

MÉMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Marie-Stella DHELLEMES

qui sera soutenu publiquement en juin 2021

**Retards de langage chez les enfants confiés à
l'Aide Sociale à l'Enfance ayant présenté des
carences affectives précoces :
Questionnaire à destination des orthophonistes**

MEMOIRE dirigé par
Ingrid GIBARU, orthophoniste, Service Lebovici, CHU Lens

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Gibaru qui a été une extraordinaire maître de mémoire et maître de stage durant ces deux années, et qui m'a si patiemment et généreusement soutenue pour la rédaction de ce mémoire. Je garde en mémoire sa douceur, sa gentillesse et son optimisme comme exemples pour ma future pratique orthophonique.

Je souhaiterais également remercier Madame Descamps d'avoir accepté d'être la lectrice de ce mémoire et pour ses conseils intéressants lors de ses relectures.

Je remercie Madame Cordonnier, assistante sociale au CMP de Lens, qui m'a apporté son aide pour les données concernant l'environnement social des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Je remercie également Monsieur Dussart, Monsieur Lecerf et Monsieur Tessier qui ont participé à l'élaboration du questionnaire informatisé et à la protection des données personnelles des participants, ainsi que les orthophonistes qui ont donné de leur temps pour répondre au questionnaire.

Merci à mes maîtres de stage de cette année qui m'ont tellement apporté, et plus particulièrement à Géry et à l'équipe pour leur si chaleureux accueil.

Merci à mes parents, mes frères, mes amis qui ont participé de près ou de loin à la rédaction de ce mémoire, et plus particulièrement Anne-Sophie pour ses inlassables encouragements.

Merci enfin à Clémence, Juliette et Marie pour les moments passés ensemble depuis la première année, à la fac et ailleurs. Vous m'avez donné la pêche !

Résumé

Les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ont des parcours de vie souvent complexes, du fait de leur passé chaotique faisant intervenir de la violence ou de la négligence à leur égard. Leur santé physique ainsi que leur développement psychique et langagier en sont souvent impactés. Les orthophonistes peuvent être amenés à recevoir pour rééducation d'un retard de langage ces enfants accueillis en famille d'accueil ou en établissement de l'ASE. Ils constatent chez cette population d'enfants des particularités (notamment comportementales et environnementales), qu'ils doivent intégrer dans leur prise en charge afin de répondre au mieux à leurs besoins. Quelles sont ces particularités, quelles adaptations sont nécessaires à effectuer lorsque l'on prend en charge, pour retard de langage, un enfant en situation de placement ? C'est l'objet du questionnaire adressé aux orthophonistes, réalisé dans le cadre de ce mémoire. Il semblerait qu'un travail en collaboration étroite avec toutes les personnes (professionnels ou non) gravitant autour de l'enfant soit le plus à même d'apporter des solutions aux problématiques langagières que présentent ces enfants. Le cadre des séances d'orthophonie doit pouvoir leur offrir une contenance tout en étant suffisamment souple pour s'adapter aux aléas de toutes sortes survenant régulièrement dans ce type de suivi, liés aux enfants eux-mêmes ou à leur environnement. Les enfants confiés à l'ASE et reçus en consultation pour prise en charge du retard de langage présentent donc des problématiques sociales et psychoaffectives spécifiques, pour lesquelles les orthophonistes s'estiment globalement trop peu formés.

Mots-clés : Maltraitance, retard de langage, rééducation, psychoaffectif, pluridisciplinarité.

Abstract

Children entrusted to the Child Welfare System (*Aide Sociale à l'Enfance*) often have complex life paths, due to their chaotic past involving violence or neglect. Their physical health as well as their psychological and language development are generally impacted. Speech and language therapists are therefore called upon to see these children in foster care or in a child welfare system (ASE) institution because of language delays. They notice particularities in this population of children (notably behavioral and environmental), which they must integrate into their care in order to best respond to their needs. What are these particularities, what adaptations are necessary to make when taking care of a child in a placement situation for language delay? This is the purpose of the questionnaire addressed to speech therapists, carried out within the framework of this thesis. It would seem that working in close collaboration with all the people (professionals or not) around the child is the best way to bring solutions to the language problems that these children present. The framework of the speech therapy sessions must be strict enough to provide the necessary containment for these children, and flexible enough to adapt to all kinds of hazards, regularly occurring in this type of care, linked to the child himself or his environment. Children entrusted to the child welfare system (ASE) and received in consultation for treatment of language delay therefore present specific social and psycho-affective problems, for which speech therapists generally feel they have insufficient training.

Keywords : Maltreatment, language delay, rehabilitation, psycho-affective, multidisciplinary.

Table des matières

<u>Remerciements.....</u>	<u>2</u>
<u>Résumé.....</u>	<u>3</u>
<u>Introduction.....</u>	<u>1</u>
<u>Contexte théorique.....</u>	<u>2</u>
1. <u>Parcours de vie des enfants placés.....</u>	<u>2</u>
1.1. <u>Contexte de maltraitance.....</u>	<u>2</u>
1.1.1. <u>Notion de précarité.....</u>	<u>2</u>
1.1.2. <u>Types de maltraitance.....</u>	<u>2</u>
1.2. <u>Recours à l’Aide Sociale à l’Enfance (ASE).....</u>	<u>3</u>
1.2.1. <u>Information préoccupante, signalement.....</u>	<u>3</u>
1.2.2. <u>Le placement : famille d’accueil, établissement.....</u>	<u>4</u>
1.3. <u>Parcours de soin des mineurs confiés à l’ASE.....</u>	<u>5</u>
1.3.1. <u>Spécificité du parcours de soins.....</u>	<u>5</u>
1.3.2. <u>Organisation départementale des parcours de soin.....</u>	<u>5</u>
2. <u>Développement psycho-affectif et langagier de l’enfant : importance des interactions.....</u>	<u>6</u>
2.1. <u>Données générales.....</u>	<u>6</u>
2.1.1. <u>Interactions précoces, théorie de l’attachement.....</u>	<u>6</u>
2.1.2. <u>L’environnement source de carences affectives précoces.....</u>	<u>7</u>
2.1.3. <u>Troubles psychoaffectifs en lien avec un attachement désorganisé.....</u>	<u>8</u>
2.2. <u>Contexte de placement.....</u>	<u>8</u>
2.2.1. <u>Attachement et interactions chez les enfants confiés à l’ASE.....</u>	<u>8</u>
2.2.2. <u>Maturation psychique et langage : développements concomitants.....</u>	<u>9</u>
3. <u>Retard de langage et rééducation orthophonique.....</u>	<u>10</u>
3.1. <u>Retard de langage, terminologies.....</u>	<u>10</u>
3.1.1. <u>Caractéristiques.....</u>	<u>10</u>
3.1.2. <u>Différentes conceptions et appellations.....</u>	<u>11</u>
3.1.3. <u>Projet CATALISE : le trouble développemental du langage (TDL) comme terminologie commune.....</u>	<u>11</u>
3.2. <u>Rééducation orthophonique dans le cadre de carences affectives et langagières.....</u>	<u>12</u>
3.2.1. <u>Préconisations en cas de retard de langage.....</u>	<u>12</u>
3.2.2. <u>Interaction orthophoniste – parent – enfant.....</u>	<u>12</u>
3.2.3. <u>Particularités de la rééducation orthophonique avec les enfants confiés à l’ASE.....</u>	<u>13</u>
<u>Buts et hypothèses.....</u>	<u>13</u>
<u>Sujets, matériels et méthodes.....</u>	<u>14</u>
1. <u>Sujets.....</u>	<u>14</u>
2. <u>Matériel, méthode et procédure.....</u>	<u>14</u>
2.1. <u>Matériel : but et création (Questionnaire, Annexe n°2).....</u>	<u>14</u>
2.2. <u>Méthode et procédure.....</u>	<u>15</u>
<u>Résultats.....</u>	<u>15</u>

1. Données générales concernant les orthophonistes.....	16
1.1. Formation, lieu et modalité d'exercice.....	16
1.2. Patientèle répondant aux critères.....	16
2. Données générales concernant les patients.....	16
2.1. Éléments non spécifiques à l'orthophonie.....	16
2.2. Éléments en lien avec le suivi orthophonique.....	18
3. Formation en lien avec la rééducation des enfants confiés à l'ASE.....	19
3.1. Formation initiale.....	19
3.2. Formation ultérieure.....	20
4. En pratique.....	20
4.1. Cadre et contenu des séances.....	20
4.2. Traitement orthophonique.....	22
4.2.1. Approches et supports.....	22
4.2.2. Durée du traitement.....	22
4.2.3. Obstacles à la prise en charge.....	23
4.3. Éléments comportementaux.....	24
5. Selon les praticiens.....	25
5.1. Lien placement – retard de langage.....	25
5.2. Bénéfice du travail en équipe.....	25
5.3. Place du lien avec les éducateurs, assistants familiaux et parents de l'enfant.....	26
<u>Discussion.....</u>	<u>26</u>
1. Principaux résultats, liens avec la littérature.....	26
1.1. L'enfant en situation de placement.....	26
1.2. La rééducation du retard de langage chez l'enfant confié à l'ASE.....	27
2. Lien avec les hypothèses.....	27
2.1. Formation initiale.....	27
2.2. Intégration des spécificités psycho-comportementales des patients dans la rééducation orthophonique.....	28
2.3. Importance du travail en équipe.....	28
3. Critiques.....	29
3.1. Contexte théorique.....	29
3.2. Méthode.....	29
3.3. Limites du questionnaire.....	29
3.4. Pistes pour des futures recherches.....	30
<u>Conclusion.....</u>	<u>30</u>
<u>Liste des annexes.....</u>	<u>34</u>

Introduction

Les enfants présentant des retards de langage sont nombreux à être suivis en orthophonie. Ils consultent le plus souvent au cours de leur première ou deuxième année de maternelle.

Ce retard peut être lié au milieu dans lequel l'enfant évolue, notamment lorsque celui-ci fait intervenir de la maltraitance à son égard. C'est le sujet d'une étude réalisée par Scarborough et al. (2009), qui s'est intéressée aux retards que présentaient des enfants maltraités âgés de trois à cinq ans. Ces auteurs ont observé que le retard langagier était le retard développemental le plus fréquent, et ce, devant le retard cognitif et les difficultés d'adaptation comportementale. La prévalence des retards de langage chez les enfants victimes de négligence parentale (forme de maltraitance qui consiste en l'absence de soin procuré à l'enfant), de 41,7 % à l'âge de trois ans (Sylvestre & Mérette, 2010), est d'ailleurs largement supérieure à celle observée chez les enfants tout-venants de trois ans, où elle se situerait entre 2,27% et 7,6% (Law et al., 2000).

L'acquisition par un enfant de nouvelles capacités développementales, et a fortiori langagières, nécessite en effet d'avoir franchi différentes étapes de développement dans un contexte suffisamment sécurisant.

Les carences à différents niveaux peuvent être à l'origine du placement des enfants, soit à l'initiative des parents, soit sur décision judiciaire. Or, l'orthophoniste peut être amené(e) à proposer un traitement pour ces enfants qui présentent un retard de développement langagier, lié à un contexte de carences affectives et langagières précoces et de maltraitance ayant nécessité un placement au sein d'une structure de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Certains orthophonistes intervenant auprès de cette population font part de similarités dans les tableaux de symptômes langagiers que présentent ces enfants. Qu'en est-il de leur rééducation ? Existe-t-il des spécificités à prendre en compte lors de la rééducation orthophonique chez cette population d'enfants ?

L'objectif de ce mémoire est d'essayer de mieux comprendre la place de l'orthophoniste dans la rééducation du retard de langage chez les enfants confiés à l'ASE, ayant subi des carences affectives et langagières précoces.

Nous établirons d'abord un état des lieux des connaissances actuelles sur le parcours de vie et le développement psycho-affectif des enfants en situation de placement, et sur la prise en charge du retard de langage en orthophonie. Grâce à un regard croisé sur ces deux domaines, nous essaierons de cerner les enjeux de cette rééducation d'un point de vue orthophonique.

Dans un deuxième temps, nous chercherons à mettre en évidence les spécificités et besoins éventuels en termes de pratique clinique orthophonique dans la rééducation des retards de langage chez cette population d'enfants, par le biais d'un questionnaire adressé aux orthophonistes. Nous expliquerons la méthode utilisée pour le recueil et l'analyse des données. Les résultats obtenus au questionnaire seront ensuite présentés puis interprétés au sein de la discussion.

Contexte théorique

1. Parcours de vie des enfants placés

Les enfants victimes de maltraitance liée à leur environnement sont repérés comme tels avant d'être, éventuellement, placés à l'ASE. Leur parcours fait l'objet de problématiques particulières.

L'ASE est un service de protection de l'enfance dont la première mission est d'apporter « un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social » (article 221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, CASF). Un glossaire réunissant les sigles en lien avec l'ASE et le placement en général a été réalisé pour faciliter la lecture (Annexe 1).

1.1. Contexte de maltraitance

1.1.1. Notion de précarité

Dans un milieu que l'on a coutume d'appeler défavorisé, il n'est pas rare de constater le phénomène de maltraitance infantile, quelle qu'en soit la forme (de la négligence à la violence).

La précarité peut se définir comme un état de fragilité et d'instabilité sociale marquée par l'« absence d'une ou plusieurs des sécurités économique, sociale et familiale permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Collège National des Universitaires en Psychiatrie et al., 2016, p.112). C'est une situation réversible et multifactorielle. Le phénomène de précarisation touche 12 à 15 millions de personnes en France, c'est-à-dire 20 à 25 % de la population. Une distinction est à bien noter : une personne en situation de précarité n'est pas forcément pauvre (critère monétaire ou de condition de vie) ni exclue (critère de disqualification sociale).

De plus, la précarité est facteur de risque d'une consommation de toxiques par les parents, elle-même facteur de risque de maltraitance ou négligence, par les troubles du comportement et l'altération des fonctions cognitives et émotionnelles qu'elle déclenche. Ainsi, par exemple, selon une étude du Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire [CAREPS] (2009), 30% des enfants placés ont une mère qui a des antécédents de dépendance à l'alcool ou de toxicomanie, que ce soit en anténatal ou pendant l'enfance.

1.1.2. Types de maltraitance

D'abord présent en tant que néologisme, le terme de maltraitance est apparu dans la langue française en 1987. D'après Le Robert, dictionnaire historique de la langue française, il fait référence aux « mauvais traitements infligés à des enfants ».

En 1999, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une définition de la maltraitance comme étant « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou

sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (citée par Bagès-Limoges, 2011, p.106).

