

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



MÉMOIRE

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

Nassima TOUHAMI

qui sera soutenu publiquement en juin 2023

**État des lieux de la prise en charge orthophonique en
langage oral des enfants allophones**

MÉMOIRE dirigé par

Mme Perrine GENTILLEAU-LAMBIN, orthophoniste et enseignante, Enseignante au Pôle
d'Orthophonie, Faculté de Médecine, Université de Lille, UFR3S

Lille – 2022-2023

Remerciements

J'aimerais remercier en premier lieu Mme Perrine Gentilleau-Lambin d'avoir accepté d'être mon encadrante et ainsi de m'avoir fait confiance et accompagnée dans ce travail. Merci pour ses conseils pertinents et avisés qui m'ont permis d'alimenter ma réflexion tout au long de ce mémoire.

Je remercie également M. Matthieu Bignon, lecteur 1 d'avoir dès le départ exprimé son intérêt pour ce sujet.

Je souhaite adresser mes remerciements à tous les orthophonistes qui ont donné de leur temps pour répondre au questionnaire et à celles qui ont accepté d'être interrogées pour les entretiens.

Je salue l'ensemble des maîtres de stage qui m'ont accueillie durant mon cursus, et ont pris de leur temps pour partager leur expérience clinique.

Des remerciements tout particuliers à Violaine Martinet, Claire Beyls-Waroquier, Oriane Mouton, Isabelle Lampert et Annie Chevrier qui par leur bienveillance m'ont tant de fois rappelé ce pourquoi j'avais choisi ce métier.

Merci de m'avoir transmis vos savoirs et votre engouement pour la profession.

Je remercie chaleureusement mes superbes camarades (Laura, Mathilde et Myriam) ainsi que tous mes proches, qui ont été présents par leur amitié et leur soutien du début à la fin de cette aventure que sont les études d'orthophonie.

Merci à Astrid, pour son écoute et son soutien indéfectible.

Je remercie ma mère, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

Enfin, et surtout, je pense à mon père qui m'a enseigné le goût de l'effort et de la persévérance. À toi qui m'a tout appris et à qui je dédie ce mémoire.

À Mon Père.

Résumé :

On appelle *enfant allophone*, un enfant qui possède une langue maternelle autre que celle du pays dans lequel il vit. À travers ce mémoire, nous nous intéressons à la prise en charge orthophonique en langage oral des enfants allophones. Notre étude se donne pour but d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles des orthophonistes, à l'égard de cette patientèle d'enfants. Nous cherchons à savoir s'il existe des spécificités dans cette prise en charge par rapport à celle d'un enfant francophone. Pour répondre à notre objectif, nous avons élaboré un questionnaire informatisé à destination d'orthophonistes, ayant en charge des enfants allophones. Notre enquête a été complétée par 24 orthophonistes. En plus des réponses obtenues au questionnaire, nous avons recueilli d'autres données via la passation de quatre entretiens semi-directifs. Les résultats obtenus, ont permis de porter un regard sur la réalité des pratiques cliniques adressées à l'enfant allophone. Par ailleurs, des besoins ont été énoncés par les orthophonistes. Ces derniers souhaitent disposer d'outils d'évaluation plus adaptés aux langues de leurs patients, et de supports d'information à destination des parents. Les professionnels considèrent également leur formation initiale, comme étant peu exhaustive sur le sujet des enfants allophones et désirent pouvoir obtenir plus d'informations sur ce public, afin d'adapter au mieux leur prise en charge et enrichir leur pratique clinique.

Mots-clés:

Rééducation orthophonique – prise en charge – langage oral – enfant allophone – état des lieux

Abstract :

An *allophone child* is a child who has a mother tongue other than that of the country in which he or she lives. Through this dissertation, we are interested in the speech therapy treatment of allophone children. The purpose of our study is to establish a state of art of the professional practices of SLPs with regard to this patient group of children. We want to know if there are specificities in this care compared to that of a French-speaking child. To meet our objective, we developed a computerized questionnaire for speech-language pathologists who care allophone children. Our survey was completed by 24 SLPs. In addition to the responses to the questionnaire, we collected other data through four semi-structured interviews. The results obtained allowed us to take a look at the reality of clinical practices for allophone children. Furthermore, needs were expressed by SLPs. They would like to have assessment tools that are better adapted to their patients' languages and information materials for parents. Professionals also consider their initial training to be incomplete on the subject of allophone children and wish to be able to obtain more information on this population in order to better adapt their care and enrich their clinical practice

Keywords :

Speech therapy – care – verbal language – allophone child – state of art

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	2
1. L'enfant allophone	2
1.1. Définitions.....	2
1.2. Intégration scolaire des enfants allophones nouvellement arrivés.....	2
1.2.1. Les dispositifs d'inclusions : Les UPE2A.....	3
1.2.2. L'enseignement de la langue française en UPE2A.....	3
1.2.3. L'accueil en classe ordinaire.....	3
2. L'enfant allophone et ses langues	3
2.1. Avant-propos.....	3
2.2. Le bilinguisme.....	3
2.2.1. Le bilinguisme : quelle définition ?.....	3
2.2.2. Les différents types de bilinguisme.....	4
2.3. Acquisition du français chez l'enfant non-francophone.....	4
2.3.1. Aspect de proximité typologique.....	5
2.3.2. Aspect quantitatif d'exposition à la langue.....	5
2.3.3. Aspect qualitatif d'exposition à la langue.....	5
3. Orthophonie et langage oral	5
3.1. Les troubles d'acquisition du langage oral.....	6
3.2. Le trouble développemental du langage (TDL).....	6
3.2.1. Terminologie.....	6
3.2.2. Prévalence.....	6
3.2.3. Critères diagnostiques.....	6
4. Difficultés des enfants allophones	7
4.1. Situation linguistique des enfants allophones.....	7
4.2. Particularité de l'évaluation des enfants allophones en langage oral.....	7
4.3. Intervention orthophonique chez l'enfant allophone.....	7
Buts et hypothèses	8
1. Problématique.....	8
2. Hypothèses.....	8
Méthode	9
1. Le questionnaire	9
1.1. Création du contenu du questionnaire.....	9
1.2. Population de répondants.....	10
1.3. Procédures, méthodologies d'approche et diffusion du questionnaire.....	10
2. Les entretiens semi-directifs	11
2.1. Rédaction du guide d'entretien.....	11
2.1.1. Taille de l'échantillon.....	11
2.1.2. Passation des entretiens.....	12
3. Méthode d'analyse des résultats	12
3.1. Le questionnaire.....	12
3.2. Les entretiens semi-directifs.....	12
Résultats	13
Résultats issus du questionnaire	13
1. Données administratives.....	13
2. Les formations.....	15
3. Expérience professionnelle et ressenti face aux enfants allophones.....	16
4. Le bilan orthophonique de langage oral de l'enfant allophone.....	18

5. <u>La prise en charge et le partenariat parental</u>	19
6. <u>Besoins et questions des orthophonistes</u>	21
<u>Résultats issus des entretiens semi-directifs</u>	22
1. <u>Connaissances et expériences des orthophonistes</u>	22
2. <u>Partenariat parental</u>	24
3. <u>Besoins et demandes des orthophonistes</u>	25
<u>Discussion</u>	25
<u>1. Rappel du but et des hypothèses</u>	26
<u>2. Interprétation des résultats en fonction des hypothèses</u>	26
2.1. <u>Prise en charge non-spécifique en terme de domaines rééduqués</u>	26
2.2. <u>Une prise en charge adaptée</u>	26
2.3. <u>Un partenariat parental particulièrement important</u>	27
2.4. <u>Des difficultés liées au défaut de langue partagée</u>	27
<u>3. Apports et limites de l'étude</u>	28
3.1. <u>Limites</u>	28
3.2. <u>Apports et perspectives</u>	29
<u>Conclusion</u>	29
<u>Bibliographie</u>	31
<u>Liste des annexes</u>	34
<u>Annexe n°1 : Le rôle de l'orthophoniste</u>	34
<u>Annexe n°2 : Retards de parole et de langage</u>	34
<u>Annexe n°3 : Lettre d'information aux orthophonistes</u>	34
<u>Annexe n°4 : Formulaire de consentement</u>	34
<u>Annexe n°5 : Guide des entretiens semi-directifs</u>	34
<u>Annexe n°6 : Tableau de présentation des participantes aux entretiens</u>	34
<u>Annexe n°7 : Questionnaire aux orthophonistes</u>	34
<u>Annexe n°8 : Paroles d'orthophonistes</u>	34

Introduction

La France est une terre d'accueil et d'immigration. En effet, un nombre important d'individus originaires des quatre coins du monde, entrent chaque année sur le territoire national. Les chiffres estimés pour l'année 2022 étaient de 320 000 entrées (Ministère de l'Intérieur, 2023). Ces phénomènes migratoires, provoquent des situations dans lesquelles la population nouvellement arrivée ne parle pas ou peu le français. Cependant, une maîtrise correcte de la langue française permettra une bonne intégration sociale dans le pays d'accueil. Selon une notice d'information de la Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance (DEPP), de novembre 2020, 67 909 élèves allophones sont nouvellement arrivés en France en 2018-2019, et ont été pris en charge par les écoles de l'Éducation Nationale. Parmi ces enfants, neuf sur dix ont bénéficié d'un soutien linguistique ou d'une scolarité adaptée.

De plus, un nombre important d'enfants bien que nés en France grandissent dans des familles non-francophones, ce qui les priverait du bain de langage nécessaire dès la petite enfance pour permettre une acquisition optimale du français.

Les orthophonistes, professionnels du langage et de la communication, peuvent être amenés à rencontrer, et à prendre en charge ces enfants à besoins particuliers dans un contexte de langage oral. Or, compte tenu des profils linguistiques particuliers de ces enfants, comment distinguer des difficultés liées à l'apprentissage du français, de difficultés conséquentes à un trouble du langage oral ?

Un enfant qui consulte en orthophonie, se verra administrer des tests d'évaluation standardisés en langue française. Mais, dans le cas d'un enfant non-francophone, une évaluation non-adaptée pourrait entraîner des situations complexes qui ne permettraient pas d'objectiver les réels besoins thérapeutiques de ce dernier. Par ailleurs, la communication et la bonne compréhension entre le thérapeute et le patient est primordiale. La résolution du décalage entre la langue française du professionnel utilisée pour la rééducation, et les diversités linguistiques des patients non-francophones sonne comme un défi aujourd'hui (Caesar & Kohler, 2007).

Étant donné la présence de cette population migratoire, de plus en plus d'orthophonistes se questionnent afin d'adapter leurs pratiques thérapeutiques tout en prenant en compte les situations de multiculturalité (Bijleveld, Estienne et Vander Linden, 2014).

Au regard de ce constat, nous nous interrogeons sur la pratique réelle des orthophonistes auprès de ce public. Notre principale question de recherche sera de vérifier auprès des professionnels, s'il existe des spécificités dans la prise en charge des enfants allophones. Nous observerons comment s'organise la prise en charge orthophonique et quelles sont les motivations ou les réserves des orthophonistes à prendre en charge ces enfants.

Ce mémoire vise à répondre à cette question en établissant un état des lieux des pratiques orthophoniques en langage oral chez l'enfant allophone. Ce travail de recherche sera soutenu grâce à un questionnaire, et à des entretiens semi-directifs à destination des orthophonistes, ayant en charge des patients mineurs non-francophones. Nous présenterons et analyserons les données récoltées, puis nous mettrons en lien nos résultats avec notre question de recherche en établissant les avantages et limites.

Contexte théorique, buts et hypothèses

La partie théorique abordera les termes du sujet en les définissant. Nous présenterons les caractéristiques des enfants allophones, puis nous nous appuierons sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de ces derniers, enfin, nous verrons à quelles difficultés les enfants allophones peuvent être exposés.

1. L'enfant allophone

1.1. Définitions

Le terme allophone tire son étymologie du grec ancien. Le préfixe *allo* signifie « autre » ou « différent » et le suffixe *phoné* fait référence au « son, à la voix ou à la langue parlée ». (Dictionnaire de l'Académie Française, 9^e édition). Selon le CASNAV (Centre Académique pour la Scolarisation des enfants allophones Nouvellement Arrivés, et les enfants issus de familles itinérantes et de Voyageurs), un enfant allophone est un enfant de moins de 18 ans qui parle une ou plusieurs langues, différentes de celle du pays dans lequel il est accueilli. Dans le système éducatif français, ces enfants, anciennement nommés « primo-arrivants » sont aujourd'hui appelés « élèves allophones nouvellement arrivés en France » (Ministère de l'Éducation Nationale, 2012).

