de celle des **TSA** avec 13 enfants sur 48. Venaient ensuite les troubles du développement non précisé avec 10 enfants sur 48, le mutisme sélectif avec 7 enfants sur 48 et les autres troubles (3 sur 48).

c) Répartition diagnostique dans la population d'enfants de migrants



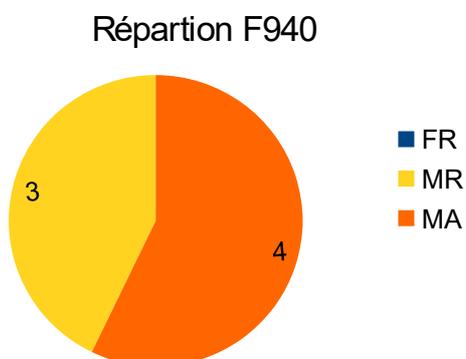
La répartition des diagnostics était différente dans les deux groupes, de manière non significative ($p=0,4$).

Dans le groupe migration ancienne MA, le diagnostic le plus posé était celui de **mutisme sélectif** avec 4 enfants sur 11, puis de **TSLO** avec 3 enfants sur 11, et à même niveau les **TSA** et les **TDNP** avec 2 enfants chacun.

Dans le groupe migration récente MR, la catégorie de diagnostics la plus représentée était celle des **TSA** avec 8 enfants sur 23, puis des **TSLO** avec 6 enfants, celle des **TDNP** avec 5 enfants, le diagnostic

de mutisme sélectif était posé chez 3 enfants et un enfant avait un diagnostic Autres troubles émotionnels de l'enfance.

d) Le cas particulier du mutisme sélectif



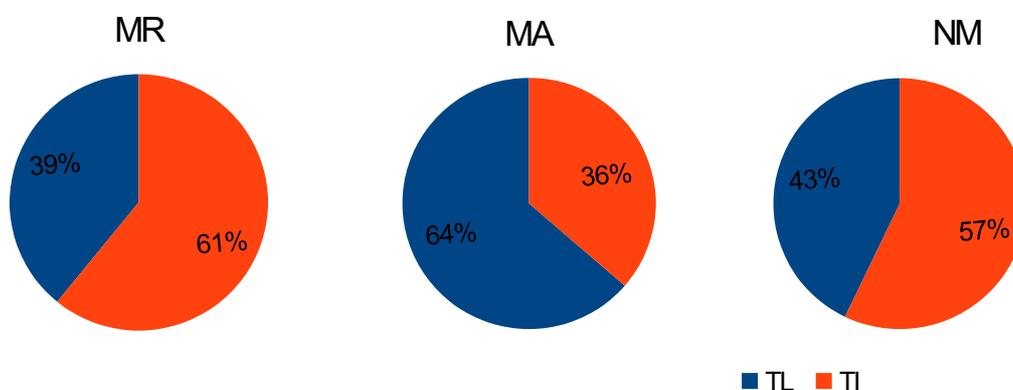
Le diagnostic de mutisme sélectif était retrouvé exclusivement dans le groupe migrants M, chez 3 enfants du groupe MR et 4 enfants du groupe MA. Parmi ces 7 enfants, 4 étaient des filles, 6 étaient les 1er de leur fratrie et 1 était le 1er né après la migration.

Quatre enfants sur 7 étaient élevés par leur mère seulement, 6 sur 7 n'avaient pas eu de mode garde avant l'entrée à l'école, 1 seule mère travaillait.

e) Correspondance à l'indication initiale

Etant donné le motif de consultation initiale de trouble du langage, nous avons séparé les diagnostics en 2 groupes :

- Trouble spécifique du langage (**TL**) qui comprend les TSLO auquel nous avons rajouté le mutisme sélectif



- Trouble du langage intégré à un autre trouble (**TI**) qui comprend tous les autres troubles

Dans le sous-groupe migration récente MR, 67% des enfants qui consultaient pour trouble du langage présentaient un trouble intégré dans un autre trouble développemental, contre 39% de troubles spécifiques du langage.

Dans le sous-groupe migration ancienne MA, 36% des enfants qui consultaient pour trouble du langage présentaient un trouble intégré dans un autre trouble développemental, contre 64% de troubles spécifiques du langage.

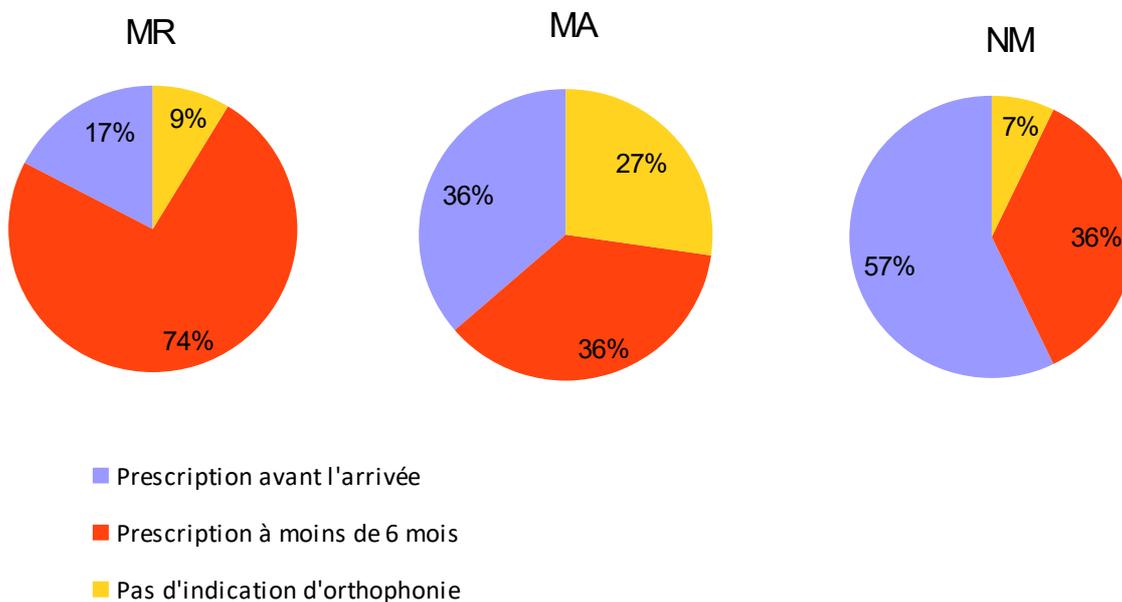
2.3 La place de l'orthophonie

Nous avons réparti les enfants selon trois indications :

- Ceux qui avaient déjà une prescription d'orthophonie à leur arrivée au CMP
- Ceux pour qui l'indication d'orthophonie avait été posée à moins de 6 mois du 1er accueil par le CMP
- Ceux qui n'avaient pas d'indication d'orthophonie, ni à l'arrivée ni à 6 mois de prise en charge.

| | MR | MA | NM | TOTAL |
|--------------------------------|----|----|----|-------|
| Prescription avant l'arrivée | 4 | 4 | 8 | 8 |
| Prescription à moins de 6 mois | 17 | 4 | 5 | 21 |
| Pas d'indication d'orthophonie | 2 | 3 | 1 | 5 |
| TOTAL | 23 | 11 | 14 | 34 |

Les répartitions dans chaque population sont résumées dans les graphiques suivants :



Dans le groupe migration récente MR, 4 enfants sur 23 soit 17% avaient déjà une prescription d'orthophonie à leur arrivée au CMP. L'indication d'orthophonie a été posée à moins de 6 mois pour 17 enfants sur 23 soit 74%. Enfin, seuls 2 enfants sur 23 ne relevaient pas d'une indication d'orthophonie à 6 mois de prise en charge.

Dans le groupe migration ancienne MA, la répartition entre les 3 indications est équilibrée : 4 enfants sur 11 soit 36% avaient déjà une prescription d'orthophonie à leur arrivée au CMP, idem pour le nombre d'indication d'orthophonie à moins de 6 mois et 3 enfants sur 11 soit 27% ne relevaient pas d'une indication à 6 mois de prise en charge.

Dans le groupe non migrants NM, plus de la moitié des enfants (8 sur 14 soit 57%) avaient déjà une prescription d'orthophonie à l'arrivée. Une prescription a été faite pour 4 enfants sur 11, et 4 autres n'en relevaient pas à 6 mois.

Afin de pouvoir effectuer le test du Khi-2 et montrer une différence statistique, nous avons regroupé les prescriptions en 2 groupes : Prescription d'orthophonie par le CMP (Prescr.)/Pas de prescription d'orthophonie par le CMP (Pas prescr.) :

| | MA | MR | NM |
|-------------|----|----|----|
| Prescr. | 4 | 6 | 9 |
| Non prescr. | 7 | 17 | 5 |

Il y avait significativement plus ($p=0.0217$) de prescription d'orthophonie par le CMP dans le groupe migrant MR que dans le groupe non migrant NM.

2.4 Les troubles associés

Nous avons regroupé les troubles associés aux troubles du langage, divisés en 4 catégories :

- Les troubles des fonctions instinctuelles : troubles du sommeil et de l'alimentation ;
- Les troubles de l'attachement : insécure évitant, insécure ambivalent ou désorganisé ;
- Les retards de développement associés : Retard Global de Développement (RGD) harmonieux et non harmonieux, retard en motricité globale et/ou fine, retard cognitif et retard du développement psycho-affectif ;
- Les symptômes associés : Les troubles des Relations Sociales Réciproques (RSR), les troubles du comportement (type colères, agitation, agressivité), l'anxiété de séparation (ou refus actif ou réactions manifestes à la séparation), l'anxiété sociale avec ou sans inhibition.

Les données sont résumées dans le tableau ci-dessous. Les pourcentages exprimés sont par rapport au nombre de sujets du groupe (23 pour le groupe MR, 11 pour le groupe MA, 14 pour le groupe NM, 48 au total).

| | | MR | | MA | | NM | | Total | |
|---------------------------------------|-----------------------------|------|-----|------|-----|------|-----|-------|-----|
| | | N=23 | % | N=11 | % | N=14 | % | n | % |
| Troubles des fonctions instinctuelles | Troubles du sommeil | 8 | 35% | 3 | 27% | 8 | 57% | 19 | 40% |
| | Troubles de l'alimentation | 14 | 61% | 3 | 27% | 6 | 43% | 23 | 48% |
| Retard de développement associé | RGD | 8 | 35% | 1 | 9% | 5 | 36% | 14 | 29% |
| | Motricité | 1 | 4% | 3 | 27% | 4 | 29% | 8 | 17% |
| | Cognitif | 2 | 9% | 1 | 9% | 2 | 14% | 5 | 10% |
| | Psycho-affectif | 2 | 9% | 1 | 9% | 2 | 14% | 5 | 10% |
| Troubles de l'attachement | Désorganisé | 2 | 9% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 4% |
| | Insécure ambivalent/anxieux | 3 | 13% | 3 | 27% | 7 | 50% | 13 | 27% |
| | Insécure évitant | 2 | 9% | 3 | 27% | 1 | 7% | 6 | 13% |
| Symptômes associés | Troubles du comportement | 7 | 30% | 3 | 27% | 7 | 50% | 17 | 35% |
| | Anxiété de séparation | 3 | 13% | 2 | 18% | 1 | 7% | 6 | 13% |
| | Anxiété sociale | 0 | 0% | 3 | 27% | 3 | 21% | 6 | 13% |
| | Troubles des RSR | 10 | 43% | 2 | 18% | 2 | 14% | 14 | 29% |

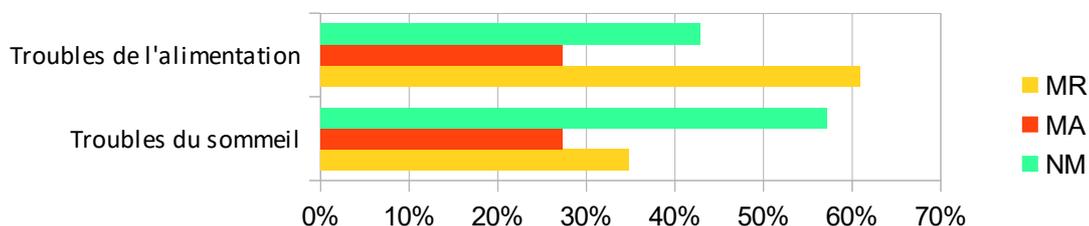
Exemple de lecture : 14 enfants sur 23, soit 61% des enfants du groupe migration récente MR présentaient des troubles de l'alimentation en plus des troubles du langage, contre 3 sur 11 (27%) dans le groupe migration ancienne et 6 sur 14 (43%) dans le groupe non migrant.

Le nombre d'enfants concernés par sous-groupe est résumé dans le tableau ci-dessous (exemple : si sur 2 enfants, 1 présente un trouble du sommeil et un trouble de l'alimentation et l'autre aucun, 1 seul enfant sera comptabilisé).

| | MR | | MA | | NM | |
|---------------------------------------|----|-----|----|-----|----|-----|
| Troubles associés | n | % | n | % | n | % |
| Troubles des fonctions instinctuelles | 15 | 65% | 5 | 45% | 10 | 71% |
| Retard de développement associé | 13 | 57% | 4 | 36% | 10 | 71% |
| Troubles de l'attachement | 7 | 30% | 6 | 55% | 9 | 64% |
| Symptômes associés | 16 | 70% | 10 | 91% | 12 | 86% |

a) Les troubles des fonctions instinctuelles :

Au total, **20 enfants sur 48** étaient concernés par des troubles des fonctions instinctuelles, 15 sur 23 dans le groupe MR, 5 sur 11 dans le groupe MA et 10 sur 14 dans le groupe NM.

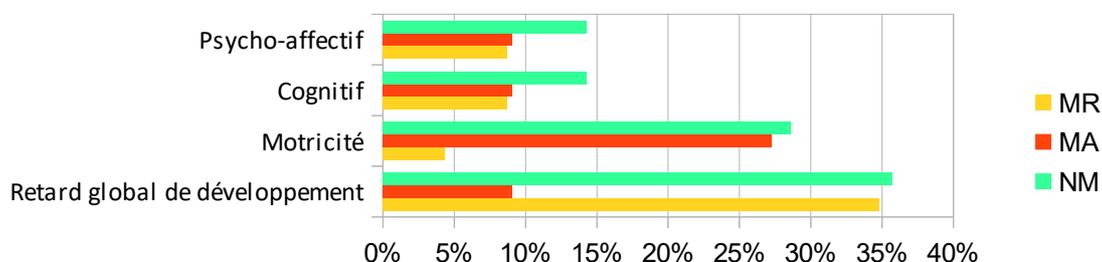


Quatorze enfants sur 23 du groupe migration récente MR (61%), 3 sur 11 du groupe migration récente MA (27%), et 6 sur 14 groupe non migrant NM (43%) avaient des troubles de l'alimentation, de type sélectif ou restrictif. Un enfant du groupe MR présentait une alimentation compulsive.

Huit enfants sur 23 du groupe migration récente (35%), 3 sur 11 du groupe migration récente (27%), et **8 sur 14 groupe non migrant (57%)** avaient des troubles du sommeil, qu'il s'agisse de troubles de l'endormissement, réveils nocturnes et/ou réveils précoces.

b) Les retards de développement associés

Au total, **27 enfants sur 48** étaient concernés par des retards de développement associés, 13 sur 23 dans le groupe MR, 4 sur 11 dans le groupe MA et 10 sur 13 dans le groupe NM.

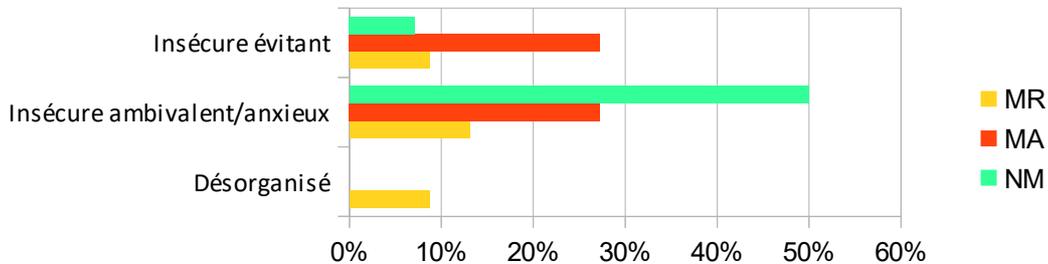


Huit enfants sur 23 du groupe MR (35%) présentaient un retard global de développement harmonieux ou non harmonieux, contre 1 sur 11 du groupe MA et 5 sur 14 (36%) du groupe NM.

c) Les troubles de l'attachement

Au total 22 enfants sur 48 étaient concernés par des troubles de l'attachement, 13 dans le groupe MR, 4 dans le groupe MA et 10 dans le groupe NM.

À noter que l'attachement n'a pas pu être coté du fait de la sévérité de leurs troubles du spectre autistique chez 5 enfants sur 23 du groupe MR et 1 enfant sur 14 du groupe NM.



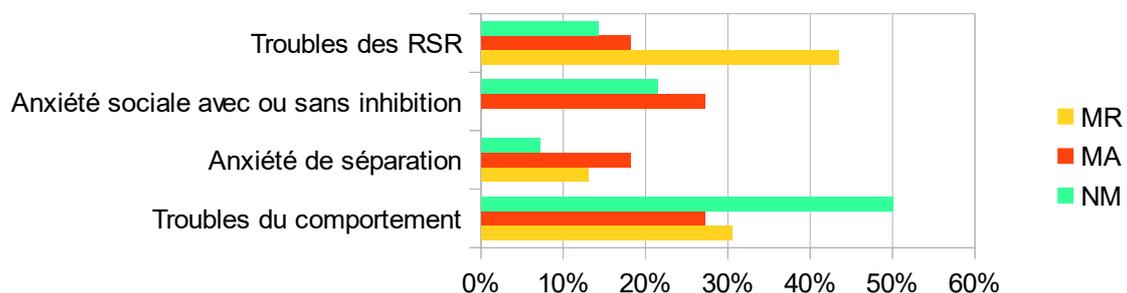
Il y avait significativement **moins de trouble de l'attachement insécure ambivalent anxieux chez les enfants de migrants** (3 sur 11 chez les MA et 3 sur 23 pour les MR) que chez les enfants non migrants (7 sur 14) ($p=0.0335$).

Le trouble de l'attachement type désorganisé n'était représenté que dans le groupe migration récente par 2 enfants sur 23.

Trois enfants sur 11 du groupe MA présentaient un trouble de l'attachement insécure évitant, 2 sur 23 dans le groupe MR et 1 sur 11 dans le groupe NM.

d) Les symptômes associés

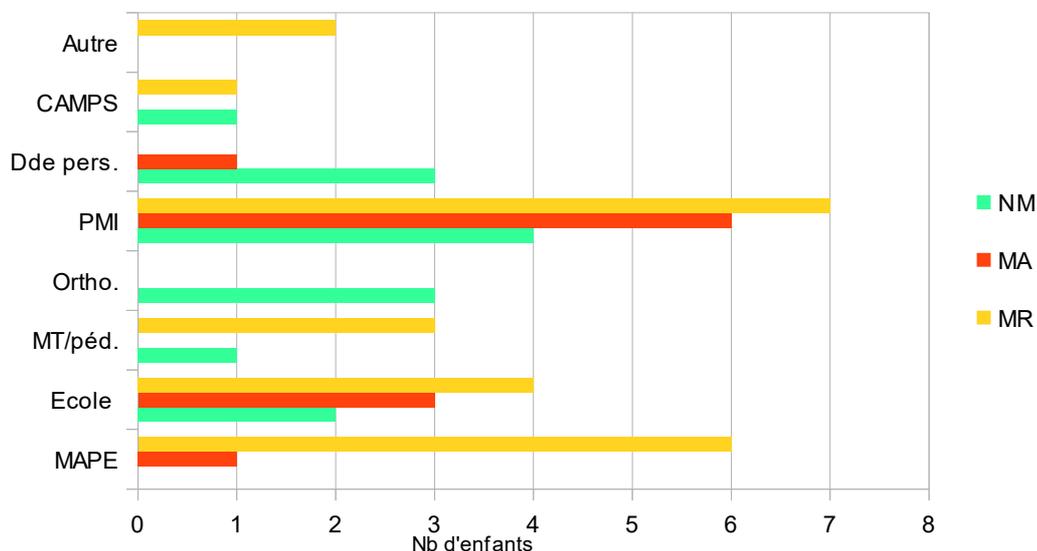
Au total, **40 enfants sur 48** présentaient divers symptômes associés aux troubles du langage ; 16 sur 23 dans le groupe MR, 10 sur 11 dans le groupe MA et 12 sur 14 dans le groupe NM.