En France, il existe peu de données statistiques pour mesurer l'ampleur des différents types de maltraitance subis par les enfants (Gorza et al., 2017). Cependant, il est intéressant de noter ici que la négligence envers les enfants constitue la forme de maltraitance la plus souvent dénoncée (Berk & Roberts, 2009). La négligence survient lorsque la sécurité de l'enfant n'est pas assurée, ou qu'il n'a pas accès à une nutrition, une hygiène et un logis adéquats. La négligence est aussi en cause lorsque ses besoins primaires (physiques, émotifs, éducatifs, médicaux/dentaires) ne sont pas satisfaits par l'adulte responsable (Dubowitz & Poole, 2019). Ce deuxième aspect de la définition met en lumière le fait que plusieurs facteurs contribuent à la négligence, et qu'il ne s'agit pas simplement de parents qui ne s'occupent pas de leur enfant.

De plus, même si la négligence est apparemment la plus courante des formes de maltraitance, elle n'est pas la seule. La violence physique, l'agression sexuelle, la violence psychologique et la violence conjugale (en tant que les enfants y sont exposés et impuissants, fragilisés par ce qu'elle suscite en eux) constituent quatre autres types de maltraitance envers les enfants. Belsky (1980) décrit ainsi, dans son modèle écologique du développement, trois contextes dans lesquels peut surgir la maltraitance, et qui entrent souvent en interaction : un contexte développemental tant pour les parents que pour l'enfant ; à ce niveau l'auteur souligne la transmission de la maltraitance d'une génération à l'autre ; un contexte impliquant les interactions immédiates entre les parents et l'enfant ; un contexte plus large comprenant les influences culturelles et le statut socio-économique, les normes sociales, la collectivité, le voisinage...

1.2. Recours à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

1.2.1. Information préoccupante, signalement

Dans un contexte de maltraitance, l'enfant en danger sur le plan psychique et/ou physique pourra être amené à intégrer un établissement ou une famille d'accueil pouvant assurer sa sécurité et son développement dans des conditions plus optimales. Cette intégration a lieu à l'issue de différentes étapes administratives et judiciaires, qui peuvent être décrites de la façon suivante.

D'abord, l'enfant est repéré à l'école, par la famille ou par l'entourage comme étant en danger ou en risque de l'être. En première intention, il est possible de communiquer et obtenir des informations en appelant le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED), joignable en composant le 119. Celui-ci permet à tout enfant ou adulte de communiquer, de manière anonyme et gratuite, sur les mauvais traitements subis ou dont il a été témoin. Par cet intermédiaire, mais aussi et le plus souvent de manière directe, une information préoccupante (IP) doit alors être transmise à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP), qui centralise toutes les informations préoccupantes et assure le lien avec les professionnels chargés d'évaluer la situation. L'IP doit alerter le président de la CRIP de « la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être » (article R. 226-2-2 du CASF).

Une « enquête » est alors réalisée pour évaluer les besoins de l'enfant et lui apporter la solution la plus adaptée, sous la forme d'une protection administrative ou judiciaire.

Dans le premier cas de figure, les parents sont aidés au moyen de mesures éducatives ou de placement : « les père et mère [...] conservent sur l'enfant leur autorité parentale et en exercent tous les attributs qui ne sont pas inconciliables avec l'application de la mesure » (art. 375-7 du Code Civil). Un contrat est alors établi entre les parents et le Conseil Départemental, révocable à tout moment, et dans lequel sont établies les modalités de visites en cas de placement (durée, lieu,...). Dans certains cas, une mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) est prise avant la décision de placement, afin de soutenir les parents dans leur mission éducative et renforcer les liens familiaux et sociaux pour l'enfant qui en a été privé, temporairement ou depuis toujours. L'AEMO administrative intervient donc en prévention du danger potentiel, en proposant aux familles des prestations administratives et de gestion (secrétaire, comptable...), ainsi qu'éducatives (éducateur spécialisé, assistant social, psychologue...) pour les accompagner au mieux et permettre le maintien à domicile de l'enfant concerné.

Dans des cas plus graves de maltraitances avérées reposant sur des faits et nécessitant une mise à l'abri urgente du mineur, il faut alors effectuer un signalement. Dans celui-ci doit apparaître la nécessité d'une protection judiciaire pour l'enfant dont la situation est présentée. Cet acte écrit est transmis au Procureur de la République. Un magistrat décide alors de retirer l'enfant à ses parents. Dans les cas très graves, l'autorité parentale leur sera également ôtée en permettant à d'autres personnes ou institutions d'assumer leurs responsabilités par le transfert (partiel ou total, temporaire ou durable) de l'autorité parentale (Bouyx & Vogelweith, 2003). Ces mesures sont aussi prises quand les parents sont « absents » (abandon formel de l'enfant, désintérêt volontaire, décès, hors d'état de manifester leur volonté, etc.) ou dans l'impossibilité d'exercer l'autorité parentale.

1.2.2. Le placement : famille d'accueil, établissement

Dans les deux formes de protection, judiciaire ou administrative, plusieurs voies sont possibles pour l'enfant. Parmi elles se trouvent le placement en famille d'accueil, et le placement en établissement.

En famille d'accueil, l'enfant est sous la responsabilité d'un(e) assistant(e) familial(e), qui est un métier appartenant à la catégorie des travailleurs sociaux (employé(e) par le Conseil Départemental dans le cadre de l'ASE, ou par un service médico-social). Les familles d'accueil, pour en avoir le statut, doivent avoir suivi une formation initiale après avoir postulé. Si elles remplissent certaines conditions (avoir la nationalité française, un état de santé permettant l'accueil d'enfants...), elles reçoivent alors un agrément, valable pendant dix ans. La première formation dure 60 heures ; elle est dispensée dans les six mois qui précèdent l'accueil du premier enfant. Une seconde formation, d'une durée de 240 heures, est ensuite dispensée en alternance, et peut se faire dans un délai de deux ans après la signature du premier contrat de travail. Ces temps de formation permettent d'acquérir des connaissances et compétences concernant les besoins fondamentaux de l'enfant, le rôle spécifique de l'assistant familial en termes d'accueil du jeune enfant et de responsabilité juridique.

Les établissements quant à eux hébergent des mineurs dans le cadre de l'ASE, en France, au titre de la protection de l'enfance ou de la prévention de la délinquance. Ils font partie des services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) et sont de quatre types : les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les foyers de l'enfance, les pouponnières à caractère social, et les villages d'enfants, lieux de vie et d'accueil. En 2017, selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), l'ASE disposait de 1963 établissements, dont les trois quarts étaient des MECS (Abassi, 2020).

Au total en France, 177000 enfants étaient accueillis au sein de l'ASE fin 2017, et parmi eux 61400 en établissement et 115600 en familles d'accueil (Abassi, 2020). La majeure partie des enfants confiés à l'ASE sont ainsi accueillis chez les assistants familiaux ou dans les MECS.

1.3. Parcours de soin des mineurs confiés à l'ASE

1.3.1. Spécificité du parcours de soins

Les formations suivies par les assistants familiaux sont importantes pour acquérir les savoirs théoriques essentiels au bon déroulement de l'accueil. Dans la pratique, on se rend compte que tout n'est pas si simple. Les familles d'accueil sont souvent démunies face aux problématiques de ces enfants qui présentent tout au moins des carences affectives, accompagnées la plupart du temps d'autres difficultés de santé. Elles ne connaissent pas toujours bien les antécédents familiaux ou personnels de l'enfant, et l'absence du carnet de santé la plupart du temps ainsi que le secret médical de la part du ou des médecins ayant suivi l'enfant (CASF, art. L. 226-2-2, 2007-293) viennent encore limiter le partage d'informations. Pourtant ce sont bien les assistants familiaux ou socio-éducatifs (éducateurs et assistants sociaux) qui, dès lors qu'ils en ont la responsabilité, sont les plus à même de repérer et alerter en cas des symptômes de souffrance psychique, physique ou autre. Mais dans le cas où les parents ont encore l'autorité parentale sur l'enfant, leur accord est requis pour le partage de ses informations de santé, tout comme pour la prescription des soins médicaux. Or, la situation de placement traduit en elle-même des difficultés parentales à s'occuper du projet de soin de leur enfant. Cela peut donc rendre plus complexe le parcours de soin de ces enfants.

Au-delà du recours possible à la protection maternelle et infantile (PMI), qui a un rôle de prévention et d'accueil du jeune enfant, et qui n'est pas réservé aux enfants placés, il n'est pas simple de trouver des professionnels de santé pouvant répondre aux besoins de l'enfant, dans les conditions qui sont celles de la famille d'accueil ou de l'établissement dans lequel vit l'enfant. C'est l'objet du rapport Euillet (Euillet et al., 2016) qui analyse les facteurs limitant le soin chez les enfants placés à l'ASE en France par le biais d'une étude montrant, entre autres, la pauvreté des ressources dans le domaine des soins psychiques, autant pour le dépistage et le diagnostic que pour les soins eux-mêmes. Selon ce rapport, c'est surtout le manque de liens entre les professionnels, et de cadre dans la définition du rôle de chacun, qui sont remis en cause. En outre, la question du choix du secteur de pédopsychiatrie est prédominante pour les accompagnants aux soins de l'enfant placé qui, la plupart du temps, a changé plusieurs fois de lieux de vie, et donc aussi de structures de soins. Le changement de secteur de soin entraîne à chaque fois un délai d'attente non négligeable, rendant peu optimale une prise en charge censée être la plus précoce possible pour ces enfants aux problématiques psychiques souvent lourdes.

1.3.2. Organisation départementale des parcours de soin

Une étude sur le parcours de santé des enfants confiés à l'ASE des Bouches-du-Rhône (Martin et al., 2017), dont le nombre réellement inclus (1133) permet de pouvoir généraliser ce que révèlent les résultats chiffrés à cette même population en France, met en évidence quelques particularités du suivi médical et paramédical de ces enfants. Ainsi, la plupart des enfants confiés à l'ASE intégrés à l'étude avaient un suivi régulier assuré par un médecin généraliste ou de PMI, et 32 % étaient suivis par des médecins spécialistes et dentistes, parmi lesquels 17 % avaient un suivi

par un pédopsychiatre. Concernant la prise en charge paramédicale, les professionnels les plus représentés étaient le psychologue (56 %), l'orthophoniste (35 %) et l'orthodontiste (26 %). Seulement 23 % des enfants intégrés à l'étude n'avaient pas de suivi médical spécialisé ou paramédical particulier. Ainsi la moyenne des suivis pour ces enfants était de deux professionnels (médecins spécialistes et/ou professionnels paramédicaux), prises en charge venant s'ajouter aux consultations chez leurs médecins généralistes ou en PMI. L'inscription à la MDPH concernait 20 % des enfants confiés à l'ASE. Chez ces enfants, parmi ceux qui étaient scolarisés (c'est-à-dire quasiment tous), 6 % des enfants étaient scolarisés en établissement médico-social, 5 % en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS), et 3 % étaient accompagnés d'un AVS (Martin et al., 2017).

Des initiatives à la faveur de dépistages systématiques, notamment pour ce qui est des troubles pédopsychiatriques, sont progressivement à l'œuvre en France. C'est ainsi qu'en Loire-Atlantique, le Conseil Départemental a décidé de mettre en place une Unité Médicale chargée de tenir à jour un dossier médical pour chaque enfant placé sous sa charge (ONED, 2013). La tenue de ce dossier permettrait ainsi un dépistage plus systématique des troubles et une orientation vers des professionnels spécialisés, en s'assurant que les consultations médicales obligatoires sont bien réalisées, les prescriptions médicales bien exécutées par les lieux de vie, les pathologies chroniques bien suivies.

Malgré des tentatives pour pallier l'inégalité de l'offre de soins sur le territoire, des hétérogénéités demeurent entre les départements en matière de parcours de santé des enfants confiés à l'ASE. Ces parcours font intervenir de multiples acteurs, et il n'est pas toujours simple d'instaurer une unité de soins autour de chaque enfant. Parmi les nombreux professionnels gravitant autour de l'enfant, on retrouve en première ligne ceux qui appartiennent au domaine de la santé mentale et en particulier psychiatres et psychologues. On retrouve également les orthophonistes, consultés pour des problématiques langagières. Quel est le lien qui les unit, en quoi le développement affectif de l'enfant est-il très lié à son développement langagier, et inversement ?

2. Développement psycho-affectif et langagier de l'enfant : importance des interactions

L'environnement dans lequel évolue l'enfant a un rôle essentiel car il suscite chez l'enfant un désir plus ou moins grand de communiquer et lui en fournit plus ou moins les moyens, par les réponses qu'il lui apportera. Ce processus bidirectionnel constitue ce qu'on appelle les interactions précoces (c'est-à-dire, avant 30 mois), durant lesquelles l'activité psychique du bébé s'organise, en présence de l'adulte.

2.1. Données générales

2.1.1. Interactions précoces, théorie de l'attachement

Le besoin d'attachement, besoin primaire chez l'homme, est décrit par Bowlby (1969) comme la capacité innée à développer des liens affectifs durables et fiables avec une figure particulière, en général, la mère. Les comportements innés tels que les pleurs, la succion, le réflexe d'agrippement,

sont des moyens d'interaction permettant le maintien d'une proximité physique et psychique avec cette figure d'attachement privilégiée.

Plusieurs types d'interactions sont décrits dans la littérature. L'interaction comportementale s'observe par l'ajustement tonico-postural, le contact cutané, les regards et les vocalisations produites par le bébé en réponses aux paroles de la figure d'attachement. L'interaction affective se définit par la qualité de l'harmonisation affective entre la mère et son bébé, la « couleur » de l'interaction qui va permettre le partage d'expériences émotionnelles entre eux. Enfin les interactions imaginaires et fantasmatiques se caractérisent par l'influence réciproque des vies psychiques de la mère et du bébé ; elles sont plus complexes à analyser (Mazet & Stoléru, 2003).

Ainsi une interaction de qualité met en jeu un niveau de stimulation adapté aux besoins du bébé, stable dans le temps, et réciproque (Mazet & Stoléru, 2003). L'attachement sécure qui en découle constitue donc une assise fondamentale de toute dynamique de développement (Bonneville-Baruchel, 2018). Celui-ci est nécessaire pour apprendre ensuite à se séparer et pouvoir découvrir son environnement : c'est le processus normal de l'individuation (Maury, 2002). Toutefois cet attachement sécure n'est pas fixé et peut évoluer vers une forme insécure transitoire ou non en cas de traumatisme (Guédeney, 2007).