Les enfants allophones peuvent être expatriés, c'est-à-dire arriver en France avec leur famille ou se trouver dans le cadre d'un regroupement familial. Ils peuvent également être des enfants de migrants (politiques ou économiques), mais aussi des mineurs isolés (arrivant seuls en France). De plus, un enfant allophone peut arriver sur le territoire dans le cadre d'une procédure d'adoption.

Cependant il est également important de considérer les enfants issus de familles, qui ne partagent pas la langue du pays dans lequel elles vivent. Ce qui signifie qu'un enfant peut être né en France, mais posséder une langue première autre que le français.

1.2. Intégration scolaire des enfants allophones nouvellement arrivés

L'article 11 de la loi du 26 juillet 2019 du Code de l'Éducation indique que « l'instruction est obligatoire pour chaque enfant dès l'âge de trois ans jusqu'à l'âge de seize ans ». Cette obligation s'applique également aux enfants non français nouvellement arrivés sur le territoire national.

Dès leur intégration dans le système éducatif, les enfants allophones nouvellement arrivés sont soumis à une évaluation initiale appelée « test de positionnement » qui a pour but de déterminer leur niveau scolaire et en priorité leur connaissance de la langue française (Ministère de L'Éducation Nationale, 2014). L'évaluation est menée au regard de la classe d'âge de l'enfant. Elle peut être proposée dans sa langue d'origine et permettra éventuellement d'orienter ce dernier dans une classe inclusive.

1.2.1. Les dispositifs d'inclusion : Les UPE2A

Suite à l'évaluation initiale, l'enfant allophone peut être affecté dans une classe inclusive au sein de l'école, appelée UPE2A (Unité Pédagogique pour Enfants Allophones Arrivants). Cette orientation a lieu si la maîtrise du français n'est pas suffisante pour intégrer une classe ordinaire. Le terme UPE2A est une appellation générique parue en 2012 afin de remplacer les anciens dispositifs de classes d'accueil au collège (CLA) et de classes d'initiation pour enfants non-francophones (CLIN) en primaire (Armagnague & Rigoni, 2018). Les classes UPE2A gardent pour objectif une intégration de ces enfants en classe ordinaire .

1.2.2. L'enseignement de la langue française en UPE2A

D'après la circulaire n°2012-141 de l'Éducation Nationale, au cours de la première année en classe UPE2A, l'enfant doit suivre un apprentissage du français à raison de neuf heures minimum dans le premier degré, et de douze heures au minimum dans le second degré. Leur progression dans l'acquisition de la langue, est régulièrement appréciée pour décider de leur orientation en classe ordinaire.

1.2.3. L'accueil en classe ordinaire

Certains élèves allophones intègrent les classes ordinaires sans passer par les dispositifs UPE2A. Ils peuvent être accueillis à tout instant de l'année scolaire, et dans n'importe quel niveau. L'enfant suit le programme scolaire avec d'autres élèves francophones. Il est également, et souvent observé qu'un enfant allophone arrivant peut partager son temps scolaire entre le suivi des enseignements en classe ordinaire et l'apprentissage du français langue seconde (Francols, 2009).

2. L'enfant allophone et ses langues

2.1. Avant-propos

L'enfant allophone évoluera dans un contexte de bilinguisme voire de plurilinguisme, on parlera alors de langue première et de langue seconde. La **langue première** est la langue dans laquelle l'enfant grandit (langue maternelle ou langue natale). La **langue seconde** ou deuxième langue correspond à toute autre langue dont l'appropriation est plus tardive. C'est une langue étrangère pour l'enfant qu'il apprendra principalement à l'école (Fenclova, 2014).

2.2. Le bilinguisme

Dans le cadre de notre étude, nous nous intéressons à des enfants qui présentent un profil langagier bilingue. Nous définirons donc la notion de bilinguisme.

2.2.1. Le bilinguisme : quelle définition ?

Dans notre société, nous pouvons avoir une représentation du bilinguisme comme étant la maîtrise parfaite de deux langues. Selon Pearson (2007), l'enfant devient bilingue lorsqu'il interagit régulièrement dans les deux langues. Cependant, d'après Grosjean (2018),

le locuteur bilingue est une personne qui communique dans deux langues sans pour autant en avoir nécessairement une maîtrise parfaite. En effet, le bilinguisme est davantage considéré comme un continuum (Goldstein et Gildersleeve-Neumann, 2015). L'utilisation et la compréhension des deux langues dépendent du locuteur. Un enfant peut comprendre et parfaitement s'exprimer dans une langue, et comprendre minimalement la deuxième langue à laquelle il est exposé. Par ailleurs, un locuteur peut comprendre et s'exprimer à l'oral dans les deux langues, en traduisant également d'une langue à une autre sans la moindre difficulté. Il est donc important de retenir qu'il existe autant de profils linguistiques que de locuteurs bilingues.

2.2.2. Les différents types de bilinguisme

Chez l'enfant on distingue généralement deux formes de bilinguismes, le bilinguisme précoce, et le bilinguisme tardif. La variété des profils linguistiques s'explique selon certains facteurs notamment l'âge d'acquisition et la quantité d'exposition à la langue (McLeod et al. 2017).

On évoque le **bilinguisme précoce** lorsqu'un enfant est exposé à deux langues de manière simultanée et ce avant l'âge de six ans (âge de la période critique). A contrario, le bilinguisme est dit tardif, lorsque la langue seconde est introduite après l'âge de six ans. Deux types de bilinguismes précoces existent. Le bilinguisme est dit précoce simultané dans la situation où un enfant est exposé aux deux langues dans sa vie quotidienne, depuis sa naissance jusqu'à ses trois ans (Abelilah Bauer, 2015). Le bilinguisme est dit précoce successif lorsque l'enfant est initié à une langue seconde entre trois et six ans.

A l'instar du bilinguisme précoce, le **bilinguisme tardif** se décline en deux catégories. Le bilinguisme tardif à haute compétence, lorsque la langue seconde est introduite après six ans, de manière immersive avec une grande exposition. Dans cette situation, l'enfant peut communiquer aisément dans la langue première et la langue seconde. Le bilinguisme tardif à basse compétence lui, correspond à la situation dans laquelle l'apprentissage de la langue seconde s'est fait après l'âge de douze ans généralement à l'école, de manière non-immersive, et avec une faible exposition. (Bijleveld, Estienne, & Vander Linden, 2014, p. 28). La chronologie d'acquisition des langues de l'enfant est un critère primordial dans son profil linguistique.

2.3. Acquisition du français chez l'enfant non-francophone

Dans le cas des enfants allophones, le français est une langue de socialisation mais également une langue de scolarisation (Verdelham-Bourgade, 2002). L'apprentissage du français est capital, car sa maîtrise conditionnera la réussite des élèves dans le système scolaire.

D'un point de vue développemental, la maîtrise d'une langue seconde chez l'enfant allophone suit les mêmes étapes que celle d'un enfant monolingue (Paradis et Genesee, 1996) mais, elle dépendra énormément de l'âge d'exposition de ce dernier, en effet, si l'enfant est introduit à la langue seconde après l'âge de la période critique, son niveau pourra rarement être équivalent à celui d'un locuteur natif.

Par ailleurs, l'acquisition de la langue seconde se fera selon des facteurs endogènes tels que le besoin de communiquer, la mémoire de travail et la place dans la fratrie. Mais, également par le biais de facteurs exogènes, tels que le niveau socio-professionnel des

parents, l'âge des parents au moment de la migration en France, la volonté et la motivation des parents de transmettre la langue à leur enfant, l'exposition des enfants aux différents médias... Elle sera influencée notamment par l'environnement écologique du français dans l'entourage de l'enfant, le contexte scolaire d'expérience de la langue ou encore l'influence et l'impact de la langue première (Noyau, 2005). Nous développerons ici uniquement les aspects de proximité typologique, de quantité d'exposition et de qualité d'exposition.

2.3.1. Aspect de proximité typologique

Il existe des similitudes et des différences entre deux langues, ces dernières concernent différentes composantes linguistiques (le lexique, la phonologie, la morphosyntaxe ou encore la prosodie). En effet, lorsque deux langues ont des structures linguistiques communes, le passage de l'une à l'autre est plus aisé. Le transfert interlangue est bien plus important lorsque deux langues sont proches, la langue première donnant des bases à partir desquelles l'enfant construira en partie sa langue seconde (Mehler et Dupoux, 1990, cités par Hagège, 1996).

2.3.2. Aspect quantitatif d'exposition à la langue

Selon Montrul (2008), la quantité d'exposition joue un rôle capital dans le développement du bilinguisme de l'enfant, bien plus que le développement monolingue. Si un enfant est majoritairement exposé à sa langue première, son devenir bilingue sera influencé (De Houwer, 2007). Cependant, la quantité de temps d'exposition à la langue est difficile à quantifier étant donné qu'elle comprend le nombre d'années d'exposition, le temps d'exposition à la maison et le temps d'exposition à l'école (Gutiérrez-Clellen et Kreiter, 2003).

2.3.3. Aspect qualitatif d'exposition à la langue

La qualité de l'input linguistique dans la langue seconde importe autant que la quantité d'exposition à cette dernière. La qualité du contenu langagier, se décline notamment grâce à la variété des interlocuteurs et du fait que ces derniers soient natifs ou non de la langue seconde (Place et Hoff, 2011). Par ailleurs, le type d'enseignement à l'école joue également un rôle important. Abdelilah-Bauer (2008) considère qu'un enseignement bilingue est plus favorable à l'acquisition de connaissances en langue seconde. Le stock lexical de l'enfant dans chaque langue sera ainsi davantage équilibré (Bedore et al., 2005 ; Pearson, 2002, citée par Scheidnes, 2012). Toujours est-il, lorsque un enfant suit un programme d'immersion en langue seconde (comme c'est le cas pour les enfants allophones nouvellement arrivés), il aura plus de possibilités d'interactions avec des monolingues (français) et sera donc rapidement performant dans cette langue (Hoff, 2003).

3. Orthophonie et langage oral

Nous évoquerons dans cette partie la définition de la place de l'orthophoniste dans la prise en charge des troubles du langage oral (cf. Annexe 1) ainsi que les différentes difficultés de langage qu'un enfant peut rencontrer.

3.1. Les troubles d'acquisition du langage oral

Au cours du développement de l'enfant, une difficulté en langage oral peut apparaître précocement et se présenter sous différentes formes. Le retard de parole ou de langage (cf. Annexe 2) est résorbable et non-spécifique. Dans certains cas, des difficultés langagières durables peuvent mener à un diagnostic de trouble du langage. Ce dernier peut être d'origine organique ou fonctionnelle (Estienne, 2002). En pratique clinique, toute difficulté d'acquisition du langage n'est pas équivalente à un trouble spécifique. La distinction s'effectue dans une perspective développementale : une difficulté est passagère et se résorbe, tandis qu'un trouble est durable et résiste à une prise en charge adaptée. On évoquera alors la catégorie de diagnostic de trouble développemental du langage.

3.2. Le trouble développemental du langage (TDL)

3.2.1. Terminologie

Au cours des dernières années les terminologies telles que trouble spécifique du langage, trouble primaire du langage ou dysphasie ont largement été utilisées (Bishop et al., 2017). En 1958, Ajuriaguerra parlait de dysphasie pour opposer une aphasie (trouble langagier acquis à la suite d'une lésion cérébrale) d'un trouble développemental grave. En France le terme « dysphasie » est utilisé et remplacé par « trouble spécifique du langage » (TSL) introduit par Chevrié-Muller en 1996 (Dumont, 2001 ; Monfort & Juarez Sanchez, 2001).

Il est aujourd'hui nécessaire d'utiliser une terminologie consensuelle. En 2017, Bishop et collaborateurs ont établi le projet CATALISE qui a réuni différents professionnels (orthophonistes, enseignants, psychologues, pédiatres, représentants de familles) de plusieurs pays anglophones. Le terme Developmental Language Disorder (DLD) a été choisi, se traduisant par Trouble Développemental du Langage (TDL) en France.