Les symptômes associés les plus représentés dans le groupe MR étaient les troubles des relations sociales réciproques et intérêts restreints, et les troubles du comportement dans le groupe NM. La répartition des symptômes associés était équilibrée dans le groupe MA.

2.5 Provenance de la 1ère demande

Nous avons répertoriés dans le graphique ci-dessous les institutions ou professionnels qui nous avaient orienté l'enfant :



CAMPS = Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

Dde pers. = demande personnelle des parents ou du responsable légal

MAPE = Multi-Accueil Petite Enfance

MT/péd. = médecin traitant ou pédiatre

Ortho. = orthophoniste

PMI = centre de protection maternelle et infantile

Dans la catégorie « Autres », les 2 enfants du groupe MR étaient adressés respectivement par leur foyer d'accueil suite à un placement et le foyer d'hébergement d'urgence de la famille.

Les enfants du groupe migration récente MR étaient adressés dans l'ordre décroissant par : la PMI, leur MAPE, l'école, leur médecin traitant ou pédiatre, les foyers d'accueil et un par le CAMPS. Il n'y avait pas de demande personnelle ni par adressée l'orthophoniste dans ce groupe.

Les enfants du groupe migration ancienne MA étaient adressés par la PMI en 1er puis l'école. Il y avait une demande personnelle et une du MAPE.

Les enfants du groupe non migrant NM étaient adressés dans l'ordre décroissant par : la PMI, puis ex-æquo par demande personnelle et par leur orthophonistes, 2 par l'école, 1 par le médecin traitant et 1 par le CAMPS.

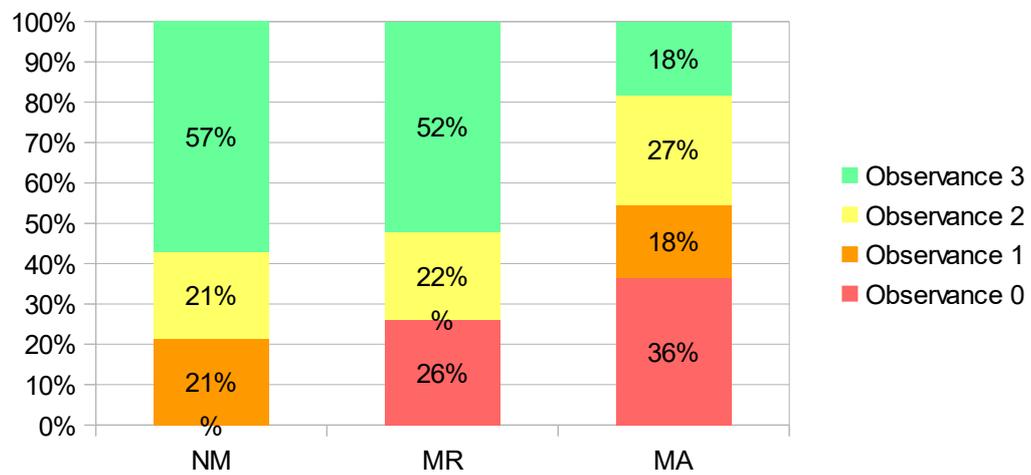
Au total, 17 enfants sur 48 soit 35% nous avaient été adressés par la PMI.

Les 6 enfants (soit 15% de l'effectif) adressés par leur MAPE étaient tous du groupe migrant (MR+MA).

2.6 Observance thérapeutique

Cotation de l'observance thérapeutique selon absence aux consultations ou prise en charge au CMP pour raison non urgente et/ou non excusée:

- 0 : Consultations manquées à plus de 50% ou arrêt des soins non motivé
- 1 : Consultations manquées fréquemment
- 2 : Consultations manquées occasionnellement
- 3 : Consultations manquées rarement ou jamais



D. Discussion

1. *Format de l'étude*

Notre étude était de faible niveau de preuve statistique, d'abord de par sa méthodologie ; rétrospective et descriptive, non contrôlée. Étant donné le choix monocentrique de l'Unité Petite Enfance (UPE) du pôle I03, la taille des effectifs était réduite. Au cours de la recherche clinique il nous a paru pertinent de différencier les migrations récentes des migrations anciennes, même si cela diminuait la taille des effectifs. En effet, les caractéristiques de ces deux sous-populations présentaient des spécificités de caractéristiques, de diagnostics et de troubles associés différentes. Les enjeux d'intégration et de transmission de langue maternelle ne sont pas les mêmes à l'arrivée dans un nouveau pays et plus de 10 ans après la migration.

Le recueil manuel des données, bien que minutieux, a pu être source de biais de mesure et de pertes de données, notamment sur le nombre d'inclusion.

2. *Objectif principal et population concernée*

Concernant l'objectif principal, notre impression clinique était de recevoir un nombre important de demandes pour troubles du langage chez les enfants de migrants, ce qui justifiait ce critère de sélection. Les résultats confirment cette hypothèse puisque ce motif concerne près de **30% des demandes des enfants de migrants**. Cette impression se majore depuis le début de l'année 2018, pour des enfants n'ayant pas encore été vu en consultation donc non inclus, ce qui correspond aux courants migratoires actuels.

Plus largement, la population d'enfants de migrants de notre CMP de 29,4% n'est pas le reflet de la population habitant sur notre secteur. Bien que nous n'ayant pas les chiffres actuels, le recensement de 2011 (données INSEE) rapportait en Loire-atlantique 114 500 immigrés (personne née étrangère à l'étranger et résidant en France, défini par le pays de naissance) soit 3,4% de la population, originaire principalement d'Afrique (44 %, dont un quart du Maghreb) et d'Europe (35 %). Ces chiffres questionnent sur **la vulnérabilité psychique particulière des enfants de migrants**.

3. *Observations sur le parcours de soin*

Concernant le motif de consultation « trouble du langage », au cours de notre recueil de données, nous avons pu constater que de nombreux enfants non migrants n'avaient pas été inclus car ils avaient présenté des troubles du langage avant leur orientation au CMP. En effet, ils avaient d'abord été orientés vers une rééducation orthophonique, les troubles du langage s'étaient améliorés et ils étaient ensuite adressés pour un autre motif au CMP. Ce parcours de soin est cohérent puisque l'UPE n'est pas une unité spécifique des troubles du langage mais une unité généraliste des troubles de la périnatalité et de la petite enfance.

À l'inverse, lors de recueil de données de patients initialement classés dans la catégorie « non migrants », nous nous sommes rendus compte que l'un ou les deux parents avaient un parcours migratoire, ce qui n'était pas forcément un élément pris en compte dans les soins.

Les enfants non migrants adressés pour des troubles du langage l'étaient souvent pour des troubles complexes, en particulier les enfants adressés par leur orthophoniste pour lesquels la rééducation n'était pas suffisante ou rencontrait un échec. La fréquence des troubles associés, et notamment le nombre significatif de troubles de l'attachement, en est révélatrice.

Nous faisons l'hypothèse que nos partenaires avaient tendance à adresser rapidement et en 1ère intention les enfants de migrants vers le CMP avant le bilan orthophonique devant un trouble du langage, du fait de la complexité globale de la situation et de l'intrication avec le bilinguisme, la vulnérabilité globale.

Cette hypothèse est confortée par deux faits:

- Les enfants de migrants récents étaient en moyenne plus jeunes que ceux des deux autres groupes au 1er accueil ;
- 74% d'entre eux nécessitaient un bilan et des soins orthophoniques, puisque prescrits par le CMP au début de la prise en charge, mais n'en avaient pas reçu dans le laps de temps d'attente. Cette proportion était significativement supérieure à celle des enfants non migrants qui n'étaient que 35% à avoir une indication d'orthophonie au CMP.

Le motif de consultation « trouble du langage » constitue pour le groupe d'enfants de migrants récents une porte d'entrée vers les soins et le diagnostic.

Dans tous les groupes, que l'indication soit posée par le CMP ou antérieure, la **rééducation orthophonique** est une prise en charge essentielle des troubles du langage, intégrés ou spécifiques. Seuls 2 enfants du groupe MR et 1 enfant du groupe NM n'en relevaient pas à 6 mois. La plus grande proportion de non-indication d'orthophonie dans le groupe MA (3 enfants sur 11) s'explique par les cas de mutisme sélectif, dont la rééducation orthophonique n'est pas le soin prioritaire s'il n'est pas associé à un retard de parole ou de langage.

4. Caractéristiques de la population

Le travail des parents était demandé pour qualifier l'**insertion sociale** en France et l'**utilisation de la langue française dans le quotidien**, ainsi que pour nous donner une indication sur le niveau socio-économique de la famille. Du fait du faible effectif de parents travaillant et du nombre de données manquantes à ce sujet nous n'avons pas jugé pertinent de les classer par catégories socio-professionnelles. Nous savons aussi que l'**isolement maternel**, renforcé par une absence d'activité professionnelle a un impact négatif sur les troubles du langage (103) et en particulier sur le mutisme sélectif. Chez les enfants de migrants récents, seules 26% des mères travaillaient contre plus de 65% dans les deux autres catégories.

Il y avait 8 **mères monoparentales** dans le groupe MR, dont 2 avaient migré seule avec leurs enfants et 3 avaient vécu des violences conjugales avec abandon du père de l'enfant ou fuite du domicile. Dans le groupe MA, 3 mères monoparentales sur 4 l'étaient suite à des violences conjugales,

tout comme la seule mère du groupe NM. Ces éléments rajoutent un **caractère traumatique et isolant** à cette situation.

Selon l'enquête famille et logement de l'INSEE en 2011, 30% des enfants de presque 3 ans étaient gardés par leurs parents avant l'entrée à l'école, les autres étaient gardés par une assistante maternelle ou en crèche. Les enfants du groupe MA correspondent à ces chiffres. Dans les groupes NM et MR, les enfants étaient plus gardés par les parents (50% et 56%). En cas de troubles des interactions précoces ou de psychopathologie parentale, nous faisons l'hypothèse qu'un mode de garde extérieur, surtout collectif, favorise le développement de la relation et le bain de langage, et dans le continuum le développement du langage.

Les **garçons étaient globalement majoritaires**, ce qui correspond aux données de la littérature sur les TSLO et les TSA. Dans le groupe MA, il y avait 6 filles sur 11 enfants, dont 3 avec un diagnostic de mutisme sélectif, trouble mixte comme nous le verrons ultérieurement (cf *Le cas particulier du mutisme sélectif*).

Enfin, plus de la moitié des enfants étaient les **1er de leur fratrie**, et cette proportion augmentait si on prenait en compte les 1er de fratrie après la migration, ce qui concorde avec les théories sur le concept d'**enfant exposé dans cette position**.

5. Répartition diagnostique

Au total, les TSLO étaient minoritaires dans le groupe migrants et ses deux sous-groupes. Les troubles spécifiques du langage étaient pour l'écrasante majorité décrits comme « **retard de langage et de parole** » portant sur des troubles de la phonation et de la morpho-syntaxe. Il n'y avait pas de diagnostic de dysphasie, toutefois le diagnostic différentiel avec une dysphasie phonologique ou phonologico-syntaxique reste à discuter et devra être réinterrogé selon l'évolution du langage de ces enfants.

Les troubles du langage étaient plus souvent **intégrés dans un trouble plus large du développement** dont le trouble du langage était le point d'appel. Ceci concorde avec les données de la littérature qui rapportent une plus grande fréquence des TSA chez les enfants de migrants mais pas des TSLO. Ces caractéristiques sont retrouvées dans les retards de développement associés et invitent à une prise en charge multidisciplinaire que permet la structure du CMP.

L'importante proportion de TSA chez des enfants initialement adressés pour trouble du langage dans le groupe MR confirme la position du CMP comme porte d'entrée vers les soins. Le **langage constitue le 1er point d'alerte** des parents et des professionnels. C'est également souvent la demande exprimée par les parents migrants de ces enfants TSA « quand est-ce qu'il va parler ? », et les 1ers mots constituent pour eux un signe manifeste de l'évolution positive.

Les TSA étaient, dans le groupe MR, **non spécifiés** pour 4 sur 8, autisme **atypique** pour 2 sur 8 et typique pour 2 sur 8. Un seul avait un bilan génétique révélant un Shank 3. Les 2 enfants du groupe MA étaient atypique et non spécifié. Les enfants du groupe NM étaient tous autistes typiques (3 sur 3). Ces données, bien que ne nous permettant pas de conclure du fait du faible effectif ($p=0,06$), peuvent nous interroger sur la qualité des TSA chez les enfants de migrants, leur intrication avec les troubles sévères du langage, et la vulnérabilité psychique de la migration. Ce sujet, avec un plus large effectif, pourrait faire l'objet d'une étude longitudinale, pour évaluer l'influence de ces différents fac-

teurs et éventuellement réinterroger le diagnostic différentiel avec une dysphasie pragmatique sévère après 6 ans.

6. Le cas particulier du mutisme sélectif

Le diagnostic de mutisme sélectif était **retrouvé exclusivement dans le groupe migrants**, chez 3 enfants du groupe MR et 4 enfants du groupe MA, ce qui rejoint certaines données de la littérature en faisant un trouble spécifique du phénomène de migration (103).

Parmi eux, 4 enfants sur 7 étaient des filles ce qui rejoint les données de l'étude d'Aubry (100) avec 50% de filles. Six sur 7 étaient les aînés de leur fratrie, et un cadet mais 1er de la fratrie après la migration. Ceci ne concorde pas avec les données d'Aubry (100) qui rapportait sur 30 cas 10 aînés de fratrie, 13 cadets, et 7 enfants entre les deux. Un seul des enfants avait eu de mode de garde avant l'entrée à l'école, le seul dont la mère travaillait. Ceci renforce les descriptions de la dynamique familiale des cas de mutisme sélectif avec une forte relation de dépendance entre mère et enfant, et un impact négatif de l'isolement maternel.

Aucun n'avait de retard de développement associé, un seul avait un retard de parole associé. Une anxiété sociale avec inhibition était retrouvée dans 4 cas sur 7, ce qui peut trouver une concordance avec la considération du mutisme sélectif comme un équivalent de phobie sociale avant 5 ans dans le DSM-V.

7. Les troubles de l'oralité

Dans le groupe MR, les troubles du langage étaient associés à 61% (14 sur 23) avec des troubles de l'alimentation, en grande majorité de type sélectif (12 cas sur 14). Ces troubles de l'oralité n'étaient pas uniquement retrouvés chez les enfants porteurs de TSA, dont on connaît déjà la sélectivité. Ils étaient moindres dans le groupe NM (43%) et MA (27%).

Le langage et l'alimentation ont à la fois une implication organique avec la sphère oro-faciale, mais également une dimension relationnelle parent-enfant à travers l'enjeu du nourrissage, et enfin une dimension culturelle dans l'adaptation aux habitudes alimentaires et le changement de cuisine à la migration, qui est un élément culturel prépondérant. L'analyse plus poussée de ces implications pourrait faire l'objet d'une étude à part entière.

8. Les troubles de l'attachement

L'attachement de type désorganisé n'était retrouvé que chez deux enfants avec un parcours de migration récente. Ils avaient tous les deux vécu un parcours migratoire traumatique, tout comme leur figure d'attachement principale. Ces éléments concordent avec l'hypothèse d'une « transmission du traumatisme » sous ce modèle (32), et avec celle du réaménagement psychique après une longue exposition traumatique et une détresse parentale associée. Ils étaient différenciés des enfants diagnostiqués TSA, même si leurs symptômes pouvaient s'en rapprocher.

La comorbidité des troubles de l'attachement insécurité ambivalent/anxieux avec les troubles du langage était significativement marquée dans le groupe non migrants. Cette association interroge

sur les liens entre langage et attachement. Certaines études rapportent également un risque deux fois plus élevés de présenter des difficultés comportementales ou émotionnelles chez les enfants porteurs de TSLO(91).

9. L'observance

Le choix de coter l'observance était guidée par l'impression clinique qu'il était parfois difficile d'accrocher certains parents migrants aux soins pour leurs enfants. Cette impression était aussi guidée par l'hypothèse de différentes lectures culturelles des troubles du langage et de la prise en charge nécessaire. Il en découlait un manque de compréhension réciproque entre nos systèmes d'interprétation.

Il apparaît dans le groupe MR que l'observance fonctionne en « tout ou rien », avec soit une observance totale dans plus de la moitié des cas (52%) mais qui se montre aussi très difficile ou entraînant un arrêt des soins dans un quart des cas. L'observance était beaucoup moins bonne dans le groupe MA, alors qu'il était attendu une meilleure connaissance du système de santé et une meilleure compréhension de ses codes.

Ces chiffres nous montrent les efforts que nous devons poursuivre sur l'évaluation de la compréhension et de l'utilité des soins. La prise en charge doit être accompagnée d'informations claires la concernant. Nous devons aussi nous interroger sur le système de lecture des parents et s'adapter à celui-ci afin de pouvoir garantir une continuité de prise en charge pour leurs enfants.

10. Travail de réseau

La provenance de l'orientation de l'enfant est révélatrice de notre travail de réseau. Notre principal partenaire était représenté par les PMI du secteur, que nous rencontrons autour de la consultation conjointe hebdomadaire puéricultrice du CMP/puéricultrice de PMI et lors de réunions trimestrielles sur différents thèmes. Les familles connaissent peu notre activité comme l'indique le seul enfant du groupe M venu sur démarche personnelle.

Peu d'enfants de l'étude nous étaient adressés par le CAMPS, malgré nos rencontres régulières. Ceci semble cohérent au vu de l'implication de troubles neurologiques des enfants pris en charge sur cette structure, qui était un critère d'exclusion de notre étude.

Les MAPE qui nous avaient adressé des enfants étaient plus spécifiquement celles avec qui nous avons un partenariat (à savoir celle de Nantes Sud) et dont les médecins étaient sensibilisés au « parler bambin ». Aucun enfant ne nous était adressé par la PASS, ni en relais de bilan par le CRTA. Il est possible que la communication sur nos activités ne soit pas homogène sur tout le secteur du CMP, que ce soit auprès des institutions ou des professionnels libéraux.

Cette étude constitue une première vision globale des enfants adressés pour « troubles du langage » à l'unité petite enfance. Il serait intéressant de recouper ces données avec celles d'autres CMP afin d'augmenter les effectifs et pouvoir établir des conclusions pour chaque sous-catégorie.

II. CAS CLINIQUES

Lina

Lina* C. est une petite de fille qui a alerté tôt ses parents car son langage ne s'est pas mis en place. En effet, à 18 mois, il n'y avait pas de babillage, peu de vocalises, et elle était peu sensible aux stimulations langagières de ses parents. La maman de Lina s'est particulièrement inquiétée dans le contexte de la fin de sa 2ème grossesse. Ils ont consulté un pédiatre qui a adressé Lina au CMP pour « retard de langage ».

Lina est donc l'aînée d'une fratrie de deux, son petit frère Mehdi* est son cadet de 18 mois.