2.1.2. L'environnement source de carences affectives précoces

Quand les réponses de l'entourage aux besoins affectifs de l'enfant ne sont pas adéquates, l'enfant peut développer différents types d'attachements insécures (Ainsworth et al., 1978). L'attachement insécure évitant est marqué par une stratégie d'évitement de la part de l'enfant envers sa figure d'attachement qui n'a pas ou peu répondu à ses demandes. L'attachement ambivalent résistant, lui, survient quand la figure d'attachement offre une réponse inconsistante à l'enfant, qui ressent alors un besoin intense de se coller à elle et une résistance à toute proposition de réconfort, s'accompagnant de colère vis-à-vis de la figure d'attachement. Chez ces enfants, les signaux de détresse sont exacerbés ou au contraire masqués, comme pour marquer leur manque de confiance envers les autres (Bonneville-Baruchel, 2018). Enfin, contrairement aux autres, l'attachement désorganisé est marqué par l'absence de stratégie pour gérer le stress lié à la séparation. Pour Main et Hesse (1990 ; cités par Bonneville-Baruchel, 2018), ce type d'attachement se retrouve quand les enfants ont été confrontés à une ou des figures de référence angoissée(s) ou traumatisante(s), et dans le cas de la maltraitance. Il peut également se retrouver dans le cas des troubles psychiatriques, bipolaires, dépressifs et de comportements addictifs de la figure de référence.

En France, un enfant placé sur quatre a un père souffrant d'une pathologie psychiatrique, et un enfant placé sur deux a une mère qui souffre d'un trouble psychiatrique (ONED, 2013). Il est important de considérer la vulnérabilité particulière de la mère aux troubles psychiatriques durant la période périnatale, à l'origine de nombreux changements. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé (HAS) propose un entretien prénatal précoce dès quatre mois de grossesse pour dépister les femmes à risque. On retrouve parmi ces troubles le postpartum blues, ou dépression du postpartum, dont les symptômes peuvent être le découragement, des plaintes physiques ou encore une grande anxiété allant de la crainte de faire du mal au bébé à l'évitement du contact avec celui-ci, par phobie de l'infanticide (Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2016). Un trouble maniaque dépressif peut également apparaître, susceptible d'évoluer vers un trouble psychiatrique chronique tel que le trouble bipolaire. En prévention, le suivi ambulatoire pluridisciplinaire a une importance majeure : équipe obstétricale en unité mère-enfant, pour le travail autour du lien mère-enfant ;

services de PMI ; unité de psychiatrie périnatale (UPP) ; services sociaux pour les difficultés sociales (Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2016).

2.1.3. Troubles psychoaffectifs en lien avec un attachement désorganisé

Un attachement désorganisé peut favoriser le développement de troubles chez le bébé. On observera alors, avant six mois, une pauvreté du sourire et des vocalises, une apathie ou au contraire une agitation excessive, et un détournement du regard. Après six mois, les symptômes d'une désorganisation sévère chez l'enfant sont une instabilité motrice, un retard de développement psychomoteur, une déficience de l'organisation temporo-spatiale et du schéma corporel, et l'absence de processus d'individuation. Un trouble physiologique (sommeil, alimentation) ou une pathologie médicale non-psychiatrique (colique, eczéma) sont également des signes l'alerte d'une possible souffrance de l'enfant, auxquels il faut rester attentif (Even, 2017). Dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), on retrouve deux appellations pour les troubles de l'attachement dans la catégorie des troubles liés à des traumatismes et au stress : le Trouble Réactionnel de l'Attachement et le Trouble Réactionnel de Désinhibition du Contact Social.

Toutefois d'autres troubles peuvent entrer dans la clinique de l'enfant en situation d'attachement insécuré. On retrouve notamment la dépression anaclitique, chez le nourrisson qui a déjà connu un lien d'attachement entre six et douze mois et qui, brutalement séparé de sa mère, se trouve en détresse. Chez l'enfant qui est séparé de sa mère, quelle qu'en soit la raison, on pourra fréquemment observer le « syndrome du comportement vide », caractérisé par un retard de croissance, une insomnie sévère, une pauvreté de l'expression des affects, une relation à l'objet indifférenciée et une absence d'angoisse face à l'étranger.

2.2. Contexte de placement

2.2.1. Attachement et interactions chez les enfants confiés à l'ASE

Selon Euillet et al. (2010), parmi les enfants placés de moins de 30 mois, on retrouve un attachement sécure pour 46 % des enfants, désorganisé pour 42 % d'entre eux, résistant pour 8 % d'entre eux et évitant pour 4 % d'entre eux.

Entre 8 et 24 mois, la séparation de l'enfant avec ses figures d'attachement peut entraîner des réactions sévères, comme une angoisse de séparation, des troubles du sommeil, crises de colère, comportements destructeurs. Cette séparation rajoute un traumatisme aux expériences émotionnelles négatives déjà vécues. Le placement est donc proposé si les risques encourus au domicile sont jugés plus importants que les conséquences potentielles de la séparation (Even, 2017). Pour Guédeney (2007), l'enfant a besoin de s'attacher à ses accueillants et ceux-ci doivent répondre à ses besoins. Créer une nouvelle figure d'attachement ne signifie pas prendre la place des parents ni les disqualifier, mais au contraire redonner une chance de répondre aux besoins de protection.

Dans le cas de placements précoces, les interactions pourront s'établir avec un soignant de la pouponnière ou un membre de la famille d'accueil. Une étude réalisée en 2012 et portant sur 32 bébés ayant entre 19 jours et 20 mois, placés dans les pouponnières de Lille et Roubaix (Delion et al., 2012), se donnait pour objet de comprendre si le milieu de la pouponnière est porteur de carences ou, au contraire, d'action soignante pour le bébé. Les résultats ont montré une amélioration à court terme des capacités relationnelles, interactionnelles et du développement du bébé après quatre mois de placement, amélioration liée à un maternage suffisamment contenant et cohérent de

la part des professionnels au sein de la pouponnière. Cette étude met l'accent sur les dysfonctionnements familiaux ayant conduit au placement et à des souffrances du bébé. Il arrive alors souvent que le comportement du bébé exprime le contraire de ses besoins, et induise une réponse inadéquate de l'adulte non initié à ces problématiques. Par exemple, la fuite du regard ou un contact évitant du corps à corps pourront induire une mise à distance de l'adulte, alors que le bébé aurait au contraire besoin d'un contact sécurisant pour se construire. Le travail en équipe pluridisciplinaire est donc indispensable pour ne pas se laisser entraîner par la psychopathologie du bébé (Dugravier & Guédeney, 2006 ; cités par Delion et al., 2012). La qualité du regard de l'adulte apporte au bébé un repère important dans ses échanges intersubjectifs (Fraiberg, 1982 ; cité par Delion et al., 2012), et permet au bébé d'expérimenter que ses messages visuels et ses émotions sont reçus, contenus, et transformés par l'adulte.

D'un point de vue neurobiologique, dès la grossesse et jusqu'à la première année de vie, les réseaux neuronaux et les connexions synaptiques du bébé se multiplient : c'est la neuroplasticité cérébrale, période durant laquelle le cerveau du bébé est particulièrement réceptif à son environnement, à savoir entre autres, l'état psychique et affectif de sa mère pendant la grossesse (Field et al., 2006 ; cités par Delion et al., 2012). Une exposition aux influences inappropriées du milieu, couplée à un défaut de soins parentaux pendant la période critique de développement des fonctions cognitives et émotionnelles sont parfois impossibles à compenser ultérieurement (Vasseur & Delion, 2011 ; cités par Delion et al., 2012). Les recherches de Music en 2011 (cité par Delion et al., 2012) montrent que des négligences précoces sévères peuvent être la principale cause d'atrophie de parties du cerveau, ce qui altère beaucoup les capacités de régulation émotionnelle et d'empathie, ainsi que les capacités à créer une intimité relationnelle nécessaire à l'échange social et intersubjectif.

De plus, beaucoup d'enfants placés connaissent plusieurs lieux de vie durant leur parcours, pour cause de déménagements de la famille d'accueil ou d'inadaptation à leur lieu de vie par exemple. Du fait des séparations fréquentes avec leurs figures d'attachement, et des conflits et adaptations à de nouveaux environnements qu'ils ont vécus, ils subissent plus de stress psychosociaux que la moyenne (Kayser et al., 2011). Les négligences ou traumatismes vécus jouent en effet sur les mécanismes sous-jacents aux stratégies défensives du bébé. Si le système de réaction au stress est sollicité de manière répétée et trop fréquente au cours de la première année, en réponse aux situations ressenties comme dangereuses, les enfants présenteront une dysrégulation de la réponse au stress. On considère en effet que le schéma de sécrétion du cortisol est stabilisé à douze mois. En cas de stress chronique, le cortisol diffuse également dans le système limbique, zone qui a le plus grand nombre de récepteurs (Berger et al., 2015). Or, il s'agit de la zone responsable de l'intégration des émotions, de la mémoire affective et des apprentissages. Les bébés maltraités sont alors en état d'alerte quasi permanent (hypervigilance, hypertonie, insomnie...). La gestion du stress au quotidien s'en retrouve alors affaiblie.

2.2.2. Maturation psychique et langage : développements concomitants

C'est en parallèle de sa maturation psychique et sur la base de celle-ci que l'enfant va développer son langage, grâce aux facultés proprement humaines et aux apports du milieu. Ainsi, parmi les théories psycholinguistiques explicatives du développement langagier se trouvent les approches pragmatique et interactionniste, initiées surtout par Bruner (1996 ; cité par Firode, 2016) et Vygostky (1997 ; cité par Firode, 2016), qui placent le curseur, chacun à leur manière, sur l'environnement social comme facteur de développement, par le biais des inputs (stimuli

linguistiques) et des étayages dans les productions de l'enfant lorsqu'ils sont situés dans sa zone proximale de développement (Firode, 2016).

De la même manière que l'environnement agit sur le développement de la vie psychique chez l'enfant, l'entourage joue un rôle déterminant sur l'acquisition du langage de l'enfant. Un milieu socioculturel défavorisé, où les modèles de langue fournis par les parents sont eux-mêmes défectueux va impacter le langage de l'enfant de manière néfaste. Il en est de même pour des parents qui utiliseraient des modèles trop élaborés en présence de l'enfant, mal adaptés à ses possibilités et qui ne lui permettent pas de se les approprier ; enfin et de manière plus déterminante encore : l'absence, la rareté ou la discontinuité de relations préverbaux ou verbaux ne permettront pas à l'enfant d'investir la langue comme mode de communication privilégiée (Mousset, 2004).

Plusieurs chercheurs ont par ailleurs démontré que les enfants maltraités avaient des habiletés langagières inférieures à leurs pairs non maltraités. Des difficultés sont relevées sur les plans expressif, réceptif (Cicchetti & Eigsti, 2004) et pragmatique (Coster et al., 1989).

3. Retard de langage et rééducation orthophonique

Une conséquence très fréquente d'une carence en apports affectifs et/ou langagiers est le retard de langage. Une rééducation orthophonique est alors préconisée. Elle est conseillée à partir de quatre ans dans le cas de retards de langage « classiques » (Bursztein & Danion-Grilliat, 2011).

3.1. Retard de langage, terminologies

3.1.1. Caractéristiques

Le retard de langage peut se définir comme une atteinte des composantes lexicales et syntaxiques du langage chez un enfant ne présentant pas de retard mental global, de trouble auditif ou de trouble grave de la personnalité (Bursztein & Danion-Grilliat, 2011). L'enfant répond de façon adaptée aux situations de la vie courante, mais l'ensemble des étapes du développement du langage est retardé : les premiers mots n'apparaissent pas avant deux ans et les premières phrases, pas avant trois ans. Parmi les difficultés langagières sur le versant expressif, on retrouve de façon quasi systématique : un vocabulaire pauvre, une syntaxe rudimentaire, et des troubles phonologiques souvent associés (dans ce dernier cas, le retard de langage s'accompagne alors d'un retard de parole). La compréhension est meilleure que l'expression, même si elle est souvent inférieure à celle des enfants du même âge. L'évolution est généralement spontanément favorable mais parfois de façon lente. Des difficultés d'acquisition du langage écrit peuvent exister ensuite (Bursztein & Danion-Grilliat, 2011).

Le retard de langage répond à une étiologie variée : les facteurs peuvent être génétiques (fréquence de retards de langage dans certaines familles), médicaux (liés aux antécédents périnataux comme la prématurité), socioculturels (insuffisance de stimulation par le milieu, pauvreté des interactions) ou psychoaffectifs (relation mère-enfant instable ou maintenant l'enfant dans une position régressive).

3.1.2. Différentes conceptions et appellations

Selon que la conception soit francophone ou anglo-saxonne, des appellations différentes existent pour désigner les réalités que recouvrent les troubles du langage oral.

Selon la conception francophone, on distingue le retard simple de langage de la dysphasie. Celle-ci se définit comme un trouble primaire (ou spécifique), sévère et durable du développement du langage oral. Elle ne peut s'affirmer en tant que telle avant l'âge de six ans et résiste à l'intervention orthophonique (critère de durabilité), contrairement au retard de langage qui peut se résorber, naturellement ou suite à une rééducation orthophonique. La dysphasie ne peut pas non plus répondre à une étiologie de type environnementale (critère de spécificité). L'atteinte est légère à modérée dans le retard de langage, elle est sévère dans la dysphasie (critère de sévérité). Dans le retard de langage, les maladroites syntaxiques appartiennent au répertoire du langage enfantin et obéissent au principe de facilitation ; en cas de dysphasie, ce langage peut être accompagné d'atypies : le langage est dit « déviant ». La dysphasie fait apparaître une hétérogénéité entre les compétences langagières et les compétences intellectuelles (qui sont souvent nettement supérieures), ce qui n'est pas le cas du retard de langage (Schelstraete & Collette, 2012).

La conception anglo-saxonne n'opère pas de distinction entre les difficultés transitoires et les difficultés persistantes, qui sont regroupées sous le terme de *specific language impairment*, trouble spécifique du langage (TSL). Celui-ci s'inscrit dans un continuum allant du développement typique au trouble sévère et persistant, en passant par des formes légères et transitoires (Piérart, 2004).

Si l'on cherche à regrouper les conceptions, ce terme de TSL recouvre donc la dysphasie, le retard de langage, et tout éventuel retard de parole associé, c'est-à-dire, tout retard de développement du langage oral en l'absence de déficience intellectuelle, sensorielle, de lésion cérébrale, trouble psycho-affectif, carences environnementales graves (Bishop, 1997).

3.1.3. Projet CATALISE : le trouble développemental du langage (TDL) comme terminologie commune

Depuis 2017 et le projet CATALISE (criteria and terminology applied to language impairments: synthesising the evidence) mené par Bishop et al. (2017), c'est le terme de *developmental language disorder*, trouble développemental du langage (TDL) qui semble avoir pris l'ascendant sur les autres. Ce nouveau terme permet de dénommer les troubles de langage oral susceptibles de persister jusqu'au milieu de l'enfance (environ cinq à douze ans) et au-delà, avec un impact fonctionnel significatif sur les interactions sociales quotidiennes et le parcours scolaire, peu susceptibles d'être résolus sans l'aide d'un spécialiste, et qui ne résultent pas d'un manque d'exposition à la langue, ni de conditions biomédicales potentiellement explicatives du trouble de langage oral (lésion cérébrale ou surdité par exemple). Ils peuvent être en co-occurrence avec d'autres troubles, comme le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le TDA/H (Bishop et al., 2017).