3.2.2. Prévalence

Selon les estimations, 3 à 7 % des enfants d'âge scolaire seraient touchés par un TDL avec une fréquence plus élevée chez les garçons (DSM-5, 2015).

3.2.3. Critères diagnostiques

Établir des critères d'exclusion est nécessaire pour diagnostiquer un trouble développemental du langage. En effet, le trouble ne doit pas être une conséquence d'un déficit d'origine sensorielle, motrice ou mentale. Il ne peut pas non plus être expliqué par une maladie neurologique ou par un environnement psycho-affectif carencé (Schelstreat, 2011).

Il est possible d'observer des troubles du langage consécutifs à une pathologie. Nous évoquerons dans ce cas, les termes de trouble du langage associé à une pathologie et non de trouble développemental du langage (Bishop et al., 2017 ; Gingas, 2017).

Selon le DSM-5, trois critères diagnostiques sont requis pour l'objectivation d'un TDL :

- Des difficultés persistantes d'acquisition et d'utilisation du langage dues à un manque de compréhension ou de production
- Des capacités langagières inférieures au niveau attendu pour l'âge de l'enfant, avec une limitation fonctionnelle dans la communication, de faibles résultats scolaires ou

- des difficultés dans les interactions sociales
- Des difficultés apparaissant dans une période précoce du développement

4. Difficultés des enfants allophones.

4.1. Situation linguistique des enfants allophones

Les difficultés de langage d'un enfant allophone peuvent s'expliquer par une exposition au français insuffisante. Dans certains cas, les enfants ne commencent à apprendre le français qu'une fois entrés à l'école. En l'occurrence, il convient de parler de défaut ou de manque d'exposition liés à un milieu familial non francophone. Nous ne pourrions pas évoquer la présence d'un TDL, sauf si les compétences langagières de l'enfant n'équivalent pas à son niveau d'âge ni en français ni dans sa langue première (Bishop, et al. 2017). En effet, les manifestations des difficultés doivent être observées dans les deux langues pour objectiver la présence d'un TDL (Genesee, Paradis & Crago, 2004). Par ailleurs, dans la pratique clinique, le problème réside dans l'interprétation des difficultés de l'enfant. Comment savoir s'il faut prendre en charge un enfant allophone, si l'on ignore les difficultés précises rencontrées en langage oral dans sa langue première ? En effet une évaluation imprécise en langue première pourrait biaiser un diagnostic clinique...

4.2. Particularité de l'évaluation des enfants allophones en langage oral

Mener l'évaluation d'un enfant allophone est un exercice qui doit être effectué avec prudence. Il est plus compliqué de tester les compétences langagières d'un enfant dont on ne partage pas la langue. Une autre difficulté liée à l'évaluation des enfants allophones peut également provenir entre autres de la diversité des profils. Les enfants allophones constituent plusieurs populations qui se distinguent grandement les unes des autres. (Meziane, 2018).

Selon une étude menée par McLeod, et al. (2013), des difficultés sont régulièrement rapportées par les orthophonistes lors de l'évaluation de ces enfants. Ces dernières concernent essentiellement le manque d'outils adaptés à la langue première du patient.

Nous pouvons également rencontrer un manque de normes pour l'acquisition en langue seconde, une ambiguïté dans le diagnostic différentiel du trouble du langage, et une difficulté d'acquisition de la langue seconde. Malgré tout, les tests normés dans la langue majoritaire du pays d'accueil des enfants restent principalement utilisés. Cela n'est pas sans risque de manquer de fiabilité pour le diagnostic. De plus, une autre difficulté est rapportée par les orthophonistes. Certains professionnels manquent de confiance ou sont peu à l'aise dans l'évaluation d'un enfant non-francophone (Guiberson & Atkins, 2012).

4.3. Intervention orthophonique chez l'enfant allophone

L'intervention auprès de l'enfant allophone est complexe car le soutien apporté par l'orthophoniste doit être à la fois sur la langue apprise mais ne pourrait se défaire totalement du contexte culturel de l'enfant donc de sa langue maternelle. (Girolamento & Cleave, 2010). Dans la littérature scientifique, peu d'études traitent du sujet de l'intervention en langage oral

chez l'enfant allophone (Thordardottir, 2010). Les orthophonistes confrontés à des enfants allophones peuvent faire appel à des interprètes, ou faire participer les parents et les pairs de l'enfant pour solliciter leur aide (Kohnert & al. 2005). Malgré la volonté des orthophonistes d'apporter des solutions de facilitation dans la prise en charge, une grande majorité d'enfants allophones bénéficient d'une prise en charge uniquement dans la langue seconde, c'est-à-dire la langue du thérapeute (Marinova-Todd & al. 2016).

Buts et hypothèses

1. Problématique

La difficulté à évaluer et diagnostiquer les difficultés en langage oral des enfants allophones, associée à la variété des profils linguistiques chez ces enfants, en font un public particulier pour les interventions orthophoniques. Par ailleurs, si les apports scientifiques autour de la question de la prise en charge en langage oral pour ces enfants sont en plein essor dans la littérature, notamment dans des régions où le bilinguisme est courant, une observation des pratiques orthophoniques françaises en la matière manque encore. Compte tenu des problèmes théoriques d'évaluation et de diagnostic, l'objectif de notre mémoire est d'observer, et de questionner les pratiques cliniques dans la prise en charge du langage oral chez l'enfant allophone. Nous cherchons à savoir s'il existe nécessairement une spécificité dans la prise en charge de ces enfants par rapport aux enfants francophones. Au cours de notre travail, nous tenterons de répondre à ces différentes questions :

- 1) Quelles connaissances et quelles représentations se font les orthophonistes des enfants allophones?
- 2) Les orthophonistes s'adaptent-ils aux différents profils linguistiques rencontrés ?
- 3) Quelle place est accordée à l'entourage de l'enfant allophone dans le suivi clinique ?

2. Hypothèses

Pour tenter d'apporter des éléments de réflexion à ces interrogations, nous pouvons émettre quelques hypothèses.

Nous pouvons penser que les prises en soin des enfants allophones sont menées de la même manière que celles des enfants francophones et n'ont pas de spécificité particulière, étant donné que la prise en charge peut porter sur tous les domaines linguistiques (phonologie, lexicale, syntaxe, discours, pragmatique du langage) (H1). On suppose que les orthophonistes utilisent des approches individualisées et adaptées à chaque patient, au moyen de matériel adapté (contenu des séances/ système de traduction/ méthodes de communication alternatives...) (H2). Nous pouvons également penser que le suivi thérapeutique peut intégrer la famille. L'orthophoniste pourrait réserver une place importante au partenariat parental dans le projet thérapeutique (H3). Enfin, nous pouvons penser que certains orthophonistes pourraient évoquer des limites ou des réserves quant à la prise en charge d'un enfant non-francophone. Ces limites pourraient s'expliquer par un défaut de langue partagée entre le patient et le thérapeute. (H4).

Le but de notre étude est de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses grâce à une enquête que nous réaliserons auprès d'orthophonistes. Nous soutiendrons notre recherche à l'aide d'un questionnaire et d'entretiens semi-directifs.

Méthode

Nous avons fait le choix d'une méthode d'enquête quantitative par le biais d'un questionnaire électronique auto-administré diffusé à un large échantillon d'orthophonistes. Nous avons ensuite complété les données récoltées grâce à des passations d'entretiens semi-directifs. Nous justifierons notre choix de questionnaire, et nous présenterons la façon dont nous analyserons les résultats obtenus. Nous présenterons également pourquoi nous avons choisi de faire passer des entretiens semi-directifs à notre population.

1. Le questionnaire

L'élaboration d'un questionnaire permet d'analyser notre problématique auprès d'un large échantillon de personnes. Notre questionnaire a été créé à l'aide de l'outil LimeSurvey, qui permet un enregistrement automatique des résultats et des statistiques (cf. Annexe 7) Pour maximiser le taux de participation nous avons établi un questionnaire respectant plusieurs critères. Ces derniers étaient : la durée de complétion (maximum dix minutes), des propositions de réponses diverses (questions à choix unique/multiple, questions fermées/ouvertes, échelles de Likert...) ainsi qu'une garantie de l'anonymat des participants. Aucune donnée qui pourrait permettre d'identifier un participant n'a été demandée (date de naissance, âge, nom ou prénom).

1.1. Création du contenu du questionnaire

Le questionnaire comportait 25 questions intégrées dans six thématiques :

- Les données administratives
- Les formations
- L'expérience professionnelle vis-à-vis des enfants allophones
- Le bilan orthophonique en langage oral
- Le partenariat parental et la prise en charge
- Les besoins et demandes des orthophonistes

Les questions étaient majoritairement des questions semi-ouvertes se présentant sous la forme d'échelles unidirectionnelles pour lesquelles le répondant devait se positionner, du type (jamais, occasionnellement, régulièrement, systématiquement). D'autres questions étaient des questions fermées (oui/non), des questions à choix uniques ou multiples ou encore des questions ouvertes. Toutes les questions étaient obligatoires, à l'exception de celles ouvertes nécessitant une précision ou une réponse « autre ».

Le temps de passation était estimé à environ dix minutes.

1.2. Population de répondants

Initialement, pour pouvoir remplir le questionnaire, les critères d'inclusion étaient les suivants:

- Être orthophoniste diplômé(e), en exercice professionnel
- Prendre ou avoir déjà pris en charge un ou plusieurs enfants allophones nouvellement arrivés en France dans un contexte de langage oral.

Cependant, lors d'entretiens informels avec des orthophonistes nous nous sommes confrontés à un écueil. Il était difficile de trouver des orthophonistes ayant en charge uniquement des enfants allophones nouvellement arrivés en France, nous avons donc résolu d'ajouter un critère d'inclusion supplémentaire.

Critères d'inclusion finalement retenus pour l'enquête :

- Être orthophoniste diplômé(e), en exercice professionnel
 - Prendre ou avoir déjà pris en charge un ou plusieurs enfants allophones nouvellement arrivés en France dans un contexte de langage oral
- OU**
- Prendre ou avoir déjà pris en charge un ou plusieurs enfants n'ayant pas été exposés au français avant l'âge de trois ans (âge légal d'entrée à l'école), qu'ils soient nés en France ou non.

Les enfants ayant fait l'objet de cette étude devaient présenter des difficultés d'acquisition du langage oral non associées à un handicap intellectuel ou à un trouble du spectre autistique. Le retard ou trouble du langage ne devait pas non plus être associé à une déficience sensorielle ou motrice, une pathologie organique, ou une pathologie neurologique. Ces nouveaux critères d'inclusion plus larges nous ont permis de recueillir davantage de réponses étant donné la plus grande probabilité de rencontrer un enfant n'ayant pas pour langue première le français sans nécessairement arriver d'un pays étranger.

1.3. Procédures, méthodologies d'approche et diffusion du questionnaire

En premier lieu, nous avons effectué une déclaration de traitement des données auprès du service de Protection des Données de l'Université (DPO) de Lille afin de garantir l'anonymisation des participants et la confidentialité des réponses. Une fois l'accord obtenu, le questionnaire a été établi sur la plateforme LimeSurvey.

Nous avons proposé notre questionnaire sur des groupes Facebook régionaux professionnels consultés par des orthophonistes exerçant en France :

- « Orthophonistes France »
- « Ch'tis Orthos »
- « Orthophonie et L.O »
- « Orthos-Infos »
- « Orthophonistes et étudiants ortho »
- « O.R.T.H.O »
- « Petites annonces entre orthos lillois »

Nous l'avons également transmis par mail à d'anciens maîtres de stage. Ces derniers ont fait suivre le questionnaire autour d'eux, à leurs connaissances et collègues susceptibles d'y répondre. Des étudiantes en orthophonie de notre promotion ont de plus contribué à faire suivre le questionnaire à certains de leurs maîtres de stage. Nous avons procédé à trois relances entre janvier et mars 2023 pour obtenir un maximum de réponses. L'accès au questionnaire a été fermé le 9 mars 2023.