Elle est suivie à la PMI et en rééducation orthophonique. Elle est accueillie en multi-accueil 3 jours et demi par semaine depuis ses 18 mois.

Nous recevons la mère de Lina en entretien (**Annexe 7**).

Le parcours migratoire

Madame C. est d'origine marocaine, arrivée en France en 2007, alors âgée de 15 ans, sur le motif du **regroupement familial** pour rejoindre son père déjà émigré. Sa mère est décédée brutalement d'un accident de la voie publique alors qu'elle avait un peu moins de 2 ans, à la suite de quoi son père est parti vivre en France. Elle a été élevée par sa grand-mère paternelle, devenue en 2007 trop âgée pour s'occuper d'une adolescente.

Son arrivée en France est décrite comme **brutale, sans repère**, elle reconnaît maintenant avoir été déprimée à ce moment-là, mais n'avoir à l'époque pas pu élaborer ce vécu. Ses 16 ans sont arrivés peu après sa migration et aucun établissement scolaire ne l'a acceptée du fait de son très faible niveau en français. Elle avait un fort désir de retourner au Maroc mais elle ne l'a pas exprimé, et cela aurait été de toute manière impossible. Elle a travaillé ponctuellement en grande surface jusqu'à sa 1ère grossesse.

Elle raconte s'être très peu exprimée dans cette nouvelle famille avec son père et ses sœurs cadettes, dont elle connaissait la filiation biologique mais pas affective. La migration en elle-même n'a pas été traumatique, puisqu'elle a pu arriver en avion et intégrer un foyer stable à son arrivée.

La langue maternelle et le choix de la transmission

La langue maternelle de madame C. est l'**arabe**, qu'elle maîtrise à l'oral et à l'écrit, et, malgré quelques cours à l'école, desquels elle n'a rien appris selon elle, elle n'avait jamais parlé français avant d'arriver en France. Elle l'a donc **appris par immersion**. Elle décrit son niveau actuel comme bon à l'oral et moyen à l'écrit, pour cela elle commence une formation de français en mars 2018. En parlant avec elle, nous nous rendons compte que la communication est peu fluide en français, qu'elle utilise probablement un **bilinguisme coordonné**, c'est-à-dire qu'elle associe une représentation à l'arabe puis en traduit l'unité lexicale en français, ce qu'elle confirmera. Il y a en conséquence une

* Prénoms changés en conservant une origine arabe

lenteur à l'élocution, des hésitations et des erreurs morpho-syntaxiques, mais la phonologie, le lexique et la sémantique sont bons. À la rédaction du dossier MDPH avec notre assistante sociale nous réalisons que madame est **analphabète en français**.

C'est en France qu'elle a rencontré monsieur C., le père de Lina, par une mise en contact. Il est d'origine italo-marocaine, et était arrivé en France quelques années avant elle et a donc bénéficié d'années de scolarité au lycée en France, après une scolarité en Italie. Il bénéficie d'un **trilinguisme consécutif arabe-italien-français**, et s'exprime en français avec un fort accent.

Le couple parle l'**arabe entre eux** mais ont fait le choix de n'adresser **que le français aux enfants**, voulant leur éviter les difficultés scolaires qu'ils avaient l'un et l'autre pu rencontrer à leur arrivée en France en tant qu'enfant allophone. Ils souhaitent que Lina apprenne l'arabe à l'école élémentaire lorsque son langage sera bien structuré, et craignent que cela soit source de confusion avant.

Par ailleurs, Madame ressent une **discrimination socio-linguistique** de la part de la crèche où est accueillie Lina, et lorsqu'elle parle en arabe dans les lieux publics « *on me regarde mal quand je parle arabe mais je m'en fiche* ». Elle a une **mauvaise image du bilinguisme précoce**, qu'elle pense partagée avec la crèche « *la crèche ils pensent que ce n'est pas bien, que si elle a deux langues c'est difficile pour communiquer avec les autres enfants* ».

Acculturation

Leur intégration en France semble s'être fait sur le modèle de la **biculturation**. Le couple intègre les deux cultures au travers de la réalisation de compromis. Ils maintiennent des éléments de la culture du Maroc : Madame peut citer la culture marocaine de manière générale ; à travers l'esprit de famille, de partage. Ils pratiquent l'islam. Ils ont choisi pour leurs deux enfants de prénoms issus des textes sacrés, tout en veillant à ce que ceux-ci soient « *noms faciles à dire en français et en arabe, facile à dire pour les autres enfants* » afin de faciliter leur intégration. Ils gardent vivante la langue arabe dans la maison et avec leur famille, mais ne l'adressent pas à leurs enfants. La cuisine est un mélange des deux pays, madame dit à regret que Lina n'aime pas la cuisine marocaine et qu'elle préfère les plats français, sans porc afin de respecter leur religion.

Dans leur quotidien, monsieur C. travaille dans un environnement francophone, madame C. s'occupe plutôt des tâches ménagères bien qu'elles soient partagées, des enfants, des transports de Lina et Mehdi à la crèche, aux soins de PMI et au CMP. Leur niveau de vie en France leur convient, même si « *cela peut toujours être mieux* ». Elle apprécie le niveau de sécurité, la qualité de vie, en particulier de l'éducation et des soins en France.

À la question de savoir ce qu'elle a envie de transmettre à ses enfants de ce qu'elle a appris de ses propres parents et du Maroc, Madame hésite, balbutie « la culture » mais ceci semble peu incarné. Elle souhaite une meilleure intégration pour Lina, qu'elle adopte pleinement les éléments de la culture française, quitte à s'éloigner de ceux du Maroc pour y revenir quand elle sera plus grande.

Observation clinique initiale de Lina

Nous constatons que Lina a très peu de langage (seulement 2 mots « papa » et « chaussure ») et pas de jargon. Ce retard s'intégrait dans un trouble des relations sociales réciproques ; elle ne

répondait pas à son prénom, il y avait quelques jeux d'imitation sans bruit, une absence de pointage, un faciès souriant non modulé, beaucoup de jets d'objets non adressés. La compréhension était également déficitaire avec la réalisation de seulement quelques consignes simples et accompagnées de gestes.

Elle présentait toutefois des regards, des moments de plaisir partagé, une attention conjointe possible bien qu'impermanente, et des jeux en alternance possibles sur stimulation. Il n'y avait de stéréotypies motrices ni d'accrochages sensoriels. L'endormissement n'était possible qu'avec la maman et l'alimentation sélective.

Le bilan du Brunet-Lézine effectué à 28 mois rapportait 6 des 10 épreuves des 20 mois et 2 des 10 épreuves des 24 mois réussites. Les épreuves échouées étaient celles comprenant avec une consigne uniquement verbale, les jeux d'imitation, la tour de cube. La coordination motrice, le maintien statural, l'équilibre et la motricité fine étaient de bonne qualité.

Une observation au multi-accueil relève que Lina « *ne joue pas, qu'elle appelle tous les adultes "maman", qu'elle gesticule sans mot ni regard lorsqu'elle souhaite un jeu, montre peu d'intérêt pour les activités proposées et les autres enfants. Elle peut manifester du mécontentement par des cris mais est majoritairement silencieuse et se montre autonome pour l'alimentation et l'installation pour la sieste.* »

Les bilans ORL, ophtalmologiques, neuropédiatriques et génétiques étaient tous normaux.

Interaction parent-enfant

Le couple fonctionne sur un modèle patriarcal; Madame C. est soutenue par son mari, mais l'accord tacite entre eux est qu'elle s'occupe des enfants tant qu'ils sont jeunes, elle est donc le principal partenaire actif des interactions précoces.

Tous les professionnels qui ont reçu Lina et sa maman ont été marqués par le **peu de communication verbale et non verbale** entre Lina et sa maman. Madame semblait douter de ses propres capacités à interagir avec Lina. Au début de la prise en charge, Madame C. ne commentait aucun de ses gestes, et s'adressait verbalement très peu à Lina. Madame C. n'utilisait pas de phrase, répétant essentiellement son prénom, avec une intonation peu modulée. Il y a avait également beaucoup de « bravo » y compris lors de situations qui ne les nécessitaient pas, ainsi que des **offres de réconfort par le portage sans explications** à la moindre frustration. Les **interactions comportementales et affectives nous semblaient donc globalement peu ajustées.**

Les soins de holding et de handling ne semblent pas avoir été l'occasion de difficultés pour madame C. Par contre bien qu'elle ait répondu qu'elle parlait beaucoup à Lina bébé, les input langagier nous semble avoir été de faible quantité. La relation semble également être médiée par les écrans puisque madame C. rapporte 1h30 d'écrans par jour, essentiellement des dessins animés en Français.

Relations aux soins

À la passation du questionnaire, la maman de Lina a coté les soins comme :*Très utile/Compréhensibles/Très accessibles*. Toutefois, de grandes difficultés d'observance ont entravé les soins. Suite aux 2 premières consultations médicales, le suivi au CMP et à la PMI ont été interrompus

pendant 6 mois. Le bilan psychomoteur et le suivi orthophonique ont également eu du mal à se mettre en place, avec plus d'une séance sur deux manquées, parfois justifiée après coup par un oubli. Ces soins sont portés uniquement par madame, bien que dans son discours, le père de Lina y soit favorable. Malgré les sollicitations des divers espaces de soins nous ne le rencontrerons qu'une fois au cours d'une réunion avec le multi-accueil de Lina.

Prise en charge et évolution

Rapidement après la reprise des consultations en Juillet 2017, un bilan psychomoteur et une prescription d'orthophonie ont été faits. L'intégration de madame C. dans le processus de soin, la **stimulation des interactions** verbales et non verbales avec Lina et la **guidance parentale** ont été des axes privilégiés des consultations médicales hebdomadaires.

C'est à la mise en place d'un **groupe parent-enfant** co-animé par une psychomotricienne et une psychologue à partir de janvier 2018 que madame a vraiment pu se révéler comme motrice dans l'initiative dans l'interaction avec Lina. L'observance y est également devenue bien meilleure.

Lina a évolué de façon spectaculaire à 8 mois de la reprise de soins réguliers, malgré les nombreux ratés. Le « non » puis le **langage combinatoire** sont apparus, et Lina associe désormais 2 à 3 mots avec regard et geste coordonnés. Il persiste un jargon adressé bien que souvent inintelligible, ce qui est une source de frustration pour Lina. Elle dit des mots **en français et en arabe**. Elle comprend quasiment toutes les **consignes orales** et répond à son prénom. À la crèche comme sur le groupe, Lina cherche la **relation sociale réciproque**, avec les adultes et les autres enfants. Des séquences de jeu d'imitation avec alternance sont possibles sur plus de 3 échanges. Le panel d'émotion est plus varié, et il y a du plaisir partagé dans la relation. Les difficultés de séparation avec la maman, ainsi que l'intolérance à la frustration avec jets d'objets persistent.

Le diagnostic de Trouble du Spectre Autistique initialement suspecté à l'arrivée au CMP est remis en question au profit d'un **retard de langage** comorbide d'un **trouble de l'attachement insécurité** type ambivalent/anxieux.

Lecture psychopathologique

Nous faisons l'hypothèse d'une carence dans les interactions précoces et notamment les interactions vocales expliquant les troubles de Lina. Ceci peut être expliqué par plusieurs éléments de l'histoire de madame C.

Cette première grossesse s'est déroulée dans un contexte de **vulnérabilité psychique** pour madame C., alors âgée de 22 ans. Cette vulnérabilité est la fois en lien avec **la perte du cadre culturel marocain** et avec **la double absence de sa propre mère et de sa « seconde mère » d'adoption**, sa grand-mère paternelle, pour étayer les premiers soins et répondre à ses questionnements sur sa propre enfance. Ce vécu d'insécurité a pu être source de doutes quant à ses capacités maternelles, et a pu entraver l'interaction comportementale et l'accordage affectif. Nous avons ressenti cette insécurité maternelle dans la prise en charge lorsque madame C. nous semblait inhibée et absente dans les soins, répondant à Lina par le portage et non le langage. Cette réponse peut expliquer le décalage entre le bon développement moteur de Lina et celui du langage.

Le **conflit entre sa langue maternelle, l'arabe et le français** qui a entraîné de **faibles qualité et quantité d'input langagier**. Dans l'histoire de madame C., sa langue maternelle a été une entrave à son intégration puisqu'elle lui a empêché l'accès à la scolarisation, valeur qu'elle place comme prioritaire pour Lina et Mehdi. Son rapport à l'arabe est ambivalent, à la fois dévalorisé en France, à la fois langues des affects, utilisé dans le couple et avec sa famille. Elle s'empêche de le parler à ses enfants alors même que son niveau de langage est bien supérieur à sa maîtrise du français. Ce dernier est au contraire survalorisé, comme la clé de l'accès aux apprentissages mais également de manière ambivalente puisque madame C. ne commence son apprentissage formel que 10 ans après sa migration. Le risque de ce type de bilinguisme à domicile est le développement d'un **bilinguisme soustractif**, qui entraîne un retard dans les deux langues et peut affecter le développement cognitif de l'enfant, en plus d'une mise à distance des relations parents-enfants et d'un sentiment d'exclusion.

Dans une **hypothèse transgénérationnelle**, l'âge des 2 ans de Lina correspond dans l'histoire de madame C. à la perte de sa propre mère et à l'abandon de son père. Tout d'abord, il peut constituer une période de réactivation de ces deuils pour madame C. qui affecte son intersubjectivité et ses capacités à penser et à transformer les angoisses de Lina (incapacité à assurer sa *fonction alpha*). Ensuite, cette absence de langage constitue un témoignage du mandat transgénérationnel, et de cette histoire douloureuse non-dite dont elle est porteuse en tant que 1er enfant de madame, qui accède avec Lina à la parentalité sans être elle-même parentalisée et accompagnée pour élaborer et effectuer ces deuils.

Le **dispositif groupal** a permis à madame C. assez de contenance et de sécurité pour qu'elle puisse entrer activement dans les soins et s'autoriser à se mettre en jeu dans sa relation avec Lina en notre présence. La présence de deux thérapeutes et de deux autres parents permet un support identificatoire mais également de projection suffisant pour que madame C. puisse déposer toute son ambivalence vis-à-vis des soins et plus globalement de sa maternité. La médiation par le corps, le jeu et la musique mise en place par les thérapeutes et soutenue par les autres parents vient réanimer la vie psychique des deux partenaires de la relation entre Lina et sa mère et ainsi stimuler l'interaction.

Le couple conserve la même position sur la langue à adopter avec les enfants, avec beaucoup d'espairs autour de l'entrée en petite section maternelle.

Jacob

Jacob¹ est un enfant de presque 5 ans au premier accueil en mai 2017. Il nous est adressé par une association qui s'occupe des mineurs isolés sur le territoire pour une régression de langage. En effet depuis son arrivée en France, il ne s'exprime plus que par **un jargon, ou des mots en écholalie** en anglais, parfois en français, et quasiment exclusivement à l'intérieur du foyer avec **un mutisme extra-familial**.

Jacob est l'aîné d'une fratrie de 2, son cadet Rafael¹ est âgé de 2 ans. Tout deux vivent dans un hébergement d'urgence avec leur mère, madame P. Il est scolarisé en grande section maternelle dans une école publique de Nantes.

Nous recevons madame P. en entretien (**Annexe 8**). Il se déroule en français avec par moment l'aide d'un traducteur en ligne en portugais.

Le parcours migratoire

Madame P. et ses deux enfants sont originaires d'**Angola**, en zone rurale de la région Lounda-Norte. Elle fait partie du **peuple Tchokwé**, principalement représenté en République Démocratique du Congo et en Angola. Dans son histoire, madame P. a été élevée par une tante paternelle, en présence de son père. Elle a été mariée à l'âge de 12 ans, avec un homme qu'elle ne connaissait pas en tant que 4ème épouse, et a dû quitter l'école à ce moment là. Elle est rapidement tombée enceinte de Jacob dont elle a accouché à domicile à l'âge de 13 ans, puis de Rafael à 15 ans, tout en occupant des emplois ponctuels dans la vente entre ses grossesses. Suite au décès de son mari en février 2017, les autres épouses ont accusé madame P., en tant que dernière épouse, alors âgée de 17 ans, d'être un *féticheur* et de l'avoir tué. Elle a été victime de menaces de mort et d'agressions physiques devant ses enfants aux funérailles. Elle n'a pas pu effectuer les soins rituels du veuvage.

C'est dans ce contexte qu'ils ont fui l'Angola, aidés par un ami de son mari, sans aucun contact avec le reste de sa famille. Ils ont pris un avion de l'Angola au Portugal. Une fois sur place, elle témoigne « *J'étais encore en danger au Portugal car il y a des enfants d'autres épouses de mon mari alors je n'ai pas voulu rester et je suis venue dans un endroit où je ne connaissais personne.* ». Elle ne raconte pas son parcours entre le Portugal et la France, seule avec ses deux enfants, disant juste qu'il a été « *difficile* ».

À leur arrivée en France, leur situation était inédite puisque Madame P. était à la fois **mineure isolée** sur le territoire français et **mère de deux enfants**. Ils ont été d'abord hébergés dans un centre d'accueil pour mineurs isolés, puis à sa majorité ils en ont été expulsés sans avoir obtenu de titre de séjour. Les démarches pour la demande d'asile ont alors commencés auprès du CADA comme pour les primo-arrivants, avec une perte de temps considérable. Ils sont actuellement hébergés depuis mars 2018 (après notre entretien) par le dispositif d'hébergements d'urgence 115 dans une commune à 20km de Nantes.

1 Prénoms changés en conservant une origine hébraïque

Madame P. décrit les événements à la suite du décès de son mari et la migration qui en a suivi comme **traumatiques**, du fait de leur **brutalité et de leur caractère d'effraction**. Elle évoque l'aide de l'ami de son mari comme un soutien précieux, toutefois de peur d'être retrouvée et elle-même victime de féticheurs (qui peuvent agir par personne interposée mais uniquement à faible distance) elle se contraint à un **isolement total de son entourage**. Cet isolement de toute personne ressource limite grandement les capacités de reconnaissance de son vécu, dont on sait que le défaut de support social et familial favorise la survenue d'une pathologisation du traumatisme.

La langue maternelle et le choix de la transmission

La langue maternelle de madame P. est le **Tchokwé**, langue bantoue de transmission orale du peuple Tchokwé, langue de ses deux parents et de sa tante. La langue officielle de l'Angola est le **portugais**, parlée à l'école et par toute sa génération. Sur le statut des langues et la volonté de transmettre sa langue maternelle, elle exprime que « *le Tchokwé non, c'est une langue traditionnelle, de vieux. Le portugais c'est la langue mère qui peut unir tous les jeunes, je veux lui apprendre. Le Tchokwé c'est trop difficile.* ». Jacob et Rafael, gardés par des tantes et cousines ont été immergés dans un bain de langage en portugais et en Tchokwé.

Madame P. s'est toujours adressée en portugais à ses enfants, jusqu'à leur arrivée en France, où elle a peu à peu intégré le français. Elle a rapidement acquis un niveau oral en français qu'elle qualifie de moyen mais qui lui permet de tenir toutes les conversations du quotidien, probablement facilité par la proximité de structure grammaticale et de lexique entre le français et le portugais. Son niveau de lecture est suffisant pour lire des histoires en français à Jacob. Elle est très désireuse de reprendre une scolarité en français, malheureusement du fait de sa situation, son inscription au lycée a été refusée en septembre 2017.

Jacob n'est plus du tout exposé au Tchokwé et ne l'a jamais parlé, mais il le comprenait en Angola, dans un bilinguisme simultané passif. Ses premiers mots sont apparus autour d'un an, en portugais, puis **le langage s'est développé normalement** d'après elle. Jacob bénéficie d'un plurilinguisme précoce. Il regarde des dessins animés et des vidéo-clips sur la tablette, en français et en anglais. Bien que trois langues sur quatre soient théoriquement actives, il s'exprime de moins en moins en portugais, ne dit que quelques mots en français à Rafael et à madame P. en dehors de la maison. Son langage en anglais est composé uniquement de mots ou courtes phrases stéréotypées que ni madame P. ni Rafael ne comprennent.