En résumé, l'appellation TDL, qui regroupe les notions de troubles modérés à sévères et qui supprime la notion de spécificité (incluant la possibilité de troubles associés), est désormais en vigueur depuis 2017. Le concept de TSL transitoire, qui se réfère au retard de langage, n'en fait donc pas partie. Dans la littérature internationale, certains suggèrent d'employer le terme de « difficultés langagières » (Breault et al., 2019). Par simplicité d'usage, nous avons choisi de garder l'appellation « retard de langage » dans ce mémoire.

3.2. Rééducation orthophonique dans le cadre de carences affectives et langagières

3.2.1. Préconisations en cas de retard de langage

Quelques éléments sont primordiaux dans une prise en charge orthophonique, quelle qu'elle soit : le fait que l'intervention soit précoce, intensive et soutenue ; la collaboration entre les différents professionnels, la transdisciplinarité ; le fait que l'accompagnement soit transféré et personnalisé à tous les milieux de vie de l'enfant (Hyter et al., 2001).

La HAS définit en 2001 des recommandations de bonne pratique concernant les indications orthophoniques dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de trois à six ans. Ainsi le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de trois à six ans doit être systématique, même en l'absence de plainte. Il existe des questionnaires permettant de repérer ces troubles, comme le questionnaire « Langage et Comportement » de Chevrie-Muller (de 3;6 ans à 3;9 ans). Des batteries de test sont ensuite proposées à partir de quatre ans. Le bilan médical est par ailleurs nécessaire pour permettre d'affirmer le caractère primaire du retard, c'est-à-dire non secondaire à une déficience mentale ou pathologie médicale quelconque, comme un déficit sensoriel auditif par exemple ou une pathologie neurologique. La prescription du bilan orthophonique est ensuite envisagée différemment selon l'âge de l'enfant.

Chez l'enfant de trois à cinq ans, il y a indication de bilan orthophonique : si le langage n'est pas intelligible pour les personnes non familières ; en cas d'absence de structure grammaticale, c'est-à-dire, de trois mots associés comprenant un verbe ; en cas de troubles de la compréhension. L'accompagnement parental et/ou la rééducation orthophonique sont alors préconisés. Si un retard est repéré dans l'aspect phonologique du langage uniquement et en l'absence évidente de retard dans la compréhension, une simple surveillance paraît justifiée avec un réexamen de l'enfant six mois plus tard. À partir de cinq ans, le bilan orthophonique doit avoir lieu dans les cas cités ci-dessus mais aussi en cas de persistance d'un trouble du langage même phonologique, ou devant tout trouble du langage dépisté grâce à une batterie de tests.

Les objectifs thérapeutiques de l'orthophoniste sont alors, en fonction de l'âge et des potentialités de l'enfant, d'améliorer sa communication en remédiant aux aspects déficitaires du langage, et de faciliter l'acquisition des apprentissages scolaires. Les échanges entre l'orthophoniste et les parents, le médecin de l'enfant et le système scolaire sont largement conseillés. Des prises en charge multidisciplinaires au sein d'un réseau spécialisé sont préconisées pour les enfants présentant des troubles neuropsychologiques ou des émotions et du comportement associés à leurs troubles du langage. La coordination de tous les acteurs est particulièrement importante en cas de répercussions sur l'intégration scolaire et sociale de l'enfant (HAS, 2001).

3.2.2. Interaction orthophoniste – parent – enfant

Le travail proposé se situe sur le plan perceptif, pour lequel l'orthophoniste propose des modèles langagiers, sur le plan productif avec une incitation aux prises de parole. Dans son interaction avec l'enfant, l'orthophoniste reprend les productions du patient pour les renforcer ou les reformuler. L'adulte doit alors s'ajuster physiquement à l'enfant, en se baissant par exemple, et prêter attention à toutes ses productions verbales.

Ainsi, plusieurs conduites d'étayage peuvent être utilisées en rééducation orthophonique (Canut et al., 2018). Pour construire l'intercompréhension, il est conseillé de présenter sous

plusieurs formes (syntaxiques et lexicales) ce que l'on dit, de référer le plus explicitement possible en évitant les déictiques (dont l'interprétation dépend du contexte), de décrire ce que l'on fait et ce que fait l'enfant afin de passer du non-verbal au verbal, de replacer la référence dans un contexte connu de l'enfant. Une écoute particulière, orientée sur le contenu de ce que dit le patient plutôt que sur la forme, est attendue, afin de favoriser l'usage du langage en situation. Pour amener à des productions diversifiées, une chose primordiale est de laisser le temps à l'enfant pour prendre la parole. Ensuite, il faut proposer des reformulations de ce que dit l'enfant, qui se situent dans sa zone proximale de développement langagier : phrases ni trop courtes ou simples, ni trop longues ou complexes. On peut également inciter l'enfant à reformuler lui-même ses productions, en posant des questions ouvertes qui appellent à des réponses légèrement plus longues ou complexes que ce que l'enfant produit spontanément. Enfin, il sera judicieux de proposer des synthèses de ce qu'il a essayé de dire en plusieurs phrases.

Par ailleurs, toutes ces modalités d'intervention utilisées en rééducation orthophonique sont applicables dans l'interaction parent-enfant. C'est ce que propose la perspective interactionniste constructiviste, dans laquelle l'entourage et l'interaction avec les parents (qui sont les experts de leur enfant) ont un rôle central, de la même manière que les routines proposées dans par l'adulte et expérimentées par l'enfant en contexte familial. L'orthophoniste pourra, de surcroît, partager avec les parents ses connaissances sur les stratégies de base à adopter, comme l'utilisation d'un vocabulaire simple, l'exagération des contours mélodiques, l'utilisation de questions ouvertes, la modélisation, etc. Ce sont ensuite les compétences générales d'analogie et de généralisation de l'enfant qui prennent le relais, selon la perspective développementale du langage.

3.2.3. Particularités de la rééducation orthophonique avec les enfants confiés à l'ASE

Avec les enfants placés, il est nécessaire d'intervenir à différents niveaux de prise en charge. Le premier niveau concerne les facteurs de risque, qu'il convient d'atténuer par un suivi psychosocial multidimensionnel (Guralnick, 2011 ; Sylvestre & Mérette, 2010). Il faut également agir au niveau de l'interaction parent-enfant, cela grâce à l'éducation parentale et à des groupes de stimulation parent-enfant par exemple, si les conditions de vie le permettent (Guralnick, 2011; Lugo-Gil & Tamis-LeMonda, 2008). Dans le cas où le contact avec les parents a été rompu, les éducateurs et assistants familiaux pourront appliquer les conditions d'interaction modélisées par l'orthophoniste (telles que nous les avons présentées ci-dessus). Enfin le troisième niveau, qui concerne le développement propre de l'enfant, est bien sûr primordial dans la prise en charge. Il nécessite une intervention spécifique au langage, avec un soutien spécialisé (Roberts & Kaiser, 2011).

Il s'avère alors que l'application de tous ces principes favorisant une bonne évolution du retard de langage soit nettement plus difficile à mettre en place dans le cas de l'enfant placé. Les praticiens le constatent cliniquement. C'est ce que nous allons étudier au moyen d'un questionnaire aux orthophonistes.

Buts et hypothèses

Lors de mes stages cliniques au sein du CMP de Lens, les rencontres avec les professionnels et des enfants placés en famille d'accueil m'ont permis de constater de forts besoins thérapeutiques langagiers pour cette population d'enfants, et plus largement pour les enfants confiés à l'ASE présentant un retard de langage. C'est pourquoi j'ai voulu interroger les orthophonistes

confronté(e)s à ces problématiques, afin de connaître les besoins et les pratiques déjà existantes dans ce domaine. Dans ce cadre, je m'attends à ce que :

- La formation initiale concernant les problématiques psychoaffectives et psychosociales de l'enfant placé soit considérée comme insuffisante (hypothèse 1) ;
- L'enfant placé pris en charge pour retard de langage présente des spécificités psychocomportementales, que l'orthophoniste devra intégrer dans son projet thérapeutique et dans son attitude professionnelle à avoir, avec l'enfant et son accompagnant (hypothèse 2) ;
- Le travail en équipe et notamment avec les éducateurs de l'enfant, l'équipe pluridisciplinaire, et les partenaires médico-sociaux, ait une place non négligeable dans le suivi de l'enfant placé à l'ASE (hypothèse 3).

Ainsi mon mémoire tentera de vérifier ces hypothèses et de répondre aux problématiques suivantes : quelle est la place de l'orthophoniste dans la rééducation du retard de langage chez l'enfant confié à l'ASE ? Quelle est la spécificité de la prise en charge orthophonique du retard de langage chez ces enfants à besoins particuliers ?

Sujets, matériels et méthodes

1. Sujets

Le questionnaire a été envoyé par voie Internet à différents orthophonistes via notre réseau personnel et par l'intermédiaire de différents réseaux sociaux. Il nous a semblé judicieux d'agir ainsi afin de toucher des orthophonistes de France et Belgique, prenant en charge ou ayant déjà pris en charge un ou plusieurs enfants confiés à l'ASE, placé(s) en famille d'accueil ou structure, et présentant un retard de langage.

2. Matériel, méthode et procédure

2.1. Matériel : but et création (Questionnaire, Annexe n°2)

Le questionnaire qui a été réalisé avait pour but de récolter un maximum de données en lien avec les hypothèses posées, et plus largement, de permettre aux orthophonistes concerné(e)s par ce type de problématique de s'exprimer sur leurs expériences en cours ou passées. Il se voulait anonyme (les données récoltées respectant l'anonymat des personnes répondantes) et sur support informatisé afin de faciliter les retours de réponses et favoriser un taux de participation suffisant. Le questionnaire se voulait également rapide à remplir et écologique.

Pour ce faire, une alternance de questions ouvertes (QO), semi-ouvertes et fermées sous forme de Questions à Choix Multiples (QCM) ou de Questions à Réponse Unique (QRU) a semblé être le meilleur format, alliant le côté attrayant, qui laisse aux orthophonistes une grande liberté d'expression, et le recueil d'informations les plus détaillées et riches possibles. Pour certaines questions, des modalités de réponses ont été proposées sous forme d'échelles de Likert, permettant de mesurer grâce à des degrés (souvent entre cinq et sept) le niveau d'accord ou de désaccord pour

une affirmation. Au total, 31 questions ont été posées, dont quatre avec des sous-questions. Le temps de réponse est estimé entre cinq et dix minutes.

Ce questionnaire compte cinq parties. Les deux premières parties s'intéressaient aux données générales concernant l'orthophoniste puis leurs patients. La troisième partie abordait la formation initiale et continue en lien avec ce profil d'enfants, enfin les dernières parties étaient consacrées aux caractéristiques du soin orthophoniques chez ces enfants.

Type de question	Exemple
Ouverte (QO)	Pour vous, en quoi la/les séance(s) de rééducation diffère(nt)-t-elle(s) des autres rééducations d'enfants ?
Semi-ouverte (QCM)	Quel matériel utilisez-vous le plus souvent pour ce type de traitement ? <i>albums / contes / pictogrammes / jeux symboliques / jeux avec règles / jeux sensori-moteurs / autres</i>
Fermée (QRU)	Pensez-vous au cours de votre formation initiale avoir reçu un enseignement suffisant concernant les problématiques psychoaffectives de l'enfant (de manière générale) ? <i>pas du tout / plutôt non / neutre / plutôt oui / oui, vraiment</i>

Tableau 1. Exemples de questions tirées du questionnaire

2.2. Méthode et procédure

Pour respecter le cadre légal de sa création, nous avons pris contact avec le délégué du comité de protection des données (DPO) de Lille. Plusieurs échanges mails ont été effectués, au cours desquels un formulaire à remplir a abouti à l'attribution d'un numéro de déclaration du questionnaire. Un entretien en visioconférence a également eu lieu pour mettre en lumière tout ce qu'implique la protection des données personnelles et s'assurer de leur respect dans tous ses aspects. Une déclaration d'ouverture, pré-remplie par nos soins, et un récépissé de déclaration de conformité ont enfin été reçus, attestant du lien qui a été fait avec la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) chargée de valider le questionnaire ; ils sont disponibles en Annexes 3 et 4 du mémoire. Dans un second temps, le contenu du questionnaire une fois validé a fait l'objet d'un transfert sur la plateforme qui servira ensuite de support à sa diffusion, le logiciel Lime Survey.

Résultats

Une présentation des résultats sous forme de graphiques nous a semblé adéquate pour certains types de données, avec, en ordonnées, le pourcentage d'orthophonistes ayant répondu, en abscisses les modalités de réponses, en couleurs et légendes, les choix de réponses en échelle de Likert. De plus, une partie des témoignages récoltés, non présentés ici par souci de concision, sont disponibles en Annexe 6.

1. Données générales concernant les orthophonistes

1.1. Formation, lieu et modalité d'exercice

55 réponses ont été obtenues auprès des orthophonistes répondant au critère « recevoir ou avoir reçu pour retard de langage, un ou des enfant(s) placé(s) dans une structure de l'ASE ». Parmi eux, 43 travaillent en libéral (78%), 12 en salariat (22%), et aucun en exercice mixte. Parmi ceux qui exercent en salariat, 6 travaillent en CMP, 1 en CMPP, 2 en IME (Institut Médico-Educatif), 2 en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce).

La totalité de l'échantillon exerce en territoire français (dont un en Guadeloupe). Concernant le pays d'obtention du diplôme, 47 ont été formés en France (85,5%) et 8 en Belgique (14,5%). 12 ont bénéficié d'une formation en 5 ans (22%) et parmi eux 2 en Belgique (3,5%), 31 ont été formés en 4 ans (56%), 12 en 3 ans (22%) et parmi eux 6 en Belgique (11%).

1.2. Patientèle répondant aux critères

Aux questions « combien de patients répondant aux critères "retard de langage" et "placé en famille d'accueil ou foyer de l'ASE" recevez-vous (ou avez-vous reçu) en consultation, par semaine ? » et « pouvez-vous en estimer le pourcentage (du total de votre patientèle) ? », nous observons les résultats dans les tableaux suivants :

1 patient	2 patients	3 patients	4 patients	5 patients	Entre 5 et 10	10 ou plus
18	13	9	5	5	4	1

Tableau 2. Estimation du nombre de patients reçus par semaine répondant aux critères de l'étude

Moins de 5%	Entre 5 et 25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75%	Plus de 75%
41	12	2	0	0

Tableau 3. Estimation du pourcentage de patients reçus par semaine répondant aux critères de l'étude

La majorité des répondants (72,7%) reçoivent, par semaine, trois enfants ou moins de la population étudiée. Cela correspond à moins de 5 % de leur patientèle pour la majorité (74,5%) d'entre eux.