2. Les entretiens semi-directifs

Pour compléter les données recueillies dans le questionnaire et apporter un aspect davantage qualitatif, nous avons choisi une méthode par le biais d'entretiens semi-directifs. Le choix de cette méthode est pertinent pour la collecte de réponses subjectives sur les ressentis et expériences des interrogés (Green & Thorogood, 2018). De plus, l'entretien semi-directif offre l'avantage d'échanger en direct avec l'interrogé et permet une certaine souplesse dans l'interaction. L'objectif de cet entretien se situe également autour d'une dynamique d'échange spontané.

2.1. Rédaction du guide d'entretien

Le guide d'entretien correspond à un canevas qui aborde les thématiques que l'enquêteur souhaite aborder avec le répondant (Combessie, 2007). Notre guide a pris la forme d'un tableau de 11 questions (cf. Annexe 5). Il est organisé de manière similaire au questionnaire (données administratives, expériences, partenariat parental, mode de prise en charge, besoins et demandes). Selon Bréchon (2011), il existe deux types de registres pour l'entretien. Le registre appelé « référentiel » qui vise à obtenir des informations factuelles et à décrire des comportements concrets, et, le registre dit « modal » qui a pour objectif d'obtenir des informations liées aux représentations et aux sentiments des enquêtés. Nous avons choisi le registre référentiel pour nos interventions afin d'obtenir des réponses concrètes sur les pratiques cliniques des orthophonistes et leurs modes de prise en charge.

2.1.1. Taille de l'échantillon

Nous avons choisi de nous entretenir avec quatre orthophonistes (cf. Annexe 6) qui répondaient aux critères d'inclusion de l'enquête. Les quatre praticiennes correspondent à d'anciennes ou actuelles maîtres de stage prenant en charge des enfants allophones et exerçant en libéral. Concernant le nombre, nous avons arrêté notre choix sur quatre professionnelles car nous jugions que cela était suffisant pour apporter un aspect qualitatif et ainsi compléter les réponses que l'on obtiendrait au questionnaire.

2.1.2. Passation des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne 15 minutes chacun. Nous avons utilisé un dictaphone pour enregistrer afin de soulager la prise de note et de mener un entretien le plus naturel et spontané possible. Les enregistrements ont été stockés sur un disque dur chiffré pour protéger les données recueillies. Tous les entretiens ont été retranscrits. Les orthophonistes ayant participé ont préalablement eu accès à une lettre d'information (cf. Annexe 3) et rempli un formulaire de consentement (cf. Annexe 4). La rencontre et les entretiens ont été réalisés sur les lieux d'exercice des orthophonistes. Nous avons pris le temps d'expliquer le but de notre intervention pour instaurer une relation de confiance avec l'interrogée, et ainsi s'assurer qu'elle n'a pas de question. Nous avons bien rappelé que la confidentialité serait assurée, et que les données seraient détruites après l'analyse de ces dernières. Après avoir précisé le temps approximatif de passation, nous avons pris le temps d'écouter les expériences cliniques des praticiennes.

3. Méthodes d'analyse des résultats

3.1. Le questionnaire

Les réponses obtenues grâce au questionnaire sont accessibles sur LimeSurvey sous forme de tableaux et de graphiques. À l'aide de l'outil tableur Excel, certaines réponses ont été regroupées afin d'être analysées. Les réponses obtenues aux questions ouvertes ont été catégorisées par similitudes afin de les rendre analysables. Nous avons cherché à trouver des catégories pertinentes afin de classer les réponses. Cette méthode certes prenant du temps, nous a permis cependant de réaliser des analyses similaires à celles des questions fermées. Cependant, nous devons prendre en compte la limite concernant notre part de subjectivité au moment de l'élaboration des catégories, ce qui peut induire une perte d'informations due à ce regroupement.

3.2. Les entretiens semi-directifs

L'exercice de l'analyse d'une méthode qualitative est plus complexe que celle d'une méthode quantitative. Nous avons choisi une analyse du contenu du discours des orthophonistes. Tout d'abord les entretiens ont été intégralement et fidèlement retranscrits par écrit. Par la suite, les corpus de réponses ont été divisés en fonction des différentes questions abordées dans le guide d'entretien. Par la suite, un travail de déduction a été établi. Nous avons analysé chacun des quatre entretiens de manière spécifique. Ensuite, nous avons également analysé le contenu des entretiens de manière transversale, afin d'en dégager les éléments saillants (réurrences et dissonances) en fonction des thèmes.

Résultats

Résultats issus du questionnaire

Dans cette partie, nous nous intéressons aux données pertinentes collectées par l'intermédiaire du questionnaire en ligne. Les sous-parties suivantes décrivent respectivement les six sections du questionnaire.

1. Données administratives

Notre enquête a permis de récolter 37 participations, cependant **24 étaient complètes**. Notre échantillon final était donc de 24 orthophonistes.

Parmi les praticiens, 79,17 % exercent en libéral, 16,67 % en exercice mixte et 4,17 % en salariat. Les orthophonistes interrogés ont été diplômés entre 1983 et 2019.

Figure 1. Tableau en réponse à la question « En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? »

Nous observons que plus de la moitié de l'échantillon a été diplômé il y a plus de 20 ans.

Région	Pourcentage
Auvergne-Rhône-Alpes	4.17% (N=1)
Bretagne	4.17% (N=1)
Grand Est	8.33% (N=2)
Guyane	4.17% (N=1)
Hauts-de-France	20.83% (N=5)
Île-de-France	33.33% (N=8)
Occitanie	8.33% (N=2)
Pays de la Loire	8.33% (N=2)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8.33% (N=2)

Figure 2. Tableau du nombre d'orthophonistes en fonction de la région d'exercice

Concernant le lieu d'exercice, la majorité des orthophonistes interrogés ont leur activité professionnelle en Île-de-France (33,33%) et dans les Hauts-de-France (20,88%) . Il est à noter que par rapport à l'ensemble des régions françaises, il manque dans notre échantillon des professionnels exerçant dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Guadeloupe, Martinique, Normandie et Nouvelle-Aquitaine.

Après renseignement des données administratives et comme préambule à notre questionnaire nous avons soumis les répondants à une question ouverte : « *Pourriez-vous*

décrire en quelques mots ce qui vous vient à l'esprit lorsque l'on parle de prise en charge d'un enfant allophone » ?

Les orthophonistes ont livré des réponses sous forme de mots-clés ou de phrases. Nous notons que trois idées ressortent de leurs évocations (les difficultés, un partenariat parental particulier, et des défis cliniques).

Définition de la prise en charge d'un enfant allophone			
Idées évoquées			
Difficultés cliniques	Partenariat parental compliqué si :	Défis cliniques	Autres idées/mots clés
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic et objectivation du trouble • Quid du retard lié à un défaut d'exposition au français • Communication avec les parents 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'investissement des parents • Manque de motivation des parents • Défaut de langue partagée avec les parents 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouver des tests adaptés au profil linguistique de l'enfant • Se renseigner sur la structure linguistique de la langue première • Communiquer de manière fonctionnelle avec l'entourage 	<ul style="list-style-type: none"> • Morphosyntaxe • Stock lexical faible • Bain de langage • Rencontre enrichissante • Différences culturelles • Traduction • Bienveillance • Respect pour la langue maternelle • Besoin urgent pour une prochaine socialisation

Figure 3 . Tableau de synthèse thématique en réponse à la question « Pourriez-vous décrire en quelques mots ce qui vous vient à l'esprit lorsque l'on parle de prise en charge d'un enfant allophone ? »

Les représentations des orthophonistes sur la prise en charge des enfants allophones sont diverses. Différentes idées sont évoquées (cf. Figure 3). Il en ressort que des difficultés peuvent être rencontrées dans le diagnostic. Un orthophoniste évoque une notion de défi pour différencier un trouble d'une difficulté essentiellement liée au bilinguisme. Un autre répondant s'interroge sur la légitimité d'une prise en charge orthophonique.

Le partenariat parental est un thème évoqué par cinq orthophonistes. Ceux-ci s'accordent à dire que le manque d'investissement, de motivation ou de langue partagée des parents peut être un frein à une prise en charge efficace.

Les répondants évoquent également la nécessité de trouver des outils d'évaluation adaptés, ou à se renseigner sur la structure de la langue première de l'enfant.

D'autres mots-clés sont rapportés par les répondants (diagnostic différentiel du TDL, bienveillance, respect de la langue première, autre culture, valorisation de la langue première, accueil positif, bain de langage...).

2. Les formations

Au début de cette rubrique de questions, nous avons inséré un rappel de définition de la notion d'allophone, pour être sûrs de la bonne compréhension du répondant et ainsi ne pas le laisser avec une acception erronée.

Sur les 24 orthophonistes répondants, 87,5 % ont répondu par la négative à la question « *Avez-vous reçu un enseignement sur la thématique des enfants allophones au cours de votre formation initiale ?* », et 12,5 % des orthophonistes affirment en avoir reçu un.

À la question « *Avez-vous été formé à l'accompagnement d'un enfant de culture étrangère ?* » les résultats sont sensiblement similaires à la question précédente, 83 % répondent non et 17 % répondent « oui ».

Nous avons ensuite voulu interroger les orthophonistes sur leurs connaissances à propos des formations qui ont pour objet : le bilan et la prise en charge des enfants allophones.

Sur les 24 répondants, six personnes n'ont pas renseigné de réponse. Parmi les 18 autres, 10 ne connaissent pas de formations sur les enfants allophones, trois savent qu'il en existe mais n'en ont pas en tête, et huit en connaissent.

Parmi les propositions des huit orthophonistes répondants nous recensons :

- Une formation d'Aude Laloï (orthophoniste) : *Le bilan orthophonique de l'enfant bilingue*
- Une formation de Sylvia Toupouzkhania, (orthophoniste et Dr. en Sciences du langage) : *Spécificités de l'intervention orthophonique dans les troubles développementaux du langage auprès d'enfants en contexte de multilinguisme.*
- La formation Dialogoris

Une autre question a été soumise à l'échantillon : « *Avez-vous connaissance de la littérature scientifique concernant l'évaluation et la prise en charge d'enfants allophones ?* »

Un quart de l'échantillon des répondants n'a rien renseigné, 62,5 % orthophonistes disent ne pas connaître de littérature scientifique à ce sujet et 12,5 % d'orthophonistes fournissent les références d'ouvrages suivants :

- Baubet, T & Moro, M. (2013). *Psychopathologie transculturelle, de l'enfance à l'âge adulte.* Elsevier Masson.
- Moro, M. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs: Naître et grandir en France.* La Découverte.
- Rosenbaum, F. (1997). *Approche transculturelle des troubles de la communication : langage et migration.* Elsevier Masson.

La dernière question de cette thématique « Formations » s'intéresse aux langues parlées par les orthophonistes.

Parmi l'échantillon, 37,5% ne parlent pas d'autre(s) langue(s) que le français, 33,33% parlent une langue en plus du français, 20,83 % parlent deux langues en plus du français, et 12,5 % parlent trois langues en plus du français. Les langues évoquées par les répondants sont l'anglais, l'espagnol, l'allemand et la langue des signes française (LSF).

3. Expérience professionnelle et ressenti face aux enfants allophones

En tout premier lieu, nous avons voulu connaître la fréquence d'accueil des enfants allophones. Les modalités de réponses ont été enregistrées par le biais d'une échelle de Likert (occasionnellement, régulièrement, très souvent).

Parmi les répondants, 29,17 % disent accueillir « très souvent » des enfants allophones, 37,50 % répondent « régulièrement » et 33,33 % répondent « occasionnellement ».