La **langue portugaise** a désormais un double statut, celui de langues des affects et des premières relations avec ses enfants mais aussi une **dimension traumatique**. Toujours dans la crainte d'être retrouvée et fétichée par des connaissances de son mari et de ses épouses, madame P. reste dans la **vigilance permanente de cette langue**. Lorsqu'elle l'entend ou croit l'entendre, elle fuit et s'interdit à elle-même et à ses enfants de le parler.

Par ailleurs, madame P. ne ressent aucune discrimination socio-linguistique en France. Au contraire, elle apprécie les efforts faits pour communiquer avec elle. Elle ressent une bonne image du bilinguisme de la part de l'école pour ses enfants, qu'elle partage : « *C'est bien de connaître deux langues, c'est une bonne chose. À l'école j'entends d'autres parents parler espagnol, ou des langues d'Afrique que je ne connais pas, je pense que c'est bien.* ».

Acculturation

Du fait de sa situation, madame P. vit ce que l'on pourrait qualifier de « stress acculturatif ». Sous la menace et la peur pour son existence et celle de ses enfants, elle a rompu tout lien avec sa culture d'origine, et refuse activement tout contact avec la communauté angolaise ou Tchokwé. La langue est devenue pour elle un vecteur de cette persécution. Elle n'a plus aucun contact avec sa famille, valeur pourtant fondamentale pour elle « Rafael est son frère et que ça passe avant tout ». Étant donné la brutalité de ce vécu, madame P. procède à un refoulement défensif « maintenant je refuse d'y penser, je vois le passé et je pense que tout est mauvais. Ça *ne s'est pas passé comme je voulais.* ».

Cependant, les **éléments culturels ancestraux des religions animistes** font partie intégrante de son fonctionnement psychique. Son quotidien est aussi, en parallèle de toutes les démarches institutionnelles françaises, rythmé par ces croyances et la peur qu'elles engendrent. La question de la transmission de valeurs familiales est teintée d'angoisses puisque le point essentiel est « *de ne pas accepter des choses qu'on ne connaît pas, de demander à maman d'abord car c'est peut-être un fétiche.* ».

Concernant le maintien des éléments de la culture angolaise à la maison, elle répond que « *la culture, c'est dans le sang, on ne peut pas l'oublier (...)* Je fais de la cuisine angolaise mais Jacob il n'aime pas, à part le riz et les haricots, ça il peut en manger tout le temps ». Madame P. est chrétienne évangélique et cela semble être un facteur protecteur même si elle ne peut se rendre à l'église « ...être un chrétien, Dieu c'est très important même s'il ne va pas à l'église il faut qu'il sache qu'il existe. ».

En France, elle n'a pour l'instant que peu de repères culturels, sans que cela soit le fait d'un refus, mais plutôt d'un **état confusionnel général** « *Je ne sais pas, ici je ne sors pas, je n'ai pas d'amis, pas de formation. Les gens sont gentils, ils m'aident.* ».

Observation clinique initiale de Jacob

Jacob est né à terme par voie basse à domicile, à priori sans souffrance fœtale, il a marché à 9 mois, n'a pas du tout alerté sur son développement. Il était déjà décrit comme un enfant calme et « dans son monde », mais qui ne semblait pas pathologique, avec une franche rupture avec l'état antérieur suite au décès de son père.

Au moment du 1er accueil ; Jacob ne s'exprimait que par un jargon, ou des mots en écholalie en anglais, et seulement à l'intérieur du foyer avec un mutisme complet extra-familial, il ne dit pas un mot de l'entretien. Il avait également des jeux solitaires et répétitifs (alignements de voitures), des troubles de l'oralité avec une forte sélection alimentaire par le goût plus que par les textures, ainsi que des troubles de l'endormissement et des angoisses à la nouveauté et au changement (par exemple, changement de vêtements, transition vers la cours de récréation). Au niveau moteur, il présentait des stéréotypies contrastant avec une bonne autonomie dans les gestes quotidiens et une absence de retard en motricité globale et fine. Son niveau cognitif était difficile à apprécier du fait des troubles de la relation.

Jacob à l'école

Jacob a été scolarisé dès son arrivée en France en février 2017. Son enseignante actuelle rapporte qu'il **n'utilise pas le langage comme moyen de communication**, mais seulement par quelques mots écholaliques. Pour exprimer une demande, il utilise une **communication non verbale**, par gestes et regards coordonnés. Dans sa relation aux autres enfants, il adopte deux comportements : soit l'entrée en relation avec des jeux d'imitation, soit le retrait. Jacob refuse quasiment systématiquement d'aller au regroupement où ont lieu les séances de langage, et les rituels en grand groupe. Il ne supporte pas les environnements bruyants comme la cantine.

Au niveau de ses compétences scolaires Jacob a une **mémoire très efficace** ; il connaît les chiffres, l'alphabet, les couleurs en anglais, appris avec la tablette, il est rapide et performant dans le comptage. Il sait décomposer son prénom, écrire tous les chiffres et les lettres. Toutefois, il est difficile d'avoir une vision globale de ses compétences. Il est proposé un maintien en grande section avec une aide humaine individuelle.

Interaction parent-enfant

Du fait de son très jeune âge, madame P. évoque un vécu d'étrangeté au moment de la grossesse et de **déréalisation initiale après l'accouchement** « *c'était bizarre, je ne comprenais pas ce qu'il se passait, que c'était mon fils* ». Elle a immédiatement été très étayée par la lignée féminine de sa famille paternelle, tantes et cousines qui ont effectué les soins primaires et lui ont transmis. Elle a alors pu entrer en relation avec son fils. Jacob a été gardé dès sa naissance par ce groupe de « comères ». Madame P. allaitait, et sa tante paternelle s'occupait des massages traditionnels. Elle-même s'est peu adressé à lui bébé, cependant le bain de langage était constant.

Aujourd'hui, malgré ses propres difficultés, madame P. nous semble avoir une **préoccupation maternelle ajustée**. Elle peut élaborer autour des troubles de son fils, et le reconnaît pleinement en tant que sujet, bien différencié d'elle. Elle décrit des périodes difficiles dans sa parentalité le week-end, alors qu'ils sont tous les 3 dans la chambre d'hôtel, avec la crainte de sortir. Elle est alors traversée par des moments de tristesse et de désespoir et n'est plus disponible pour les interactions avec Jacob, elle le laisse regarder la tablette longtemps dans ces moments-là.

Prise en charge et évolution

Malgré ses difficultés, et grâce à l'aide de son éducatrice du foyer pour mineur isolé, madame P. a bien investi les soins qu'elle estime comme *utiles/accessibles/compréhensibles*, l'observance est bonne. Elle a une lecture traumatique des troubles de son fils, et n'évoque pas de cause en lien avec ses croyances animistes. Pour elle, ils ne seraient pas pris en charge en Angola.

En consultation individuelle, le mutisme se lève rapidement après le début de la prise en charge en novembre 2017. Jacob investit immédiatement l'espace thérapeutique de la consultation, à laquelle il vient seul. Les premiers mots sont en anglais puis en français. Il se met à imiter, arrêtant ses alignements de voiture. La relation est soutenue par le plaisir partagé de jouer. Il interpelle l'adulte sans cesse d'un « regard », cherchant son appui, avec une **bonne attention conjointe**. Il pourra pendant quelques consultations mettre en scène son histoire, au travers d'une famille

d'éléphants ou le père ne cesse de tomber et disparaître, et la mère et deux enfants éléphants qu'il nomme spontanément de son prénom et celui de son frère, marchent sans cesse, sans but.

Un suivi orthophonique sur le CMP est alors proposé. Il y est également retrouvé une bonne attention conjointe autour de la sphère orale (bulles, micro, sifflets...). L'observation du langage le décrit comme principalement composé d'**écholalies**, tant différées qu'immédiates et d'un **jargon stéréotypé**, au milieu duquel reviennent des **néologismes identifiables et des mots en français et en anglais**. Jacob est expressif lorsqu'il parle. L'observation et le développement de la relation au fil des séances (autour de la lecture, de l'écriture et d'imitations vocales à partir d'un livre choisi par Jacob) permettent de constater que le jargon et les écholalies ont fonction de communication, que ce soit en terme de régulation comportementale, d'interaction sociale ou d'attention conjointe.

La passation de l'ELO est impossible du fait de la difficulté à répondre aux demandes de désignation et de dénomination où Jacob passera plutôt par le geste. Les mots ne présentent pas d'altération phonologique en français, il n'est donc pas identifié de retard de parole associé.

Depuis leur hébergement par le 115 à 20km de Nantes, madame P. fait les allers-retours chaque jour pour emmener les enfants à l'école et à la crèche à Nantes et y passe donc la journée à errer. Son humeur se dégrade nettement, tout comme ses angoisses d'être retrouvée par la famille de son mari dans cette position vulnérable. En parallèle, Jacob présente des troubles du sommeil et de l'alimentation majorés, plus de comportements de retraits et de stéréotypies, moins de communication verbale. Les jeux sont appauvris avec un accrochage aux apprentissages des chiffres, des lettres, où il se montre performant. Il reste demandeur du regard et du soutien de l'adulte qui doit sans cesse valoriser ses pages d'écritures.

Nous avons adressé la famille à la CRCT en parallèle d'une prise en charge individuelle pour madame P. et de celle de Jacob.

Lecture psychopathologique

Jacob a vécu des traumatismes répétés sur une courte période: le décès de son père, l'agression de sa mère devant ses yeux aux funérailles, le départ brutale d'Angola avec la perte du cadre culturel. Ceux-ci ont été accompagnés par une détresse et un isolement maternels. Il est possible qu'une **vulnérabilité** aie été **pré-existante** au vu de la description de Jacob mais madame P. décrit une rupture de communication brutale après le décès.

Les troubles du langage et de la communication sont intégrés dans une **altération globale de son développement**, accompagnés d'une accentuation du retrait social, une restriction de la gamme des affects, d'une impression de dépersonnalisation. Plusieurs éléments sont marqueurs d'une profonde insécurité avec augmentation de la vigilance comme les troubles du sommeil, l'hypersensibilité acoustique, l'intolérance à certains changements.

La symptomatologie n'est pas stricto sensu celle de l'ESPT de l'enfant, et se rapproche d'avantage de celle des TSA. Cependant, le panel des troubles faisant suite à l'exposition traumatique n'est pas réduit à cette expression, en particulier chez l'enfant en plein développement. On voit bien à quel point ses comportement de retrait relationnel et d'auto-stimulations sensorielles sont majorés par l'aggravation de l'insécurité de son environnement et la détresse de la base de sécurité, alors qu'à d'autres moments il peut investir la relation à l'autre et avoir accès à la sphère symbolique.

Nous n'avons pas d'éléments francs sur le type d'attachement qu'avait développé Jacob dans ses 1ères années de vie, avant sa propre exposition traumatique. Le très jeune âge de madame, de son mariage non consenti, les impressions initiales de déréalisation ont pu affecter négativement le rythme dans l'interaction mère-enfant et créer une zone de vulnérabilité. Aujourd'hui elle évoque toujours des quêtes de réconfort, ainsi que des offres de réconfort de la part de Jacob lorsqu'elle pleure. Cependant celles-ci ne sont pas systématiques, discontinues et ne surviennent pas toujours dans le même contexte.

Nous pouvons évoquer l'hypothèse d'un **trouble réactionnel de l'attachement de type désorganisé**, avec certains modèles internes opérants persistants du mode d'attachement préalable, mais qui se manifestent de façon fragmentaire. Dans ce type d'attachement, l'enfant vit une situation de « peur sans solution » désorganisée. Il ne semble ne pas avoir de stratégies adéquates et cohérentes pour gérer le stress. Face à cet état, la symptomatologie comportementale se rapproche de celle des TSA ; il peut demeurer pétrifié, évitant, avoir des stéréotypies, ou montrer simultanément des comportements contradictoires dont l'aspect le plus extrême est celui de la dissociation. Chez Jacob, certaines situations sont évitées systématiquement ou génèrent de la dissociation (le grand groupe, les situations bruyantes), alors que d'autres sont parfois pourvoyeuses de réactions d'angoisses, et parfois non (ex : les courses), de façon non prévisible par madame P.

En parallèle, le rapport à la langue maternelle, vecteur à la fois des affects maternels et de menaces (passées en Angola, présentes en France) est profondément affecté. Jacob a investi le français, la langue de l'école et l'anglais, langue de la tablette. Cette dernière est dépourvue d'affect et n'engage pas à la communication ni à la relation. La tablette représente aussi une alternative défensive face à l'effondrement maternel, lors des longs moments de regroupements tous les 3. Jacob surinvesti des connaissances purement cognitives par le langage (chiffres, lettres, mots appris par cœur) sur un mode opératoire. L'accrochage à ces apprentissages peuvent aussi être lus comme une pulsion épistémophilique, en lutte contre son effondrement et sa désorganisation psychique. **La fonction pragmatique du langage est très altérée** et essentiellement investie par son propre langage fait de jargon et néologismes.

La poursuite des soins est indispensable pour Jacob. Les consultations et la rééducation orthophonique lui permettent de développer de ses compétences relationnelles et cognitives, ainsi que la réappropriation du langage. Seule l'observation de son évolution nous permettra de statuer sur l'épineuse question diagnostique dans ce contexte traumatique. Cependant, cette nécessité des soins est indissociable de celle d'un environnement physique et affectif sécurisant. Malheureusement, la situation de la famille reste à ce jour extrêmement précaire. Pour l'avenir, madame P. souhaite le voir bien grandir et s'autonomiser « [...] *l'aider à passer ses peurs. L'aider à être sans moi et à pouvoir dormir tout seul. Avoir une bonne formation, des études. Être un bon exemple pour Rafael. Il aime la musique alors peut-être faire de la musique... Qu'il grandisse ici comme tous les enfant.* ».

Anna et Alekseï

Aleksei et Anna² sont deux jumeaux adressés au CMP par la PMI à l'âge de 3 ans et 5 mois pour **retard de langage**. Ils sont les 1ers et les seuls enfants de leur fratrie. Ils sont nés à 36 SA par voie basse sans souffrance fœtale. Ils vivent avec leurs parents, qui travaillent tous les deux. Alekseï présente également des difficultés de comportement: des colères à la frustration, un retrait relationnel, des troubles du sommeil, et Anna des troubles alimentaires.

Nous rencontrons madame M., la mère des jumeaux, en entretien (**Annexe 9**).

Le parcours migratoire

Madame M. a vécu plusieurs parcours migratoires. Elle est née à Saint-Pétersbourg qui se trouvait alors en **URSS**. Au début de la chute de l'URSS en 1990, madame M. âgée de 10 ans, sa mère et son père adoptif, de confession juive, migrent vers **Israël**. À leur arrivée, du fait de conflits géopolitiques, ils doivent renoncer à la nationalité russe, qu'elle n'a toujours pas récupérée à ce jour.

Tout le reste de sa famille, dont celui qu'elle nomme « père biologique » reste en URSS. Sa sœur cadette naît en Israël. Madame M. explique par une très forte rivalité latente avec sa sœur, ainsi que des tensions permanentes non liquidées avec sa mère un besoin de s'extraire du milieu familial. À l'occasion de vacances en Italie, elle fait la rencontre de monsieur M., français. Ils gardent contact puis elle le rejoindra en France à 23 ans. Ils se marient rapidement afin qu'elle puisse obtenir un titre de séjour.

La langue maternelle et le choix de la transmission

La langue maternelle de madame M. est le **russe**. Elle bénéficie d'un **bilinguisme consécutif tardif en hébreu** à l'arrivée en Israël. Elle se souvient avoir traversé une phase de mutisme et d'observation à son entrée à l'école, puis avoir commencé à parler au bout d'une semaine environ. Elle a parlé et parle toujours russe avec sa famille, en Israël et en Russie. Il n'y a jamais eu d'hébreu au domicile.

Elle a présenté des **troubles du langage dans l'enfance** pour lesquels elle a passé plusieurs dans une « classe maternelle orthophonique » intensive en URSS. Monsieur M. est né en France et sa langue maternelle est le français, il a appris l'anglais à l'école.

La langue de la rencontre avec son mari est l'anglais, mais dans laquelle elle n'a jamais réussi à avoir un niveau satisfaisant (juge son niveau comme moyen) et qu'elle parle désormais très peu. Elle a appris le français en arrivant en France, qui est désormais la langue du couple et qu'elle dit maîtriser « à 80% ». Elle décrit être passée d'un bilinguisme coordonné à un bilinguisme simultané avec les années. Cela s'est fait au détriment du russe qui est passé du statut de langue dominante à langue dominée, avec parfois des hésitations, un manque du mot. Madame M. précise avec amusement qu'elle possède un « 5ème langage » hybride de russe et d'hébreu qu'elle a fait émerger et utilise toujours avec son groupe d'amies russes en Israël. Les **3 langues actives** (russe, hébreu,

2 Prénoms changés en conservant une origine russe

français) de madame M. sont **très éloignées entre elles**, que ce soit grammaticalement, dans le lexique, et n'ont aucune transparence orthographique, aspect complexifié par 3 alphabets différents.

Monsieur et madame M. sont en **désaccord sur les langues à adresser aux enfants**. Monsieur M. soutient fortement l'apprentissage du russe pour les enfants, ce que souhaite aussi théoriquement Madame M., dans le désir de leur transmettre sa langue. Cependant, elle se sent parfois forcée de parler russe (sans pouvoir définir quelle est la part des pressions de son mari et de sa propre culpabilité) alors que le français lui vient spontanément. Il lui paraît plus simple pour les gestes de la vie quotidienne, les consignes aux enfants. Monsieur M. refuse l'hébreu par peur que cela rende les enfants confus, alors que madame M. aurait souhaité leur introduire cette langue.

Lorsqu'Alekseï et Anna étaient bébés, elle se forçait à leur parler russe, puis a traversé une phase de blocage lorsque leur langage a finalement émergé, en français. Nous pouvons envisager que son langage adressé en russe aie une **dimension opératoire**.

Acculturation

Madame M. partage sa vie avec un français d'origine française. On peut parler d'assimilation, car elle a pleinement adopté les éléments de cultures françaises. En parallèle, le maintien d'éléments des cultures russe ou israélienne dans son quotidien est conflictuel, en particulier autour de la question la transmission. Monsieur M. n'accepte pas ses choix de comptines en hébreu, et elle même se trouve en difficulté avec les contes russes qu'elle trouve trop compliqués, mal structurés, et qu'elle réinvente au fil de ses lectures aux enfants, en même temps qu'elle les traduit. D'ailleurs, des éléments auxquels elle est attachée dans ces deux pays, elle citera essentiellement, en plus de la langue russe et la cuisine israélienne, la **dimension relationnelle** de leur ressortissants: la simplicité et la chaleur humaine russes, l'ouverture d'esprit en Israël.

Les prénoms des deux enfants devaient être « *russes, mais qu'on peut dire avec un accent, pas typiquement français. Facile à prononcer pour mes parents russes et aussi ici en France.* ».

Interaction parent-enfant

Madame M. décrit l'entrée dans le monde de la parentalité comme brutale « *Comme c'était des jumeaux, j'avais l'impression de faire du travail à la chaîne, c'était dur à gérer. J'étais épuisée, trop sensible, j'ai perdu mon lait à la suite de la venue de ma mère et j'ai du arrêter l'allaitement. Je ne sais pas si c'est ça qu'on appelle la dépression mais j'étais très mal. Il y a eu un gros conflit dans la famille à partir de là.* ».