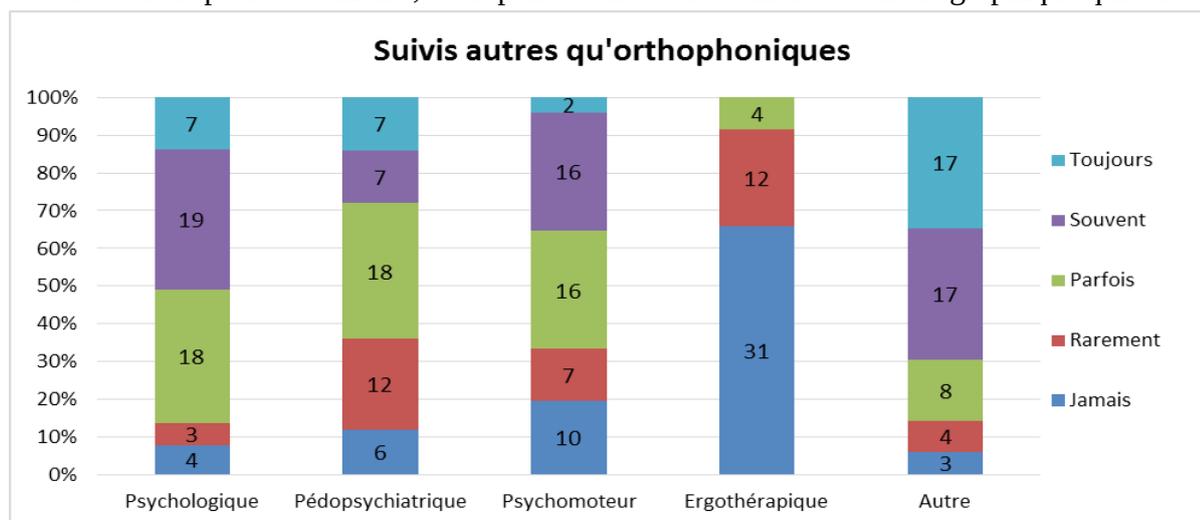
2. Données générales concernant les patients

2.1. Éléments non spécifiques à l'orthophonie

Concernant le type d'accueil dont bénéficient les enfants concernés par l'étude, nous avons recueilli une majorité de réponses évoquant la famille d'accueil comparées aux réponses concernant l'accueil en établissement. 43 orthophonistes (78%) ont répondu « toujours » et « souvent » pour la famille d'accueil. Seulement 12 orthophonistes (22%) ont répondu « toujours » et « souvent » pour l'accueil en établissement. Le graphique est placé en Annexe 5.

Les types d'établissements d'accueil des enfants suivis par ces orthophonistes sont répertoriés en Annexe 5. Ils sont en premier lieu des foyers. Viennent ensuite la MECS, la pouponnière et enfin le village d'enfants.

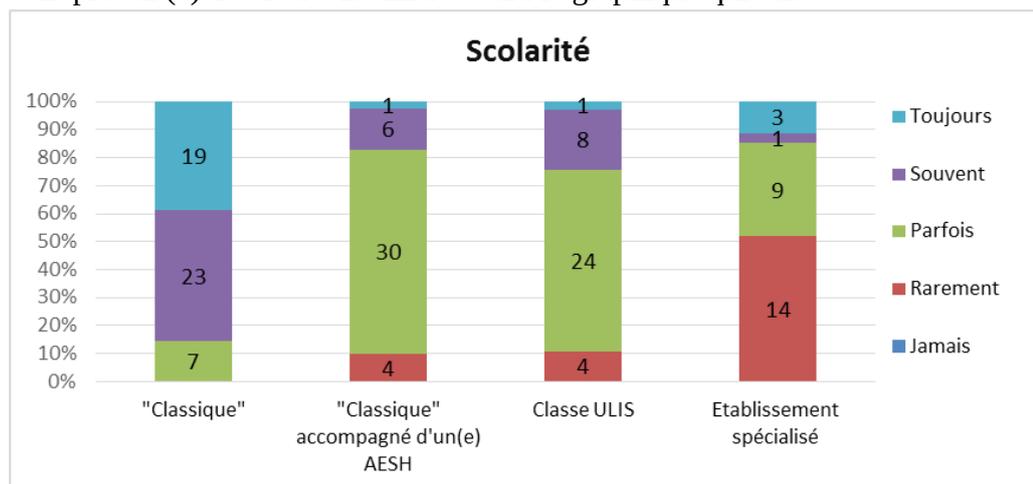
Concernant d'autres éventuels suivis des patients, seulement 5 orthophonistes sur 55 ont répondu ne pas en avoir connaissance. Pour les 50 orthophonistes ayant répondu avoir connaissance d'autres suivis pour ces enfants, les réponses ont été rassemblées dans le graphique qui suit :



Graphique 3. Suivis autres qu'orthophoniques pour les enfants placés reçus en consultation

Dans la colonne « autre », on regroupe les éducateurs spécialisés, que 24 orthophonistes (43,6%) ont nommé comme faisant partie du suivi parallèle à l'orthophonie pour ces enfants, les assistants sociaux, nommés par 23 orthophonistes (41,8%), les infirmiers nommés par 3 orthophonistes, mais aussi psychopédagogues, mentionnés par 2 orthophonistes, et autres suivis de professions médicales et paramédicales non nommées par les orthophonistes ayant répondu au questionnaire.

En ce qui concerne la scolarité de ces enfants, nous avons regroupé les possibilités en 3 types de scolarité : une scolarité « classique », regroupant les écoles maternelle et primaire en cursus ordinaire, une scolarité en classe ULIS, et une scolarité effectuée en établissement spécialisé (IME, ITEP). De plus, pour les enfants scolarisés en cursus ordinaire, nous avons demandé si un(e) AESH était présent(e). Nous avons ainsi obtenu le graphique qui suit :

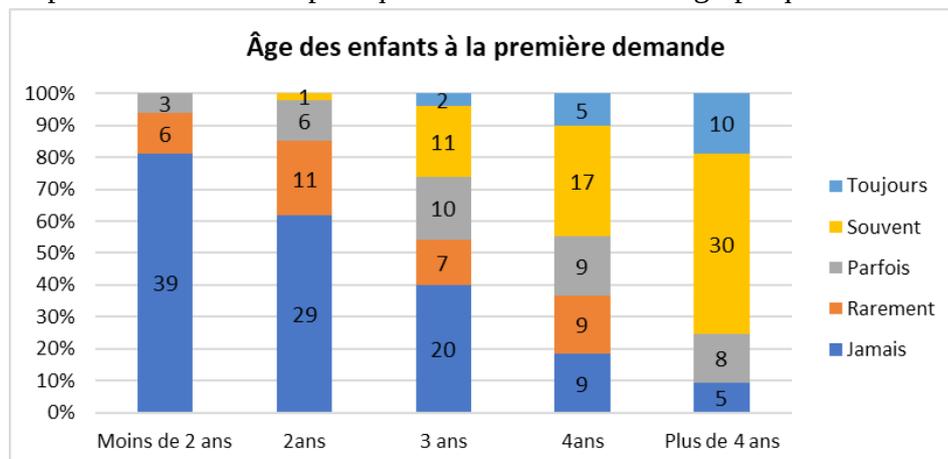


Graphique 4. Scolarité des enfants placés reçus en consultation orthophonique

La scolarité « classique » est la plus largement représentée : 76,4 % des orthophonistes répondants disent recevoir « souvent » ou « toujours » des enfants scolarisés en cursus ordinaire ; puis vient la scolarité en classe ULIS, puis en établissement spécialisé.

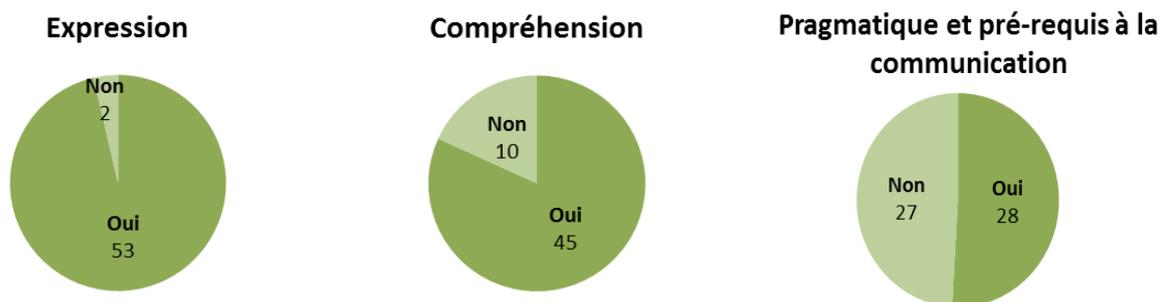
2.2. Éléments en lien avec le suivi orthophonique

À la question « *quel est l'âge des patients à la première demande ?* », il s'agit majoritairement de première demande après quatre ans. On obtient le graphique suivant :



Graphique 5. Âge des enfants placés à la première demande de consultation orthophonique

Nous avons ensuite demandé quel(s) versant(s) du langage oral étai(en)t le(s) plus souvent touché(s), en proposant comme choix de réponses « expression », « compréhension », « pragmatique et prérequis à la communication ». Les résultats sont résumés ci-dessous :



Graphiques 6, 7 et 8. Versants du langage touchés chez les enfants placés reçus en consultation

Les résultats viennent mettre en lumière le fait que c'est l'expression qui est largement touchée chez ces enfants, suivie de la compréhension, puis de la pragmatique et des prérequis à la communication. Sur le versant expression, à propos des domaines les plus concernés, 25 orthophonistes ont répondu que le lexique en faisait partie, 22 ont évoqué la morphosyntaxe, 19 ont parlé de la phonologie et 13 orthophonistes ont évoqué l'articulation. Sur le versant compréhension, 16 ont évoqué une pauvreté lexicale, 22 ont mis en avant un déficit de compréhension morphosyntaxique, et parmi eux certains ont mentionné une difficulté de compréhension narrative et des énoncés complexes. Sur le plan de la pragmatique et des prérequis à la communication, parmi les 28 orthophonistes ayant répondu positivement à la question (c'est-à-dire la moitié), la majorité ont évoqué une mauvaise gestion des tours de rôle, ainsi qu'une altération de la compréhension des inférences ; des difficultés en attention conjointe sont mentionnées par 2 d'entre eux.

Au niveau de la fréquence de traitement, les résultats obtenus sont résumés dans le tableau suivant :

1 fois par semaine	1 à 2 fois par semaine	2 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine
22	12	18	3

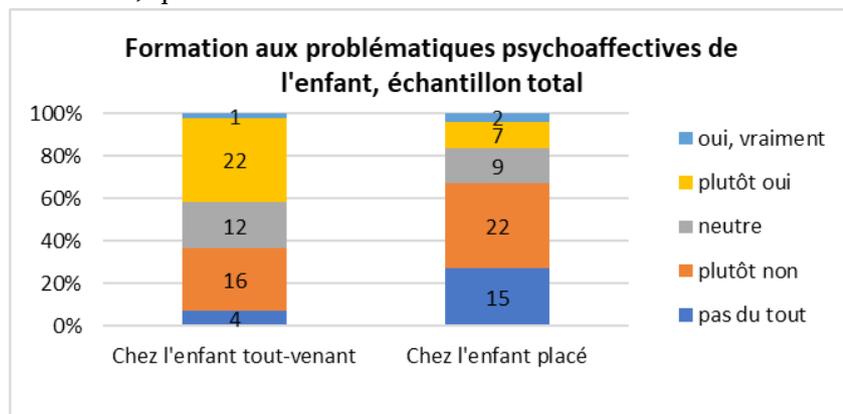
Tableau 4. Fréquence du traitement orthophonique chez les patients répondant aux critères de l'étude

La fréquence d'une fois par semaine est celle qui revient le plus souvent avec toutefois une part non négligeable de « deux séances hebdomadaires ». Certains orthophonistes précisent une durée de séance de 45 minutes. Quatre d'entre eux mentionnent des difficultés à augmenter la fréquence du fait des contraintes liées au placement.

3. Formation en lien avec la rééducation des enfants confiés à l'ASE

3.1. Formation initiale

Aux questions « pensez-vous avoir reçu un enseignement suffisant concernant les problématiques psychoaffectives de l'enfant (de manière générale) ? » et « pensez-vous avoir reçu un enseignement suffisant concernant les problématiques psychoaffectives de l'enfant placé ? », nous avons obtenu des réponses différentes en fonction des lieux de formation et de la durée de la formation, qu'il nous a semblé intéressant de mettre en lumière ici.



Graphique 9. Avis des orthophonistes sur la formation initiale reçue quant aux problématiques psychoaffectives chez l'enfant en situation de placement, comparé à celle chez l'enfant tout-venant

La part importante de « plutôt non » et « pas du tout » quand il s'agit de l'enfant placé (37 réponses négatives en tout c'est-à-dire 67,27% des réponses) illustre une tendance générale des orthophonistes interrogés à ne pas se sentir formés aux problématiques psychoaffectives spécifiques à l'enfant placé. A contrario, le taux moins élevé de réponses négatives pour les enfants tout-venant (20 en tout soit 36,36% des réponses) comparé à la part plus importante de réponses positives (23 en tout soit 41,81% des réponses), et les réponses plus nuancées pour cette population (moins de réponses aux « extrêmes ») montre une tendance générale des orthophonistes interrogés à se sentir plutôt formés aux problématiques psychoaffectives de l'enfant en général.

Les graphiques illustrant la comparaison entre les échantillons d'orthophonistes de formation française et belge quant à la formation aux problématiques psychoaffectives des enfants placés et

tout-venants sont placés en Annexe 5. On observe une tendance à peu près équivalente pour ces deux populations à se sentir non formés aux problématiques psychoaffectives de l'enfant placé (63,83% de réponses négatives en France et 87,5% en Belgique). Concernant cette formation chez l'enfant tout-venant, beaucoup s'estiment suffisamment formés en France (44,68% de réponses positives) ; par contre, les orthophonistes formés en Belgique ne s'estiment globalement pas non plus formés aux problématiques psychoaffectives chez l'enfant tout-venant (25% de réponses positives).

La comparaison graphique entre les avis des orthophonistes formés en trois, quatre et cinq ans quant aux problématiques psychoaffectives de l'enfant placé et tout-venant est répertoriée en Annexe 5. On observe une nette différence entre les réponses des orthophonistes ayant reçu une formation en quatre ou cinq ans et ceux ayant reçu une formation plus courte, en trois ans. Ces derniers estiment de manière générale être non formés aux problématiques psychoaffectives de l'enfant, qu'il soit placé ou non. Pour ce qui est des cursus en quatre et cinq ans, 54,84 % et 33,33 % respectivement des orthophonistes s'estiment assez formés aux problématiques psychoaffectives des enfants non placés, 22,58 % et 8,33 % respectivement s'estiment assez formés aux problématiques psychoaffectives des enfants placés.