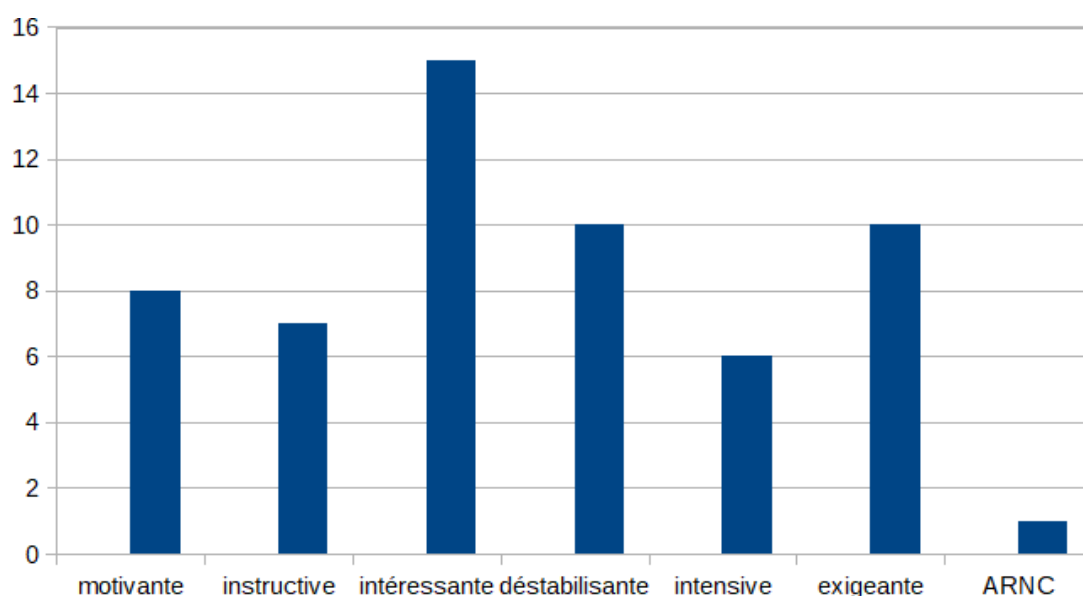


Figure 4 : Graphique représentant les occurrences de réponses à la question « Quel est votre ressenti personnel face à la prise en charge ? »

Par ailleurs, nous nous sommes intéressés au regard que portent les interrogés sur la prise en charge des enfants allophones. Pour ce faire, nous leur avons présenté six adjectifs (cf. Figure 4) par l'intermédiaire d'une question à choix multiple. Au regard des résultats obtenus, nous pouvons constater que la prise en charge est majoritairement perçue comme « intéressante, suscitant la curiosité » (62,50%) , mais, 41,67 % des orthophonistes s'accordent à dire que la prise en charge peut être « déstabilisante » et « exigeante ». Elle est également « motivante » pour 33,33 % ,et « instructive » pour 29,17 % des orthophonistes. Enfin 25 % des répondants estiment que la prise en charge est « intensive ». Un répondant a fourni « Aucune réponse ne convient » pour cette question.

Nous avons ensuite cherché à connaître les sentiments déjà éprouvés par les orthophonistes face à cette prise en charge (cf. Figure 5).

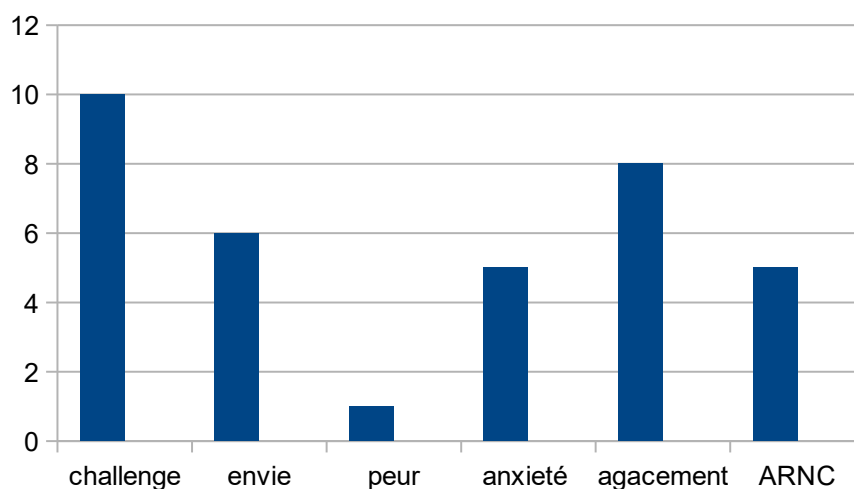


Figure 5 : Graphique représentant les occurrences de réponses à la question « Quels sentiments éprouvez-vous face à cette prise en charge ? »

Un sentiment de challenge est évoqué par 41,67 % de l'échantillon et 25 % peuvent ressentir de l'intérêt pour la prise en charge. Cependant, 33,33 % des orthophonistes confient éprouver un sentiment d'agacement et 20,83% peuvent être anxieux face à cette prise en charge. Un orthophoniste a renseigné éprouver de la peur face à cette prise en charge et 20,83 % des répondants ont choisi qu'aucune proposition de réponse ne leur convenait.

Enfin, pour clore cette thématique, nous avons posé une question ouverte aux orthophonistes sur les obstacles qu'ils pouvaient rencontrer dans l'échange avec les parents. La plus grande difficulté renseignée par les répondants se situe autour du défaut lié à la barrière de la langue et aux différences culturelles. Le manque de connaissance en français des parents, occasionne des problèmes de communication entre eux et le thérapeute. Ces difficultés se retrouvent dans le temps d'anamnèse, mais également dans l'explication des résultats du bilan et du projet thérapeutique. De plus, les outils de traduction utilisés pour faciliter l'échange peuvent parfois occasionner des maladresses de langage dues à des traductions peu fidèles. D'autre part, il est rapporté que certains parents minimisent ou nient les troubles de leur enfant, d'autres ne s'impliquent pas dans le suivi thérapeutique (absences, retards...). Un orthophoniste nous dit que certaines familles ont une représentation erronée de son métier. Il est perçu comme une personne possédant un certain savoir médical, de là découle un certain respect exprimé par la famille et une inhibition sur leurs ressentis, ce qui biaise la relation thérapeutique.

4. Le bilan orthophonique de langage oral de l'enfant allophone

Concernant la thématique du bilan, nous avons d'abord interrogé les orthophonistes afin de savoir quels étaient les pays d'origine de leurs patients. Nous leur avons demandé de saisir les trois pays d'origine les plus représentatifs de leur patientèle (cf. Figure 6).

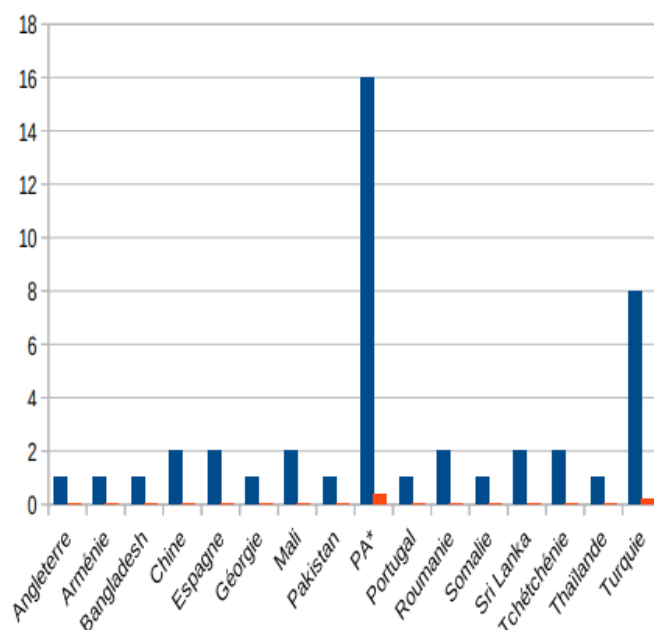


Figure 6. Graphique représentant les occurrences de réponses à la question « Quels sont les pays d'origine de vos patients allophones ? »

PA* = Pays arabophones

Parmi les occurrences de réponses nous notons que les pays arabophones sont les plus renseignés (Algérie, Maroc, Tunisie), la Turquie est également assez représentée.

Nous avons ensuite demandé aux orthophonistes si les parents étaient présents lors du bilan (en dehors du temps d'anamnèse). La majorité répond « oui », 70,83 % contre 29,17 % qui répondent « non ».

Tests monolingues normés (ex : ELO, Kikou 3-8...)	42 %
Grilles d'évaluation clinique	28 %
Questionnaires parentaux	20 %
Autres supports	10 %

Figure 7. Tableau représentant les pourcentages à la question « Quels outils utilisez-vous pour le bilan de l'enfant allophone ? »

Comme le montre la figure 7, 42 % des orthophonistes affirment utiliser des tests de langage oral monolingues normés pour le bilan de leurs patients allophones, 28 % peuvent également utiliser des grilles d'observation clinique, 20 % des répondants utilisent des questionnaires parentaux et 10 % ont choisi la réponse « autres outils ». Parmi les réponses

saisies les orthophonistes renseignent : Le PaBiQ (questionnaire pour parents d'enfants bilingues) et des questionnaires adressés aux enseignants.

Nous avons ensuite demandé aux orthophonistes si lorsqu'ils utilisaient des tests normés, il leur arrivait d'adapter ces outils. Neuf orthophonistes disent ne pas recourir à des adaptations. Le reste des répondants évoquent majoritairement l'utilisation de l'aide à la traduction par l'accompagnant (parent ou membre de la famille). L'utilisation d'une application telle que Google Traduction est également évoquée par deux répondants. Certains orthophonistes sollicitent les parents pour traduire les questions et proposent à l'enfant de dénommer dans sa langue maternelle. Un orthophoniste dit prendre un âge inférieur à l'âge de l'enfant pour la cotation et l'interprétation des résultats. Un autre dit qu'il peut « gestualiser » les consignes pour apporter une aide visuelle non-verbale à la compréhension.

Il a été demandé aux orthophonistes de préciser à quelle fréquence ils évaluaient les différents domaines de compétences lors du bilan initial.

Les modalités de réponses ont été enregistrées par le biais d'une échelle de Likert (jamais, occasionnellement, régulièrement, systématiquement).

	Systématiquement	Régulièrement	Occasionnellement	Jamais
Phonologie	54,17 %	25 %	16,67 %	4,17 %
Lexique	95,83 %	4,17 %	0%	0 %
Morphosyntaxe	70,83 %	20,83 %	4,17 %	4,17 %
Pragmatique	20,83 %	29,17 %	37,5 %	12,50 %
Autres domaines non langagiers	20,83 %	33,33 %	33,33 %	12,5 %

Figure 8. Tableau représentant la fréquence d'évaluation des domaines de compétences lors du bilan initial

Comme nous le voyons sur la figure 8, la majorité de l'échantillon évalue de manière systématique les domaines du lexique, de la morphosyntaxe et de la phonologie lors du bilan initial.

5. La prise en charge et le partenariat parental

Pour la première question de cette rubrique, nous voulions savoir quels domaines étaient pris en charge par les orthophonistes. Nous avons établi les propositions de réponse sous forme de questionnaire à choix multiple.

Domaines de prise en charge	Pourcentage selon le choix des réponses
Phonologie	19,51 %
Lexique	25,61 %
Morphosyntaxe	26,83 %
Récit	14,63 %
Pragmatique du langage	13,41 %

Figure 9. Tableau représentant les pourcentages à la question « Quels domaines prenez-vous en charge ? »

Bien que le plus grand nombre d'occurrences de choix de réponses soit situé dans les domaines de la **morphosyntaxe** et du **lexique**, les réponses des orthophonistes restent hétérogènes quant aux domaines pris en charge.

Nous avons également demandé aux orthophonistes s'ils utilisaient des solutions de communication alternative adaptées au profil linguistique de leurs patients allophones. Une proportion de 18,42 % n'a recours à aucun moyen de communication alternative, mais, la communication aidée par des gestes est utilisée par 36,84 % des répondants. Une proportion de 34,42 % d'orthophonistes utilisent des pictogrammes et 10,53 % des orthophonistes peuvent user d'autres solutions telles que des applications de traduction, des images recherchées sur le net ou des supports graphiques.

À la question : « *Vous arrive t-il de concevoir du matériel thérapeutique adapté à la langue de votre patient ?* », 45,83 % répondent « oui, occasionnellement » , 41,67 % répondent « non, jamais », 8,33 % des répondants affirment en créer « systématiquement » et 4,17 % « régulièrement ».

Nous avons ensuite demandé aux orthophonistes s'ils pouvaient décrire en une phrase leur vision du partenariat parental dans la prise en charge des enfants allophones.

Par l'intermédiaire d'un tableau, nous avons établi une synthèse des réponses fournies par les orthophonistes pour tenter de croiser leurs représentations (cf. Figure 10).