Sa mère est en effet venue lui rendre visite depuis Israël pendant plusieurs semaines après l'accouchement. Alors que la présence des mères et co-mères, particulièrement en situation de migration, est sensée revaloriser et sécuriser la jeune mère dans les soins de maternage et l'ajustement à son bébé, cette visite semble avoir eu l'effet inverse. Madame s'est sentie dévalorisée dans sa fonction maternelle. Elle met l'arrêt de l'allaitement en exergue comme témoignage de l'anxiété, voire de l'angoisse vécue à ce moment-là.

Elle rapporte également des **difficultés d'ajustement** à ces « bébés qui grandissaient trop vite », qu'elle voulait « garder petits bébés ». Son manque d'assurance s'est exprimé dans les

interactions vocales ; elle ne parlait « *pas beaucoup* [aux bébés], *je ne commentais pas tout comme certains parents, je me forçais à leur parler russe* » dans un projet cognitif de leur transmettre sa langue, mais cela n'était pas fluide, sans « mamanais ». Elle dit a ensuite traversé une phase de blocage lorsque leur langage a finalement émergé, en français. Nous pouvons envisager que son langage adressé en russe aie eu une dimension opératoire.

Observations à 3 ans 5 mois et 1er bilans orthophoniques

Anna était décrite comme un bébé inquiet et vigilant, qui vocalise depuis sa naissance, gazouille mais présente un retard de parole (confusion phonématiques, omissions, simplifications comme "va" ou "vo", par exemple elle dit "Eya" pour Eva), son langage est majoritairement inintelligible. Anne présente des **troubles de l'oralité** : l'alimentation est difficile, les repas sont longs (entre 1h et 1h30), elle garde en bouche les morceaux et n'accepte pas de nouveaux aliments.

Elle est décrite comme une enfant craintive, et très sensible à la nouveauté: aliments, vêtements, qu'elle exprime par le langage "*pas ça*". La séparation avec la maman à 18 mois à la mise en place de l'assistante maternelle puis l'entrée en Très Petite Section (TPS) se sont bien passées. À l'école, elle reste en retrait mais à la maison elle est curieuse et ses jeux sont variés et adaptés à son âge. Son développement psychomoteur est harmonieux.

Le bilan orthophonique à 3 ans 5 mois par l'ELO et la Chute dans la boue (sous-test pragmatique des N-EEL) révélait un **retard de parole et de langage**, portant essentiellement sur la phonologie avec nombreuses substitutions et suppressions phonémiques, une voix très basse et chuchotée. Le lexique était subnormal (-0.6ET). L'évaluation des praxies bucco-faciales révélait une **hypotonie globale**. L'orthophoniste notait un manque de confiance en soi entravant la communication et proposait une rééducation à raison d'une séance par semaine.

Alekseï babille depuis sa naissance mais son langage a peu progressé. Il s'exprime dans un jargon inintelligible avec quelques mots distincts. Il essaie d'en associer deux mais cela ne fait pas sens.

C'est un enfant colérique qui se met régulièrement en danger, et ne supporte pas la frustration, ni à la maison ni à l'école. Les séparations avec la maman sont très compliquées, tout comme l'endormissement. Ses jeux sont répétitifs, et restreints (camions, voitures), son regard est fuyant. Il n'a pas de troubles alimentaires et son développement psychomoteur est bon.

Le bilan orthophonique à 3 ans 5 mois par l'ELO et la Chute dans la boue révèle un **retard de parole ainsi qu'un retard de langage sur le versant expressif**, portant essentiellement sur des erreurs dans le séquençement des phonèmes au sein des mots (suppressions, substitutions) et une élaboration syntaxique pauvre. Il y avait également un bégaiement. La quantité lexicale était subnormale (-0.8ET) et adaptée au contexte. L'orthophoniste notait des **troubles de l'attention** et proposait une rééducation à raison d'une séance par semaine.

Prise en charge et évolution

Pour Anna, les consultations au CMP s'arrêtent rapidement du fait du caractère isolé de ses troubles du langage et de l'oralité avec une poursuite du suivi orthophonique. Cet arrêt est aussi

décidé avec la mise en balance de difficultés maternelles. En effet, madame M. exprime la pesanteur pour elle d'assurer 2 suivis orthophoniques et 2 suivis de consultation au CMP. Elle porte les soins seule, monsieur M., peu, voire pas inquiet pour ses enfants, ne s'engage pas dans les soins. Il ne sera rencontré qu'au premier accueil.

Un suivi de consultation est par contre proposé pour Alekseï, dont la symptomatologie est la plus bruyante. Son comportement de colère et d'intolérance à la frustration vient fragiliser son intégration scolaire. Lors des consultations pédopsychiatriques, il n'est pas retrouvé de difficulté de séparation, de colère ou d'agitation. Alekseï se montre comme un petit garçon dans une **grande inhibition, majorée par les troubles du langage, et qui ne joue peu, voire pas**. Il se contente de commenter les jeux qu'il voit, surtout les véhicules. Peu à peu, il va pouvoir imiter, dans le jeu, commencer à scénariser. L'imaginaire est pauvre et les pulsions agressives absentes dans le jeu, qui est répétitif. Il fait preuve de peu de curiosité, de peu d'envie de savoir. Il n'investit pas du tout la sphère cognitive.

Avec les progrès dans le langage, il commence à être dans de réels échanges langagiers avec beaucoup de plaisir à être écouté et compris. Ses propos traduisent une mauvaise image de lui-même ; « tout est dur », « je n'y arrive pas » avant même d'avoir essayé. Après chaque consultation, un temps d'échange avec la maman vise à soutenir les progrès et à inciter la maman à soutenir le jeu chez Alekseï (les enfants jouent essentiellement seuls, plus rarement entre eux, mais Anna dirige constamment le jeu et Alekseï se tient dans une position passive). La maman comprend peu à peu l'intérêt d'une attention particulière et stimulante pour Alekseï, moins centrée sur les troubles du comportement.

Du fait de la persistance d'une agitation motrice et de troubles de la concentration à l'école, un bilan psychomoteur à l'âge de 5 ans 5 mois. Il retrouve une **inhibition dans la relation et une immaturité**, une grande lenteur dans la réalisation motrice avec une **hypotonie généralisée**, une perception de son corps dans l'espace peu développée, des repères espace-temps fragiles et un geste graphique peu précis. Il est préconisé une prise en charge régulière.

Lecture psychopathologique

Alekseï et Anna, ont tous les deux un diagnostic de TSLO qualifié par leur orthophoniste de « retard de langage et de parole ». La **distinction avec le diagnostic de dysphasie est complexe** avant 6 ans. On retrouve chez Alekseï et Anna les **difficultés d'ordre affectif** fréquemment associées aux dysphasies : instabilité affective, impulsivité, colères fréquentes pour l'un, attitudes de repli et inhibition pour l'autre. Cependant, ce sont des traits communs qui peuvent aussi être présents chez l'enfant souffrant d'un retard de langage simple. Il existe **une influence réciproque entre le langage, avec ses qualités expressives et symbolique et le fonctionnement psychique et relationnel**. Quand le recours à l'expression verbale et au symbolique est impossible, l'enfant aura plus tendance à avoir recours à l'agir. De même, lorsque l'entrée en relation est entravée par l'impossibilité de s'exprimer, l'estime de soi est altérée, les capacités d'intersubjectivité s'appauvrissent et chaque rencontre est potentiellement source de frustration.

Nous ne pouvons déterminer avec exactitude l'origine des troubles de langage d'Alekseï et Anna. Ils présentent plusieurs facteurs de risques de troubles du langage : antécédents parentaux de trouble du langage, gémellité, statut d'aîné, parent migrant, interactions précoces perturbées. Aucun

examen complémentaire, du fait d'un bilan auditif et d'un examen clinique normal, ne peut nous orienter vers une éventuelle étiologie organique. Nous pouvons toutefois émettre des hypothèses quant à la dynamique autour du langage qui s'est instaurée entre madame M. et ses enfants.

Alekseï et Anna présentent tout d'abord un **terrain de vulnérabilité** ; prématurité, gémellité, potentiels facteurs génétiques. Au moment du développement du langage, la faible quantité d'input et le langage opératoire de madame M. en russe ont pu **altérer le rythme et la prosodie** perçus du bain de langage. Ils aident normalement les bébés à repérer les phonèmes puis les mots et à développer leur langage. Cette hypothèse est confortée par le fait qu'**Anna et Alekseï n'ont jamais parlé russe** bien que ce soit la seule langue adressée par madame M. jusqu'à l'apparition du langage.

L'apparition des **premiers mots en français** ont induit chez madame M. une perte de confiance dans sa compétence à transmettre sa langue maternelle et plus globalement le langage à ses enfants. Ce sentiment a de plus été alimenté par sa culpabilité de leur avoir « transmis » son trouble du langage.

Ces premiers mots ont été suivis d'une phase de « *blocage* » où elle n'arrivait plus à parler à ses enfants, dont elle finalement pu se récupérer pour s'adresser à eux en français. Le **russe reste parlé sur une modalité plutôt cognitive** « *quand je me concentre c'est le Russe, mais je me force* » et avec moins d'affect. Contrairement à la plupart des bilingues, dont la langue maternelle ressort dans les moments d'émotions intenses, lorsque le refoulement n'opère plus, madame M. sourit en expliquant que « *pour les moments de colère c'est en Français* ».

En plus de cette ambivalence entre les langues, on sait que les parents d'enfants présentant des troubles du langage(91) se montrent particulièrement précautionneux dans les échanges verbaux avec eux, pouvant **rajouter une dimension opératoire** au langage. Or, les langues incarnées, à forte charge affective, sont mieux développées dans le contexte familial. De plus, il est essentiel pour Alekseï de développer ses capacités de jeu symbolique et d'imaginaire, portées par du plaisir partagé et un échange spontané.

Contrairement à certains jargons entre jumeaux, nommé *cryptohpasia* qui se rapprochent d'une forme de langage synpraxique compris uniquement par la dyade et qui entraînent une relation étroite et exclusive, **Aleksei et Anna ne comprenaient pas leurs jargons respectifs**. Leur langage, resté longtemps inintelligible n'a donc pas pu leur servir de support pour développer leurs compétences relationnelles et l'estime de soi.

Cette dynamique illustre l'**effet de cercle vicieux** qui peut s'instaurer entre bilinguisme, troubles du langage et compétences relationnelles. Un bilan complet au CRTA est envisagé à l'approche des 6 ans des jumeaux devant l'évolution partielle des troubles du langage.

Conclusion

Les troubles du langage chez les enfants de migrants revêtent bien des réalités cliniques. D'abord celle de la migration qu'il est d'ailleurs difficile de considérer comme une entité unique. En effet, il n'y a pas une migration mais autant de parcours migratoires que de migrants. Chaque décision de départ, chaque traversée, chaque arrivée, sont aussi variées que leur inscription dans l'histoire et le psychisme du sujet. Nous avons tenté de mettre en lumière certaines expériences communes : la perte du cadre culturel, les effets d'une exposition traumatique, l'absence de repère dans une parentalité bien loin de sa propre enfance, qui ont une incidence psychopathologique.

Ces expériences peuvent affecter le fonctionnement d'un sujet à plusieurs niveaux, de son intégration dans la société d'accueil à son aménagement psychique. Leur retentissement est inévitable sur l'entrée dans la parentalité. Elle s'étend à leurs enfants à travers la dynamique familiale, les interactions précoces, l'attachement et leurs implications neurophysiologiques.

Avec la question de la transmission survient celle de la langue. Le langage est universel mais la langue est spécifique et porte un double effet sur la construction affective et cognitive des enfants. Les enfants de migrants vivent un paradoxe : alors que le bilinguisme améliore les capacités cognitives et créatives, ils réussissent moins bien dans les apprentissages et sont plus sujets aux troubles psychiques. Les effets positifs du bilinguisme sont contrebalancés par la vulnérabilité que constitue la migration. La langue maternelle, langue des affects, représente une base solide lorsqu'elle est gardée vivante, parlée, valorisée par les parents et l'entourage de l'enfant. Lorsque la migration la rend vacillante, porteuse d'une identité troublée, elle ne sert plus de structure pour les nouveaux apprentissages langagiers. Au contraire, elle renforce l'effet de clivage entre le monde du dehors et du dedans qui s'exprime de façon variable, parfois pathologiquement. Il est donc essentiel de réinterroger la place des langues pour chacun des partenaires de l'interaction et d'identifier leur statut.

Les flux migratoires ne cesseront jamais tant que se poursuivra la marche du monde et avec eux leurs lots de parents ou futurs parents. Grâce au système de soins et de réseau français, les enfants de migrants accèdent aux soins de pédopsychiatrie, même lorsque leur situation administrative n'est pas encore régularisée. Leurs troubles du langage dépassent souvent leur cadre spécifique et sont intriqués avec des éléments du développement global ainsi que des éléments culturels et traumatiques. De ce fait, ils sont adressés prioritairement dans des structures d'accueil multidisciplinaires telles que CAMPS et le CMP avant que leur médecin de proximité (pédiatre, médecin traitant, de PMI) n'indique une rééducation spécifique.

Ces enfants et leur famille nous poussent à développer une vision métissée de notre pratique de pédopsychiatrie. Sans tomber dans les excès du culturalisme, nous devons garder une vision humaniste globale de l'enfant et de sa famille, loin de toute indifférence ou à l'inverse d'idéalisation. Nous ne nous intéressons pas systématiquement au parcours migratoire d'un point de vue personnel, hors des questions géopolitiques. Pourquoi des personnes prennent-elles le risque de quitter un monde familier, culturellement maîtrisé, en laissant parfois des enfants derrière elles, pour se confronter à un univers inconnu, incontrôlable, parfois hostile? Les réponses peuvent nous aider à mieux comprendre les crises, les tensions, les conflits interpersonnels et intrapsychiques engendrés par la rencontre, ainsi que les résistances.

Il est nécessaire de s'interroger sur le système de lecture parental, existe-t-il des représentations qui pourraient expliquer les troubles ? Que signifie pour eux ce silence, cette absence de communication ? Quels sont les valeurs atteintes par cette situation ? Car seule une relation de soin basée sur une ouverture réciproque entre les soignants et les familles peut aboutir à une adhésion et une ouverture de la relation pour l'enfant. Nous devons trouver une voie dans laquelle prodiguer des soins ne serait pas synonyme d'assimilation culturelle, d'un « écrasement culturel » par notre système de pensée. Au contraire, nous devons accompagner l'intégration par les enfants de migrants d'une pluralité de références culturelles qui vont se combiner, interagir les unes avec les autres et les soutenir dans leur construction cognitive, affective et identitaire.

Avant les soins, il est une mission de santé publique de promouvoir la langue maternelle et le bain de langage, conditions indispensables à son développement. Les supports écrits peuvent constituer une piste intéressante, à condition qu'ils soient traduits dans les langues des populations accueillies. Dans le cas d'un niveau de lecture incertain, rien ne remplace la transmission orale par les professionnels de la petite enfance, quelle que soit leur profession. La communication des données sur les effets positifs du bilinguisme, ainsi que la vision de la langue maternelle comme une base solide, un socle nécessaire pour le développement linguistique et des apprentissages, sont à diffuser largement.

Nous avons pu observer dans la littérature et la clinique que le système groupal constituait un support de lutte contre l'isolement, de renforcement des compétences interactives et de confiance en sa parentalité. Il permet aussi une circulation de la parole et l'ouverture à de nouvelles représentations. Poursuivre notre travail à travers les groupes de parents et les groupes parents-enfants en situation de migration pourrait constituer un de nos axes privilégiés.

Enfin, ce travail soulève plusieurs questions pouvant faire l'objet de recherches complémentaires. A l'heure actuelle, la perte de la langue maternelle survient par plusieurs mécanismes : attrition, choix conscient dans un désir d'intégration, du fait des troubles du langage ou d'un bilinguisme passif... Une observation longitudinale de ses effets à tous les âges de la vie et particulièrement à l'adolescence, période de remaniements identitaires, pourrait être éclairante sur ses enjeux intrapsychiques et interpersonnels.

Nous sommes également questionnés par la prévalence élevée des troubles du spectre autistique diagnostiqués chez les enfants de migrants, alors même qu'ils consultaient pour un trouble du langage. Afin de pouvoir orienter et développer de nouvelles modalités de prises en charge, leurs spécificités et l'implication du langage dans toutes ses fonctions seraient à étudier. Il en va de même pour l'association fréquente des troubles de l'oralité aux troubles du langage chez les enfants de migrants dans leurs dimensions organique, affective et culturelle. L'objectif serait de mieux orienter les enfants vers une gnose puis une rééducation de toute la sphère oro-faciale.

BIBLIOGRAPHIE

1. INED. Population immigrée et étrangère [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2014. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/immigres-etrangers/population-immigree/>
2. Paulhan I. Le concept de coping. *L'Année psychologique*. 1992;92(4):545-57.
3. Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs: naître et grandir en France. Paris: Hachette littératures; 2004.
4. Baubet T, Moro MR, Bouaziz N, Marcelli D. Psychopathologie transculturelle. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier-Masson ; 2013.
5. Garcia M, Bruno N, Grunenwald S, Bui É, Birmes P. Cortisol et état de stress post-traumatique. *Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition*. 2012;5.
6. American Psychiatric Association, Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N, et al. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
7. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
8. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 9 avr 2005;365(9467):1309-14.
9. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Ommeren M van. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 5 août 2009;302(5):537-49.
10. Zadikian M, Jung C, Ben Kemoun J-M, Bouyssy M, Soussy A. Psychotraumatisme et demande d'asile – enquête au sein de la Cafda (2015–2016). *La Revue de Médecine Légale*. 26 août 2017.
11. Rocher G. La notion de culture. In: Introduction à la SOCIOLOGIE GÉNÉRALE Première partie: L'ACTION SOCIALE. Éditions Hurtubise HMH Itée. 1992. p. 101-27.
12. Herskovitz MJ. Les bases de l'anthropologie culturelle. François Maspero éditeur. 1967. 331 p. (Petite collection Maspero).
13. Plivard I. Chapitre 1 - La notion de culture. In: Psychologie interculturelle. De Boeck Supérieur; 2014. p. 7-46.

14. N'Diaye AR. Les traditions orales et la quête de l'identité culturelle. *Présence Africaine*. 1980;114(2):3.
15. Anzieu D. *Le moi-peau*. Paris: Dunod; 1995. 291 p. (Psychismes).
16. Taïeb , T. Baubet, J. Pradère, K. Lévy, A. Revah-Lévy, G. Serre, M.-R. Moro. Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. *EMC - Psychiatrie*. 2004;23-32.
17. Houllé WA, Silès J, Tarquinio P, Tarquinio C. Trauma et culture : influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique et perspectives psychothérapeutiques. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 1 avr 2017;1(2):121-9.
18. Guerraoui Z. Prise en charge de sujets en situation interculturelle: Cinq conditions pour éviter la dérive culturaliste. *Le Journal des psychologues*. 2011;290(7):18.
19. Mokoukolo R, Pasquier D. Stratégies d'acculturation: cause ou effet des caractéristiques psychosociales? L'exemple de migrants d'origine algérienne. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. 2008;Numéro 79(3):57.
20. Berry JW. Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*. nov 2005;29(6):697-712.
21. République Française. Minima sociaux et prestations sociales - édition 2015 - Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.onpes.gouv.fr/minima-sociaux-et-prestations-491.html>
22. INED. La ségrégation des immigrés en France: état des lieux. *Population et Sociétés*. avr 2011;(477).
23. OFPRA. La mission Etudes et Statistiques [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/l-ofpra-en-chiffres/la-mission-etudes-et-statistiques>
24. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne, Summary. *Devenir*. 2001;13(2):41-52.
25. Dozio E, Feldman M, Moro M-R. Transmission du traumatisme mère-bébé dans les interactions précoces. *Pratiques Psychologiques*. 1 juin 2016;22(2):87-103.
26. Benza (MPH student) S, Liamputtong P Pranee. Pregnancy, childbirth and motherhood: A meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. *Midwifery*. 1 juin 2014;30(6):575-84.
27. McFadden A, Atkin K, Renfrew MJ. The impact of transnational migration on intergenerational transmission of knowledge and practice related to breast feeding. *Midwifery*. 1 avr 2014;30(4):439-46.