À la question « *Pensez-vous au cours de votre formation initiale avoir reçu un enseignement suffisant concernant les aspects sociaux, psychosociaux de ces enfants en situation de placement ?* », les réponses ont été placées en Annexe 5, réparties en fonction du lieu de formation et de la durée du cursus afin de pouvoir comparer une fois encore les données entre elles. On constate le ressenti général d'un manque de formation dans ce domaine, que ce soit en France, en Belgique, et pour toutes les durées de formation.

3.2. Formation ultérieure

À la question « *quelles sont pour vous les sources d'aide en lien avec cette problématique ?* », parmi les choix proposés à réponse multiple, nous avons récolté les données suivantes :

Forums sur internet	Supervision	Formation continue	Autre
15	15	23	27

Tableau 5. Sources d'aide en lien avec la problématique de la rééducation orthophonique chez les enfants confiés à l'ASE

Dix-sept orthophonistes ont déclaré être aidés par les échanges avec des collègues du secteur médical et paramédical (orthophonistes, psychologues et pédopsychiatres principalement). Sept trouvent de l'aide auprès des services sociaux (assistant social, ASE). Trois évoquent la lecture d'articles ou de livres et trois encore leur expérience antérieure (associative ou en stage) comme source d'aide dans leur pratique rééducative avec les enfants placés.

4. En pratique

4.1. Cadre et contenu des séances

À la question « *La prise en charge d'enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) vous amène-t-elle à modifier le cadre de vos séances (lieu, respect strict des horaires et jours fixes... ?* »,

14 orthophonistes (25%) ont répondu oui, 38 (69%) ont répondu non, et 3 orthophonistes (5%) n'ont pas répondu. Parmi ceux qui ont répondu oui, cinq évoquent l'importance de la régularité des horaires et des jours fixés pour les rendez-vous, six mettent en avant une souplesse à avoir quant à la régularité de la prise en charge et à la disponibilité des différents intervenants autour de l'enfant, notamment l'absence de suivi possible pendant les vacances scolaires la plupart du temps. La structuration de la séance est mise en avant pour trois des orthophonistes interrogés : « *J'ai tendance à plus cadrer l'enfant : j'annonce ce qui va se passer, j'essaie de contenir au mieux car ce sont des enfants qui ont beaucoup tendance à tester le cadre et le lien au thérapeute. Il me semble qu'un cadre strict mais bienveillant leur permet de mieux se poser* », avec l'importance du rituel en début et/ou fin de séance, et du tour de rôle dans le choix des activités permettant une relation d'adulte à enfant plus adaptée. Une augmentation de la durée de séance pour mieux respecter le rythme et la difficulté d'entrer en relation est mentionnée pour l'un d'entre eux.

Concernant la spécificité des séances de bilan pour ces enfants confiés à l'ASE, nous avons recueilli 39 réponses (70,9%) allant dans le sens d'une réduction des données récoltées lors de l'anamnèse, soit par manque d'informations de la part de la famille d'accueil ou des éducateurs concernant la vie avant placement (grossesse et petite enfance surtout), soit par précaution vis-à-vis du vécu douloureux de l'enfant. Deux orthophonistes seulement (3,6%) ont déclaré détailler au contraire plus l'anamnèse, afin de « *tenter de cibler les carences affectives et comprendre les répercussions qu'elles peuvent avoir d'un point de vue comportemental mais également au sein des apprentissages* ». Neuf orthophonistes (16,4%) évoquent l'adaptation des épreuves pour ces enfants, dont trois mettent l'accent sur les aspects qualitatifs, la fréquence de troubles massifs chez ces enfants faisant baser le bilan sur les prérequis et la compréhension bien souvent ; les six autres mentionnent une adaptation au niveau du comportement à adopter vis-à-vis d'eux, l'attention particulière portée au fait de ne pas mettre en échec ces enfants qui ont un grand manque de confiance en eux, un sentiment d'insécurité face à l'adulte qui se traduit la plupart du temps par une méfiance exacerbée envers l'adulte. Huit orthophonistes (14,5%) considèrent que le bilan ne diffère pas spécialement d'un bilan classique.

En ce qui concerne les séances de rééducation, il semble que tout un aspect de la rééducation soit consacré à l'établissement d'une relation de confiance avec l'enfant, comme le suggèrent les réponses de 21 orthophonistes interrogés (38,2%). La création de ce lien passe par le jeu libre afin de « *nouer une alliance thérapeutique plus solide* », les encouragements, félicitations, attitudes de douceur, réassurance et de grande disponibilité (écoute primordiale) aux besoins de l'enfant. Plusieurs évoquent l'aspect temporel de la mise en place de cette relation, la prise en compte que celle-ci s'inscrit dans la durée et demande d'autant plus de temps si l'enfant est placé. « *Une ambiance bienveillante inspirant un maximum de confiance est absolument nécessaire. Guider, encourager, féliciter, sont des activités dont on ne peut se passer. Bien sûr, nous le faisons avec tous les enfants ; mais ces besoins des enfants placés sont criants* ». Dans la prolongation de cette idée, sept orthophonistes (12,7%) mentionnent un élargissement du travail en langage oral à un travail plus large prenant en compte les aspects psychoaffectifs et psychosociaux de cette population d'enfants à besoins particuliers : travail sur les émotions, les habiletés sociales, sur la confiance en soi, sur l'orientation temporelle. Six (10,9%) évoquent une vigilance particulière à accorder à la charge affective véhiculée par le langage dans les échanges informels, et au choix des supports afin d'éviter certains thèmes pouvant être douloureux pour l'enfant (par exemple, le thème de la famille). Six encore (10,9%) mentionnent un cadre strict avec des séances ritualisées afin d'être le plus englobant possible avec ces enfants ayant des problématiques comportementales importantes. Parfois il semble « *nécessaire de mettre en place un contrat dans lequel un cadre est clairement*

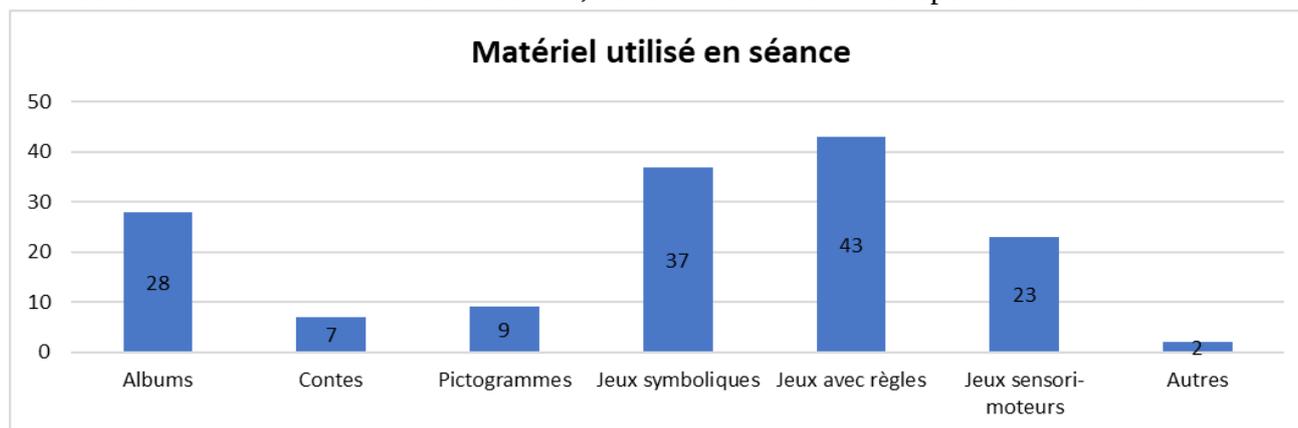
défini avec ce qui est possible et pas possible de faire ». Cinq orthophonistes (9,1%) rapportent l'importance et la particularité du contact avec les assistants maternels et éducateurs, qui ne sont pas les parents. Selon certains, le lien avec les services pour la coordination des soins autour de l'enfant est également primordial, même s'il n'est pas de leur initiative. Enfin, seulement huit orthophonistes (14,5%) partagent le fait que le contenu de la séance à proprement parler ne change pas spécifiquement avec ces enfants.

4.2. Traitement orthophonique

4.2.1. Approches et supports

À la question « *utilisez-vous des méthodes, protocoles, approches ... spécifiques pour stimuler le langage chez ces enfants, que vous n'utilisez pas systématiquement chez les enfants présentant des retards de langage ?* », quatre orthophonistes soit 7,3 % ont répondu oui. Parmi eux deux ont évoqué l'approche PREL et Montessori, ainsi que les jeux de toucher et olfactifs, un autre a mentionné les pictogrammes afin d'aider à structurer et ritualiser la séance, et à maintenir son attention pour une activité sur un temps déterminé ; un autre enfin a relaté l'utilisation de jeux pour le tour de rôle et pour apprendre à perdre.

Concernant le matériel utilisé en séance, nous avons recueilli les réponses suivantes :



Graphique 17. Matériel utilisé pour la rééducation des retards de langage chez les enfants confiés à l'ASE reçus en consultation

Dans la colonne « autres », on relève pour un orthophoniste l'utilisation de pictogrammes avec des images des émotions surtout en début de séance, et du « *langage spontané avec support de dessin, ou jeu de devinettes avec support de cartes, constitution d'un imagier phonologique* » pour un deuxième.

4.2.2. Durée du traitement

La question de la durée et du critère d'arrêt du traitement a été posée sous forme de question ouverte. La majorité des réponses (quinze soit 27,27 %) vont dans le sens d'un suivi généralement plus long que la moyenne, du fait d'une évolution plus lente de l'enfant, pour qui le langage n'est pas toujours la priorité. Cet allongement de temps (prise en charge de deux ans en moyenne) peut aussi être dû à l'installation plus lente de la relation de confiance. Le critère d'arrêt est parfois fixé d'emblée avec l'enfant et sa famille d'accueil ou ses éducateurs, selon ses attentes et en accord commun avec lui, si l'âge le permet. Douze orthophonistes (21,8%) rapportent le fait que le critère

d'arrêt des séances ne change pas que l'enfant soit placé ou non. Il varie en fonction des progrès de l'enfant, du niveau d'autonomie dans la communication (normalisation des scores) et de l'intégration dans le milieu scolaire et au quotidien. Dix mettent en avant la grande variabilité selon les parcours des enfants. Neuf mentionnent le fait que l'arrêt dépend la plupart du temps des circonstances de la vie de l'enfant placé : changement de famille d'accueil, retour chez les parents, suivi au sein d'une structure si le suivi antérieur était libéral. Enfin huit orthophonistes font mention d'absences répétées et/ou un manque de motivation de la part de la famille d'accueil, des éducateurs ou de l'enfant comme critère d'arrêt des séances, même si l'arrêt n'est pas toujours définitif (ce peut être une interruption qui laisse place à une reprise possible).

4.2.3. Obstacles à la prise en charge

Les orthophonistes ont aussi été interrogés sur les obstacles qu'ils rencontraient pour l'application d'une prise en charge optimale. Notons d'abord les obstacles qui relèvent du contexte autour de l'enfant et des conditions « extérieures » qui empêchent le bon déroulement de la prise en charge.

Tout d'abord l'élément qui revient le plus souvent a trait au manque de régularité du suivi et des horaires, relaté par seize orthophonistes. Celui-ci peut avoir différentes raisons. La plus fréquemment mentionnée est le manque d'investissement de la famille d'accueil, et parfois des parents lorsqu'ils reprennent ponctuellement la charge de leur enfant, et qu'ils sont réticents à cette prise en charge (un témoignage allant dans ce sens). Le changement de famille d'accueil peut être la cause d'un arrêt brutal du suivi. Des absences régulières liées aux visites médiatisées avec les parents sont relatées par trois orthophonistes.

Ensuite, un autre obstacle à la prise en charge est le manque d'informations sur la vie quotidienne de l'enfant, la gestion du secret professionnel avec la famille d'accueil ou les éducateurs, et l'absence ou le manque de lien avec les parents directs de l'enfant : « *Il manque le lien de confiance que l'on peut mettre en place avec les parents, et leur coopération dans la prise en charge. Les familles d'accueil, même top, ne peuvent se substituer aux parents* ». Dans cette même idée, cinq orthophonistes relèvent des difficultés dans la reprise du travail au foyer ou à la maison, parfois même si la famille d'accueil est motivée (cf Annexe 6). Le retour dans la famille naturelle de l'enfant peut aussi être problématique et causer une régression du langage par le manque de stimulations, comme le suggère un orthophoniste.

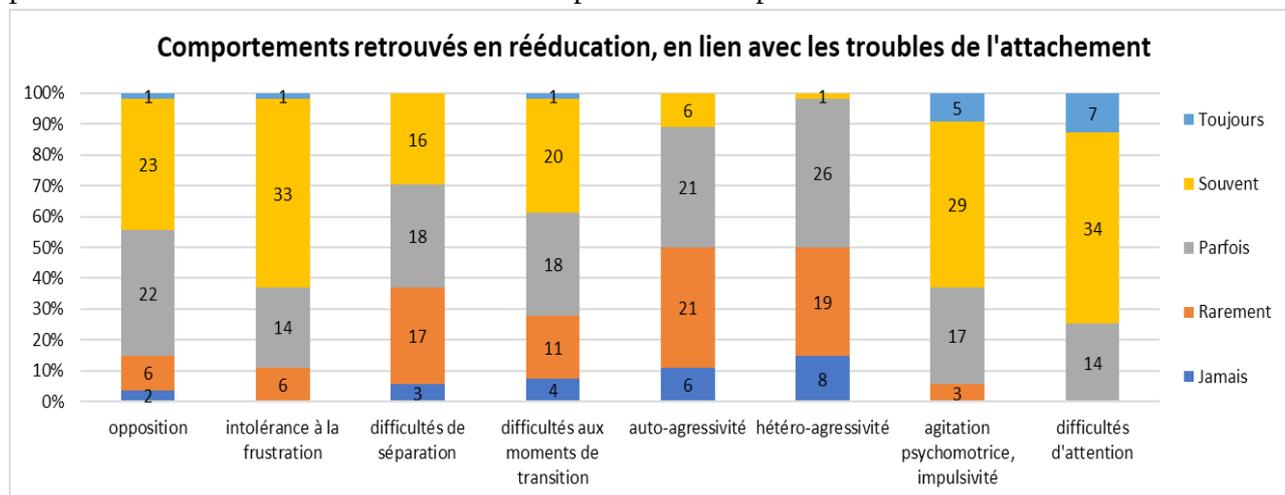
De plus, le manque de coordination entre les partenaires sociaux, médicaux et l'école conduit à un manque de cohérence dans le projet de soin, ce que déplorent quatre orthophonistes (cf Annexe 6). Cela est parfois lié à un manque de temps de la part des orthophonistes concernés, ou à la multiplicité des interlocuteurs qui rend difficile la communication.