Vision du partenariat parental	
Avantages, aspects positifs	Limites, aspects négatifs
<ul style="list-style-type: none"> • Interactions riches • Relation enrichissante • Notion d'équipe • Relation fondée sur le partage • Mise en valeur de la double culture • Encouragement des parents à apprendre le français 	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de compréhension de l'objectif de la prise en soin par les parents • Défaut de langue partagée • Familles « communautaires », peu socialisées • Investissement plus important que dans des partenariats de parents francophones • Pas de reprise du travail à la maison/ pas de suivi • Difficultés liées aux différences culturelles • Difficulté d'acceptation du handicap de l'enfant

Figure 10. Tableau: Synthèse des représentations du partenariat parental

Les perceptions des orthophonistes sur ce sujet sont diverses. Certains répondants jugent le partenariat parental essentiel, indispensable, mais parfois impossible selon la réceptivité des familles. D'autres affirment qu'il nécessite un investissement important. Par ailleurs, certains orthophonistes prennent plaisir dans le partenariat parental, en évoquant les notions d'enrichissement ou de relation fondée sur le partage.

Enfin, nous avons demandé quelles étaient les actions menées pour impliquer les parents dans la prise en soin.

Les orthophonistes affirment prêter du matériel thérapeutique (jeux, livres...) aux familles à 47,5 %. La participation physique des parents à la séance est évoquée par 27,47 %

de l'échantillon. Enfin, les conseils de guidance suivants sont renseignés par 26,46 % des orthophonistes :

- Accompagner l'enfant à la bibliothèque municipale
- Inscrire l'enfant à des activités municipales (centre social, centre de loisirs...)
- Permettre à l'enfant de se restaurer à la cantine scolaire si possible, pour favoriser la socialisation avec ses camarades
- Permettre à l'enfant de regarder un programme télévisé en français
- Reprendre le cahier de travail d'orthophonie à la maison

6. Besoins et questions des orthophonistes

Enfin, pour clôturer notre questionnaire nous avons soumis notre échantillon à deux questions. Nous tenions à savoir s'ils éprouvaient des besoins quant à l'évaluation et à la prise en charge des enfants allophones.

La question de l'évaluation a été renseignée par 63 % des orthophonistes et 50 % ont exprimé des besoins quant à la prise en charge.

Concernant l'évaluation, trois répondants soumettent l'idée d'une création d'outils de bilans étalonnés auprès d'une population allophone, donc dans d'autres langues. Des épreuves de lexique, ou de morphosyntaxe (ex : épreuves de compréhension orale) en français et en langue première du patient pourraient être intéressantes à soumettre en présence des parents.

Selon un répondant, cela permettrait d'utiliser le « regard » et la « correction » du parent en langue première, pour ainsi dresser un profil linguistique de l'enfant dans sa langue maternelle.

La création de supports concernant la langue première du patient (ex : spécificités linguistiques morphosyntaxiques) est proposée par deux répondants. Selon un orthophoniste : « Il est important de mieux connaître les spécificités de leur langue pour mieux comprendre leurs erreurs et mieux les aider. »

Des orthophonistes proposent également la création de fiches explicatives bilingues du rôle de l'orthophoniste à destination des parents. Deux autres répondants estiment que le sujet des patients allophones n'est pas suffisamment, voire pas abordé en formation initiale.

Enfin, un répondant aimerait avoir accès à une littérature scientifique plus importante sur la problématique du diagnostic différentiel chez les enfants allophones : « Lorsque les scores de nos tests monolingues en français sont déficitaires, comment savoir si c'est un trouble développemental du langage ou un manque d'exposition au français ? », il formule une autre interrogation : « À partir de quand un enfant allophone est-il censé avoir acquis un niveau de français équivalent à celui d'un enfant monolingue ? »

D'un point de vue de l'intervention orthophonique, les besoins exprimés se situent principalement au niveau du matériel thérapeutique. Selon un répondant, des supports visuels (mots ou phrases) créés dans les deux langues peuvent être pertinents pour l'enfant qui pourra les reprendre à la maison avec ses parents.

Un orthophoniste souhaiterait davantage de matériel ayant pour thématique la culture de l'enfant : « J'ai écrit *la légende de Dinga* qui concerne les origines du peuple soninké (peuple d'Afrique de l'Ouest), en me documentant sur internet, et cela intéresse beaucoup les

enfants maliens, nés en France ou non. Avoir accès à du matériel créé par d'autres orthophonistes serait super! »

Par ailleurs, un répondant soumet l'idée de la création d'un répertoire national par ville pour les professionnels de santé afin de mieux rediriger les patients allophones vers des professionnels mieux « formés » et ayant pour habitude de recevoir des familles de culture étrangère.

De plus, un autre orthophoniste exprime le souhait d'une guidance pour les thérapeutes quant à la problématique du désinvestissement de certaines familles dans la prise en charge : « Comment peut-on investir au mieux et plus les parents ? »

Enfin, un autre répondant pose une question concernant la particularité du suivi de soin par la famille : « Comment accompagner un enfant dans le développement de son lexique en français sans l'appui d'un entraînement à la maison? Comment l'aider à construire un système morphosyntaxique stable en français ? ».

Résultats issus des entretiens semi-directifs

Pour présenter les résultats de nos quatre entretiens, nous avons restitué les éléments de réponses des orthophonistes sur les thématiques de recherche suivantes : les connaissances et les expériences professionnelles, la place du partenariat parental, et les besoins exprimés. Nous avons tout d'abord analysé de manière individuelle chaque entretien puis avons tenté de rapporter de manière transversale les éléments saillants (concordances et dissonances) en fonction des questions posées aux quatre professionnelles.

1. Connaissances et expériences des orthophonistes

Concernant les connaissances sur le public, les quatre orthophonistes se sont accordées sur la définition d'enfant allophone, toutes ont notifié la présence majoritaire d'une langue étrangère avec pas ou peu d'exposition au français.

Nous avons cherché à connaître les éventuelles autres langues parlées par les professionnelles et si elles les utilisaient dans leur pratique. L'orthophoniste A parle l'allemand et l'espagnol et a déjà eu l'occasion d'utiliser l'allemand avec la maman germanophone d'une patiente. Elle nous confie que c'était difficile de faire de l'accompagnement parental en langue étrangère, mais que le partage de l'allemand était facilitateur. L'orthophoniste B quant à elle ne parle pas d'autres langues que le français, et confie que c'est une limite à la prise en charge de certains enfants non-francophones.

L'orthophoniste C parle un peu d'anglais et d'espagnol et nous rapporte avoir utilisé l'anglais pendant la prise en charge d'un enfant sri-lankaise. Enfin, l'orthophoniste D parle l'allemand, l'anglais et l'espagnol, et dit utiliser l'anglais avec des parents anglophones.

Concernant l'accueil de ces enfants, les orthophonistes B et C disent avoir rencontré quelques enfants allophones par le passé mais très peu aujourd'hui. Cependant, l'orthophoniste D prend à ce jour en charge quelques enfants d'origine chinoise, sri-lankaise et thaïlandaise. L'orthophoniste A exerçant dans une ville multiculturelle du département du Nord, nous dit accueillir une patientèle d'enfants allophones d'environ 75 % dans son

cabinet : « Les 3/4 oui les 3/4 que je vois parlent une autre langue que le français à la maison ! »

À notre question : « *De votre point de vue personnel, que diriez-vous de la prise en charge d'un enfant allophone ?* » les avis sont partagés :

Selon l'orthophoniste C, la question de la légitimité est soulevée : « Est-ce que ça relève de vraiment l'orthophonie ? J'avais une patiente chinoise dont la maman m'a fait comprendre qu'il y avait aussi des problèmes en chinois, là ça relève de l'orthophonie. » L'orthophoniste D nous rapporte également avoir parfois eu « l'impression de faire de l'apprentissage du français » pour certains enfants qui selon elle, auraient pu davantage être exposés au français à leur jeune âge via la fréquentation d'une crèche, ou par des canaux tels que des dessins animés en français...

La difficulté de l'objectivation du trouble du langage est également évoquée par l'orthophoniste B : « Je trouve que c'est très difficile de pouvoir évaluer ces enfants dans leur langue maternelle, et en même temps dans ce processus d'apprentissage de la langue française. » L'orthophoniste A dit se sentir à l'aise aujourd'hui avec la prise en charge de ces enfants mais qu'elle a dû « bricoler » selon ses termes, car elle « n'était pas formée à cela ».

Nous avons également voulu savoir si les praticiennes proposaient des objectifs thérapeutiques différents que pour leurs patients francophones.

Les quatre orthophonistes s'accordent à dire que les axes de rééducation sont sensiblement les mêmes que ceux qu'elles pourraient fixer avec des enfants francophones. Cependant, trois orthophonistes confient spécifier leur rééducation par des adaptations. Selon D, l'adaptation de la prise en charge se fait en fonction du niveau linguistique de l'enfant « Les enfants allophones ont souvent un déficit lexical... On ne peut pas construire une syntaxe si l'on a pas un minimum de lexique, souvent je vais commencer par travailler le lexique, alors que chez un enfant francophone avec un retard de parole ou de langage on va avoir un travail de construction systématique, soit syntaxique soit phonologique ».

L'orthophoniste A va plutôt « insister » sur les difficultés qui pourraient être dues aux spécificités de la langue première de l'enfant. Elle évoque d'éventuelles difficultés liées à un phonétisme différent : « D'expérience, par exemple des enfants qui parlent arabe, je sais que si je repère une confusion dans les nasales je vais insister dessus, je sais que ça va poser problème pour la suite, il y a plus de risque en tout cas que pour le passage à l'écrit ça les embête et donc que je vais insister dessus dès que je peux. »

L'orthophoniste B affirme adapter du matériel : « Maintenant on a la chance d'avoir des logiciels comme *langageoral.com* ou ça devient beaucoup plus facile, mais en tout cas c'est des enfants pour lesquels, soit il faut adapter les jeux qu'on trouve dans le commerce, soit il faut créer du matériel avec eux pour pouvoir aussi leur en donner, et qu'ils puissent reproduire à la maison... Avec ce type d'enfants j'essaie de faire encore plus de jeux à emmener à la maison. »

Au regard de ces réponses, nous comprenons que des adaptations sont proposées pour ces enfants, mais ne sont pas systématiques. En effet, certaines orthophonistes s'adaptent directement au profil linguistique de leur patient mais il peut arriver que ce ne soit pas le cas. L'adaptation de la prise en charge est dépendante des connaissances de l'orthophoniste sur son patient allophone et sur les outils et ressources dont elle dispose (maîtrise d'une langue étrangère, connaissance et expérience du public, aisance face à cette prise en charge...).

2. Partenariat parental

Concernant la vision et la définition du partenariat parental dans la prise en charge des enfants allophones, les quatre orthophonistes évoquent la difficulté de communication liée directement au défaut de langue partagée avec les familles. Selon les termes de A : « C'est difficile d'expliquer des choses, il y a la barrière de la langue, moi je parle pas l'arabe, le thaï, le kabyle... C'est difficile d'expliquer les choses que je peux utiliser, avec des parents qui parlent pas français. » Selon cette professionnelle, la difficulté se situe non seulement dans la compréhension par les parents, mais aussi dans la transmission des informations de la vie de l'enfant : « C'est dur d'un autre point de vue, par exemple j'ai un petit, j'ai du mal à savoir comment il se débrouille à l'école, comment ça se passe dans d'autres endroits, est-ce qu'il progresse ou non. »

Selon B également, le manque de connaissances des parents en français constitue un frein à un partenariat parental satisfaisant : « La mise en place d'un P.A.P, à expliquer c'est très complexe, du coup, ce que je faisais c'est que souvent les familles amenaient quand même des personnes qui maîtrisent les deux langues [...], souvent c'est une cousine ou une dame qui maîtrise les deux langues qui fait la traduction. »

Cependant et bien malgré les difficultés d'échange verbal, B juge le partenariat parental comme enrichissant, : « Généralement c'est des parents qui sont plus investis que les parents francophones. », « Je me souviens dans les deux familles que j'avais reçues au cabinet il y avait une maman qui assistait aux séances et qui essayait aussi de reprendre avec nous [...] l'enfant était rassuré et valorisé, dans le sens où il n'était pas seul dans une situation d'échec entre guillemets. »

Par ailleurs, la question des divergences culturelles est soulevée par l'orthophoniste C : « C'est vrai qu'il y a la culture, c'est pas tout à fait la même culture, la même éducation les mêmes principes éducatifs... En gros d'une communauté à l'autre ça peut être très différent. »

D'un autre point de vue, l'orthophoniste A exerçant dans le Nord, nous confie constater très souvent chez les familles, un sentiment de honte ou de culpabilité vis-à-vis de leur méconnaissance du français : « Ils ont toujours un complexe par rapport au français. Ils peuvent penser que c'est de leur faute si leur enfant ne parle pas bien, qu'ils ne peuvent pas l'aider. », face à cette situation, l'orthophoniste dit faire au mieux pour lever ce sentiment négatif : « Souvent j'essaye toujours, enfin de plus en plus, rien qu'au moment du bilan de dire à un moment donné, que c'est super que leur enfant parle une autre langue, qu'il a de la chance, que moi il a fallu que j'apprenne tout à l'école, et que lui il a deux, parfois trois langues. »

Bien que l'idée de difficulté de communication soit soulevée par les quatre orthophonistes, les écueils rencontrés dans le partenariat parental sont différents selon les expériences des quatre interrogées. Une orthophoniste peut juger le partenariat parental intéressant car ayant rencontré des parents investis au cours de sa pratique. Mais, une autre peut se sentir démunie, face à des différences culturelles difficiles à appréhender dans la relation thérapeutique. Une autre orthophoniste peut se plaindre sur le plan des difficultés d'échange avec les parents (informativité de la famille, transmission des éléments de la vie quotidienne du patient...) et à la fois tenter d'apporter un soutien moral à des familles, qui se sentent coupables ou responsables des difficultés langagières de leur enfant.