28. Groleau D, Soulière M, Kirmayer LJ. Breastfeeding and the cultural configuration of social space among Vietnamese immigrant woman. *Health & Place*. 1 déc 2006;12(4):516-26.
29. Ainsworth MDS, Bell SM. Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development*. 1970;41(1):49-67.
30. Guedeney N, Guedeney A, Cyrulnik B. L'attachement, approche théorique: du bébé à la personne âgée. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier-Masson; 2013.
31. Lebovici S, Lamour M, Gozlan-Lonchamp A. Transmission intergénérationnelle et processus de paternalisation-filiation. *Enfance*. 1997;50(3):435-41.
32. Guédeney N, Tereno S, Tissier J, Guédeney A, Greacen T, Saïas T, et al. Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : de la théorie à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 juill 2012;60(5):362-6.
33. Tisseron S. Maria Torok, les fantômes de l'inconscient. *Le Coq-héron*. 1 oct 2006;no 186(3):27-33.
34. Yehuda R, Engel SM, Brand SR, Seckl J, Marcus SM, Berkowitz GS. Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*. juill 2005;90(7):4115-8.
35. Leen-Feldner EW, Feldner MT, Knapp A, Bunaciu L, Blumenthal H, Amstadter AB. Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic stress: review of the literature and research agenda. *Clin Psychol Rev*. déc 2013;33(8):1106-33.
36. Danielson CK, Hankin BL, Badanes LS. Youth Offspring of Mothers with Posttraumatic Stress Disorder Have Altered Stress Reactivity in Response to a Laboratory Stressor. *Psychoneuroendocrinology*. mars 2015;53:170-8.
37. Guédeney A, Le Foll J. Petite enfance et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.
38. Olliac B. Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 juill 2012;60(5):307-14.
39. Cuffe SP, Addy CL, Garrison CZ, Waller JL, Jackson KL, McKEOWN RE, et al. Prevalence of PTSD in a Community Sample of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. févr 1998;37(2):147-54.
40. Serre G, Plard V, Pradère J, Baubet T, Le Du C, Moro M-R. Aspects transculturels des retards intellectuels chez l'enfant. *EMC - Psychiatrie*. août 2005;2(3):238-45.

41. Misès R, Perron R. Etude psychopathologique des déficiences intellectuelles de l'enfant - Chapitre 87. In: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Presses Universitaires de France; 2004. p. 1535-70.
42. Yeargin-Allsopp M, Drews CD, Decouflé P, Murphy CC. Mild mental retardation in black and white children in metropolitan Atlanta: a case-control study. *Am J Public Health*. 1 mars 1995;85(3):324-8.
43. Taly V, Salaün O, Serre G, Moro M-R. Bilan psychologique de l'enfant aux multiples appartenances culturelles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 juin 2008;56(4):299-304.
44. Gaddour, Abaza, Moro. Les apprentissages et l'environnement socioculturel. In: *Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances*. 2004;68-76.
45. Boysson-Bardies B de. Comment la parole vient aux enfants: de la naissance jusqu'à deux ans. Paris: Editions O. Jacob; 1996. 289 p.
46. Bernal S, Dehaene-Lambertz G, Millotte S, Christophe A. Two-year-olds compute syntactic structure on-line. *Developmental Science*. 1 janv 2010;13(1):69-76.
47. Ngon C, Martin A, Dupoux E, Cabrol D, Dutat M, Peperkamp S. (Non)words, (non)words, (non)words: evidence for a protolexicon during the first year of life. *Developmental Science*. janv 2013;16(1):24-34.
48. Florin A. Le développement du langage. 2016.
49. Fortis J-M. Le langage est-il un instinct ? Une critique du nativisme linguistique, de Chomsky à Pinker [Internet] 2008. Disponible sur: <http://www.revue-texto.net/index.php?id=1870>
50. Planton S, Démonet J-F. Neurophysiologie du langage : apports de la neuro-imagerie et état des connaissances, *Neurophysiology of language: contributions from neuroimaging and state of the art*. *Revue de neuropsychologie*. 2012;me 4(4):255-66.
51. Dehaene-Lambertz G. Bases cérébrales de l'acquisition du langage : apport de la neuro-imagerie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. oct 2004;52(7):452-9.
52. Golse B. Réflexions sur l'œuvre de Serge Lebovici. *La psychiatrie de l'enfant*. 2001;44(1):5-25.
53. Mazet, Ph., Féo, A. Interactions précoces et recherche [Internet]. 1996. Disponible sur: <http://www.psydoc-france.fr/recherche/PLR/dosPLR/interact.html>
54. Castarède M-F. L'enveloppe vocale, The vocal envelope, Resumen. *Psychologie clinique et projective*. 2001;(7):17-35.

55. Saint-Georges C, Chetouani M, Cassel R, Apicella F, Mahdhaoui A, Muratori F, et al. Motherese in Interaction: At the Cross-Road of Emotion and Cognition? (A Systematic Review). PLOS ONE. 18 oct 2013;8(10):e78103.
56. Lebovici S, Golse B, Moro MR. Les interactions fantasmatiques. In: L'arbre de vie [Internet]. ERES; 2009. p. 73-86.
57. Trevarthen C, Aitken KJ. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique, Summary. Devenir. 2003;15(4):309-428.
58. Monfort M, Juarez A, Monfort I. Les troubles de la pragmatique chez l'enfant. Ortho Edition. 2005.
59. Bres J. Claude Hagège, L'enfant aux deux langues. Cahiers de praxématique. 1 janv 1996;(26):168-70.
60. Kochmann R. Y a-t-il une langue maternelle dans la salle? Langue française. 1982;54(1):119-28.
61. Bensekhar-Bennabi M. La bilinguïté des enfants de migrants face aux enjeux de la transmission familiale. Enfances & Psy. 2010;47(2):55.
62. Héran F. Une approche quantitative de l'intégration linguistique en France. Hommes & Migrations. 2004;1252(1252):10-24.
63. Géry M. Les porteurs d'oubli: Une expression de la souffrance dans la migration. L'Autre. 2007;8(1):77.
64. Birdsong D. Age and Second Language Acquisition and Processing: A Selective Overview: *Age and L2 Acquisition and Processing*. Language Learning. juill 2006;56:9-49.
65. Singleton D. Le facteur de l'âge dans l'acquisition d'une L2 : remarques préliminaires. Acquisition et interaction en langue étrangère. 2 mars 2003;(18):3-15.
66. Reiterer S. Approche neurocognitive de l'acquisition de la langue seconde et du bilinguïsm. Les facteurs en jeu dans l'acquisition de la L2 : apports de la neuro-imagerie. In: Fayol M, Hickmann M, Kail M, éditeurs. Apprentissage des langues [Internet]. Paris: CNRS Éditions; 2016. p. 327-42.
67. Dana-Gordon C, Mazaux J-M, Camsouline O, Platre C, N'Kaoua B. Bilinguïsm et fonctions exécutives. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 1 oct 2013;56:e332.
68. Genesee F. Early bilingual development: one language or two? [*](#). Journal of Child Language. févr 1989;16(1):161-79.

69. Kohl M, Beauquier-Maccotta B, Bourgeois M, Clouard C, Donde S, Mosser A, et al. Bilinguisme et troubles du langage chez l'enfant : étude rétrospective. *La psychiatrie de l'enfant*. 2008;51(2):577-95.
70. Pavlenko DA. *Bilingual Minds: Emotional Experience, Expression, and Representation*. Multilingual Matters; 2006. 341 p.
71. Klein D, Watkins KE, Zatorre RJ, Milner B. Word and nonword repetition in bilingual subjects: A PET study. *Human Brain Mapping*. févr 2006;27(2):153-61.
72. Tilba S, Boudebza D, Takbou I, Hannou L, Himeur H, Belahcene N, et al. Variabilité individuelle du bilinguisme dans la stimulation cérébrale directe. *Neurochirurgie*. 1 déc 2012;58(6):411.
73. Yokoyama S, Okamoto H, Miyamoto T, Yoshimoto K, Kim J, Iwata K, et al. Cortical activation in the processing of passive sentences in L1 and L2: An fMRI study. *NeuroImage*. avr 2006;30(2):570-9.
74. Evans J, Workman L, Mayer P, Crowley K. Differential bilingual laterality: mythical monster found in Wales. *Brain and Language*. 1 nov 2002;83(2):291-9.
75. Bulot T. Discrimination sociolinguistique et pluralité des normes identitaires: Linguicisme de référence et linguicisme d'action. *Cahiers internationaux de sociolinguistique*. 2013;4(2):7.
76. Blanchet P. *Discriminations: combattre la glottophobie*. Paris: Textuel; 2016. 191 p. (Petite encyclopédie critique).
77. Blanchet P. La langue, outil de discrimination [Internet]. *Dimanche dès l'aube*. France Inter; 2016. Disponible sur: <http://www.franceinter.fr/player/reecouter?play=1256503>
78. Fili-Tullon T. Philippe Blanchet, *Discriminations : combattre la glottophobie*. *Questions de communication*. 2016;(30):404-6.
79. Barbara Köpke, Monika Schmid. L'attrition de la première langue en tant que phénomène psycholinguistique. *Language, Interaction and Acquisition*. 21 déc 2011;2(2):197-220.
80. Rezzoug D, Plaën SD, Bensekhar-Bennabi M, Moro MR. Bilinguisme chez les enfants de migrants, mythes et réalités. *Le français aujourd'hui*. 2007;(158):58-65.
81. UNESCO. *Atlas des langues en danger* | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.unesco.org/new/fr/communication-and-information/access-to-knowledge/linguistic-diversity-and-multilingualism-on-internet/atlas-of-languages-in-danger/>

82. Simons, Gary, Charles D. Fennig. Ethnologue: Languages of the World [Internet]. Ethnologue. 2018. Disponible sur: <https://www.ethnologue.com/>
83. Di Meo S, Sanson C, Simon A, Bossuroy M, Rakotomalala L, Rezzoug D, et al. Le bilinguisme des enfants de Migrants. Analyse transculturelle. 13 déc 2014;
84. Lutz A, Crist S. 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. *Ethnic and Racial Studies*. févr 2009;32(2):346-68.
85. Toppelberg CO, Nieto-Castañon A, Hauser ST. Bilingual Children: Cross-sectional Relations of Psychiatric Syndrome Severity and Dual Language Proficiency. *Harv Rev Psychiatry*. 2006;14(1):15-29.
86. Camara H. Pourquoi faut-il défendre le bilinguisme des enfants de migrants ? : L'exemple du bilinguisme soninké-français. *Le Carnet PSY*. 2015;188(3):31.
87. Sarot A, Girard L-C, Chomentowski M, Revah-Lévy A, Falissard B, Moro M-R. L'insertion scolaire des élèves issus de l'immigration – enjeux et perspectives de prévention. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. mai 2017;65(3):180-7.
88. Ministère de l'éducation nationale. Langues vivantes - Cadre européen commun de référence (CECRL) - Éduscol [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/cid45678/cadre-europeen-commun-de-referance-cecrl.html>
89. Madjidi M, Becker A. Langue d'écriture, langue de rupture. Conférence présenté à: Atlantide - Festival des littératures; 2018 févr 17; Lieu Unique - Nantes.
90. Madjidi M. Marx et la poupée. Paris: Le Nouvel Attila; 2017. 201 p. (Collection Incipit).
91. Plaza M. Psychopathologie du langage. In: Marcelli D, Cohen D, éditeurs. *Enfance et Psychopathologie* (10e édition). Paris, 2016. p. 151-82.
92. OMS, éditeur. Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Masson; 1993. 305 p.
93. Jacob S, Maintenant C. Les troubles spécifiques du langage oral (TSLO) chez l'enfant et leur incidence sur les relations entre pairs. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 mars 2017;65(2):78-82.
94. Avenet S, Lemaître M-P, Vallée L. DSM5 : quels changements pour les troubles spécifiques du langage oral ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. mars 2016;64(2):81-92.
95. Marcelli D, Cohen D. 14 - Autisme infantile et troubles du spectre autistique. In: *Enfance et Psychopathologie* (10e édition) [Internet]. Paris, 2016. p. 341-94.

96. Levi G, Zollinger B. Difficultés dans la communication mère-enfant et troubles du langage chez les enfants avec un retard mental. *Enfance*. 1981;34(4):289-98.
97. Rondal J. Développement du langage et retard mental : une revue critique de la littérature en langue anglaise. *L'Année psychologique*. 1975;75(2):513-47.
98. Oléron P. Le rôle du langage dans le développement mental. Contribution tirée de la psychologie de l'enfant sourd-muet. *Enfance*. 1952;5(2):120-37.
99. Marcelli D, Cohen D. 2 - Principales sources théoriques de la pédopsychiatrie clinique. In: *Enfance et Psychopathologie* (10e édition). Paris, 2016. p. 23-83.
100. Aubry C, Espasa FP. Le mutisme sélectif : étude de 30 cas, Selective muteness : a study of 30 cases, El mutismo selectivo : estudio de 30 casos. *La psychiatrie de l'enfant*. 2003;46(1):175-207.
101. Gellman-Garçon È. Le mutisme sélectif chez l'enfant : un concept trans-nosographique. revue de la littérature et discussion psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant*. 2007;50(1):259.
102. Bergman RL, Piacentini J, Mccracken JT. Prevalence and Description of Selective Mutism in a School-Based Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1 août 2002;41(8):938-46.
103. Joubaud C. Mutisme sélectif chez les enfants de migrants : l'impact de l'isolement maternel. *Le Journal des psychologues*. 2008;255(2):63.
104. de Becker E. Le mutisme sélectif chez l'enfant : pistes de compréhension et de traitement. *Psychothérapies*. 2012;32(4):239.
105. Di Meo S, van den Hove C, Serre-Pradère G, Simon A, Moro MR, Baubet T. Le mutisme extra-familial chez les enfants de migrants. Le silence de Sandia. *L'information psychiatrique*. 2015;91(3):217.
106. Keeton CP, Crosby Budinger M. Social Phobia and Selective Mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 1 juill 2012;21(3):621-41.
107. Kohl M, Beauquier-Maccotta B, Bourgeois M, Clouard C, Donde S, Mosser A, et al. Bilinguisme et troubles du langage chez l'enfant : étude rétrospective. *La psychiatrie de l'enfant*. 2008;51(2):577-95.
108. Schmitt C, Simoës A, Laloi A. L'évaluation du langage oral chez les enfants bilingues au moyen d'une batterie standardisée pour monolingues. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 nov 2015;63(7):431-6.
109. Bennabi-Bensekhar M, Moro MR. Un test pour évaluer le langage de l'enfant bilingue. L'ELAL d'Avicenne. *Pratiques Psychologiques*. déc 2017;23(4):377-89.

110. Bennabi Bensekhar M, Simon A, Rezzoug D, Moro M-R. Les pathologies du langage dans la pluralité linguistique. *La psychiatrie de l'enfant*. 2015;58(1):277.
111. Wallon E, Rezzoug D, Bennabi-Bensekhar M, Sanson C, Serre G, Yapo M, et al. Évaluation langagière en langue maternelle pour les enfants allophones et les primo-arrivants.: Un nouvel instrument : l'ELAL d'Avicenne. *La psychiatrie de l'enfant*. 2008;51(2):597.
112. Nocus, Lainé, Lacroix, Florin, Guimard. Accompagnement et évaluation d'un dispositif d'aide au développement du langage dans les multi-accueils municipaux de la ville de Nantes [Internet]. CREN - Centre de Recherche en Education de Nantes; 2016. Disponible sur: <http://cren.univ-nantes.fr/wp-content/uploads/2017/06/CREN-rapport-parler-bambin-13-10-2016.pdf>
113. Dauphin L. les étudiants étrangers dans l'enseignement supérieur. *L'état de l'Enseignement supérieur et de la Recherche en France n°7* - avril 2014. (7):36-7.

Annexes

Annexe 1 : ELAL exemple de la partie « compréhension »

Page 5

4 - Compréhension/ 2. Qualifications d'états ou de formes

Base conceptuelle : désigner les particularités simples telles que la taille ou l'état d'un objet.

Conseil au chercheur : Préparez les planches et assistez l'interprète en montrant vous-même les planches.

Passation :

1. Montrez l'image avec le petit et le grand monsieur

Consigne :

Montre-moi « le grand monsieur »

2. Montrez l'image avec le petit et le grand arbre

Consigne :

Montre-moi « le petit arbre »

3. Montrez l'image avec les verres vide et plein

Consigne :

Montre-moi « le verre vide »

4. Montrez l'image avec les chemises propre et sale

Consigne :

Montre-moi « la chemise sale »

5. Montrez l'image avec les chats mouillé et sec

Consigne :

Montre-moi « le chat mouillé »

Besace : si l'un des items précédents est échoué, faire passer l'item suivant :

6. Montrez l'image avec les parapluies ouvert et fermé

Consigne :

Montre-moi « le parapluie ouvert »



Grand => _/1 point

Petit => _/1 point

Vide => _/1 point

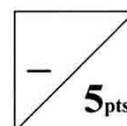
Sale => _/1 point

Mouillé => _/1 point

Besace :

Ouvert => _/1point

1 point par item réussi
si l'un des items est échoué, comptez 1 point
pour l'item besace s'il est réussi
5 points maximum au total



5 - Production/ 3. Localisation spatiale

Base conceptuelle : Localiser un objet, situer sa position par rapport à un objet servant de référence.

Conseil au chercheur : Préparez les objets : boîte, chaise, table, chat, bébé et maison, et assistez l'interprète en lui présentant les objets nécessaires.

Passation :

Consigne: « Nous allons d'abord faire un exemple »
 Prenez la chaise et l'interprète dit :
 « Regarde bien la chaise »
 Mettez le chat derrière la chaise et l'interprète dit :
 « Dis-moi où est le chat ? »

| | |
|--|---|
| bonne réponse de l'enfant | Réponse de l'interprète : « Oui, le chat est derrière la chaise » |
| l'enfant pointe du doigt le chat et/ou dit : « il est là » | « Oui, le chat est bien là mais je ne veux pas que tu me le montres, je voudrais que tu me le dises. Dis-moi où est le chat ? » |
| Autre réponse | « On peut dire aussi le chat est derrière la chaise » |

1. Prenez la chaise et l'interprète dit : « Regarde bien la chaise »
 Mettez le bébé sur la chaise et l'interprète dit : « Dis-moi où est le bébé ? »



2. Prenez la table et l'interprète dit : « Regarde bien la table »
 Mettez le chat sous la table et l'interprète dit : « Dis-moi où est le chat ? »

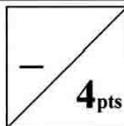


3. Prenez la maison et l'interprète dit : « Regarde bien la maison »
 Mettez le chat à côté de la maison et l'interprète dit : « Dis-moi où est le chat ? »



4. Prenez la boîte et l'interprète dit : « Regarde bien la boîte »
 Mettez le chat dans la boîte et l'interprète dit : « Dis-moi où est le chat ? »

Sur => _ /1 point
 Sous, Dessous => _ /1 point
 A côté => _ /1 point
 Dans => _ /1 point



1 point par item réussi
 4 points maximum au total

PRÉVENTION: OBJECTIF, LANGAGE

DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE CONSEILS AUX PARENTS

ATTENTION : quand demander conseil au médecin ou à l'orthophoniste

de la naissance à 6 mois

- ✓ Votre bébé se tourne vers la source sonore.
- ✓ Il babille.