Du point de vue des difficultés liées directement à l'enfant, il s'agit majoritairement de réponses allant dans le sens de problématiques lourdes chez ces enfants qui sont, de ce fait, peu disponibles psychologiquement pour adhérer au suivi et atteindre les objectifs orthophoniques. Les difficultés de langage sont rarement isolées, le suivi est plus global. Par exemple, plusieurs orthophonistes évoquent le travail autour de la temporalité qui est fait prioritairement, la notion de temps étant généralement déficitaire chez ces enfants. Selon deux orthophonistes, un travail autour du cadre et de la relation est également primordial avant d'entamer le travail des objectifs langagiers. Un orthophoniste témoigne également de « *difficultés à mémoriser, restituer des histoires entendues et parfois une capacité à se couper du sens de ce qu'on essaye de leur dire* », ainsi que de « *difficultés à faire des liens de causalité entre les événements* ».

Enfin, des problématiques comportementales viennent entraver la prise en charge de multiples façons. Elles sont détaillées dans la partie qui suit.

4.3. Éléments comportementaux

Concernant les comportements constatés en séance en lien avec les troubles de l'attachement de ces enfants, nous avons demandé quels étaient ceux que les orthophonistes retrouvaient le plus, parmi ceux décrits dans la littérature. Les réponses sont représentées ci-dessous :



Graphique 18. Comportements retrouvés chez les enfants confiés à l'ASE reçus en consultation

De plus, dix-huit orthophonistes ont déclaré avoir remarqué des éléments comportementaux atypiques revenant régulièrement, spécifiquement chez ces enfants. Les variations extrêmes de comportement d'une semaine à l'autre, influencées par les placements parfois changeants et les retours à la maison, reviennent fréquemment dans les réponses. Six orthophonistes mentionnent un grand besoin de reconnaissance se manifestant par une envie de plaire et de bien faire devant l'adulte. Un orthophoniste note que « *ce sont souvent des enfants qui présentent beaucoup de défenses psychologiques : la difficulté est de trouver une "porte d'entrée" pour accéder jusqu'à eux* ». Certains « *ont une identité "floue" et pensent, consciemment ou non, que le trouble fait partie de leur identité. Ils peuvent ne pas vouloir que le trouble se résorbe car cela les angoisse. Ils préfèrent maintenir le lien avec le thérapeute : "Si je vais mieux, toi aussi tu vas m'abandonner"* ». D'autres vont tester les limites et être dans l'opposition de manière excessive, afin de « *vérifier si nous serons toujours là* », selon l'expression d'un orthophoniste interrogé. Ils vont alors difficilement accepter les règles. Cinq orthophonistes mentionnent un intérêt pour la routine, des intérêts focalisés sur les jeux favoris et un refus de la nouveauté. Certains ont des difficultés à exprimer leurs émotions et ressentis, ils vont « *être calmes et avoir un sourire constant* », comme le précise un orthophoniste. Au contraire, d'autres ont un comportement marqué par une tristesse et un manque de motivation, allant jusqu'à ne pas corriger des erreurs constatées, par « *fatalité* ». Certains se dévalorisent constamment et pleurent régulièrement en séance pour se décharger. Enfin, un orthophoniste note l'existence de tics du visage chez un enfant reçu en séance ; un autre mentionne une appétence démesurée pour le sucré.

5. Selon les praticiens...

5.1. Lien placement – retard de langage

Parmi les hypothèses explicatives à une apparente majoration des troubles du langage oral chez l'enfant placé, les orthophonistes pouvaient répondre de manière ouverte en choisissant parmi les deux propositions suivantes : la situation de placement, ou l'histoire de l'enfant avant placement (négligence, manque de stimulations linguistiques, difficultés psychologiques, etc.). Ainsi 31 orthophonistes (56,36%) ont répondu que c'était plutôt l'histoire de l'enfant avant le placement qui était en cause dans la majoration des troubles du langage oral des enfants placés. Parmi ceux-là, quatre pensent que la situation de placement est bénéfique pour l'enfant : « *Je suis convaincue que ce sont les histoires précédant le placement qui provoquent les troubles. Les familles d'accueil que je rencontre sont extraordinaires d'attention, d'éducation et de pédagogie et procurent à tous ceux que j'ai rencontrés une stabilité et un cadre de vie qui les aident à structurer leur esprit, leurs sentiments, leurs émotions, en somme leur "intérieur", et de ce fait leur façon de s'extérioriser par leur comportement et leur langage* ». D'autres sont plus mitigés et pensent que cela varie selon le lieu du placement : « *c'est avant tout l'histoire de l'enfant (vécu, manques, carences affectives...) qui influe sur les prérequis nécessaires à l'acquisition du langage. La situation de placement en famille d'accueil peut jouer un effet négatif, mais parfois offrir à l'enfant un lieu et un entourage affectif sécurisant... Le placement en foyer ou maison d'enfants est par contre moins bien vécu par les enfants. L'apport, même bienveillant, n'est pas le même* ».

Neuf orthophonistes ont répondu que les deux propositions pouvaient être en cause simultanément et qu'il était difficile de savoir si l'une prédominait, les situations étant trop variables. « *Cela dépend de l'âge, du lieu et de la durée du placement. J'ai suivi des enfants avec une histoire de vie avant placement qui n'avait pas pu être bénéfique au niveau développemental et qui profitaient vraiment de leur placement. Souvent les enfants placés pour négligence ou mauvais traitements rencontrent des difficultés développementales. J'ai connu des enfants qui ont été maltraités pendant leur placement, ce qui a majoré des troubles déjà existants. Certains placements aident à améliorer les choses, d'autres les font empirer* ».

Un orthophoniste évoque la situation de placement comme pouvant majorer les troubles du comportement, pour avoir suivi des enfants avant et pendant le placement.

Enfin, deux orthophonistes estiment qu'il n'y a pas spécialement de majoration des troubles chez ces enfants.

5.2. Bénéfice du travail en équipe

Les réponses concernant le bénéfice du travail en équipe pluridisciplinaire et en lien avec les partenaires socio-éducatifs (ASE, MDPH, école) sont recensés dans le tableau 6.

	Très utile	Utile	Neutre	Inutile	Très inutile
Equipe pluridisciplinaire	36	15	0	0	0
Partenaires socio-éducatifs	22	21	8	0	0

Tableau 6. Avis des praticiens sur le bénéfice du travail en équipe pluridisciplinaire et avec les partenaires socio-éducatifs pour le suivi des enfants placés

Le bénéfice du travail en équipe est unanime, qu'il soit avec les partenaires médicaux et paramédicaux (équipe pluridisciplinaire) ou avec les partenaires socio-éducatifs (ASE, MDPH, école).

5.3. Place du lien avec les éducateurs, assistants familiaux et parents de l'enfant

L'avis des orthophonistes sur la place de l'accompagnement des éducateurs, de l'assistant familial et éventuellement des parents, a donné lieu aux réponses suivantes :

	Très utile	Utile	Neutre	Inutile	Très inutile
Lien avec l'éducateur ou l'assistant(e) familial(e)	24	21	6	0	0
Lien avec le(s) parent(s)	12	20	14	2	1

Tableau 7. Avis des praticiens sur la place de l'accompagnement et du lien avec les éducateurs ou assistants familiaux, et avec le(s) parent(s)

Le lien avec les éducateurs et assistants familiaux tient une place importante pour la majorité des orthophonistes. Concernant la place du lien avec les parents, les avis sont plus mitigés. Trois réponses vont dans le sens d'une inutilité. Les orthophonistes concernés précisent en effet ne pas être en mesure de rencontrer les parents du fait de leur absence. Le manque de contact est réel, même si l'enfant voit toujours les parents en visite médiatisée.

Discussion

1. Principaux résultats, liens avec la littérature

1.1. L'enfant en situation de placement

Dans notre étude, chez les enfants confiés à l'ASE reçus en orthophonie pour retard de langage, le placement en famille d'accueil est surreprésenté par rapport au placement en établissement. Il en est de même pour la scolarité en cursus ordinaire (scolarisation classique) comparée à celle en classe ULIS ou établissement spécialisé. Peu sont concernés par l'accompagnement par un(e) AESH. Cela vient corroborer les données trouvées dans la littérature (cf Martin et al., 2017), qui vont également dans le sens d'un faible taux d'enfants confiés à l'ASE scolarisés en milieu spécialisé, ou accompagnés d'un(e) AESH. Ces résultats semblent toutefois un peu étonnants au vu des besoins de cette population d'enfants, bien souvent en difficulté sur le plan scolaire.

Pour ces enfants aux problématiques complexes, les suivis autres qu'orthophonique doivent permettre une autonomie plus grande : sociale, grâce aux éducateurs spécialisés et aux assistants sociaux ; et psychique, par le biais des accompagnements psychologique et pédopsychiatrique mais aussi psychomoteur et orthophonique. En rééducation orthophonique, les objectifs purement langagiers ne sont pas toujours abordés en tout premier lieu ; la durée du traitement s'en voit allongée, selon plusieurs orthophonistes répondants.

Les orthophonistes ayant répondu au questionnaire estiment, pour la grande majorité d'entre eux, recevoir trois patients ou moins par semaine répondant aux critères de l'étude, et cela correspond, pour la majorité d'entre eux à moins de 5 % de leur patientèle. Cela est peu, comparé au nombre d'enfants placés en France, de 177000 en 2017 selon Abassi (2020), et à la prévalence

des troubles langagiers chez ces enfants victimes de négligence parentale uniquement, estimée à 41,7 % à l'âge de trois ans, selon Sylvestre & Mérette (2010).

1.2. La rééducation du retard de langage chez l'enfant confié à l'ASE

Dans notre population d'étude, la première demande de prise en charge en orthophonie augmente avec l'âge et surtout à partir de quatre ans. Cela ne va pas dans le sens d'une prise en charge précoce pour ces enfants, recommandée par l'HAS en 2001.

Lorsqu'en tant qu'orthophoniste on prend en charge pour retard de langage un enfant en situation de placement, il est important d'avoir en tête la charge affective que peuvent avoir des mots ou des thèmes abordés, qui peuvent faire surgir ou resurgir des émotions ancrées chez l'enfant, de par son passé douloureux voire traumatique d'un point de vue émotionnel. De plus, un temps particulièrement long chez l'enfant placé doit être consacré à l'établissement d'une relation de confiance avec l'orthophoniste, avant de pouvoir travailler les objectifs purement orthophoniques. Cela est en accord avec les données de la littérature, qui placent le vécu émotionnel au centre des possibilités d'apprentissages, ainsi que les liens d'attachement comme terreau de relations sécurisées (Bonneville-Baruchel, 2018).

Sur le versant expressif, qui est le plus travaillé dans la rééducation orthophonique chez ces enfants, c'est le lexique qui semble être le plus déficitaire. Sur le versant réceptif en second plan, c'est la compréhension morphosyntaxique qui semble mériter une attention particulière. De plus, beaucoup d'orthophonistes rapportent un élargissement de la rééducation à un travail plus global sur les aspects affectif, temporel et pragmatique. Ce dernier plan, qui concerne le travail de la pragmatique, passe par l'apprentissage des tours de rôle pour les plus petits (prérequis à la communication), et la compréhension des inférences pour les plus grands.

Moins de un sixième des orthophonistes répondants ont trouvé que, pour un bilan ou une rééducation, les séances d'orthophonie ne changeaient pas d'une séance classique, ce qui est très peu. En bilan, la majorité constatent et déplorent une réduction des données anamnestiques, mais un très petit nombre seulement est déterminé à détailler plus l'anamnèse, malgré les obstacles. Cela paraît paradoxal, si l'on considère l'encouragement de la HAS à approfondir davantage encore lorsque l'enfant est issu d'un milieu source de carences en tous genres.

Concernant le cadre des séances, les orthophonistes constatent quasi unanimement un manque de régularité dans le suivi et les horaires et une adaptation à avoir dans le rythme des séances aux disponibilités des accompagnateurs de l'enfant. L'arrêt des séances dépend d'ailleurs très souvent des circonstances de la vie de l'enfant, plus variables que d'ordinaire (changement de famille d'accueil par exemple), et du manque de motivation des familles.

2. Lien avec les hypothèses

Trois hypothèses ont été émises lors de la création du questionnaire ; elles sont analysées ici à la lumière des résultats.

2.1. Formation initiale

L'hypothèse n°1 « *la formation initiale concernant les problématiques psychoaffectives et psychosociales de l'enfant placé est considérée comme insuffisante* » est vérifiée pour la population d'orthophonistes répondants. Le manque de connaissances dans le domaine social et éducatif est

déploré par les orthophonistes, qui par ailleurs, selon les résultats, n'ont pas dans leur boîte à outils de méthode particulière à appliquer pour la rééducation du langage chez ces enfants aux problématiques particulières. Il semblerait pertinent de proposer une formation initiale plus approfondie à ce sujet. De plus, les sources d'aide aux rééducations chez ces enfants sont majoritairement la formation continue et les échanges avec les collègues, ainsi que les forums sur internet, et la supervision. Celle-ci s'inscrit dans une démarche d'amélioration des compétences, en permettant au supervisé de prendre conscience de ses actes et de sa manière d'être, dans une attitude réflexive qui s'établit par le biais d'un contrat avec le superviseur, avec un rythme, une durée et des objectifs déterminés. Elle est de plus en plus répandue chez les professionnels paramédicaux. Elle semble bénéfique pour la pratique orthophonique car elle permet un meilleur positionnement professionnel face aux patients, un regard plus positif et le sentiment d'être soutenu.

2.2. Intégration des spécificités psycho-comportementales des patients dans la rééducation orthophonique

L'hypothèse n°2 « *l'enfant placé pris en charge pour retard de langage présente des spécificités psycho-comportementales, que l'orthophoniste devra intégrer dans son projet thérapeutique et dans son attitude professionnelle à avoir, avec l'enfant et son accompagnant* » est également vérifiée pour la population d'orthophonistes répondants.

Des spécificités comportementales sont en effet présentes chez ces enfants, pour qui l'orthophoniste doit adapter le cadre. Difficultés d'attention, agitation psychomotrice et impulsivité, intolérance à la frustration sont autant de particularités les plus souvent repérées à prendre en compte pour le bon déroulement des séances. L'adaptation au contexte psycho-comportemental de l'enfant, notée par la majorité des orthophonistes de l'étude, passe alors par les rituels, l'apprentissage de la gestion des tours de rôle, et l'augmentation du temps de la séance pour certains. L'utilisation des jeux avec règles (notée par la majorité des orthophonistes) permet également d'aider à la structuration de la séance. L'envie de bien faire, qui vient d'un besoin de reconnaissance pour beaucoup d'enfants accueillis en rééducation, ainsi que l'intérêt pour la routine, sont des points utilisables positivement dans la rééducation, au moins au départ.