Les difficultés rencontrées lors du partenariat parental d'un enfant allophone peuvent être diverses et relatives à la fois aux familles mais également au thérapeute, cela peut être lié

à des facteurs tels que les expériences de l'orthophoniste ou la motivation et l'investissement des parents.

3. Besoins et demandes des orthophonistes

Les orthophonistes s'accordent à dire et reconnaissent que le plus grand défi de la prise en charge d'un patient allophone, reste la communication difficile avec un enfant et sa famille maîtrisant peu ou pas le français. Nous les avons interrogées sur les éventuels besoins et demandes qu'elles pouvaient exprimer.

L'orthophoniste B nous dit qu'un enseignement, et que des informations sur ce public manquent, et ne sont pas abordées dans la formation initiale. Elle confie également ne pas savoir où chercher les données dont elle pourrait avoir besoin avant de recevoir un enfant allophone.

Elle suggère alors une idée de référencement des différences que l'on peut rencontrer entre le français et d'autres langues (caractéristiques linguistiques). « Je trouve que ça serait sympa d'avoir un petit répertoire qui reprend : les langues les plus courantes dans le monde avec les spécificités de chacune ».

Pour l'orthophoniste D également, avoir une notion des langues parlées par les familles pourrait être intéressant pour la pratique. « Je pense qu'il faudrait vraiment qu'on ait une notion de la langue d'origine des gens, et ce qui nous manque vraiment c'est de savoir comment fonctionne la syntaxe dans ces langues, comment fonctionne ne serait-ce que le féminin, le masculin [...] et ça pourrait être super utile d'avoir des fiches résumées des différentes langues ne serait-ce que le lingala chez les africains, le sri-lankais, le polonais... Il y a des langues qui sont indo-européennes avec une syntaxe qui se ressemble mais d'autres langues sont très éloignées structurellement du français. »

D suggère également l'idée de création de fiches synthétiques explicatives du rôle de l'orthophoniste traduites dans différentes langues, à distribuer aux familles non-francophones lors des premiers contacts.

Enfin, l'orthophoniste C exprime un besoin quant à l'évaluation de ces enfants. « Il faudrait une cotation avec une population d'enfants allophones suffisante pour créer des tests normés... Parce que là on ne peut pas tester ces enfants comme des enfants francophones, donc il le faudrait ça ».

L'intérêt porté à la recherche de ressources pour leurs patients allophones est manifeste chez nos interrogées. Les exemples d'outils évoqués pour la prise en charge (répertoire des caractéristiques linguistiques des langues premières, fiches synthétiques du rôle de l'orthophoniste...) ou pour l'évaluation (bilans pourvus d'une cotation spécifique pour enfants non-francophones) témoignent d'une demande de la part des orthophonistes.

Discussion

Dans cette partie, nous rappellerons les données pertinentes issues de notre questionnaire et de nos entretiens et les mettrons en lien avec nos hypothèses initiales. Pour chaque hypothèse, nous avons croisé nos résultats et établi des conclusions. Enfin, nous développerons les avantages et limites de ce mémoire.

1. Rappel du but et des hypothèses

Ce travail avait pour objectif d'interroger les pratiques des orthophonistes face à la prise en charge d'enfants allophones. Nous avons cherché à connaître les différentes représentations et expériences des professionnels à ce sujet, en cherchant à savoir entre autres, si l'adaptation des praticiens au profil linguistique de l'enfant était majoritaire, et si le partenariat parental dans cette rééducation tenait une place particulière. L'intermédiaire de notre questionnaire et de nos entretiens, nous ont permis d'apporter quelques éléments de réponses à nos interrogations.

Nous avons initialement établi plusieurs hypothèses concernant les résultats attendus. La première était que la prise en charge n'est pas spécifique car elle peut porter sur tous les domaines linguistiques (phonologie, lexique, syntaxe, discours ou pragmatique du langage). La deuxième, que la prise en charge pouvait être adaptée via le matériel utilisé pour la rééducation. La troisième hypothèse attendue était que le partenariat parental est particulièrement important dans la prise en charge. Enfin, nous avons émis l'hypothèse que des limites liées à un défaut de langue partagée pouvaient être évoquées par les orthophonistes.

2. Interprétation des résultats en fonction des hypothèses

2.1. Prise en charge non-spécifique en terme de domaines rééduqués.

Au regard de nos résultats, concernant le bilan, la majeure partie des répondants du questionnaire et des entretiens, disent utiliser des tests monolingues normés ou des questionnaires parentaux pour évaluer leurs patients allophones. Ces outils de bilan sont également utilisés pour les enfants francophones. Une seule occurrence de réponse évoque un questionnaire parental spécifique aux enfants plurilingues, le PaBiQ (Questionnaire pour parents d'enfants bilingues) qui est un outil complémentaire à l'objectivation d'un TDL.

La prise en charge orthophonique des enfants allophones, n'est pas non plus spécifique par rapport aux domaines pris en charge (cf. Figure 8) , même si la moitié de l'échantillon interrogé affirme mettre l'accent sur des axes de rééducation autour du lexique et de la morphosyntaxe.

Les données recueillies au cours de notre étude, corroborent l'hypothèse selon laquelle la prise en soin des enfants allophones n'est pas spécifique en terme de domaines rééduqués.

2.2. Une prise en charge adaptée

La prise en charge n'étant pas spécifique en terme de domaines de rééducation en langage oral, elle peut cependant être adaptée aux profils des patients allophones. Selon nos répondants, les modalités de la prise en charge se situent autour de certaines adaptations de matériel thérapeutique (images d'internet, supports graphiques...). Le matériel issu du commerce, peut également être contourné et proposé spécifiquement à un enfant en fonction de son profil linguistique, et de son niveau de compréhension. Des intégrations d'interprètes, ou d'applications de traduction sont également évoquées par les orthophonistes.

L'adaptation de la communication avec le patient et sa famille est aussi soulignée par notre échantillon d'orthophonistes. En effet, des gestes facilitateurs et ou des pictogrammes sont utilisés par 71,26 % des interrogés.

La deuxième hypothèse selon laquelle la prise en charge des enfants allophones serait adaptée semble être validée au regard des réponses de notre échantillon.

2.3. Un partenariat parental particulièrement important

En s'appuyant sur l'analyse de nos résultats, il est difficile de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse selon laquelle le partenariat parental tiendrait une place particulière dans la prise en charge d'un enfant allophone. En effet, les réponses recueillies lors de notre étude sont hétérogènes. Selon certains professionnels, le partenariat parental est plus important que celui d'un enfant francophone car il nécessite plus d'investissement et d'adaptation aux profils linguistiques et culturels des familles rencontrées. Cet aspect de leur travail est exigeant, mais il ne semble pas ressortir de spécificités particulières au partenariat parental, si ce n'est des difficultés de communication largement confiées par notre échantillon.

Une grande partie des interrogés s'accordent à dire qu'un investissement sérieux de la part des parents est important pour des résultats satisfaisants. Pour ce faire, 27,5 % des orthophonistes incluent les parents aux séances de l'enfant et 26,5 % prodiguent des conseils de guidance qui permettront à l'enfant de s'intégrer plus facilement socialement et ainsi d'apprendre le français plus rapidement.

De plus, les limites à un partenariat parental satisfaisant sont nombreuses et partagées par la majorité de l'échantillon (peu de suivi à la maison, manque d'investissement ou de motivation de la part de certains parents...).

Par ailleurs, l'origine culturelle d'un patient peut influencer la nature et l'expression de certaines de ses difficultés. Par conséquent, la validité des outils orthophoniques d'évaluation et de prise en charge peut également être discutée, mais plus encore chez le patient. Sa culture peut modifier son interprétation de ses difficultés, son regard sur la relation d'aide, et la nature de ses craintes et de ses attentes concernant la prise en charge. Tenir compte de toutes ces caractéristiques est complexe si le clinicien ne fait pas du patient et de sa famille, un partenaire actif de ses soins. Mais, face à des difficultés de communication partagées entre l'orthophoniste et la famille, le partenariat parental ne serait-il pas biaisé ? En effet, toutes ces limites ne seraient-elles pas un travers quant à l'évaluation de la place du partenariat parental dans ces prises en charge ?

Ces informations recueillies au cours de notre étude, ne nous permettent pas de valider ou d'invalider objectivement notre troisième hypothèse.

2.4. Des difficultés liées au défaut de langue partagée

Les difficultés liées au défaut de partage du français par l'enfant et les parents sont largement évoquées par les orthophonistes. En effet, la barrière de la langue reste un obstacle à une prise en charge satisfaisante. Les orthophonistes s'accordent à dire que la difficulté de communication avec les parents, complique les échanges sur le niveau, et les éventuelles difficultés de l'enfant en langue première. Un défi dans la prise en charge d'un enfant allophone, réside dans l'objectivation d'un trouble du langage. On ne peut affirmer la présence d'un TDL uniquement si des difficultés sont retrouvées également dans sa langue

première (Genesee, Paradis & Crago, 2004). Par ailleurs, ne pas pouvoir communiquer efficacement avec les parents, et établir un profil linguistique de l'enfant en langue première complexifie le regard clinique du professionnel sur la situation.

Le manque de connaissances en français, rend également les transmissions d'informations compliquées, et ce de façon bilatérale. Il est autant difficile pour le thérapeute de faire comprendre aux familles son rôle et ses objectifs thérapeutiques, que pour les parents de transmettre les informations concernant le quotidien de l'enfant (ex : résultats et progression scolaire). Par conséquent, le transfert du travail et des exercices orthophoniques à la maison peut également être complexe.

Dans notre enquête, plusieurs répondants expriment également un sentiment d'impuissance face à des familles vivant en vase clos dans leur communauté. Des professionnels disent inciter les familles à apprendre le français pour une meilleure socialisation et pour faciliter les échanges.

Les résultats de notre étude sont donc en faveur de l'hypothèse selon laquelle la prise en charge d'un enfant allophone peut être plus limitée que celle d'un enfant francophone, à cause du défaut de langue partagée par les familles.

3. Apports et limites de l'étude

3.1. Limites

Bien que notre étude ait été conduite avec l'objectif d'être aussi exhaustive et représentative que possible, des limites sont à relever. Tout d'abord, la difficulté de recrutement de notre échantillon d'orthophonistes. Au départ, comme notifié plus haut en partie Méthode, nos critères d'inclusion étaient restreints à une population bien spécifique. Nous souhaitions recueillir les témoignages d'orthophonistes, intervenant auprès d'enfants allophones nouvellement arrivées (EANA) scolarisés en classe inclusive. La sélection de cette population de professionnels a été complexe, et nous n'avons pu recueillir aucune réponse...