- ✓ Parlez calmement, chaleureusement à votre bébé.
- ✓ Chantez-lui des comptines. Riez avec lui.
- ✓ Expliquez-lui les bruits qu'il entend.
- ✓ Nommez les personnes et les choses qui l'entourent.
- ✓ Racontez-lui ce que vous faites.



Attention si :

- Votre bébé ne réagit pas aux bruits, êtes-vous certain qu'il entend bien ?
- Votre bébé ne cherche pas, par son regard, à entrer en communication avec vous.



à 18 mois

- ✓ Il comprend des phrases courtes, simples.
- ✓ Il dit quelques mots autres que «papa, maman».
- ✓ Son vocabulaire s'enrichit.



- ✓ Parlez-lui normalement, correctement, en employant des mots simples mais pas simplifiés.
- ✓ Donnez-lui des livres en carton ou en tissu.
- ✓ Confiez-lui aussi des vieux magazines et parlez-en avec lui : les formes et les couleurs l'intéressent.



Attention si :

- L'évolution de son langage s'arrête brutalement ou si son langage régresse au lieu de progresser quel que soit l'âge de votre enfant.



à 3 ans

- ✓ Votre enfant comprend des histoires.
- ✓ Il s'exprime par phrases, pose des questions.
- ✓ Il utilise le pluriel, les prépositions.
- ✓ Apprenez-lui à dire, à raconter: aidez-le à préciser sa pensée, ses sentiments.
- ✓ Encouragez-le à abandonner le biberon et/ou la tétine, s'il les utilise encore.



Attention si :

- Son langage continue à être difficilement compréhensible.
- Il emploie peu de verbes et pas du tout d'articles, d'adjectifs, de prépositions.
- Il n'emploie pas le pluriel.
- Il ne construit pas de phrases.



à 12 mois

- ✓ Votre bébé comprend des ordres simples.
 - ✓ Il dit «papa, maman».
 - ✓ Il répond à son prénom.

- ✓ Modulez votre voix et ses intonations: cela plaît à votre bébé et lui permettra de mieux comprendre et utiliser le langage.
- ✓ Faites-lui découvrir le plaisir de communiquer: favorisez toutes formes d'échanges (grimaces, regards, rires et sourires etc.).
- ✓ Montrez-lui que «TOUT EST LANGAGE»

Attention :

- Ne confondez pas ! La télévision n'est souvent qu'une ambiance sonore pour l'enfant. Elle isole et ne favorise pas une communication réelle.

à 2 ans

- ✓ Il comprend des ordres complexes.
- ✓ Il dit son prénom.
- ✓ Il fait de courtes phrases en associant 2 à 3 mots.

- ✓ Enrichissez son vocabulaire
- ✓ Expliquez-lui les mots qu'il ne comprend pas.
- ✓ S'il prononce mal, donnez-lui la forme correcte du mot, sans pour autant l'obliger à répéter.

Attention si :

- Son vocabulaire, excepté «papa-maman», ne comprend que quelques mots difficilement compréhensibles.
- Il n'associe pas encore 2 mots pour constituer de petites phrases.

à 4 ans

- ✓ Votre enfant parle sans erreurs grammaticales et syntaxiques sérieuses.
- ✓ Racontez et lisez ensemble des histoires: vous l'aidez ainsi à développer son envie de lire et vous facilitez sans contrainte l'apprentissage ultérieur de la langue écrite.
 - ✓ Les enfants sont sensibles à l'exemple: lisez devant eux.

Attention si :

- Votre enfant a du mal à commencer ses phrases, s'il répète syllabes ou mots.
- Ses phrases sont courtes et mal construites.
- Son langage n'est pas toujours compréhensible.
 - Il a du mal à vous raconter des événements simples et récents.

Remerciements : S.O.M.M., P.S.L., C.P.L.O.L.



Fédération Nationale des Orthophonistes
145, Boulevard Magenta 75010 PARIS
Tél : 01.40.35.63.75



Annexe 4 : Outil d'évaluation rapide par le CPLOL, exemple 18- 24 mois(traduit en 12 langues)



ARLD
association romande
des logopédistes diplômés

COMITE PERMANENT
DE LIAISON
DES ORTHOPHONISTES
ET LOGOPEDES DE
L' UNION EUROPEENNE



ARLD SECRÉTARIAT CENTRAL Case postale 23 1033 Cheseaux Tél 021 732 17 31 Fax 021 732 17 32 secretariat@arld.ch www.arld.ch

Chaque enfant apprend le langage à son rythme. Mais il existe un parcours commun. Il est donc possible, très tôt, de voir si le développement de la communication et du langage se fait de manière harmonieuse. Les questions suivantes font référence à des comportements généralement présents vers **18-20 mois**. Dans le cas d'un nombre important de réponses négatives (3 ou plus), une consultation du langage est conseillée.

INTERACTION ET ATTENTION

- est-ce que votre enfant réagit quand on l'appelle dans son dos, même à voix chuchotée ? | oui non
- est-ce que votre enfant se montre intéressé lorsque vous lui racontez quelque chose ? | oui non
- aime-t-il jouer avec vous à des jeux comme « coucou » ou « attrape moi » ? | oui non
- votre enfant peut-il se concentrer quelques minutes sur une même activité ? | oui non

GESTES ET ACTIONS

- montre-t-il du doigt un objet qu'il désire ? | oui non
- l'enfant se fait-il comprendre par des gestes et/ou des mimiques ? | oui non
- aime-t-il jouer à faire semblant (avec ses voitures, ses poupées ou son ours)? | oui non

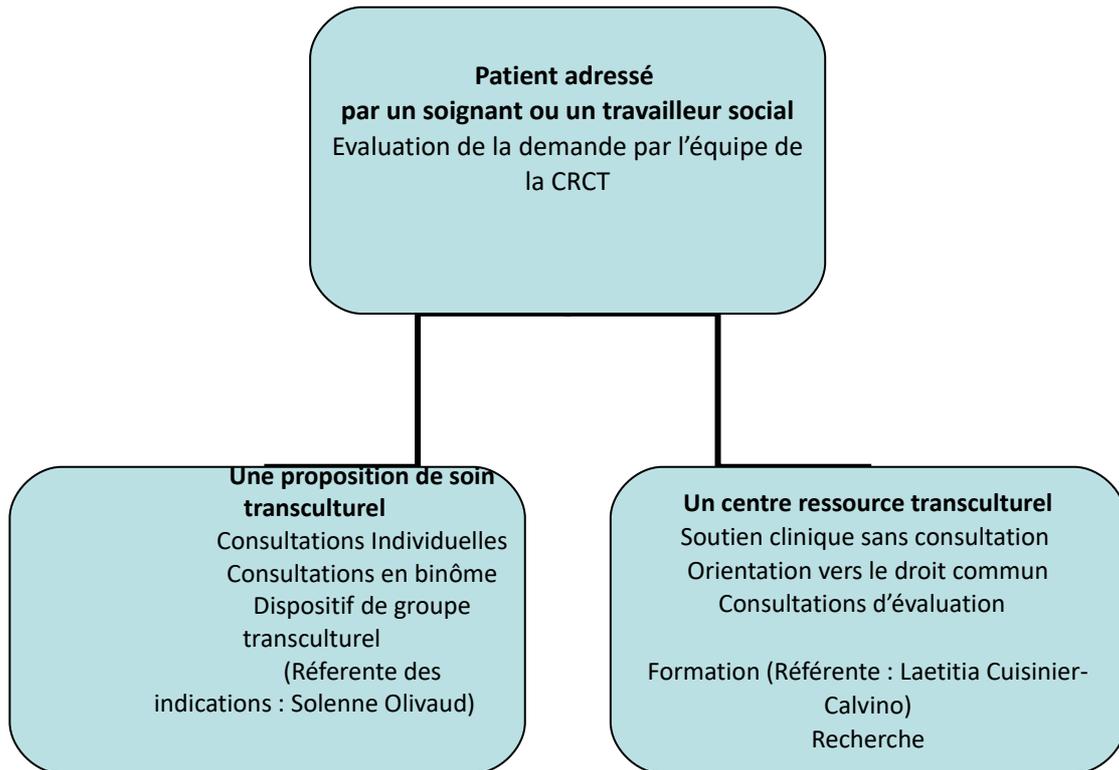
COMPREHENSION

- réagit-il au « non » et arrête-t-il son activité ? | oui non
- parmi plusieurs objets, est-il capable de montrer, par exemple, « où est la balle ? » | oui non
- est-il capable d'aller chercher dans une autre pièce, un objet familier que vous lui demandez ? | oui non

EXPRESSION

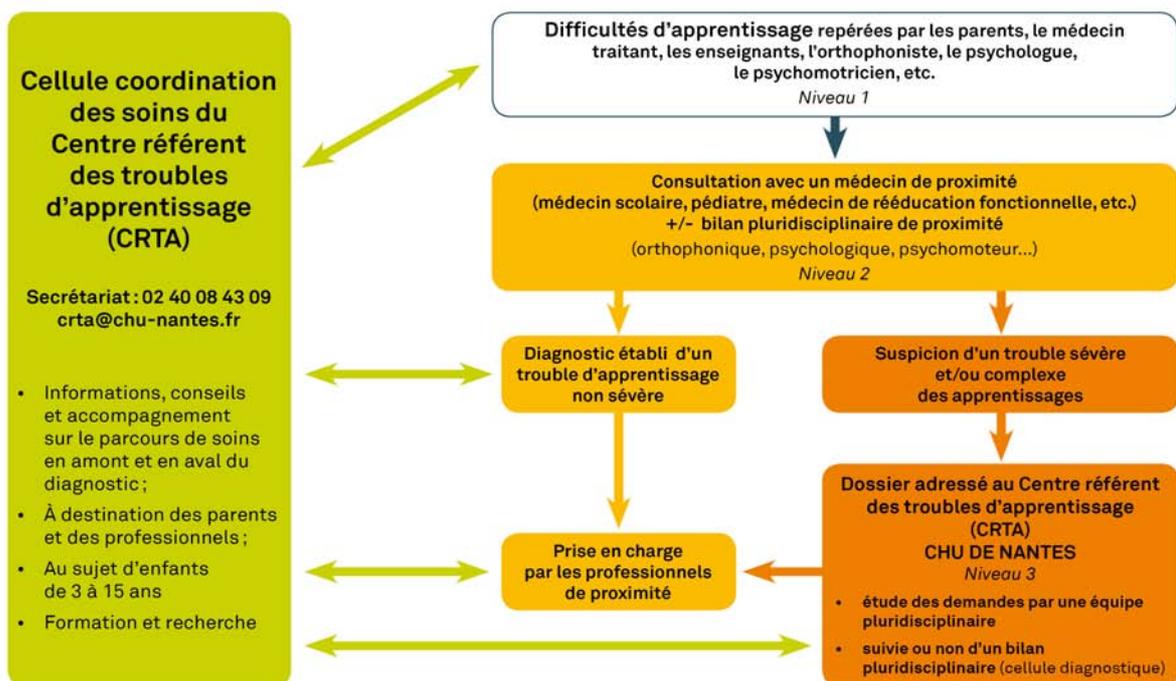
- s'amuse-t-il à répéter des mots qu'il vient d'entendre ? | oui non
- utilise-t-il régulièrement des nouveaux mots ? | oui non
- commence-t-il à utiliser des mots pour exprimer ses envies et ses besoins ? | oui non

Annexe 5 : parcours de soins à la CRCT



Annexe 6 : parcours de soins au CRTA

Le parcours de soins en Pays de la Loire



Annexe 7 : Entretien Lina

I. INFORMATIONS GENERALES

1. Nom : ██████████
2. Date de naissance : 04.07.2015 Date de passation : 29.01.2018
3. Date de début des soins au CMP : 14.02.2017
4. Parents présents : *Mère*
5. Lieu de résidence principale de l'enfant : *Domicile familial*
6. Qui réside dans le même foyer que l'enfant : *Père, Mère, frère Sami, 1 an*
7. De quel pays venez-vous ? *Maroc*
Faites-vous partie d'une ethnie ? *Oui* Si oui, laquelle ? *Arabe*
8. Depuis combien d'années êtes-vous en France ? *9 ans*
9. Avez-vous encore de la famille au pays ? *Oui* Si, oui qui ?
Grand-parents maternels / 2 frères / Oncle et tantes
10. Quel était votre occupation dans votre pays d'origine ? *Lycéenne*
Quel est votre métier en ce moment ? *Mère au foyer*
11. Quelles langues parliez-vous dans votre pays d'origine ? *Arabe*
12. Quelle est la langue maternelle de votre mère ? *Arabe* De votre père ? *Arabe*
13. Quelle langue parlez-vous aujourd'hui ? *Arabe, Français*
14. Précisez votre niveau de compréhension orale:
Langue maternelle : Bon Français : Bon
15. Précisez votre niveau en lecture:
Langue maternelle : Bon Français : Moyen
16. Quelles langues utilisez-vous dans la vie extérieure ? *Français* Avec vos amis ? *Arabe*

I. VOTRE ENFANT

1. Combien a-t-il de frères et sœurs ? *Un frère* Quelle est sa place dans la fratrie ? *1er*
2. A quel âge a-t-il dit ses premiers mots ? *2 ans*
3. Dans quelle langue étaient ses premiers mots ? *Français*
4. Est-ce que vous lui parliez beaucoup lorsqu'elle était bébé ? *Oui beaucoup*
5. Pensez-vous qu'il a parlé à l'âge habituel, en avance ou en retard ? *En retard*
6. Si difficultés : ce retard vous a-t-il inquiété ? *Oui*
7. A votre avis, quelle en est la cause ? *Je ne sais pas, on pensait à de l'autisme*
8. Y a-t-il d'autres choses dans son développement qui vous ont inquiété ? *Oui, qu'elle ne regarde pas dans les yeux*
9. A-t-il des troubles alimentaires ? *Non* Si oui, lesquels ? A-t-il des troubles du sommeil ? *A besoin que je reste avec elle pour s'endormir*
10. Avez-vous un moyen de garde ? *La crèche*
11. Si oui, à quel quel âge s'est-il mis en place et dans quelle langue les personnes s'adressaient à votre enfant ? *16 mois, et en Français*

III. LA LANGUE DANS LA FAMILLE

1. Les parents : quelle langue utilisez-vous pour parler entre vous ? *Arabe*
2. Quelle langue utilise le père pour parler à votre enfant ? (maison/extérieur) *Français*
3. Quelle langue utilise la mère pour parler à votre enfant ? (maison/extérieur) *Français et arabe*
Si plusieurs quelle est la plus fréquente ? *Français*

4. Existe-t-il un désaccord entre les parents sur la langue à utiliser avec les enfants ? *Non*
5. Quelle langue utilise votre enfant pour vous parler à la maison ? *Français et arabe*
6. A l'extérieur de la maison ? *Français et arabe*
7. Quelle langue utilise votre enfant pour parler à sa fratrie ? *Français et arabe*
8. Quelle langue est la mieux maîtrisée par votre enfant ? *Français mais peu de mots*
9. Passe-t-il d'une langue à l'autre ? *Oui*
10. Est-ce que vous lui racontez des histoires ou des contes ? *Oui*
11. Dans quelle langue ? *En Français*
12. D'où viennent ces histoires ?
Trouvées dans le livres en français
13. Votre enfant regarde-t-il la télévision ou la tablette ? *Oui*
Si oui, combien de temps par jour ? *1h30*
Quels programmes et en quelle langue ? *Dessins animés en français, je fais attention au programme seulement en français et pas en anglais*

IV. LE PARCOURS MIGRATOIRE

1. Souvent, on migre pour plusieurs raisons : pour changer sa situation, à cause de conflit ou de danger, par besoin de liberté... Qu'en a t-il été pour vous ? A quel age ?
A 15 ans, pour rejoindre mon père qui vivait en France car ma grand-mère ne pouvait plus s'occuper de moi.
2. Comment s'est passé le parcours pour arriver ? Est-ce que cela a été comme vous l'aviez imaginé ?
C'était facile, je suis venue en avion, pour regroupement familial. Je n'ai pas pu m'inscrire au lycée car les inscriptions étaient passées, et après j'avais 16 ans et l'école n'était plus obligée de me prendre. Après je voulais faire une formation et ce n'était pas possible. Je ne parlais pas français. C'était très dur je voulais repartir au Maroc.
3. Qui voyez-vous de votre famille ?
En France : *Mes sœurs et mon père*
Dans votre pays d'origine : *toute la famille maternelle, mes frères*
Si famille au pays : à quelle fréquence avez-vous des nouvelles ?
Tous les mois
4. Avez-vous l'occasion de rencontres ou de contacts avec d'autres personnes en dehors de la famille ? *Oui des amis*
5. Est-ce que les relations avec votre famille se passent comme vous le voulez ? *Oui, ça va très bien*
6. Est-ce que les relations avec votre enfant se passent comme vous le voulez ? *Oui*
7. Qu'avez-vous pris de vos parents que vous avez transmis à votre enfant ?
J'ai peu vécu avec mes parents... Je ne sais pas.
8. Comment avez-vous choisi son/ses prénoms ?
Ce sont des noms dans les livres anciens, Dina c'est la fille de Jacob. On a les memes prophètes dans les religions chrétienne et chez nous. On voulait un nom facile à dire en français et en arabe, facile à dire pour les autres enfants, et aussi facile à écrire.
9. Pouvez-vous me dire tout ce à quoi vous êtes attaché(e) de votre pays d'origine ?
La cuisine
La culture : la religion, l'esprit de famille, de partage
10. Qu'avez-vous envie de transmettre de votre pays d'origine à votre enfant ?

La culture comme je disais avant.

Pour la nourriture, qu'elle ne mange pas de porc à cause de la religion. Mais elle mange la cuisine d'ici.

11. Avez-vous ou souhaitez-vous transmettre votre langue maternelle à votre enfant ? *Non*
Pourquoi ? *Plus tard quand elle aura 5 ou 6 ans et qu'elle parlera bien français elle pourra apprendre l'arabe mais le français en premier. Je ne veux pas qu'elle soit dans la confusion.*
12. Comment se transmet votre langue maternelle ? *Oralement et par écrit*
13. D'après vous, quelle est l'image de votre langue maternelle auprès des crèches/école/CMP ?
Mauvaise image, on me regarde mal quand je parle arabe mais je m'en fiche.
14. D'après vous que pensent les professionnels du bilinguisme langue maternelle/français ? *A la crèche ils pensent que ce n'est pas bien, que si elle a deux langues c'est difficile pour communiquer avec les autres enfants.*
15. Avez-vous pour projet de retourner vivre dans votre pays d'origine ? *Peut être quand les enfants seront grands.*
16. Qu'est ce qui vous plaît en France ?
L'éducation, l'école, le niveau de vie

V. LES SOINS

1. Comment avez-vous été orienté vers le CMP ? *Pédiatre*
 2. Votre enfant-il avait des soins en orthophonie au début de la prise en charge au CMP? *Non*
 3. Une prise en charge en orthophonie a-t-elle débutée après la prise en charge au CMP ? *Oui*
 4. A votre avis, que penseraient les professionnels des troubles de votre enfant dans votre pays d'origine ? *Qu'il ne faut pas s'inquiéter, qu'elle est petite, qu'elle va grandir*
 5. Comment pensez-vous que ses troubles seraient pris en charge dans votre pays d'origine ?
Il ne serait pas pris en charge. Je n'ai jamais entendu parler d'enfants qui ont de l'orthophonie au Maroc
- Que pensez-vous des soins proposés en France ?
- Utilité : *Très utile*
 - Compréhension des soins : *Compréhensibles*
 - Accessibilité : *Très accessibles*
6. Qu'est ce qui pourrait vous aider à comprendre les troubles de votre enfant et leur prise en charge ? *Comprendre la raison de son retard*
 7. Quel projet d'avenir avez-vous pour votre enfant ?
Qu'elle aille dans une bonne école avec un bon niveau, même si c'est une école privée, pour qu'elle apprenne bien.