2.3. Importance du travail en équipe

L'hypothèse n°3 « *le travail en équipe et notamment avec les éducateurs de l'enfant, l'équipe pluridisciplinaire, et les partenaires médico-sociaux, a une place non négligeable dans le suivi de l'enfant placé à l'ASE* » est vérifiée pour la population d'orthophonistes ayant répondu au questionnaire. Le lien avec l'assistant(e) familial(e) et les éducateurs est selon eux primordial, mais pas assez cultivé. Beaucoup d'orthophonistes déplorent un manque de lien avec la famille d'accueil et les éducateurs pour la reprise du travail à la maison, et surtout avec les parents directs de l'enfant qui seraient pourtant les plus à même de fournir des informations sur le développement de l'enfant, permettant d'affiner la prise en charge. Des méthodes d'intervention indirecte fondées sur un programme d'éducation et d'accompagnement parental, qui ont déjà montré leur efficacité sur l'enrichissement du vocabulaire, pourraient être davantage développées avec ce type de population. Le manque de lien avec les partenaires sociaux est également déploré, qui met à mal la cohérence du projet de soins, ce qui va dans le sens des données de la littérature (Euillet et al., 2016).

L'importance de la prise en charge pluridisciplinaire est donc mise en avant, en cohérence avec

les recommandations de bonne pratique de la HAS (2001). Mais le faible taux d'orthophonistes en structure répondant au questionnaire est à prendre en compte pour ne pas biaiser les résultats ; les réponses récoltées ne constituent « que » des avis dépendants de chacun quel que soit le lieu d'exercice.

3. Critiques

3.1. Contexte théorique

Dans les caractéristiques du retard de langage présentées dans la partie théorique 3.1.1. *Caractéristiques*, nous mentionnons les facteurs socioculturels et psychoaffectifs comme pouvant être à l'origine de ce retard de langage. Plus tard, dans la partie 3.2.1 *Préconisations en cas de retards de langage*, nous énonçons les différents facteurs d'exclusion au retard de langage, parmi lesquels on trouve les carences. Nous voyons bien ici le problème de l'appellation des troubles langagiers que présentent ces enfants.

Dans la partie 3.2.3. *Particularités de la rééducation orthophonique avec les enfants placés*, les éducateurs et assistants familiaux sont cités comme pouvant appliquer les conditions d'interaction modélisées par l'orthophoniste, mais nous n'avons pas trouvé d'informations plus précises en la matière, concernant les modalités d'interaction en situation de placement. Il se peut cependant que, dans la pratique, l'orthophoniste se heurte à des réactions d'assistants familiaux qui, pensant bien faire, ne souhaitent pas avoir de conseils en matière de langage. Il s'agira dans ce cas d'adopter une attitude alliant écoute et fermeté, dans un travail de guidance avec ces assistants familiaux.

3.2. Méthode

À propos des patients, les réponses devaient varier en fonction des orthophonistes selon le nombre de patients concernés qu'ils estimeraient recevoir ou avoir reçu. Il nous a donc semblé judicieux de proposer, pour les questions qui s'y prêtaient, des réponses sous le format d'échelles de Likert, avec des choix allant de « jamais » à « toujours » par exemple, ce qui permettait aux orthophonistes de moduler leurs réponses en fonction du nombre de patients reçus répondant aux critères. Cela a sans doute nui à la précision des résultats, mais assurait d'être le plus juste possible dans les estimations.

De plus, le caractère hétérogène des situations de prise en charge était à prendre en compte dans la création du questionnaire. Il s'agissait d'être suffisamment précis pour rendre compte de cette hétérogénéité et coller le plus à la réalité, tout en gardant un nombre relativement restreint de questions pour garder un format de questionnaire raisonnable. Dans les résultats, des thèmes communs concernant l'importance des repères ou le travail avec les partenaires par exemple, nous ont alors aidé à regrouper et hiérarchiser les données.

3.3. Limites du questionnaire

Le taux de participation, de 55 individus, est relativement faible, ce qui peut nuire à la fiabilité de l'étude. Il est toutefois nécessaire de préciser que ce petit nombre peut être contrebalancé par l'investissement des participants dans ce questionnaire. En effet nous avons ressenti un besoin de s'exprimer de la part des participants, grâce aux témoignages de plusieurs situations cliniques et aux réflexions retranscrites dans les résultats et dans les annexes.

Dans la partie II du questionnaire, à la question « *quel est l'âge des enfants à la première demande ?* », sont proposées une fourchette de réponses allant de « moins de deux ans » à « plus de quatre ans ». Il s'avère que les réponses au-delà de quatre ans sont largement représentées. Pour une meilleure spécificité, il aurait été judicieux de rajouter les propositions « cinq ans » et « six ans et plus », ce que nous n'avons pas fait, sûrement par manque d'anticipation des réponses attendues.

3.4. Pistes pour des futures recherches

Les questions ouvertes de l'étude ont donné lieu à des témoignages et partages d'expériences. Un mémoire suivant pourrait proposer la création d'un forum, groupe de parole, d'une supervision, ou d'entretiens pour aller plus précisément dans la réflexion. En effet, comme le souligne Gabel (2011), il est nécessaire d'évaluer de manière continue les effets des traitements (dans notre cas, le traitement orthophonique) que nous proposons aux enfants accueillis au sein de l'ASE, afin d'éviter au maximum les « effets indésirables », de moduler et d'adapter au mieux notre pratique orthophonique pour ces patients.

Conclusion

Notre questionnaire avait pour objet d'interroger les orthophonistes recevant ou ayant déjà reçu en consultation, pour retard de langage, des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, et d'en dégager les particularités en termes de prise en charge.

Le manque de formation initiale quant aux diverses problématiques liées à l'enfant placé pourrait être partiellement compensé par les formations continues, les échanges avec les collègues, ainsi que par la pratique supervisée.

L'orthophoniste qui reçoit pour retard de langage un enfant en situation de placement doit également prendre en compte les particularités comportementales qu'il pourra présenter, du fait de grandes carences affectives et de son passé lourd, parfois traumatique. Ainsi la rééducation orthophonique doit être adaptée, tant au niveau du contenu (matériel, thèmes abordés) que sur le plan formel (rythme et cadre des séances). L'établissement d'une relation de confiance, nécessaire à l'alliance thérapeutique, demande généralement un temps particulier dans ce type de prise en charge. L'orthophoniste doit faire preuve de disponibilité, bienveillance, souplesse dans son attitude avec ces enfants, tout en restant ferme quant au cadre des séances qui intègrent souvent des rituels.

Enfin, un travail en lien avec une équipe pluridisciplinaire ainsi qu'avec les éducateurs de l'enfant (assistants familiaux, éducateurs médico-sociaux et, lorsque cela est possible, parents directs) est très bénéfique pour l'efficacité de la prise en charge orthophonique dans le cas de retards de langage chez cette population d'enfants. Pourtant, la multiplicité des interlocuteurs ainsi que le secret professionnel rendent cette communication complexe, ce que déplorent les orthophonistes. Il semble qu'un effort serait à fournir davantage dans la coordination des projets de soin autour de l'enfant placé.

Quant aux aspects de la communication abordés en séance, le versant expressif est celui qui requiert le plus d'attention. Un travail transversal sur les aspects pragmatiques de la communication, comme les tours de rôle ou la gestion de l'implicite, est également primordial à effectuer avec ces enfants.

Bibliographie

- Abassi, E. (2020). 61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance. *Les dossiers de la Drees*, 55, 1-23.
- Ainsworth, M.D.S., Bleahernn, M., Waters, E. & Wall, S., (1978). Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation. *Infant Mental Health Journal*, 1, 68-70.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC : The American Psychiatric Association.
- Bagès-Limoges, F. (2011). Quand penser à une maltraitance chez l'enfant et au syndrome de l'enfant secoué ? *Urgences 2011*, 12, 106.
- Berk, L. & Roberts, W. (2009). *Child development* (3rd Canadian ed.). Toronto, ON: Pearson, Allyn et Bacon.
- Belsky, J. (1980), Child maltreatment: An ecological perspective. *American Psychologist*, 35 (4), 320-335.
- Berger, M., Castellani, C., Ninoreille, K., Perrin, A. (2015). Comparaison du niveau de développement d'enfants en crèche et en pouponnière et soumis à différents niveaux de défaillances parentales précoces. *Devenir*, 27(1), 5-29.
- Bishop, D. V. M. (1997). *Uncommon understanding. Development and language disorders in children*. Hove, U.K.: Psychology Press.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & and the CATALISE-2 consortium (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068–1080.
- Bonneville-Baruchel, E. (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 1 (7), 6-28.
- Bouyx, A., & Vogelweith, A. (2003). Autorité parentale et Aide sociale à l'enfance. *Enfances & Psy*, 2(22), 38-44.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, vol. 1 : Attachement. The Tavistock Institute of Human Relations ; trad. fr. Jeannine Kalmanovitch (2002), *Attachement et perte*, vol. 1, l'attachement. Paris : PUF.
- Breault, C., Béliveau, M.-J., Labelle, F., Valade, F., & Trudeau, N. (2019). Le trouble développemental du langage (TDL) : Mise à jour interdisciplinaire. *Neuropsychologie Clinique et Appliquée*, 3, 46-63.
- Bursztejn, C., & Danion-Grilliat, A. (2011). *Psychiatrie de l'enfant*. Paris, France: Lavoisier.
- Canut, E., Masson, C., & Leroy-Collombel, M. (2018). *Accompagner l'enfant dans son apprentissage du langage*. Paris : Hachette.
- CASF, art. L. 226-2-2, 2007-293

CASF, art. L. 223-5, 2016-297

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire [CAREPS] (2009). Étude sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine-et-Loire (615). Consulté à l'adresse <http://www.oned.gouv.fr/ressources/etude-sur-enfants-confies-laide-sociale-lenfance-maine-et-loire-49>

Cicchetti, D. & Eigsti, I.M. (2004). The impact of child maltreatment on expressive syntax at 60 months. *Developmental Science*, 7 (1), 88-102.

Collège National des Universitaires en Psychiatrie [CNUP], Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique [AESP], Collège Universitaire National des Enseignants en Addictologie [CUNEA] (2016). *Référentiel de psychiatrie et addictologie* (pp. 112-128). Presses Universitaires François-Rabelais (éd. révisée).

Coster, W.J., Gersten, M.S., Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1989). Communicative functioning in maltreated toddlers. *Developmental Psychology*, 25(6), 1020-1029.

Delion, P., Dupuis-Gauthier, C., Jardri, R., Mascaro, R. (2012). Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*, 24, 69-115.

Diatkine, R. (2004). Les troubles de la parole et du langage. In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 1599-1634). Presses Universitaires de France.

Dubowitz, H., & Poole, G. (2019). La négligence à l'égard des enfants : un tour d'horizon. In Tremblay, R.-E., Boivin, M., Peters, R., *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*.

Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). *L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance: accès aux soins et sens du soin*. Consulté à l'adresse : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf

Euillet, S., Moridy, R., Oui, A., Pinel-Jacquemin, S., Savard, N. (2010). *La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance*. Dossier thématique.

Even, M. (2017). Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature. *Médecine humaine et pathologie*. HAL

Firode, A. (2016). Langage et apprentissage chez J. S. Bruner et L. Vygotski. *Skhole*. Consulté à l'adresse : <http://skhole.fr/langage-et-apprentissage-chez-j-s-bruner-et-l-vygotski-par-alain-firode>

Gabel, M. (2011). L'enfant « accueilli » : de son parcours à l'album de sa vie. In M. Lamour & M. Gabel, *Enfants en danger, professionnels en souffrance* (pp. 213-217). Toulouse : Eres.

Gorza, M., Léon, C., Lasbeur, L., et le groupe Baromètre de Santé publique France (2017). État de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans – résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidémiol Hebd*, (26-27), 540-548.

Guédeney, N. (2007). Le domaine de la protection de l'enfance. L'enrichissement des pratiques par la théorie de l'attachement. *Perspectives psy*, 46, 7-11.

Guralnick, M. J. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants & Young Children*, 24(1), 6-28.

- Haute Autorité de Santé [HAS] (2001). *L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*. Saint-Denis La Plaine : HAS.
- Hyter, Y.D., Atchison, B., Henry, J., Sloane, M., & Black-Pond, C. (2001). A response to traumatized children: developing a best practices model. *Occupational Therapy in Health Care*, 15, 113-140.
- Kayser, C., Bonnot, O, Brunelle, J., Cohen, D., Consoli, A., Deniau, E., Giannitellia, M., Guilé, M. & Jaunay, E. (2011). Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 393-403.
- L. n°2016-297, 14 mars 2016, Réforme de la protection de l'enfance.
- Law, J., Boyle, J., Harkness, A., Harris, F. & Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(2), 165-188.
- Lugo-Gil, J., & Tamis-LeMonda, C. S. (2008). Family resources and parenting quality: Links to children's cognitive development across the first 3 years. *ChildDevelopment*, 79, 1065–1085.
- Martin, A., Jégo-Sablier, M., Prudhomme, J., Champsaur, L. (2017). Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône. *Santé Publique*, 29, 665-675.
- Maury, M. (2002). Développement affectif du nourrisson et interactions précoces. In M. Maury & M. Paradis-Guennou, *La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. In Press.
- Mazet, P. & Stoléru, S. (2003). Les âges de la vie. In P. Mazet, S. Stoléru, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. (p. 434). Masson 3ème édition.
- Mousset, M-R. (2004). L'examen du langage. In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 633-651). Presses Universitaires de France.
- Observatoire National de l'Enfance en Danger [ONED] (2013). La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique. Consulté à l'adresse https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aot2010_sellenet_rapportfinal.pdf
- Piérart, B. (2004). Introduction : les dysphasies chez l'enfant : un développement en délai ou une construction langagière différente ? *Enfance*, 1, 5-19.
- Roberts, M.Y. & Kaiser, A.P. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 180-199.
- Scarborough, A.A., Lloyd, E.C., Barth, R.P. (2009). Maltreated Infants and Toddlers : Predictors of Developmental Delay. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30 (6), 489-498.
- Schelstraete, M.-A. & Collette, E. (2012). Retard de langage et dysphasies : questions de diagnostic. *Langage et Pratiques*, 50 (2), 38–47.
- Sylvestre, A. & Merette, C. (2010). Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors?, *Child Abuse and Neglect*, 34(6), 414-428.

Liste des annexes

Annexe n°1 : glossaire des sigles en lien avec le placement

Annexe n°2 : questionnaire à destination des orthophonistes

Annexe n°3 : récépissé de déclaration de conformité

Annexe n°4 : déclaration d'ouverture du questionnaire

Annexe n°5 : illustration graphique de certains résultats

Annexe n°6 : exemples de témoignages, questionnements et réflexions des orthophonistes