De ce fait, nous avons résolu d'élargir nos critères de sélection. Notre cible s'est portée plus largement sur les orthophonistes ayant en charge des patients allophones arrivants en France et/ou nés en France mais n'ayant pas été exposés au français avant l'âge de trois ans.

D'autre part, nous avons remarqué après la diffusion du questionnaire, que des informations manquantes auraient pu orienter différemment les données recueillies : les enfants sont-ils nés en France ou immigrés, et si tel était le cas à quel âge sont-ils arrivés ? Nous aurions pu également interroger l'âge des enfants suivis en orthophonie.

La troisième limite de cette étude correspond à notre échantillon de répondants de 24 orthophonistes. Ce nombre n'est pas suffisant pour apporter une quelconque significativité à notre enquête. Les données recueillies grâce au questionnaire ont peu de valeur statistique, bien qu'elles soient qualitativement intéressantes, et permettent d'avoir une première idée de ce qu'il existe dans la pratique clinique. Nous espérons obtenir un échantillon d'au moins 50 participants, mais malgré de nombreuses relances nous n'avons pu en sélectionner davantage.

Une autre limite est soulevée sur le nombre de réponses incomplètes et non-valides au questionnaire. Sur les 37 orthophonistes qui ont commencé à remplir l'enquête, 13 personnes

n'ont pas finalisé le questionnaire. Ces abandons en cours de complétion peuvent être expliqués par la présence d'un nombre conséquent de questions ouvertes dans notre questionnaire (cf. Annexe 6) en effet, bien que ce dernier ne fût pas long à renseigner, neuf questions sur 25 étaient ouvertes et nécessitaient un minimum de saisie de texte. Nous aurions pu proposer les questions ouvertes dans les entretiens semi-directifs. De plus, permettre aux répondants de sauvegarder leurs réponses et de reprendre le questionnaire plus tard aurait peut-être convaincu certains d'aller jusqu'au bout de la complétion.

Enfin, nous avons conscience que quatre entretiens semi-directifs ne sont pas suffisants pour décrire une situation, bien que ces derniers aient été pertinents pour compléter les réponses obtenues au questionnaire.

3.2. Apports et perspectives

Étant bien conscients que notre étude ne soit pas significative de la population d'orthophonistes français, elle a cependant eu le mérite de nous avoir éclairé sur la prise en charge des enfants allophones. Par ailleurs, elle a permis aux orthophonistes interrogés de partager leurs points de vue et leurs expériences cliniques singulières sur cette prise en charge particulière.

Après ce mémoire, et dans un objectif d'amélioration, il pourrait être intéressant de poursuivre ce projet d'état des lieux au moyen d'une méthodologie plus rigoureuse et organisée. Cela permettrait de récolter un nombre plus important de réponses, donc plus représentatif de la population. Les questions pourraient être également approfondies sur les domaines évoqués par les orthophonistes ayant participé à notre étude (outils d'adaptation, place du partenariat parental, besoins exprimés...). Par ailleurs, un projet de création d'outils d'évaluation ou de rééducation destinés à une population d'enfants allophones pourrait également être une idée intéressante pour un prochain travail étudiant.

Conclusion

Le sujet de notre mémoire portait sur la prise en soin orthophonique en langage oral des enfants allophones. Nous avons pour objectif de faire état des réalités professionnelles des orthophonistes dans ces prises en charge. Nous voulions également mettre en lumière les éventuels besoins exprimés par les thérapeutes. Pour réaliser notre étude, nous avons utilisé une méthode quantitative via un questionnaire auto-administré adressé aux orthophonistes. Nous avons également choisi une méthode qualitative par le biais de quatre entretiens semi-directifs. Nous avons analysé les résultats obtenus au questionnaire et à nos corpus d'entretiens au regard des hypothèses initialement formulées. Malgré l'obtention d'un faible échantillon de participants à notre questionnaire, nous avons pu découvrir et appréhender les expériences et le regard porté par les thérapeutes sur la question de la prise en soin des enfants allophones.

Notre étude nous a servi à connaître quels moyens étaient mis en œuvre par les orthophonistes pour permettre une prise en charge optimale pour cette patientèle. Après l'analyse des résultats, nous ne pouvons attester que la prise en charge des enfants allophones

est une prise en charge spécifique, mais que cependant, les thérapeutes peuvent user de moyens d'adaptation (communication alternative, moyens de traductions, matériel adapté...).

Par ailleurs, notre étude nous a également permis de mettre en évidence les ressentis, les connaissances et une certaine introspection des orthophonistes quant à leurs pratiques. Il existe des outils pour la prise en charge des enfants allophones tels que des formations continues et des données probantes sur le suivi des enfants bilingues. Mais, malgré cela, nous avons constaté que certains thérapeutes jugent leurs connaissances insuffisantes sur le sujet. Ces derniers formulent le souhait de pouvoir disposer de supports adaptés aux différentes contraintes de langue de certains de leurs patients (fiches explicatives, outils de bilan bilingues...) pour enrichir leur pratique clinique.

À ce jour, les données probantes concernant la prise en charge de l'enfant allophone sont en plein essor dans la littérature scientifique. Notre mémoire, se voulait « poser les bases » et avoir une idée générale des connaissances et de la pratique en langage oral chez l'enfant allophone. Pour faire suite, l'étude pourrait être approfondie, notamment par l'analyse des pratiques orthophoniques dans un domaine langagier particulier, ou par la création de nouveaux outils cliniques adaptés aux populations d'enfants de langue première autre que le français.

Bibliographie

- Abdelilah-Bauer, B. (2015). *Le défi des enfants bilingues*. La Découverte
- Ajuriaguerra, J. , Guignard, F. (1965). « Évolution et pronostic de la dysphasie chez l'enfant. » *Psychiatrie de l'Enfant*, 8 (2), p. 391-452.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*. (Traduit par M. A. Crocq & J. D. Guelfi, 5e éd.) . Elsevier-Masson.
- Armagnague, M. , Rigoni, I. (2018). Étude sur la scolarisation des élèves allophones nouvellement arrivés (EANA) et des enfants issus de familles itinérantes et de voyageurs (EFIV).
- Bijleveld, H.-A., Estienne, F. et Vander Linden, F. (2014). *Multilinguisme et orthophonie : réflexions et pratiques à l'heure de l'Europe*. Elsevier Masson
- Bishop, D. et al. (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.
- Bréchon, P. (2011). *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Presses universitaires de Grenoble
- Brun, L. (2020). Note d'information N° 20.39 *Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports*.
- Caesar, L. G., Kohler, P. D. (2007). The state of school-based bilingual assessment: Actual practice versus recommended guidelines. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38(3), 190–200.
- Combessie, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie*. La découverte
- Coquet, F., Roch, D. (2013). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Pistes pour l'évaluation*. Ortho éd
- COST Action IS0804 (2011). Questionnaire for Parents of Bilingual Children (PaBiQ). <http://www.bi-sli.org>
- Dahmoune-Le Jeannic, S. (2016). *Évaluation du langage oral chez l'enfant*. De Boeck Supérieur

- de Houwer, A. (2007). Parental language input patterns and children's bilingual use. *Applied Psycholinguistics*, 28(3), 411-424
- Dictionnaire de l'Académie française. (1986, 9^e édition). *Allophone*
- Dumont, A. (2001). *Mémoire et langage. Surdité, dysphasie, dyslexie. 2nd édition*. Masson
- Estienne, F. (2002). *La r ducation du langage de l'enfant*. Masson
- Francols, N. (2009). Avec un Enaf en classe ordinaire, Dossier "Enfants d'ailleurs, élèves en France". <https://www.cahiers-pedagogiques.com/avec-un-enaf-en-classe-ordinaire/>
- Fenclová, M. (2014). Langue seconde, langue étrangère et aspects cognitifs. * la.  tudes de linguistique appliquée*, 174, 147-155
- Genesee, F., Paradis, J., et Crago, M. (2006). Dual language development and disorders: A handbook on bilingualism and second language learning. *Journal of Child Language*, 33(4), 899-905.
- Girolametto, L. et Cleave, P. (2010). Assessment and intervention of bilingual children with language impairment. *Journal of Communication Disorders*, 43, 453-455
- Goldstein, B. A., & Gildersleeve-Neumann, C. E. (2015). Bilingualism and Speech Sound Disorders. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(3), 237-244
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research (Introducing Qualitative Methods series) (4)*. Sage.
- Grosjean, F. (2018).  tre bilingue aujourd'hui. *Revue française de linguistique appliquée*, XXIII(2), 7
- Guiberson, M., Atkins, J. (2012). Speech-Language Pathologists' Preparation, Practices, and Perspectives on Serving Culturally and Linguistically Diverse Children. *Communication Disorders Quarterly*, 33(3), 169-180
- Gutiérrez-Clellen, V. F. & Kreiter, J. (2003). Understanding child bilingual acquisition using parent and teacher reports. *Applied Psycholinguistics*, 24(2), 267-288.
- Hag ge, C. (1996). *L'enfant aux deux langues*. Odile Jacob
- Hoff, E. (2003). The Specificity of Environmental Influence: Socioeconomic Status Affects Early Vocabulary Development via Maternal Speech. *Child Development*, 74, 1368-1378.
- Kohnert, K. et al. (2005). Intervention with linguistically diverse preschool children: A Focus on Developing Home Language(s) . *Language Speech, and Hearing Services in Schools*, 36(3), 251-263
- Leclercq, A.-L. ; Leroy, S. (2012). Introduction générale   la dysphasie. Caractéristiques linguistiques et approches théoriques. dans C. Maillart, M.-A. Schelstraete (sous la direction de), *Les dysphasies : de l'évaluation   la r ducation*, Masson, p. 5-34.
- Loi n 2019-791 du 26 juillet 2019. Pour une  cole de la confiance (J.O 28 juillet 2019).
- Marinova-Todd, S.-H. et al. (2016). Professional practices and opinions about services available to bilingual children with developmental disabilities: An international study. *Journal of Communication Disorders*, 63, 47-62

- McLeod, S., Verdon, S. et Bowen, C. (2013). International aspirations for speech-language pathologists' practice with multilingual children with speech sound disorders: development of a position paper. *Journal of Communication Disorders*, 46(4), 375-387
- McLeod, S., Verdon, S. et al. (2017). Tutorial: Speech Assessment for Multilingual Children Who Do Not Speak the Same Language(s) as the Speech-Language Pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(3), 691-708
- Meziane, R.-S. (2021). *Développement bilingue de la phonologie chez les enfants allophones d'âge préscolaire* [Thèse de doctorat, Université de Montréal]
- Ministère de l'intérieur. Publication du 26 janvier 2023 « les principales données de l'immigration en France »
- Monfort, M., Juarez Sanchez, A. (2001). *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales*. Ortho Edition.
- Montrul, S. A. (2008). *Incomplete Acquisition in Bilingualism : Re-examining the Age Factor*. John Benjamins Publishing.
- Note d'information de la DEPP (direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance) n° 20.39, novembre 2020
- Noyau, C. (2005). Comparaisons acquisitionnelles dans l'étude du français langue seconde. *Appropriation en contexte multilingue-éléments sociolinguistiques pour une réflexion didactique à propos de situations africaines*, 33-57.
- Paradis J, Genesee F (1996). Syntactic acquisition in bilingual children. *Studies in second language acquisition*, 18. 1-25.
- Place, S., & Hoff, E. (2011). Properties of Dual Language Exposure That Influence 2-YearOlds' Bilingual Proficiency. *Child Development*, 82(6), 1834-1849.
- Schelstraete, M.-A. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant : Interventions et indications cliniques*. Elsevier Masson
- Thordardottir, E. (2010). Towards evidence-based practice in language intervention for bilingual children. *Journal of Communication Disorders*, 43, Issue 6, Pages 523-537
- Verdelhan-Bourgade, M. (2002), *Le Français langue de scolarisation : pour une didactique réaliste*. Presses universitaires de France.

Liste des annexes

Annexe 1 : Le rôle de l'orthophoniste

Annexe 2 : Retards de parole et de langage

Annexe 3: Lettre d'informations aux orthophonistes

Annexe 4: Formulaire de consentement

Annexe 5 : Guide des entretiens semi- directifs

Annexe 6: Tableau de présentation des participantes aux entretiens-semi directifs.

Annexe 7 : Questionnaire aux orthophonistes

Annexe 8 : Paroles d'orthophonistes