III. LA LANGUE DANS LA FAMILLE

1. Les parents : quelle langue utilisez-vous pour parler entre vous ? *Père décédé aux 4 ans de Jacob. Auparavant Portugais*
2. Quelle langue utilise le père pour parler à votre enfant ? (maison/extérieur) *Père décédé aux 4 ans de Jacob. Auparavant Portugais*
3. Quelle langue utilise la mère pour parler à votre enfant ? (maison/extérieur) *Portugais et Français*
4. Si plusieurs quelle est la plus fréquente ? *Portugais*
5. Existe-t-il un désaccord entre les parents sur la langue à utiliser avec les enfants ? *Oui/Non*
Si oui, lequel ? *NC*
6. Quelle langue utilise votre enfant pour vous parler à la maison ? *Portugais*
7. A l'extérieur de la maison ? A l'école : *en français, pour les courses : français et portugais*
Si différente pour les deux parents préciser : *NC*
8. Quelle langue utilise votre enfant pour parler à sa fratrie ? *Français*
9. Quelle langue est la mieux maîtrisée par votre enfant ? *Français*
10. Passe-t-il d'une langue à l'autre ? *Oui*
11. Est-ce que vous lui racontez des histoires ou des contes ? *Oui*
12. Dans quelle langue ? *En Français*
13. D'où viennent ces histoires ? *trouvées dans le livres en français*
Votre enfant regarde-t-il la télévision ou la tablette ? *Oui*
Si oui, combien de temps par jour ? *1H maximum*
Quels programmes et en quelle langue ? *Des vidéo-clip, dessins animé Bob le train, en français et en anglais*

IV. LE PARCOURS MIGRATOIRE

1. Souvent, on migre pour plusieurs raisons : pour changer sa situation, à cause de conflit ou de danger, par besoin de liberté... Qu'en a-t-il été pour vous ? A quel âge ?
Envie de liberté, d'être à l'aise. J'étais en en danger en Angola. Les épouses de mon mari pensaient que j'étais féticheur et que je l'avais tué, elles m'ont frappé et menacé. A 17 ans.
2. Comment s'est passé le parcours pour arriver ? Est-ce que cela a été comme vous l'aviez imaginé ?
Un ami de mon mari m'a aidé. J'ai pris un avion de l'Angola au Portugal. J'étais encore en danger au Portugal car il y a des enfants d'autres épouses de mon mari alors je n'ai pas voulu rester et je suis venue dans un endroit où je ne connaissais personne.
3. Qui voyez-vous de votre famille ?
En France *Personne*
Dans votre pays d'origine *Personne* Si famille au pays : à quelle fréquence avez-vous des nouvelles ?
Très peu
4. Avez-vous l'occasion de rencontres ou de contacts avec d'autres personnes en dehors de la famille ? *Non*
5. Est-ce que les relations avec votre famille se passent comme vous le voulez ? *Non, j'aimerais avoir des nouvelles de mon père, il est vieux et malade, de ma tante qui m'a éduquée, de mes deux sœurs avec leurs enfants*
6. Est-ce que les relations avec votre enfant se passent comme vous le voulez ? *Non, il est tête en l'air, c'est difficile de lui parler. Parfois j'ai des pressions je suis triste et je pleure alors il me demande pourquoi. Mais le reste du temps il rêve. Il fait froid on ne peut pas beaucoup sortir.*
7. Qu'avez-vous pris de vos parents que vous avez transmis à votre enfant ?
De mon père et ma tante, de respecter les gens, de ne pas accepter des choses qu'on ne connaît pas, de demander à maman d'abord car c'est peut-être un fétiche.

8. Comment avez-vous choisi son/ses prénoms ?
Je n'ai pas choisi c'est son père, car c'est le prénom de son grand-père paternel
9. Pouvez-vous me dire tout ce à quoi vous êtes attaché(e) de votre pays d'origine ?
Oui, la famille. Mais maintenant je refuse d'y penser, je vois le passé et je pense que tout est mauvais. Ça ne s'est pas passé comme je voulais. Arrêter l'école, le mariage à 12 ans je ne voulais pas.
10. Qu'avez-vous envie de transmettre de votre pays d'origine à votre enfant ?
La culture, c'est dans le sang, on ne peut pas l'oublier. Ça se transmet dans l'éducation, le respect, que Rafael est son frère et que ça passe avant tout, être un chrétien, Dieu c'est très important même s'il ne va pas à l'église il faut qu'il sache qu'il existe. Je fais de la cuisine angolaise mais Jacob il n'aime pas, à part le riz et les haricots, ça il peut en manger tout le temps. Ça ressemble beaucoup à la cuisine portugaise et de l'Europe, avec de la friture.
Ici je ne veux pas rencontrer d'autres gens d'Angola, je fais car j'ai peur que la famille de mon mari me retrouve, on sait jamais s'ils parlent avec des gens de là-bas, et qu'ils me lancent un féticheur.
11. Avez-vous ou souhaitez-vous transmettre votre langue à votre enfant ? *Le Tchokwé non, c'est une langue traditionnelle, de vieux. Le portugais c'est la langue mère qui peut unir tous les jeunes, je veux lui apprendre. Le Tchokwé c'est trop difficile en plus avec ses difficultés.*
12. Comment se transmet votre langue maternelle ? *Tchokwé oralement/ portugais par écrit et oralement*
13. D'après vous, quelle est l'image de votre langue maternelle auprès des crèches/école/CMP ?
C'est une bonne chose
14. D'après vous que pensent les professionnels du bilinguisme langue maternelle/français ?
C'est bien de connaître deux langues, c'est une bonne chose, j'entends d'autres parents parler espagnol, ou des langues d'Afrique que je ne connais pas, je pense que c'est bien.
15. Avez-vous pour projet de retourner vivre dans votre pays d'origine ? *(silence) Je ne sais pas... Pas maintenant... Peut-être.*
16. Qu'est-ce qui vous plaît en France ?
Je ne sais pas, ici je ne sors pas, je n'ai pas d'amis, pas de formation. Les gens sont gentils, ils m'aident.
17. Que pensez-vous des changements qui se sont produits depuis que vous êtes en France ?
C'est difficile, ici je suis seule. Je ne veux pas rencontrer des gens de l'Angola car j'ai peur qu'ils connaissent mon mari, je pars quand j'entends le portugais, je ne parle plus et je dis aux enfants de ne pas parler. Jacob il a ses difficultés pour parler, il est triste, moi aussi je suis triste des fois.

IV. LES SOINS

1. Comment avez-vous été orienté vers le CMP ?
Ecole/ Autre préciser : AS du Foyer mineur isolé
2. Votre enfant-il avait des soins en orthophonie au début de la prise en charge au CMP? *Non*
3. Une prise en charge en orthophonie a-t-elle débutée après la prise en charge au CMP ? *Oui*
4. A votre avis, que penseraient les professionnels des troubles de votre enfant dans votre pays d'origine ? *Qu'il est traumatisé et bizarre*
5. Comment pensez-vous que ses troubles seraient pris en charge dans votre pays d'origine ? *Je ne sais pas, rien je pense*
6. Que pensez-vous des soins proposés en France ? *Ca l'aide beaucoup, ça le calme, il aime la tranquillité, il parle plus*
 - Utilité : *Très utile*
 - Compréhension des soins : *Compréhensibles*
 - Accessibilité : *Très accessible*

7. *Si peu ou pas compréhensible* : qu'est ce qui pourrait vous aider à comprendre les troubles de votre enfant et leur prise en charge ? NC

8. Quel projet d'avenir avez-vous pour votre enfant ?

Faire de la natation pour l'aider à passer ses peurs. Il a beaucoup de peurs. L'aider à être sans moi et à pouvoir dormir tout seul. Qu'il grandisse ici comme tous les enfants, avoir une bonne formation, des études. Être un bon exemple pour Rafael. Il aime la musique alors peut-être faire de la musique.

Annexe 9 : Entretien Anna et Alekseï

I. INFORMATIONS GENERALES

1. Nom : ██████████ Prénom : ██████████
2. Date de naissance : ██████████ 2013
3. Date de début des soins au CMP : 10.2016
4. Parents présents : *Mère*
5. Lieu de résidence principale de l'enfant : *Domicile familial*
6. Qui réside dans le même foyer que l'enfant : *les deux parents et les deux enfants*
7. De quel pays venez-vous ? *Je suis née en Russie mais j'ai émigré en Israël à 10 ans et j'ai la nationalité israélienne (on a dû renoncer à la nationalité russe en arrivant en Israël)
Le père est français*
8. Depuis combien d'années êtes-vous en France ? 2003-15ans
9. Avez-vous encore de la famille au pays? *Oui*
En Russie : Grands parents/Père biologique/Frères et sœurs/Cousin(e)s/Oncle et tantes
En Israël : Parents (mère+père adoptif)
10. Quel était votre occupation dans votre pays d'origine? *Lycéenne*
Quel est votre occupation en ce moment ? *Comptable*
11. Quelles langues parliez-vous dans votre pays d'origine ? *Russe puis Russe et Hébreu à partir de 10 ans*
12. Quelle est la langue maternelle de votre mère ? *Russe* De votre père ? *Russe*
13. Quelle langue parlez-vous aujourd'hui ? *Russe, Hébreu, Français, Anglais*
14. Précisez votre niveau de compréhension orale:
Langue maternelle : Bon Anglais : moyen
Français : Bon 80% Hébreu : Bon 90%
15. Précisez votre niveau en lecture:
Langue maternelle : Bon Anglais : moyen
Français : Bon Hébreu : Bon
16. Quelles langues utilisez-vous dans la vie extérieure? *Français* Avec vos amis ? *Français en France, hybride Russe/Hébreu en Israël*

I. VOTRE ENFANT

1. Combien a-t-il de frères et sœurs ? Quelle est sa place dans la fratrie ?
Jumeaux, 1er de la fratrie
2. A quel âge ont-ils dit leurs premiers mots ? *Plus de deux ans, en même temps*
3. Dans quelle langue étaient leurs premiers mots ? *Français*
4. Est-ce que vous leur parliez beaucoup lorsqu'il était bébé ? *Pas beaucoup, je ne commentais pas tout comme certains parents, je me forçais à leur parler russe*
5. Pensez-vous qu'il a parlé à l'âge habituel, en avance ou en retard ? *En retard*
6. Si difficultés : ce retard vous a-t-il inquiété ? *Oui, beaucoup*
7. A votre avis, quelle en est la cause ? *Je ne sais pas. Je pense que c'est une immaturité, physiquement, moralement, psychologiquement.*
Je pense que je n'acceptais pas qu'ils grandissent aussi vite, que je voulais les garder bébés et que je les ai trop maternés.
8. Y a-t-il d'autres choses dans leur développement qui vous ont inquiété ? *Oui l'autonomie, l'immaturité*
9. Avez-vous rencontré des difficultés particulières dans votre parentalité ?
Oui beaucoup. Comme c'était des jumeaux, j'avais l'impression de faire du travail à la chaîne, c'était dur à gérer. J'étais épuisée, trop sensible, j'ai perdu mon lait à la suite de la venue de ma mère et j'ai dû arrêter l'allaitement. Je ne sais pas si c'est ça qu'on appelle la dépression mais j'étais très mal. Il y a eu un gros conflit dans la famille à partir de là.
10. Ont-ils des troubles alimentaires ? Si oui, lesquels ?

Anton non. Eva est très sélective, elle a peur de tout : aspect, texture, odeur, goût, les repas sont très longs ça peut durer 1h30.

11. Ont-ils des troubles du sommeil ?
Pas Eva. Anton il a du mal à s'endormir, il ne veut pas avant 11h parfois, il fait des cauchemars et il se réveille, le lendemain il est fatigué. C'est un gros problème.
12. Quel retentissement ont les troubles des enfants sur la vie de famille ?
Beaucoup, cela se passe mieux avec le papa qu'avec moi. Avec Anton je n'ai pas d'autorité, je ne sais pas comment dire stop, le guider. Eva elle a toujours envie de bien faire.
13. Avez-vous eu un moyen de garde ?
Assistante maternelle à 15 mois, elle parlait en français

III. LA LANGUE DANS LA FAMILLE

1. Les parents : Comment vous êtes-vous rencontrés ?
En Italie, en vacances
2. quelle langue utilisez-vous pour parler entre vous ?
D'abord l'anglais, maintenant le français
3. Quelle langue utilise le père pour parler aux enfants ?
Français
4. Quelle langue utilise la mère pour parler aux enfants ?
*Le Russe uniquement jusqu'à ce qu'ils parlent. Le Français et le Russe depuis qu'ils parlent.
Pour les moments de colère c'est en Français, quand je me concentre c'est le Russe, mais je me force. Je perds les mots petit à petit.*
5. Si plusieurs quelle est la plus fréquente ?
Français à 80%
6. Existe-t-il un désaccord entre les parents sur la langue à utiliser avec les enfants ?
Oui Monsieur refuse les comptines ou tout autre support en hébreu. Il favorise ++ le russe même si madame ne veut pas
7. Quelle langue utilise votre enfant pour vous parler à la maison ?
Français
8. A l'extérieur de la maison ?
Français
Si différente pour les deux parents préciser :
M Français, Mme Français et Russe
9. Quelle langue utilisent les enfants entre eux ?
Français
10. Passent-ils d'une langue à l'autre ?
non
11. Est-ce que vous leur racontez des histoires ou des contes ?
oui
12. Dans quelle langue ?
Français et Russe. Mais je n'aime pas les comptes russes je les trouve trop compliqués, alors je les transforme pendant que je les lis.
13. D'où viennent ces histoires ?
Trouvées dans les livres en français/trouvées dans les livres dans votre langue maternelle
14. Votre enfant regarde-t-il la télévision ou la tablette ?
Oui
Si oui, combien de temps par jour ?
1H
Quels programmes et en quelle langue ?
Dessins animés, en russe et français. Parfois ils refusent le russe.

IV. LE PARCOURS MIGRATOIRE

1. Souvent, on migre pour plusieurs raisons : pour changer sa situation, à cause de conflit ou de danger, par besoin de liberté... Qu'en a-t-il été pour vous ? A quel âge ?
Par amour, pour rejoindre le père des enfants, à 23 ans
2. Comment s'est passé le parcours pour arriver ? Est-ce que cela a été une source de traumatisme ?
Bien, non.
3. Qui voyez-vous de votre famille ?
En Israël : Parents
En Russie : sœur . Elle est née en Israël mais parvient à vivre en Russie.
Si famille au pays : à quelle fréquence avez-vous des nouvelles ?
Toutes les semaines (mère) tous les mois ou moins (sœur)
4. Est-ce que les relations avec votre famille se passent comme vous le voulez ?

Non, mais ca s'améliore pour moi. Il y a une grosse rivalité avec ma sœur, mais non dit, c'est pour ca que j'ai été en France, pour fuir tout ça. Ma mère essaye de nous relier mais ca ne marche pas beaucoup.

5. Qu'avez-vous pris de vos parents que vous avez transmis à votre enfant ?
Je ne sais pas... rester soudés, ne pas se quitter.
6. Comment avez-vous choisi leurs prénoms ?
Je voulais un prénom russe, mais qu'on peut dire avec un accent, pas typiquement français. Facile à prononcer pour mes parents russes et aussi ici en France.
7. Pouvez-vous me dire tout ce à quoi vous êtes attaché(e) de votre pays d'origine ?
*En Russie, la langue, la simplicité et la chaleur humaine
En Israel : la nourriture, la simplicité*
8. Qu'avez-vous envie de transmettre de votre pays d'origine à votre enfant ?
La langue russe
9. Avez-vous ou souhaitez-vous transmettre votre langue à votre enfant ? *Oui*
10. Comment se transmet votre langue maternelle ? *Oralement et Par écrit*
11. D'après vous, quelle est l'image de votre langue maternelle et de votre culture auprès des crèches/école/CMP ? *Ni bonne ni mauvaise, je pense qu'ils ne connaissent pas*
12. D'après vous que pensent les professionnels du bilinguisme langue maternelle/français ?
Ils sont ouverts, à l'école il y a des chansons d'autres pays
13. Avez-vous pour projet de retourner vivre dans votre pays d'origine ? *Non, et si jamais je suis forcée de partir j'irai en Israel*
14. Est-ce que votre niveau de vie en France vous convient? *Oui, même si on se dit qu'on pourrait toujours avoir mieux, ca va (sourire)*

IV. LES SOINS

1. Comment avez-vous été orienté vers le CMP ?
Pédiatre
2. Pensiez vous que cela était nécessaire ? *Oui*
3. Votre enfant-il avait des soins en orthophonie au début de la prise en charge au CMP? *Cela s'est fait en même temps*
4. A votre avis, que penseraient les professionnels des troubles de votre enfant dans votre pays d'origine et comment seraient-il pris en charge ?

En Russie, j'ai eu moi-meme des troubles du langage (expression phonétique). Je suis allée dans une école maternelle orthophonique pendant quelques mois, ca m'a beaucoup aidé. C'est plus intensif qu'en France.

5. Que pensez-vous des soins proposés en France ? C'est aussi bien qu'en Israel, plus individuel
- Utilité : *Très utile*
- Compréhension des soins : *Compréhensibles*
- Accessibilité : *Très accessible à tous, il n'y a pas de différence selon l'argent comme en Israel*
6. Voyez vous une évolution chez votre enfant ? *Oui, sur le développement du langage, et leur confiance en soi, mais ils ont encore des progrès à faire*
7. Quel projet d'avenir avez-vous pour votre enfant ?

Qu'ils grandissent bien, qu'ils surmontent leur difficultés et deviennent normaux. Je voudrais qu'il fasse du sport ou des activités pour avoir confiance en eux.

Vu, le Président du Jury,

(tampon et signature)

Professeur Olivier BONNOT

Vu, le Directeur de Thèse,

(tampon et signature)

Docteur Soizick LE GAREC

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET

NOM : BOUCHET

Prénom : Juliette

Titre de Thèse :

Troubles du langage chez les enfants de migrants :

Du terrain de vulnérabilité à la réalité clinique, une étude de la population
de l'Unité Petite Enfance

RESUMÉ

La migration marque la vie psychique et l'histoire du sujet. Elle impacte l'entrée dans la parentalité et constitue pour les enfants de migrants un terrain de vulnérabilité. Malgré les effets positifs du bilinguisme, la transmission de la langue maternelle, base essentielle du développement du langage, est altérée lors du processus d'acculturation. À l'Unité Petite Enfance, les troubles du langage étaient un motif fréquent de consultation pour les enfants de migrants. En plus des troubles spécifiques du langage oral, un nombre important s'intégrait dans un trouble plus global du développement et de la communication. La rééducation orthophonique restait un soin privilégié en prenant en compte les troubles de l'oralité. Entité à part, le mutisme sélectif apparaissait comme un diagnostic spécifique aux enfants de migrants. L'intégration de la pluralité culturelle et linguistique dans les lieux d'accueil et à l'école est un enjeu de santé publique, afin de permettre à ces enfants un accès optimal aux apprentissages.

MOTS-CLES

MIGRATION – TROUBLES DU LANGAGE – VULNÉRABILITÉ – LANGUE MATERNELLE – EXIL – CULTURE – TRAUMATISME – BILINGUISME – INTERACTIONS PRÉCOCES – MUTISME SÉLECTIF – ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE – PARENTALITÉ – LANGAGE – MATERNITÉ – ORTHOPHONIE – PRÉVENTION – SCOLARISATION – ATTACHEMENT – TSLO – DÉVELOPPEMENT – ACCULTURATION – BAIN DE LANGAGE – PARCOURS DE SOIN – RETARD DE DÉVELOPPEMENT